

# NOTIZIE

- **Rappresentanza politica e rappresentatività sindacale: nuove sfide**
- **Estratto DPCM livelli essenziali di assistenza**
- **Linee di indirizzo per la salute mentale**
- **Lombardia: Iniziative intersindacali regionali**
- **Piemonte: Accordo per il superamento del precariato**
- **L'assistenza psicologica nelle Mutilazioni Genitali Femminili**

# Notizie

## SOMMARIO

Ψ  
AUPI

3 Rappresentanza politica e rappresentatività sindacale: nuove sfide - M. Sellini

7 Estratto DPCM livelli essenziali di assistenza

14 Linee di indirizzo per la salute mentale

42 Lombardia: iniziative intersindacali regionali - S. Zavaglia

45 Lombardia: Diffida ai Dirigenti Sanitari

48 Interrogazione consigliere

49 Lombardia: Convocazione Tavolo Regionale

50 Piemonte: Accordo per il superamento del Precariato

56 L'assistenza psicologica nelle Mutilazioni Genitali Femminili:  
un'importante riconoscimento della nostra competenza professionale - V. Tummino

58 Dipendenti pubblici:  
non serve l'autorizzazione per la partecipazione a seminari e convegni

60 Schede d'iscrizione

## Rappresentanza politica e rappresentatività sindacale: nuove sfide

**Mario Sellini**  
Segretario Generale

Una legislatura è traumaticamente terminata ed un'altra è iniziata.

La legislatura appena terminata era iniziata male. Le famose "lenzuolate" del ministro Bersani, che pur una qualche ragion d'essere avevano, hanno avuto il difetto di mettere insieme interessi forti e consolidati con specificità di categorie e professioni come la nostra che nulla hanno di corporativo.

Alla nostra Categoria è stato chiesto ed imposto di abolire i minimi tariffari, senza tener conto che noi un tariffario non l'abbiamo ancora. Paradossale! È come mettere a dieta chi non ha mai visto cos'è l'abbondanza.

Ben altri erano gli interessi da combattere: banche, petrolieri ecc. Eppure il Governo aveva pensato bene di essere molto duro e rigido con chi aveva poca dimestichezza con il potere, addirittura paventando la soppressione di alcuni Ordini passando attraverso la liberalizzazione delle Professioni intellettuali. Eppure la nostra Costituzione prevede le professioni cosiddette "protette" in quanto portatrici di interessi sociali e collettivi fondamentali. Ma eliminate le professioni protette, chi garantirà ai cittadini l'erogazione di prestazioni professionali effettuate da professionisti della cui capacità e competenza professionale se ne è fatto carico, fino ad oggi, la collettività?

La nuova realtà politico istituzionale che indubbiamente riflette i cambiamenti verificatisi nel Paese negli ultimi tempi, impone anche a noi in quanto organizzazione sindacale di Categoria, una riflessione seria ed approfondita, scevra da incrostazioni ideologiche. Il risultato elettorale è il frutto di bisogni nuovi presenti nella società. E se questo è un aspetto emergente della società, non è forse ipotizzabile che nella società possano emergere a breve o siano già presenti nuovi bisogni che hanno a che fare con la Salute, con la Psicologia e con chi esercita questa professione?

Dobbiamo essere abbastanza maturi da distinguere e separare le nostre appartenenze e le nostre idee politiche dal nostro essere Professionisti, anche se è forte la delu-

sione che il risultato elettorale ha provocare in parte della Categoria. Che questo risultato ci sia di monito e di insegnamento come vedremo successivamente.

È necessario scacciare quella voglia di rinchiudersi in noi stessi e nel nostro "quotidiano". Una visione "matura" di quanto è accaduto ci impone un attento ed approfondito esame di realtà. I dati oggettivi su cui si muove oggi la realtà sociale sono sotto i nostri occhi. Disconoscerli o peggio, far finta di non vederli ignorandoli, non ci fa avanzare di un solo passo. Questa è la realtà con la quale dobbiamo obbligatoriamente confrontarci.

Ed il confronto deve partire dalle certezze che ci derivano dalla nostra Professione. Nell'esercizio della nostra Professione dobbiamo trovare il punto d'equilibrio tra "essere agenti di cambiamento" e fedeli interpreti dei bisogni della società e dei cittadini.

Gli avvenimenti ultimi ci segnalano, tra i tanti, un problema: il crescente bisogno di Sicurezza, che è molto forte e sentito dai cittadini. O forse è più corretto parlare di profonda Insicurezza che pervade, a volte anche ingiustificatamente, le nostre città. È solo uno dei tanti problemi. Ma in che modo la Psicologia e gli Psicologi sono disposti a confrontarsi con questa nuova realtà? Possiamo e dobbiamo porci il problema del perché, anche a fronte di una riduzione quantitativa della criminalità, i cittadini continuano a sentirsi sempre più insicuri. Oggettivamente è un problema che riguarda anche la nostra Professione e la cui soluzione richiederebbe anche il nostro contributo.

Abbiamo davanti a noi diverse opzioni. Possiamo negare il problema, possiamo sottovalutarlo, misconoscerlo, considerarlo un falso problema. Possiamo affrontarlo con impostazione ideologica, politica o sociologica.

Eppure sarebbe più corretto da parte nostra affrontare questo Tema proponendo una nostra prospettiva, una nostra analisi ed una nostra proposta di intervento. Anche perché il bisogno di sicurezza non è solo quello legato ai fenomeni delinquenziali, che pure statisticamente sono in calo.

Sicurezza è un bisogno presente nel mondo del lavoro, nel campo degli incidenti stradali. La Sicurezza è un problema nel campo alimentare. Solo per citarne alcuni.

Ed allora, se questa è la realtà ed il vissuto dei cittadini, non è forse il caso di proporre una nostra lettura del Fenomeno e non lasciare solo alle forze dell'ordine l'onere di affrontare il problema della Sicurezza intesa come ordine pubblico, agli ingegneri ed architetti l'onere di trattare la Sicurezza nel campo del lavoro e degli incidenti stradali. Agli specialisti della nutrizione ed ai veterinari il problema della Sicurezza alimentare?

Queste piccole e banali riflessioni vogliono essere solo uno stimolo ad aprire una discussione ed un dibattito interno alla Categoria ed al Sindacato. Non sono affatto e non vogliono essere certezze, né indicare percorsi risolutivi.

È però altrettanto chiaro che i tempi a nostra disposizione non sono lunghi. Anzi.

Quando ci sono problemi sul “tappeto” bisogna essere “abili” e “veloci” nel proporre soluzioni adeguate ed efficaci, perché in una società complessa come quella odierna, ogni singolo problema presenta, sempre, una molteplicità di soluzioni. L'approccio deve essere per forza di cose multisettoriale ed integrato. Restare fuori da questi processi potrebbe diventare estremamente dannoso ed oneroso per la nostra Professione. E sarebbe un vero peccato perché la Psicologia ci offre strumenti fenomenali per “leggere, interpretare ed offrire soluzioni” a problematiche sociali rilevanti.

E come si diceva prima il tempo è una variabile importantissima. La capacità di aggredire immediatamente le problematiche ed “i tempi di reazione” sono fondamentali per chi deve fronteggiare le crisi, le emergenze e le problematiche socialmente rilevanti. Bisogna non solo essere competenti, ma anche “arrivare” prima degli altri.

Questo può diventare il discrimine tra “subire” i cambiamenti e “governarli”. Mettersi in posizione difensiva o piuttosto provare ad “andare oltre”, anche cambiando schemi e magari rinunciando a posizioni consolidate, scommettendo sui cambiamenti e sull'innovazione che non è e deve essere solo tecnologica e/o scientifica ma deve riguardare anche il nostro essere Professionisti

Il mondo delle Professioni è in continua evoluzione, non è

mai uguale a se stesso, ed i cambiamenti nelle Professioni “rincorrono” i nuovi bisogni emergenti.

Sono sostanzialmente due gli elementi che rendono “socialmente vincente” una Professione: la capacità di “individuare” prima e meglio di altre professioni i nuovi bisogni e di proporre soluzioni adeguate, rapidi ed efficaci.

La legislatura appena terminata ci lascia, dal punto di vista sindacale, in una situazione molto, ma molto, delicata.

Non è stato rinnovato il contratto scaduto da oltre 30 mesi ed il mancato finanziamento del secondo biennio economico sono problemi che purtroppo ci trascineremo ancora per i prossimi mesi. Il costo complessivo dei contratti nell'intero settore del pubblico impiego è enorme, nell'ordine di qualche miliardo di euro e di questo se ne dovrà far carico il nuovo Governo. Il rischio reale è che i tempi si allungino di molto. Il nuovo Governo ed i nuovi Ministri vorranno avere il tempo necessario per insediarsi, per effettuare le valutazioni politiche ed economiche e per stabilire le priorità del Paese.

Queste preoccupazioni ci avevano spinto a cercare di chiudere il Contratto prima delle elezioni. L'atteggiamento incomprensibile e gravissimo dell'Aran e del Governo ci hanno impedito di portare a casa il rinnovo contrattuale almeno per il biennio 2006 - 2007. Tutte, ma proprio tutte, le Organizzazioni Sindacali, compresa l'AUPI, hanno fortemente stigmatizzato e contestato il comportamento dell'Aran e del Governo.

E la stagione del rinnovo contrattuale si interseca anche con ulteriori aspetti che incideranno certamente sul nostro sindacato.

L'attuale sistema di relazioni sindacali non è efficace. Funziona sul piano dei principi. Riesce a scrivere testi ed articolati ben fatti, innovativi e tecnicamente ineccepibili. Nella pratica quotidiana i contratti quadriennali, sul piano normativo, e biennali, su quello economico, rallentano e ritardano in modo inaccettabile l'esigibilità dei benefici. Si sente, forte, il bisogno di semplificazione anche nelle relazioni sindacali. E la semplificazione passa attraverso la stipula di un contratto triennale (normativo ed economico) e con la ridefinizione delle materie di pertinenza nazionale e aziendale/territoriale.

La triennializzazione del contratto renderebbe più immediatamente esigibili i benefici economici ed i contenuti normativi con un effetto certamente positivo.

Ma la necessità di semplificare tutto il sistema delle relazioni sindacali e della stipula dei contratti potrebbe richiedere anche la revisione dei meccanismi di verifica della Rappresentatività.

E qui la partita si fa seria e molto delicata. Semplificare potrebbe voler dire eliminare dal tavolo negoziale qualche Organizzazione Sindacale, per esempio, attraverso la destrutturazione e ricomposizione delle aree della dirigenza.

Numerose Organizzazioni Sindacali potrebbe perdere la Rappresentatività e non sedere più ai tavoli negoziali se si dovesse decidere di accorpate in una sola area Dirigenziale tutti i profili della Dirigenza Medica e Sanitaria (medici, veterinari, odontoiatri, psicologi, biologi, farmacisti, chimici).

Un processo simile a quello che è avvenuto in questo nuovo Parlamento e che ha visto la scomparsa di tanti partiti, ancorché fortemente radicati sul territorio e nonostante avessero raccolto milioni di voti.

L'esperienza di quanto è accaduto in queste ultime elezioni politiche deve essere una lezione ed un monito per noi. Le elezioni politiche ed il risultato elettorale, per molti versi assolutamente inatteso, hanno innestato un processo di cambiamento rapido la cui portata non è del tutto quantificabile. Quello che non era accaduto in tanti anni si è realizzato in pochi mesi. Un sistema politico ingessato e caotico, improvvisamente si è semplificato. La Rappresentanza parlamentare si è ridotta a soli cinque partiti.

La rapidità con la quale si sono verificati questi cambiamenti ha preso tutti di contropiede. Non c'è stato bisogno di riforma costituzionale né di commissioni né di nuove leggi elettorali. Il cambiamento e la semplificazione si è realizzata perché i cittadini hanno dato credito ad una proposta politica.

Il clima sociale, post ideologico, oggi è favorevole ai cambiamenti. E la maggioranza che governa il Paese ha il mandato per "snellire" e "semplificare". L'opera di semplificazione potrebbe riguardare anche le relazioni sindacali ed i criteri di Rappresentatività.

Se non ci attrezziamo immediatamente potremmo essere

travolti dal clima di cambiamento presente nel paese. Non possiamo farci trovare impreparati. Bisogna intensificare i rapporti con il mondo politico. È necessario interloquire con la nuova Maggioranza e con il Governo. È fondamentale individuare interlocutori, seri ed affidabili, in Parlamento. Potrebbe essere terminata l'epoca delle mediazioni infinite ed estenuanti e potrebbe essere arrivato il momento delle decisioni rapide. Non è il caso di esprimere giudizi di merito o di valore. Non stiamo qui a dire se tutto ciò è giusto o sbagliato, se è utile o dannoso. Semplicemente potrebbe essere così.

Con molto realismo dovremmo, forse, anche farci carico di queste esigenze di cambiamento e semplificazione cercando di coniugarle con le nostre esigenze, con gli interessi della Categoria e con quelli, prioritari dei Cittadini.

Ed in questo contesto, l'AUPI ha la possibilità per garantirsi comunque la rappresentanza della Categoria. Possiamo farlo. Abbiamo bisogno di aumentare ancora di più i nostri iscritti. Il bacino potenziale di colleghi iscrivibili è ancora vasto. Dobbiamo intensificare ancora di più l'opera di proselitismo.

È compito in primo luogo del gruppo dirigente dell'AUPI. È compito della Segreteria Nazionale, delle Segreterie Regionali e Provinciali, dei Segretari Aziendali, raccogliere questa sfida. Incrementare gli iscritti è l'unica possibilità per evitare che gli Psicologi perdano la rappresentatività. Chi avrebbe mai ipotizzato che la Sinistra potesse perdere la Rappresentatività parlamentare? Chi avrebbe mai ipotizzato che Bertinotti, Diliberto, Pecoraro Scanio, Boselli, potessero non essere più presenti in Parlamento? Eppure è accaduto. Ed è accaduto senza neppure cambiare la legge elettorale.

La definizione di nuovi criteri per la verifica della rappresentatività sindacale è una prospettiva che mette fortemente a rischio la Categoria degli Psicologi, ma nello stesso tempo, con uno sforzo, adeguato ed efficace, possiamo incrementare gli iscritti tanto da garantire il diritto di rappresentanza alla nostra Categoria.

Ci sono margini amplissimi. Dobbiamo solo crederci e lavorare sodo, consapevoli che un nostro scarso impegno porterebbe gli Psicologi a non essere più rappresentativi.

Ipotizziamo anche solo per un attimo cosa potrebbe comportare per la nostra Categoria e per i 6.000 Psicologi

dipendenti della Sanità, la perdita della Rappresentatività. Quali le conseguenze di una contrattazione nazionale ed aziendale senza l'AUPI. È uno scenario inimmaginabile.

Oggi siamo seduti al tavolo negoziale ed i risultati non sono sempre soddisfacenti. Giustamente i colleghi, iscritti e non, chiedono all'AUPI di impegnarsi sempre di più e di ottenere sempre maggiori risultati, perché quelli ottenuti sono o sembrano poca cosa.

Ma senza l'AUPI ai tavoli negoziali cosa accadrebbe? A quale sindacato gli Psicologi potrebbero affidare e delegare la tutela dei propri interessi?

Forse ai sindacati confederali che non perdono occasione per chiedere la soppressione dei nostri posti in organico a vantaggio della Dirigenza Infermieristica? Forse ai sindacati medici? A chi altri? Il minimo che possa capitare è la progressiva ed inesorabile scomparsa degli Psicologi e della Psicologia dal Servizio Sanitario a vantaggio di Medici ed Infermieri.

Sono solo delle supposizioni e delle ipotesi.

Se i leader ed i gruppi dirigenti dei partiti scomparsi dal Parlamento avessero minimamente valutato ipotesi apparentemente catastrofiche, avrebbero adottato strategie diverse e, forse, oggi sederebbero ancora in Parlamento.

Il problema in realtà non è la mancata elezione di Bertinotti o Boselli. Come non sarebbe un vero problema se l'AUPI non sedesse più al tavolo negoziale. Il problema reale è che la perdita della Rappresentatività Parlamentare per i Partiti e Sindacale per l'AUPI lascerebbe senza "voce" gli Psicologi e la Psicologia, come sono senza "voce" i milioni di elettori che hanno votato questi partiti.

In realtà ci deve grandemente preoccupare l'eventualità che nessuna Rappresentanza Sindacale degli Psicologi sieda al tavolo delle trattative. Che poi sia l'AUPI o un'altra, ai colleghi poco importa. I colleghi chiedono risultati e su quelli valutano i loro rappresentanti. È chiaro che noi vogliamo che sia l'AUPI a conservare il requisito della Rappresentanza della Categoria.

Perdere la Rappresentatività è un danno incalcolabile per i Rappresentati che non avranno più voce per far valere i propri interessi.

Davanti a noi si aprono sfide importanti e delicate. L'AUPI ha gli strumenti, le competenze e le risorse per vincere anche questa sfida. L'ottimismo ci deriva dalla consapevolezza che la nostra Professione è molto cresciuta, è sempre più presente nella società italiana ed il nostro intervento è sempre più richiesto e apprezzato.

## Estratto DPCM livelli essenziali di assistenza

Pubblichiamo un estratto del testo del DPCM relativo alle seguenti aree d'intervento:

- Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie
- Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali
- Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi neuropsichiatrici
- Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità
- Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche
- Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario
- Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti
- Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita
- Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali
- Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità
- Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche



### IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, con particolare riferimento all'articolo 1, commi 1, 2, 3, 7 e 8;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante "Definizione dei livelli essen-

ziali di assistenza" pubblicato nel Supplemento ordinario n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, come modificato dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 novembre 2003, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 10 dicembre 2003, n. 286;

VISTO l'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, che fissa la procedura per modificare gli allegati al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001;

VISTO l'articolo 4, comma 10, del decreto legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito con modificazioni dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, che istituisce una Commissione, nominata e presieduta dal Ministro della salute, per le attività di valutazione, in relazione alle risorse definite, dei fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e all'aggiornamento dei

livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni in essi contenute.

VISTO il decreto del Ministro della salute del 25 febbraio 2004, e successive modificazioni, che istituisce la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancita il 5 ottobre 2006 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul "Nuovo Patto sulla Salute" che impegna il Governo a procedere entro il 31 dicembre 2006 alla revisione straordinaria dei Livelli essenziali di assistenza vigenti, nell'ambito della cornice finanziaria programmata;

VISTO l'articolo 1, comma 292, lettera a) della legge 23 dicembre 2005, n. 266, come modificato dall'articolo 1, comma 796, lettera q), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, che prevede entro il 28 febbraio 2007 la modifica degli allegati al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni, di definizione dei livelli essenziali di assistenza, finalizzata all'inserimento nell'elenco delle prestazioni di

specialistica ambulatoriale di prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modifica delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno; VISTI i documenti approvati dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, contenenti proposte di modifica del citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001; VISTO l'Atto della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano n. 90/CSR del 20 marzo 2008 con il quale la medesima Conferenza sancisce l'intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante "Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza" come emendato a seguito delle richieste delle Regioni e Province autonome, a condizione che venga acquisito il necessario concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTO che è stata realizzata la condizione posta dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano con l'acquisizione del concerto del Ministero dell'economia e delle finanze come da nota a firma del Ministro Padoa Schioppa in data 17 aprile 2008 e che, pertanto, è stata acquisita l'intesa con la Conferenza medesima;

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

## **DECRETA**

Capo I  
Livelli essenziali di assistenza

### **Art. 1**

1. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica
  - b) Assistenza distrettuale
  - c) Assistenza ospedaliera
2. I livelli essenziali di assistenza di cui al comma 1 si articolano nelle attività, servizi e prestazioni individuati dal presente decreto e dagli allegati che ne costituiscono parte integrante.

## **OMISSIS**

### **Art. 24**

#### **Assistenza socio sanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie**

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti e dal Progetto Obiettivo materno-infantile ritenute necessarie ed appropriate nelle seguenti aree di attività:
- a) educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile
  - b) somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile;
  - c) consulenza preconcezionale;
  - d) tutela della salute della donna;
  - e) assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro;
  - f) corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con il presidio ospedaliero;
  - g) consulenza e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza e rilascio certificazioni;
  - h) consulenza e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita;
  - i) consulenza e assistenza per problemi correlati alla menopausa;
  - j) consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia;
  - k) consulenza e assistenza a favore degli adolescenti;
  - l) prevenzione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di abusi;

- m) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
  - n) supporto psicologico e sociale a nuclei familiari a rischio;
  - o) adempimenti per l'affidamento familiare e l'adozione di minori;
  - p) rapporti con il Tribunale dei minori.
2. L'assistenza distrettuale ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie è integrata da interventi sociali.

### Art. 25

#### Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi psichiatrici la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti e dal Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000", ritenute necessarie e appropriate nelle seguenti aree di attività:
- a) accoglienza;
  - b) valutazione diagnostica multidisciplinare;
  - c) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato;
  - d) visite psichiatriche;
  - e) somministrazione di terapie farmacologiche;
  - f) colloqui psicologico-clinici;
  - g) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
  - h) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
  - i) interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
  - j) consulenza e sostegno per problematiche amministrative;
  - k) gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari;
  - l) interventi sulla rete sociale informale;
  - m) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
  - n) collaborazione con i medici di medicina generale;
  - o) interventi terapeutici e riabilitativi a favore dei soggetti

internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, nell'ambito di rapporti convenzionali con l'amministrazione penitenziaria, anche ai fini della dimissione.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali.

### Art. 26

#### Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi neuro-psichiatrici

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi neuro-psichiatrici la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti e dal Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000" e dal Progetto Obiettivo Materno Infantile 1998-2000, ritenute necessarie e appropriate nelle seguenti aree di attività:

- a) accoglienza;
- b) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- c) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato;
- d) visite neuropsichiatriche;
- e) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche;
- f) colloqui psicologico-clinici;
- g) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- h) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- i) abilitazione e riabilitazione motoria, psico-motoria, del linguaggio, della comunicazione e delle funzioni cognitive (individuale e di gruppo);
- j) interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana (inclusi interventi di tipo espressivo, pratico-manuale e motorio, di socializzazione e risocializzazione, individuali e di gruppo);
- k) gruppi di sostegno e training per i familiari;
- l) interventi sulla rete sociale, formale e informale;
- m) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti

ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;

n) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale;

o) consulenza e collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

2. L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici è integrata da interventi sociali.

#### **Art. 27**

#### **Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità**

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilità complesse la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti, ritenute necessarie e appropriate nelle seguenti aree di attività:

a) valutazione diagnostica multidisciplinare;

b) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato;

c) gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;

d) colloqui psicologico-clinici;

e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

f) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;

g) abilitazione e riabilitazione estensiva, di recupero e mantenimento funzionale in ambito motorio, psico-motorio, del linguaggio, della comunicazione e delle funzioni cognitive (individuale e di gruppo);

h) interventi psico-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana (inclusi interventi di tipo espressivo, pratico-manuale e motorio, di socializzazione e risocializzazione, individuali e di gruppo);

i) interventi di supporto alle attività della vita quotidiana;

j) interventi di socializzazione;

k) gruppi di sostegno e training per i familiari;

l) interventi sulla rete sociale formale e informale;

m) consulenze specialistiche nei reparti ospedalieri e negli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;

n) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;

o) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse è integrata da interventi sociali.

#### **Art. 28**

#### **Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche**

1. Nell'ambito dell'assistenza territoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti, ritenute necessarie e appropriate nelle seguenti aree di attività:

a) accoglienza;

b) valutazione diagnostica multidisciplinare;

c) valutazione dello stato di dipendenza;

d) certificazione di tossicodipendenza;

e) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato;

f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;

g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;

h) interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e

trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;  
 i) colloqui psicologico-clinici;  
 j) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;  
 k) interventi di riduzione del danno  
 l) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)  
 m) interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;  
 n) interventi di consulenza e sostegno per problematiche amministrative e legali;  
 o) promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;  
 p) promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;  
 q) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;  
 r) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;  
 s) interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria.  
 2. L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali.

### **Art. 29**

#### **Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario**

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura, recupero e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario ed assistenziale alle persone con patologie non acute, incluse le condizioni di responsività minimale e le gravi patologie neurologiche, caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, che richiedono supporto alle funzioni vitali e continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24h.. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, assistenza farmaceutica ed accertamenti diagnostici.  
 2. I trattamenti di cui al primo comma sono a totale carico del SSN.

### **Art. 30**

#### **Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti**

1. Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico:  
 a) trattamenti intensivi ed estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.  
 b) trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico" a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività; i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale;  
 c) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione e animazione.  
 2. I trattamenti intensivi ed estensivi di cui al comma 1, lettera a) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti estensivi di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 60 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1, lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.  
 3. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce:  
 a) trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico", ivi compresi interventi di sollievo, a persone con demenza senile;  
 b) trattamenti di lungoassistenza, di recupero e di mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo, a

persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria;

4. I trattamenti estensivi di cui al comma 3, lettera a) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera, elevabile al 60% nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività. I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 3, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.

### **Art. 31**

#### **Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita**

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone nella fase terminale della vita affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, incluse le infezioni da Hiv, il complesso integrato delle prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, l'assistenza farmaceutica e gli accertamenti diagnostici, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale, erogate da équipes multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice che assicurano l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza in via continuativa, sette giorni su sette. Gli Hospice devono disporre di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e il nursing e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico-emotivo all'équipe e la formazione continua del personale.

### **Art. 32**

#### **Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali**

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensio-

nale e presa in carico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti di lungoassistenza, di recupero e mantenimento funzionale, nell'ambito dell'attività del Dipartimento di salute mentale. Il trattamento include le prestazioni ritenute necessarie e appropriate nelle seguenti aree di attività:

- a) attuazione e verifica del programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato in collaborazione con il Centro di salute mentale di riferimento;
- b) trattamenti psichiatrici;
- c) somministrazione di terapie farmacologiche;
- d) colloqui psicologico-clinici;
- e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- f) interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- g) interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo);
- h) interventi di tipo espressivo, pratico manuale e motorio (individuale e di gruppo);
- i) interventi sulla rete sociale informale;
- j) collaborazione con i medici di medicina generale.

2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale e semiresidenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi, rivolti a persone che, anche nella fase della post-acuzie, richiedono interventi terapeutico-riabilitativi intensivi ed elevata tutela sanitaria nonché a minori con disturbi comportamentali affetti da patologie di interesse neuropsichiatrico. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nelle 24 ore;
- b) trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi estensivi, rivolti a pazienti in fase cronica che necessitano di assistenza e di trattamenti terapeutico-riabilitativi estensivi e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, salvo proroga motivata dall'équipe curante, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza del personale sociosanitario per almeno 12 ore;
- c) trattamenti residenziali socio-riabilitativi, rivolti a soggetti parzialmente non autosufficienti, non assistibili all'interno del proprio nucleo familiare, che necessitano di una soluzione abitativa e di tutela sanitaria. I trattamenti sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la pre-

senza del personale sociosanitario per almeno 12 ore;  
d) trattamenti semiresidenziali terapeutico-riabilitativi, rivolti anche a minori con disturbi comportamentali affetti da patologie di interesse neuropsichiatrico, erogati all'interno di strutture dotate di équipe multiprofessionali, attive almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana.

3. I trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi di cui al comma 2, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti residenziali socio riabilitativi di cui al comma 2, lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui al comma 2, lett. d, sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

#### **Art. 33**

##### **Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità**

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, previa valutazione multidimensionale e presa in carico, trattamenti socio-riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento articolati nelle seguenti tipologie:

- a) trattamenti socio-riabilitativi intensivi e estensivi a persone con disabilità con elevate necessità assistenziali, in regime semi-residenziale e residenziale;
- b) trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento di diversa intensità, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari a persone con gravi disabilità, in regime semi-residenziale e residenziale;
- c) trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento di diversa intensità, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari a persone con disabilità prive di sostegno familiare in regime semi-residenziale e residenziale;
- d) trattamenti socio-riabilitativi di recupero in laboratori e centri occupazionali semi-residenziali.

2. I trattamenti di cui al comma 1, lettere a) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario

per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di cui al comma 1, lettera c) e d) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera.

3. Il Servizio sanitario nazionale garantisce ai soggetti portatori di handicap individuati dall'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che necessitano di cure specialistiche presso centri di altissima specializzazione all'estero il concorso alle spese di soggiorno dell'assistito e del suo accompagnatore nei casi e con le modalità individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° dicembre 2000 e dai relativi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

#### **Art. 34**

##### **Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche**

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, previa valutazione multidimensionale e presa in carico, lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni ritenute necessarie e appropriate nelle seguenti aree di attività:

- a) attuazione e verifica del programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato;
- b) gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- c) colloqui psicologico-clinici
- d) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)
- e) interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- f) interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo);
- g) interventi di tipo espressivo, pratico- manuale e motorio;
- h) addestramento e formazione al lavoro;
- i) collaborazione con la rete sociale informale ai fini del reinserimento sociale;
- j) interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di persone con misure alternative alla detenzione o in regime di

### AVVERTENZA PER I LETTORI

Qui di seguito state per leggere il PEGGIOR documento che il Ministero della Salute potesse mai elaborare in tema di salute mentale. E' stato l'ultimo atto, compiuto addirittura dopo lo scioglimento delle Camere ed in piena campagna elettorale.

Se volessimo usare chiavi di lettura ideologiche potremmo, tranquillamente, definire queste linee guida "masimamente reazionarie". Sono di una arretratezza culturale e scientifica spaventosa, "innaffiate" da una profonda ignoranza. Addirittura non conoscono quali e quante sono le discipline.

E' il frutto del lavoro di un gruppo coordinato dallo psichiatra Marco D'Alema. Ritengo che di peggio non poteva fare. Le elezioni anticipate hanno avuto almeno un merito: Marco D'Alema ed il suo gruppo non potranno fare, almeno per un pò, altri danni.

Poi magari il Governo attuale potrà fare anche di peggio, se fosse possibile. Ma almeno, come si dici, ci sarebbe da aspettarselo.

**Mario Sellini**

Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano su: **“Linee di indirizzo per la salute mentale”**.

### LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4 comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze a svolgere attività di interesse comune;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"

VISTO il D.P.R. 1 novembre 1999 di approvazione del Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale – 1998-2000;

VISTO il D.P.R. 7 aprile 2006 Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;

### CONSIDERATO

CHE il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 individua quali obiettivi prioritari per la tutela della salute mentale

l'implementazione della qualità dei servizi, il miglioramento dell'adesione alle cure, l'attivazione di programmi di individuazione precoce delle psicosi schizofreniche, l'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali, la continuità di presa in carico fra servizi per l'età evolutiva e servizi per adulti, l'attivazione di interventi nelle carceri in negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), l'implementazione di programmi di contrasto allo stigma nei confronti delle patologie mentali, la realizzazione del Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale;

CHE il Ministero della Salute, in collaborazione con il Gruppo tecnico interregionale per tale settore, in seno al Coordinamento Commissione Salute, ha sviluppato nei primi nove mesi del 2007, un programma di seminari, finalizzato ad un approfondimento a tutto campo e ad una raccolta di dati relativi allo stato dell'arte sulla salute mentale in Italia oggi, con lo scopo di fornire elementi concreti per realizzare gli obiettivi di piano, attraverso l'individuazione di aggiornate linee di indirizzo per orientare l'azione dei servizi sanitari e sociali, all'interno dei propri contesti territoriali;

CHE, sulla scorta degli elementi di riflessione e valutazione emersi nei citati seminari, un gruppo di lavoro composto da esperti del Ministero della Salute e delle Regioni, ha elaborato l'allegato documento di linee di indirizzo che costituisce parte integrante del presente accordo;

CHE il Gruppo tecnico interregionale ha esaminato, nella seduta del 20 febbraio 2008, le citate linee di indirizzo, esprimendo parere favorevole;

CHE il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, si impegnano a realizzare, ciascuno nel proprio ambito di competenza, ma anche attraverso opportune concertazioni, le azioni necessarie a rendere operative le citate linee di indirizzo;

### sancisce accordo:

tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nei termini di cui all'allegato, parte integrante del presente atto:



# Ministero della Salute

Linee di indirizzo nazionali  
per la Salute Mentale

## INDICE

**PARTE PRIMA : Introduzione, analisi e visione strategica**

**PARTE SECONDA : Priorità strategiche nello sviluppo dei servizi**

**1. Linee di sviluppo dei Dipartimenti di Salute Mentale**

- a. Situazione attuale e prospettive
- b. Percorsi di cura e nuovi LEA per la salute mentale
- c. Indirizzi operativi per le Aziende Sanitarie
- d. Sostegno abitativo: residenzialità e domiciliarità
- e. Inclusione sociale e lavorativa
- f. Concertazione locale e partecipazione
- g. Sistema Informativo Nazionale per la Salute mentale

**2. Infanzia ed Adolescenza**

**3. Carcere ed OPG**

**4. Multiculturalità**

**5. Formazione e Ricerca**

### PARTE PRIMA

#### Introduzione, analisi e visione strategica

A trent'anni dalla riforma introdotta dalla legge 180/1978, i cui contenuti sono stati ricompresi nella legge di riforma sanitaria 833/1978, dopo gli specifici provvedimenti di riforma del settore disabilità nell'infanzia, e le leggi 118/1971, 517/1977 e 104/1992 che indirizzavano l'istituzione scolastica al superamento delle classi differenziali e speciali e al consolidamento dei processi d'integrazione dei minori in situazioni di handicap, è viva l'esigenza di una puntualizzazione strategica che serva a rilanciare la cultura dei servizi e le pratiche di intervento in un'area sempre più cruciale per il benessere della popolazione. La salute mentale di una comunità è un fattore determinante della sua salute generale, delle sue capacità di sviluppo umano ed economico, del suo benessere individuale e collettivo.

“Non c'è salute senza salute mentale” è il messaggio consegnato alle nazioni europee dalla conferenza di Helsinki del 2005 nella quale i ministri della salute degli stati appartenenti alla Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, si sono impegnati a promuovere politiche di salute mentale improntate all'ottica di salute pubblica, all'attenzione a tutte le fasce di età, alla qualificazione di interventi, alla continuità degli interventi, al rispetto dei diritti umani e civili delle persone con disturbi mentali.

L'aspetto etico e politico dei diritti e della uguaglianza tra i cittadini ha spinto anche l'Unione Europea ad esprimere un proprio atto di indirizzo agli Stati membri attraverso l'elaborazione del Libro Verde (*Green Paper*) sulla salute mentale che è stato approvato dal Parlamento Europeo e costituisce oggi punto di riferimento per i governi nazionali. Le indicazioni principali in esso contenute riservano particolare enfasi alla prevenzione, alla promozione della salute mentale, alla inclusione sociale, a pratiche basate su servizi territoriali e sulla volontarietà dei trattamenti, a progressive riduzioni degli ambiti istituzionali tradizionali come gli ospedali psichiatrici. Esso costituisce un riconoscimento implicito della validità etica e dell'efficacia nella pratica della esperienza italiana sviluppatasi sul solco della riforma del 1978 e continuata tramite i due Progetti Obiettivo Salute Mentale 1994-1996 e 1998-2000 e del Progetto Obiettivo Materno-Infantile 1998-2000.

Malgrado ritardi e disomogeneità una grande epocale trasformazione si è conclusa nel nostro paese e nulla potrà più essere come prima. Si è prodotto un cambiamento che ha chiuso i manicomi pubblici, ha riconosciuto il diritto di cittadinanza alle persone con disturbo mentale, ha mutato il vecchio rapporto tra psichiatria e giustizia, ha reso possibile e vicino il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ha dato avvio alla formazione di un sistema di servizi ormai attivo su tutto il territorio nazionale, ha mutato il destino di migliaia di persone con l'esperienza del disturbo mentale e dei loro familiari, ha avviato un cambiamento di atteggiamento culturale nei confronti di ogni forma di diversità, evidenziandone l'illibertà, la disuguaglianza e l'esclusione sociale troppe volte a questa connessa. La Legge 180 ha prodotto un nuovo scenario che è in primo luogo uno scenario etico, che mantiene oggi tutta la sua validità, sulla base del quale in questi trent'anni si è sviluppata l'attività dei servizi di salute mentale lungo cinque assi principali:

1. la chiusura degli ospedali psichiatrici, degli istituti per minori e delle strutture speciali della scuola, che con disomogeneità e ritardi si è definitivamente completata alla fine degli anni '90. Oltre a costituire un importantissima opera di riforma istituzionale in sé essa ha fondato la pratica sui principi di volontarietà delle cure e sui diritti del cittadino ammalato, la stessa ottica universalistica del diritto alla salute del Servizio Sanitario Nazionale. La chiusura degli Ospedali Psichiatrici ha consentito l'elaborazione e il consolidamento di teorie e pratiche di deistituzionalizzazione che mantengono inalterato il loro valore e devono essere alla base anche dell'attività dei servizi del futuro;
2. l'ingresso della psichiatria e della neuropsichiatria infantile all'interno del Servizio Sanitario Nazionale con pari diritti e responsabilità rispetto a tutte le altre discipline. Ciò ha comportato il superamento del loro statuto speciale e l'integrazione all'interno dei modelli di interazione e negoziazione istituzionale della sanità in generale, la condivisione delle tappe fondamentali della storia del SSN, come, ad es., il sistema di responsabilizzazione economica introdotto con l'aziendalizzazione e la regionalizzazione introdotta con la modifica del Titolo V della Costituzione;
3. lo sviluppo ex-novo dei servizi di salute mentale e di neuropsichiatria infantile all'interno delle USL prima e delle Aziende poi, a partire dagli ambiti ambulatoriali-territoriali e dagli SPDC negli anni '80, per arrivare a sistemi dipartimentali più

complessi, inclusivi di un settore residenziale e semiresidenziale. I Dipartimenti di Salute Mentale si sono inizialmente strutturati attorno alle unità operative di psichiatria adulti, ma nell'ultimo decennio si è registrata un'interessante riavvicinamento e collegamento professionale ed organizzativo tra queste e le U.O. di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza che in diverse regioni ha comportato la costituzione di dipartimenti integrati. Le esigenze di collegamento tra Neuropsichiatria infantile e Psichiatria dell'adulto sono oggi un punto strategico e vanno perseguite indipendentemente dalle forme organizzative che vengono adottate localmente, tenuto conto delle esigenze di tempestività dei trattamenti, continuità terapeutica e sinergia tecnico-professionale;

4. l'arricchimento progressivo degli ambiti e degli obiettivi degli interventi nelle attività dei DSM. A partire dall'obiettivo primario di realizzare la deistituzionalizzazione, la presa in carico delle persone con disturbi mentali gravi e persistenti, con il progredire delle pratiche territoriali, si è ampliata includendo oltre alla cura dei disturbi ed alla riabilitazione dalle disabilità di base, la prevenzione ed il contrasto alle disabilità sociali, l'inclusione sociale effettiva, il pieno godimento dei diritti di cittadinanza (abitare, lavoro, relazioni, tempo libero), il supporto alle famiglie ed al contesto di vita delle persone con disturbi mentali gravi e persistenti. In quest'ambito va segnalato il ruolo di sempre maggior protagonismo esercitato dal volontariato delle associazioni di utenti e dei familiari, che hanno dato un inestimabile contributo alla definizione di pratiche e politiche di salute mentale su base nazionale e regionale. Va segnalato anche il particolare rilievo che nell'infanzia hanno assunto pratiche di prevenzione e promozione della salute, con particolare riferimento alle collaborazioni con i Pediatri, il mondo della scuola e le famiglie;
5. dal punto di vista culturale nel corso di questi trent'anni si è assistito ad un'interessante integrazione tra gli strumenti propri dell'iniziale impostazione etico-politica, supportata da teorie e tecniche di derivazione fenomenologia e psicodinamica, e strumenti propri delle discipline biomediche, come diagnosi, ricerca empirica, prove di efficacia, valutazione degli interventi, linee guida etc... Oggi più che in ogni altra nazione europea esiste un bilanciamento tra queste due impostazioni culturali che altrove vengono spesso considerate mutuamente escludenti e che invece devono continuare ad interagire ed arricchirsi reciprocamente. La cultura dei servizi deve continuare ad essere centrata sui bisogni della persona, intesa anche come soggetto in età infantile, sulla sua soggettività e sui suoi diritti, ed affrontare con gli strumenti teorici e pratici più idonei la complessità che l'intreccio tra elementi personali e sociali produce; in una ottica di salute pubblica è altresì indispensabile sottoporre le tecniche e le pratiche a verifiche e innovazioni con la stessa accuratezza metodologica delle altre discipline sanitarie. La fecondità di questa combinazione di approcci è testimoniata dall'attenzione che all'esperienza italiana è riservata dalla comunità scientifica internazionale, ove è spesso citata come esempio di approccio universalistico di salute mentale e di approccio alla disabilità in grado di assicurare, lontano da riduzionismi e tecnicismi, cura ed assistenza qualitative nella comunità con un alto grado di rispetto dei diritti di cittadinanza e delle libertà personali.

Queste linee di sviluppo hanno prodotto Dipartimenti che stanno operando sul territorio, cercando di intercettare e rispondere a bisogni e domande di salute mentale in rapida evoluzione, evidenziando nel contempo importanti segnali di difficoltà e criticità che rendono necessaria la formulazione di nuovi indirizzi strategici. In particolare:

- a. destano preoccupazione alcuni segnali di arretramento rispetto a livelli di deistituzionalizzazione raggiunti, con timori che possano innescarsi pratiche di reistituzionalizzazione attraverso il maggiore ricorso all'obbligatorietà dei trattamenti, a pratiche estese di privazione della libertà e di contenzione, ad inserimenti su vasta scala in strutture residenziali a tempo indeterminato. L'enfasi sulla volontarietà e sulla preservazione dei contesti abituali di vita deve continuare ad essere la linea di condotta principale dei servizi di salute mentale;
- b. nel rispetto delle autonomie organizzative che l'ordinamento costituzionale riconosce alle regioni, non si può non rilevare come sussistano differenze tra indici di attività e di livelli di assistenza dei vari sistemi regionali, che configurano una reale disuguaglianza dei cittadini rispetto al diritto alla salute. Ci si riferisce ad esempio all'assetto del settore residenzia-

- le e semiresidenziale con tassi e modalità di utilizzo fortemente disomogenei, così come alle notevoli differenze nei tassi di trattamento sanitario obbligatorio, con variazioni fino a tre volte tra regioni a bassa ed alta prevalenza;
- c. con il miglioramento delle cure fornite, affrancate sempre più dalla disabilitazione prodotta dal contesto istituzionale e sempre più accurate e tempestive sotto il profilo biomedico e riabilitativo, non sempre ed ovunque si è assistito ad una reale apertura dei processi di cura verso la dimensione sociale dei diritti di cittadinanza (come l'abitare, il lavoro, le relazioni, il contesto competente e supportivo). Esistono anche in questo caso rilevanti differenze tra regioni e all'interno della stessa regione, che possono configurarsi come vere e proprie disuguaglianze nei diritti fondamentali delle persone. E' assolutamente necessario stabilire, o ristabilire ove non siano più attivi, punti di incontro e collaborazione tra servizi e collettività locali, in primo luogo con le espressioni politico-istituzionali delle Autonomie Locali;
  - d. la domanda ed i bisogni di salute mentale si sono modificati in modo rilevantissimo e continuano a modificarsi in modo straordinariamente rapido, più rapido in genere della capacità di adattamento dei servizi.

Pur essendo impossibile identificare rapporti causali tra fenomeni sociali complessi e disagi individuali, non vi è dubbio che negli ultimi vent'anni le trasformazioni demografiche, economiche e sociali nel nostro paese hanno mutato il volto delle nostre comunità e dei loro bisogni di salute. In questo periodo sono aumentate molto le differenze tra Nord e Sud, tra regione e regione, tra ambiti urbani e rurali e tra gli stessi individui, rendendo necessaria una programmazione locale accurata e condivisa. Da un punto di vista generale la popolazione italiana ha conosciuto un notevole sviluppo in termini di reddito medio, di istruzione, di aspettativa di vita alla nascita, di impiego ed emancipazione femminile, di consapevolezza e cura della salute. Parallelamente i fenomeni di denatalità, di distanziamento tra le generazioni, invecchiamento della popolazione, sviluppo delle aree suburbane, migrazione, diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti, hanno contribuito ad allentare ed in alcuni casi hanno lacerato le reti di supporto sociale informale (famiglia, vicinato, organizzazioni non professionali) che costituivano la maggior quota del capitale sociale delle nostre popolazioni. Di fatto i cittadini italiani sono mediamente più ricchi, istruiti e sani, ma più diseguali tra loro e probabilmente più vulnerabili in condizioni di difficoltà, incluse malattie ed altre forme di disagio psichico.

E' quindi naturale che il profilo epidemiologico che sostiene la domanda di salute mentale sia profondamente cambiato, principalmente sotto i seguenti aspetti:

1. nell'ambito dei disturbi che esordiscono nell'infanzia e nell'adolescenza, con il diminuire della natalità e con il miglioramento delle condizioni generali di salute delle gestanti e delle cure perinatali, si è ridotta la componente di grave disabilità neuromotoria e sensoriale, con un maggiore impatto relativo delle gravi patologie croniche neurodegenerative e dei problemi complessi legati alla prematurità. Nello stesso tempo è divenuta più evidente la quota rappresentata da persone con disturbi pervasivi o specifici dello sviluppo, non più segregate all'interno di istituzioni speciali, ma che vivono in famiglie sempre più consapevoli dei diritti alla cura ed all'assistenza. Le famiglie e le istituzioni scolastiche hanno percepito con sempre maggiore chiarezza l'importanza del disagio giovanile diffuso e della psicopatologia adolescenziale, soprattutto sotto forma di disturbi della condotta, che possono evolvere in disturbi della personalità e/o dipendenze patologiche. Inoltre si è evidenziato un calo progressivo dell'età d'inizio dell'uso ed abuso di sostanze e dei disturbi del comportamento alimentare. Infine si è evidenziata molto chiaramente la necessità di predisporre interventi tempestivi e coordinati tra servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute mentale per l'età adulta riguardo agli esordi psicotici e ai disturbi d'ansia ed affettivi insorti nell'adolescenza;
2. secondo alcuni studi internazionali ed europei il numero complessivo delle persone affette da disturbi emotivi comuni (ansia, depressione, sindromi subcliniche, somatizzazioni, reazioni etc...) è in aumento da diversi decenni. Non sappiamo con certezza se questo sia vero anche in Italia, dove però è sicuramente in crescita la domanda di aiuto professionale per queste condizioni, verosimilmente sotto la spinta di vari fattori come una minore stigmatizzazione dei disturbi ed una generale tendenza alla sanitarizzazione di alcuni problematiche psicosociali. A questo riguardo si rileva un

umento, per queste condizioni, del ricorso al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta e delle collaborazioni con i servizi specialistici, l'aumento dei consumi di ansiolitici ed antidepressivi, l'aumento delle consulenze e prese in carico presso i DSM, lo sviluppo del settore privato delle psicoterapie a vario orientamento. Questa vasta domanda di salute per disturbi che possono essere disabilitanti, ma al tempo stesso con un alto potenziale di guarigione, deve poter incontrare una risposta qualificata e coordinata tra tutte le agenzie sanitarie e non. Come ci ricorda l'OMS è da questo tipo di patologia che proviene nei paesi sviluppati il più alto carico di disabilità (misurata in Disability-Adjusted Life Years, DALYs) superiore anche alle malattie oncologiche e cardiovascolari. Anche l'emergere di nuove forme di disagio psichico o disturbo mentale come disturbi di personalità, sindromi polimpulsive e DCA richiedono una precisa puntualizzazione;

3. la diffusione dell'uso di sostanze è uno dei grandi problemi delle società sviluppate e di tutto il pianeta. In tutta Europa ed anche in Italia l'uso, l'abuso e la dipendenza sono stati in costante crescita negli ultimi trent'anni. Si tratta di un fenomeno sfaccettato e mutevole, soggetto a rapide trasformazioni legate al mercato dell'offerta legale ed illegale, a fenomeni sociali e culturali, al mutare dei contesti di consumo. E' un fenomeno che presenta importanti interazioni con la salute mentale della popolazione almeno per almeno quattro motivi:
  - a. è noto che la diffusione delle sostanze ha un effetto disgregante sulle collettività ed il loro capitale sociale e che, con un circolo vizioso, attecchisce con maggiore vigore sui tessuti sociali degradati. Tutto questo produce una maggiore vulnerabilità generale nelle popolazioni e condizioni di compromissione del benessere e della salute mentale degli individui;
  - b. diversi studi dimostrano che oggi l'uso di sostanze d'abuso tra i giovani è il più forte fattore di rischio per sviluppare disturbi mentali di diversa gravità e durata, inclusi disturbi gravi e persistenti;
  - c. l'uso, l'abuso e la dipendenza producono, in una quota significativa di persone, complicanze temporanee o permanenti di tipo psichiatrico che richiedono competenze e trattamenti specifici ed integrati;
  - d. le persone che soffrono di disturbi mentali comuni o gravi sono maggiormente vulnerabili rispetto allo sviluppo di abuso o dipendenza da sostanze lecite ed illecite e la compresenza nella stessa persona di disturbi mentali e dipendenze peggiora notevolmente il decorso clinico e psicosociale, richiedendo interventi coordinati e complessi con competenze specifiche.

Per tutte queste ragioni una puntualizzazione strategica sui livelli di collaborazione e coordinamento tra interventi di salute mentale e per le dipendenze patologiche non è più rinviabile, partendo da esperienze regionali o locali che sul livello professionale ed organizzativo hanno già affrontato il problema. Inoltre il potenziale sviluppato dalla sinergia tra politiche ed interventi di salute mentale e di contrasto alle dipendenze patologiche è altissimo in aree come la promozione della salute, la prevenzione, l'intervento precoce sul disagio e sui disturbi mentali agli esordi, la comunicazione sociale, la formazione congiunta degli operatori dei due settori;

4. il carcere e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario sono diventati ambiti prioritari di intervento. Il primo ha visto nell'arco di vent'anni raddoppiare la propria popolazione ed accogliere categorie sanitarie complesse e difficili: è nota fra i detenuti l'alta prevalenza di disturbi mentali rilevanti sotto il profilo clinico, così come pure l'elevata diffusione di disturbi legati alle dipendenze patologiche. Inoltre il potenziale dell'intervento ambientale, in termini di promozione della salute, in quel contesto è molto rilevante. L'OPG costituisce oggi un paradosso ed un anacronismo non più accettabile nel nostro paese, dotato di un sistema di salute mentale territoriale e moderno e di un sistema di trattamento dei malati di mente autori di reato rimasto immutato da oltre ottant'anni. I recenti provvedimenti adottati con la Finanziaria 2008, ponendo finalmente in essere quanto già previsto con il DLgs 230/99, dovranno segnare una svolta radicale in questo settore strategico per una politica di salute mentale nel nostro paese;
5. il 6% della popolazione residente in Italia non è nata nel nostro paese e tra le giovani generazioni questa percentuale supera il 10%. Stante la maggiore natalità presente presso la popolazione immigrata, già oggi il 15% dei minori vive in

contesti familiari “migranti”. Come diversi studi condotti in Europa dimostrano, è su questi giovani che si concentrano una serie di fattori stressanti specifici ed aspecifici che aumentano di molto le probabilità di sviluppare condizioni di disagio o di disturbo. L'intera popolazione migrante è poi a serio rischio di discriminazione e diseguaglianze nel diritto alla salute, con particolare riferimento all'accesso ed alla presa in carico a lungo termine. E' necessario formalizzare linee di intervento specifiche per aumentare la sensibilità transculturale dei servizi e rimuovere tutte le barriere culturali ed organizzative che possano limitare l'accesso e le cure dei migranti in tema di salute mentale.

Quanto sopra esposto mette in luce una serie di bisogni “nuovi”. Ciò non deve far pensare che non siano vivi anche bisogni afferenti alla utenza più tradizionale costituita da persone affette da disturbi mentali gravi e persistenti, per i quali è altrettanto necessario definire una strategia di miglioramento e consolidamento dei percorsi di presa in carico. A questo riguardo, va posta una enfasi particolare su:

- a. tempestività e qualificazione degli interventi all'esordio;
- b. comprensività sanitaria e sociale della presa in carico fin dalle prime fasi;
- c. sostegno alle famiglie ed al contesto;
- d. importanza del ruolo di cura ed assistenza dei servizi sanitari, aventi come missione la salute delle persone e la costruzione di contesti di vita positivi, ma mai titolari di un ruolo attivo e specifico di controllo comportamentale e sociale;

Sulla base di tutte queste considerazioni si ritiene quanto mai necessario definire una visione strategica della politica di salute mentale, articolata su due assi principali: promuovere servizi finalizzati ai percorsi di ripresa e promuovere la salute mentale nella comunità.

### Promuovere servizi finalizzati ai percorsi di ripresa

E' oggi sempre più evidente lo scarto tra i risultati positivi di trenta anni di deistituzionalizzazione e lavoro nel territorio e l'immagine dei servizi presso la pubblica opinione, che registra spesso l'insoddisfazione di molti utenti e loro familiari ed amplifica sporadici fatti di cronaca. Varie sono le ragioni di tale scarto, da possibili reali insufficienze tecniche e strutturali, alla scarsa visibilità dei servizi territoriali rispetto alla rassicurante presenza architettonica ed al centralismo tecnico dell'ospedale psichiatrico. Una parte di queste insoddisfazioni risiede anche paradossalmente nei successi della psichiatria territoriale che rende oggi attuali sfide più ambiziose ed obiettivi più alti. I servizi di salute mentale non possono più accontentarsi di avere come obiettivo la stabilizzazione e la gestione del disturbo mentale, per quanto all'esterno delle istituzioni manicomiali. E' viva oggi l'esigenza di rilanciare gli obiettivi della presa in carico delle persone con disturbo mentale sulla base dei criteri di tempestività, promozione e sviluppo delle potenzialità di vita, continuità, *empowerment*. La tempestività dell'intervento deve improntare la filosofia d'azione dei servizi sin dall'inizio, consapevoli che modelli basati sull'attesa e sul rinvio rischiano di produrre pregiudizi nell'adesione successiva alla presa in carico, maggiore disabilità ed emarginazione sociale. Il livello di direttività e di protezione nei momenti di acuzie psicopatologica o di crisi delle relazioni deve essere sempre attentamente calibrato e contenuto nei livelli minimi necessari e per il più breve tempo possibile, per non atrofizzare le capacità della persona e per inserirle in un percorso di riappropriazione e di recupero delle opportunità di cittadinanza. Si tratta di una filosofia di azione attiva ed attivante, centrata sul cittadino e sul suo essere nel territorio, traduzione moderna delle teorie e delle pratiche della deistituzionalizzazione di trent'anni or sono; una filosofia basata sulla continuità sia all'interno dei servizi sanitari, non solo psichiatrici, sia tra servizi sanitari e sociali, tra servizi e territorio.

Ovviamente non vanno messe in discussione alcune caratteristiche positive e consolidate dell'intervento dei DSM odierni: l'ottica di salute pubblica, comprendente tutte le forme di disturbo o disagio mentale in tutte le età della vita, la centralità del lavoro d'èquipe e della cultura multiprofessionale, il collegamento con le aree e le istituzioni "di confine", il lavoro di prevenzione e promozione della salute nella comunità in collaborazione con tutte le agenzie sociali e sanitarie del territorio. Ed è proprio su questo terreno delle collaborazioni istituzionali che si gioca gran parte delle sfide per la salute mentale nel prossimo futuro.

### Promuovere la salute mentale nella comunità

E' nel territorio che si creeranno o si perderanno le opportunità di salute nel prossimo decennio e la salute mentale ha un ruolo fondamentale in questa partita. In una società che presenta una maggiore domanda di salute mentale, l'intera collettività è chiamata a rispondere integrando politiche per la salute, per l'istruzione, per il lavoro, per la tutela sociale, per le pari opportunità e per il contrasto alla povertà ed all'emarginazione. La costruzione di un nuovo welfare di comunità non può non comprendere una politica di salute mentale integrata con tutte le altre politiche sociali, e questo ad ogni livello istituzionale (nazionale, regionale, comunale, distrettuale). Ciò significa la creazione di uno scambio vivificante tra servizi e istituzioni locali, nel quale i primi si rendono disponibili e si corresponsabilizzano nell'affrontare, con gli strumenti teorici e pratici che sono loro propri, i problemi di salute ed inclusione della collettività e le seconde garantiscono realmente pari opportunità e diritti tra i cittadini, con una attenzione particolare a quelli in condizione di difficoltà.

Le difficoltà nel realizzare tutto questo dipendono soprattutto dalla quantità degli interlocutori istituzionali interessati e dalla natura negoziale di questo processo di integrazione socio-sanitaria. Tutti i livelli della pubblica amministrazione e del mondo professionale sono coinvolti: ministeri, regioni, Autonomie Locali, Aziende Sanitarie, professionisti delle agenzie sanitarie e sociali del territorio, terzo settore, volontariato ed associazioni di utenti e familiari.

La legge 328/2000 resta il punto di riferimento fondamentale nelle politiche di integrazione socio-sanitaria. L'obiettivo che persegue è il raggiungimento di una situazione coordinata al punto tale che il cittadino non percepisca dissonanze, incoerenze o discontinuità tra le prestazioni ricevute in ambito sanitario e quelle ricevute in ambito sociale. Ciò implica una intensa attività di coordinamento e di integrazione a tutti i livelli tra gli enti preposti alla programmazione (Regione, Autonomie Locali ed Aziende Sanitarie) ed enti erogatori (servizi pubblici e privati di ambito sanitario, sociale e socio-sanitario). Il tutto in un ambito che garantisca la partecipazione e se possibile la corresponsabilizzazione del cittadino singolo o nelle forme associative.

Il sistema regionale nel suo complesso e le articolazioni locali nelle quali si declina devono essere in grado di garantire gli interventi di prevenzione e di promozione della salute mentale sul territorio, inclusive di tutti gli aspetti di informazione ed educazione sanitaria, di promozione di una immagine non distorta del disagio e della malattia mentale nella popolazione, di promozione dei valori di solidarietà ed inclusione sociale relativamente alla salute mentale, di lotta allo stigma, di diagnosi precoce e prevenzione della disabilità. Deve inoltre essere in grado di garantire un accesso equo e senza ostacoli al sistema integrato dei servizi, riducendo al minimo le barriere tra sanitario e sociale, tra erogatori pubblici e privati, tra assistenza e formazione, ampliando al massimo la possibilità di individualizzazione e di scelta, favorendo l'integrazione con attività sussidiarie orizzontali di auto-mutuo aiuto e di collaborazione con il volontariato. Un ruolo fondamentale nella costruzione di questo sistema deve essere giocato dal coinvolgimento e dalla partecipazione dei cittadini, nonché dal protagonismo degli utenti.

Le Regioni e le Province Autonome devono esplicitare come intendono realizzare gli obiettivi strategici richiesti dal presente piano nel triennio, attraverso un proprio Progetto Obiettivo, dal quale risultino evidenti sia le forme organizzative istituzionali della programmazione e della assistenza (ad es.: ruolo dei distretti, Piani di Zona, Accordi di programma ed ogni altra forma organizzativa e strumento di cui le regioni intenderanno dotarsi), sia il ruolo effettivo che le attività integrate di salu-

te mentale dell'adulto e dell'infanzia hanno nei territori locali.

### PARTE SECONDA

#### Priorità strategiche nello sviluppo dei servizi

##### 1. Linee di sviluppo dei Dipartimenti di Salute Mentale

###### A. Situazione attuale e prospettive

I Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende USL hanno costituito l'articolazione organizzativa e lo strumento operativo che ha consentito i processi di deistituzionalizzazione prima e lo sviluppo della rete territoriale poi. Tali cambiamenti sono avvenuti con ritmi, modalità e penetranze diverse sul territorio nazionale e rendono oggi difficile leggere in una chiave unitaria la realtà dei Dipartimenti di Salute Mentale in Italia. E' importante sottolineare che quando si parla di DSM ci si riferisce alla articolazione organizzativa che sovrintende a tutte le attività inerenti al campo specifico della salute mentale, le cui linee di indirizzo e la responsabilità delle quali attengono al potere e ai compiti delle Aziende sanitarie locali.

**La composizione stessa dei DSM** è notevolmente eterogenea, comprendendo in tutte le regioni i servizi di psichiatria, in 8 regioni quelli di neuropsichiatria infantile, in altre i SerT e con modalità ancora più variegata, in alcune regioni o aziende servizi di psicologia clinica, di prevenzione o per la disabilità. Qui si intendono affrontare i problemi e le linee di sviluppo dei Dipartimenti di Salute Mentale nella loro componente più costante, inerente l'assistenza psichiatrica agli adulti e la tutela della salute mentale nella infanzia e nella adolescenza. Indipendentemente dalle forme organizzative che verranno adottate, resta comunque un obiettivo strategico quello di un sempre maggiore coordinamento ed integrazione tra le aree suddette, con particolare riferimento alla collaborazione con i servizi per le dipendenze patologiche.

E' fortemente avvertita l'esigenza di una accelerazione dei processi di confronto **tra servizi di salute mentale e per le dipendenze patologiche**, di elaborazione di nuovi modelli di intervento e di coordinamento di quelli esistenti. La responsabilizzazione dei servizi pubblici e privati dei due settori rispetto ai percorsi di presa in carico dei cittadini con problemi psichici ed abuso di sostanze e' necessaria affinché essi non avvertano fratture, dissonanze o contraddizioni tra i singoli interventi o strutture. Gli strumenti teorici e pratici di derivazione biomedica, psicologica ed educativa non sono più visti oggi come antagonisti, così come il privato sociale ed imprenditoriale non riveste più un ruolo alternativo, ma integrativo della pubblica offerta. In questa ottica percorsi di formazione comune, condivisione di problematiche che mettono in difficoltà i singoli servizi presi isolatamente, contaminazioni tra codici relazionali dei due settori (più direttivo-paternalistico quello dei servizi di salute mentale, più fraterno-motivazionale quello dei servizi per le dipendenze patologiche) sono un passaggio necessario per la corretta evoluzione professionale dei due settori. Questa collaborazione potrà trovare forme diverse a seconda delle realtà locali, da protocolli congiunti, alla formazione di equipe miste, alla piena integrazione dipartimentale e sarà importante tenere traccia delle esperienze di successo maturate all'interno dei vari modelli adottati.

Tornando alla componente principalmente oggetto delle presenti linee di indirizzo, notevole è la differente disponibilità tra i DSM in termini di strutture, di risorse impegnate, di percorsi possibili, di qualità delle risposte. Le differenze sono evidenti quando si consideri la disponibilità di strutture attive nel territorio, i tempi di apertura, i percorsi abilitativi, formativi, di inserimento lavorativo e le risorse impegnate, la quantità e qualità dei posti residenziali, le differenze, molto marcate, di risposta all'emergenza ed alla crisi. Non è disponibile un dato nazionale sulla quota percentuale di finanziamento per la salute mentale, per quanto sia noto che esistono aziende che destinano al DSM un finanziamento pari a quasi il 5% della spesa

sanitaria complessiva mentre per altri DSM è nota l'esiguità delle risorse a disposizione.

**I Centri di Salute Mentale** sono presenti in numero adeguato in tutto il territorio nazionale, tuttavia sono diversamente accessibili quanto ad orari di apertura e presentano modalità operative e finalità spesso radicalmente differenti. Laddove il CSM non riesca a realizzare una presa in carico globale, limitandosi a svolgere una funzione puramente ambulatoriale, il ricovero in SPDC o presso le case di cura convenzionate può assumere il senso di una delega di parti significative del percorso terapeutico. In alcune realtà i CSM sono concepiti come luogo di gestione dell'intero percorso clinico-assistenziale, comprendendo anche la risoluzione delle crisi e delle acuzie, con minime escursioni presso strutture a maggiore protezione. Gli **SPDC** svolgono funzioni qualitativamente diverse in rapporto allo sviluppo ed alla maturità operativa dei servizi territoriali e spesso risentono ancora di gravi carenze strutturali e logistiche. In particolare nel Sud ed in alcune regioni del Centro Italia la forte presenza del privato convenzionato fa sì che vi sia un'ampia variabilità nella distribuzione di posti letto nelle regioni italiane, con forti differenze rispetto al parametro fissato dal Progetto Obiettivo del 1999 di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti che mantiene tutta la sua validità. Un aspetto di particolare rilevanza relativamente all'area ospedaliera riguarda la variabilità nel tasso di TSO che varia anche di tre volte da regione a regione, e che richiede un forte impegno relativamente alle azioni preventive volte a ridurre l'incidenza.

Gli **istituti universitari** ancora non trovano una adeguata integrazione all'interno dei DSM ed è necessario procedere ad una sempre maggiore condivisione di progetti e stili operativi. L'università, all'interno di forme coerenti di collaborazione con i DSM, dovrà contribuire a programmi di formazione, assistenza e ricerca mirati alla crescita delle culture e delle pratiche di salute mentale comunitaria.

I posti letto (pl) nelle **strutture residenziali in Italia** raggiungono il valore di 3,1 pl su 10.000 abitanti a fronte dei 2 pl indicati dal Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1999–2000. Frequentemente il rapporto con i servizi territoriali è carente ed i percorsi di “dimissione” sono difficoltosi, tanto da alimentare il rischio di marginalizzazione o di deriva sociale. Anche la qualità degli ambiti e dei programmi riabilitativi non è sempre adeguata e favorisce l'emergere di sorpassate culture istituzionali.

La **cooperazione sociale**, sia per la gestione dei programmi clinico-assistenziali (tipo A) che di formazione ed inserimento in attività lavorative produttive (tipo B), si è sviluppata con successo fin dai primi anni '80, anticipando tempi e modi delle possibili collaborazioni tra pubblico e privato. Rappresenta pertanto un significativo potenziale per la costruzione efficace di percorsi di abilitazione, di inserimento lavorativo e di sostegno abitativo.

Come tradurre in indicazioni pratiche quanto contenuto nella Parte Prima in termini di analisi e visione strategica? E come contrastare l'indebolimento dei servizi psichiatrici territoriali? Appare necessario ridisegnare le coordinate di sviluppo dei nuovi DSM. Un DSM più capace di intercettare e rispondere alle nuove domande deve essere:

1. basato non solo sull'assetto organizzativo ma soprattutto orientato alla progettualità;
2. capace di sviluppare connessioni;
3. integrato nelle risorse, pubbliche e degli erogatori accreditati;
4. flessibile nella capacità di erogazione ed anche di coordinamento con gli altri servizi socio-sanitari, dentro e fuori del settore sanitario;
5. centrato più sull'utente, sulla sua domanda e sui suoi bisogni, che non sull'offerta;
6. in equilibrio tra territorializzazione e specializzazione (area geografica, percorsi di cura per patologie, libera scelta).

Il sistema dei servizi di salute mentale, che aveva anticipato culturalmente e sperimentato istituzionalmente alcune grandi intuizioni della medicina e della ricerca in sanità - la centralità delle storie, la continuità dei percorsi, la presa in carico della cronicità, il riconoscimento dell'intreccio della clinica con la vita - è a rischio alto di marginalizzazione, al tempo stesso culturale, metodologica, scientifica ed organizzativo-gestionale. A fronte di questo rischio, si tratta di operare per riconnettere

i principi ispiratori della psichiatria di comunità alle pratiche dei servizi, lungo un percorso che individua le seguenti priorità:

- a) **centralità dei diritti sociali e di cittadinanza**, in particolare quelli relativi alla cura delle persone affette da disturbi psichiatrici, in primo luogo da quelli più invalidanti, a sostegno di un approccio clinico non violento e non intrusivo, nella sfera della mente e del corpo, ma altamente responsabile sotto il profilo tecnico ed etico;
- b) **sviluppare sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti**, all'interno di una cultura della trasparenza, come effettivo superamento dell'autoreferenzialità, attraverso la diffusione di conoscenze e strumenti già in uso in altri campi dell'intervento sanitario (appropriatezza, accreditamento professionale, audit clinico, revisione tra pari), anche ai fini del miglioramento continuo e dimostrabile della qualità delle cure, sviluppando anche programmi di valutazione da parte dei cittadini;
- c) **definire in modo più preciso i contenuti dei livelli essenziali di assistenza (LEA)** in merito alla salute mentale, in modo da rendere i percorsi di cura effettivamente esigibili. Si tratta di superare la discrezionalità giustificata dalle risorse, ma anche alcuni alibi rispetto alla difficoltà di assumersi le responsabilità sulle priorità di intervento;
- d) porre una nuova attenzione al **lavoro di équipe**, oggi in crisi per vari motivi (crescita di identità ed autonomie professionali, problemi organizzativi e di assetto dei servizi, problemi generazionali e di scarso turnover, limiti nella condivisione dei processi decisionali e nella democrazia interna dei servizi), riconoscendone il valore strategico nei processi di presa in carico di pazienti complessi, nella specializzazione dei trattamenti, nella gestione di bisogni multifattoriali e nella loro sintesi possibile, ma anche rilanciando la soluzione di problemi multidimensionali attraverso una maggiore integrazione con tutte le risorse rilevanti, istituzionali e non, presenti nel territorio;
- e) sviluppare **percorsi di formazione, ricerca ed intervento** che sappiano utilizzare al meglio le conoscenze prodotte dalla ricerca scientifica, ma che siano anche effettivamente indipendenti sul piano della valutazione e del loro utilizzo nella pratica clinica, avendo ben presente il rischio di conflitto di interessi di varia natura.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) cogliendo la crescente capacità degli utenti, dei loro familiari, delle loro associazioni, ad affermare autonomamente l'area dei propri bisogni e delle risposte da loro attese, *deve operare* affinché, nella quotidianità delle loro scelte strategiche, siano favoriti livelli partecipativi che esprimano il raggiungimento di obiettivi come:

1. la costruzione di un progetto terapeutico individuale, personalizzato e condiviso;
2. la scelta di un'organizzazione dipartimentale al servizio del territorio, aperta alla partecipazione della popolazione interessata;
3. la promozione di politiche condivise nell'ambito della progettualità congiunta con gli enti locali.

La dimensione psicoterapica dei Servizi di salute mentale assume, in questa direzione, alcune specificità e, fra i suoi compiti prioritari, riconosce quello di contribuire ad una lettura dei fenomeni di sofferenza, tale da ispirare rinnovate forme di risposta. Nella dimensione terapeutica la parola e l'azione assumono pari dignità se calate in una dimensione relazionale che, pensata e orientata a raggiungere obiettivi di cambiamento, valorizzi preliminarmente gli aspetti squisitamente umani di rispetto e interesse per l'altro, come di ascolto e di attenzione a ciò che l'altro esprime e può accettare.

Nel rispetto e nella valorizzazione di tutte le teorie e pratiche tese allo sviluppo di condizioni di benessere dell'individuo, i servizi di salute mentale favoriscono una cultura e una pratica comune a tutti gli operatori della salute mentale, orientata verso forme di intervento che privilegino la relazione terapeutica e lo sviluppo di un ruolo attivo delle persone (individualmente e collettivamente) nel fronteggiare disagi e sofferenze proprie e del proprio contesto familiare e sociale.

### **B. Percorsi di cura e nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per la salute mentale**

Il DPCM 29 novembre 2001 ha definito i LEA riguardanti la tutela della salute mentale nei capitoli della assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, dell'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale e descrivendo i DRG ospedalieri a più alto rischio di "non appropriatezza". I criteri generali su cui poggiano i LEA sono stati poi confermati nel "Patto per la Salute" varato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in accordo con il Governo, nel quale vengono sanciti il principio della dignità della persona, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Si avverte oggi l'esigenza di rivedere i LEA per la salute mentale secondo un'ottica che renda maggiormente giustizia a ciò che è veramente essenziale nella presa in carico del paziente con disturbi mentali, vale a dire la garanzia dell'accesso, la continuità delle cure e la personalizzazione del progetto. Occorre cioè superare una logica prestazionale, fondata su strutture separate per funzione, e andare verso una logica primariamente fondata sull'integrazione e su programmi e servizi offerti al cittadino, vale a dire sul processo di cura e sul percorso di salute del singolo che si rivolge ai servizi di salute mentale.

Appare innanzitutto opportuna la definizione di standard basati sul principio etico della presa in carico che garantiscano l'accessibilità alle cure qualunque sia la modalità di presentazione del disturbo, e che prevedano la presenza di servizi a bassa soglia diffusi nel territorio, capaci di muoversi verso la persona, nei suoi luoghi di vita, che garantiscano livelli progressivi di trattamento in rapporto alla gravità della malattia, alla complessità delle relazioni, alla rilevanza dei bisogni. Non più e non solo, dunque, standard riferiti a strutture e offerte (posti letto, rette, DRG) ma un approccio centrato sulle persone e sui processi che si costruiscono, prestando attenzione alle potenzialità di ripresa e al *desiderio di guarigione* che ognuno porta con sé, secondo programmi terapeutico riabilitativi individuali che vanno di volta in volta costruiti e sostenuti con risorse adeguate.

Questi standard, che poggiano sulla integrazione di risorse e competenze localizzate in molte articolazioni sanitarie e socio-sanitarie, dovranno essere garantiti dalla ASL nel suo complesso, pur sottolineando il ruolo del DSM come coordinatore anche degli interventi prestatati al suo esterno. Tali standard dovranno definire le priorità degli interventi e dei servizi offerti, nonché l'appropriatezza degli stessi interventi e servizi.

Occorre inoltre integrare l'impostazione per percorsi esigibili individualmente con quella dei percorsi comunitari rivolti alla popolazione, basati sulla prevenzione/promozione e quindi da attivare prescindendo dalla formulazione di una domanda esplicita.

Tutti i suddetti percorsi (individuali e comunitari, andranno garantiti su tutto il territorio nazionale, da parte dei DSM, a prescindere dal grado di sviluppo dei servizi e dai modelli organizzativi impiegati.

### C. Indirizzi operativi per le aziende sanitarie

A fronte della complessità della realtà comunitaria compete alle Aziende Sanitarie ed a tutti i soggetti pubblici che fanno parte del Servizio Sanitario Nazionale (ASL, AO, AOU, Policlinici Universitari, IRCCS, ecc.), nell'ambito delle politiche aziendali ed attraverso i servizi sanitari preposti (il Dipartimento di Salute Mentale, ma anche, per le parti di rispettiva competenza, i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, i Servizi per le Disabilità, i Ser.T, i Servizi per gli Anziani, i Distretti sanitari e socio-sanitari, ecc.) costruire rapporti organici con altri servizi sanitari, con i servizi sociali, interni o esterni alle organizzazioni sanitarie, con le associazioni di familiari e utenti, con i cittadini che, a vario titolo, sono coinvolti nelle pratiche della salute mentale finalizzate a sviluppare azioni e programmi specifici e rivolti a:

1. riaffermare i diritti di cittadinanza relativi all'abitare, al lavorare, al vivere sociale, alla salute ed al benessere generale di chi soffre di gravi problemi psichici;

2. contrastare fenomeni di emarginazione e stigmatizzazione;
3. contrastare fenomeni di abbandono e dimenticanza nei confronti di persone gravemente sofferenti e non collaboranti;
4. garantire pari diritti di cura per persone di origine extra-comunitaria;
5. promuovere la salute mentale per fasce di popolazione a rischio (adolescenza e anziani in particolar modo);
6. promuovere l'attivazione dell'amministratore di sostegno, quando necessario, per garantire la responsabilità di curarsi, il diritto alla cura e l'accesso all'esercizio di cittadinanza;
7. garantire l'uso appropriato dei farmaci ed il monitoraggio continuativo degli effetti indesiderati.

Riconoscendo l'organizzazione Dipartimentale come perno delle politiche di salute mentale è importante sottolineare le funzioni e le azioni che ne definiscono la sua forza.

L'organizzazione Dipartimentale deve:

- integrare le discipline che si occupano della salute mentale della popolazione (Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, farmacologia clinica, Tossicologia, Psicologia clinica e altre): *il Dipartimento si deve porre come il garante del governo clinico della salute mentale di un determinato territorio;*
- gestire e coordinare le azioni dei servizi pubblici e privati (privato sociale e privato imprenditoriale) presenti nel territorio di competenza secondo comuni scopi ed obiettivi;
- garantire risposte a tutta la cittadinanza, attivando specifici programmi per aree critiche della popolazione, per età (adolescenza e anziani), per marginalità sociale (carceri, senza fissa dimora, minoranze etniche), per problematicità psicopatologica (internati in OPG, non collaboranti, rischio suicidario);
- operare valorizzando la professionalità di tutti gli operatori, favorendo processi diffusi di responsabilizzazione (*case management*);
- ricercare il miglior livello di appropriatezza delle risposte fornite;
- partecipare ad azioni integrate tra Servizi socio-sanitari ed Enti Locali all'interno dei Piani di Zona e dei Piani per la Salute;
- coordinare le attività e i progetti rivolti alla salute mentale delle agenzie che a vario titolo, formale e informale, sono protagoniste locali della Salute Mentale: ASL, Ente Locale, Cooperazione sociale, associazioni degli utenti e dei familiari, mondo sindacale e imprenditoriale, associazioni culturali e ricreative;
- riconoscere come proprie risorse, non solo quelle assegnate dal Servizio Sanitario, ma anche quelle derivanti dall'attivo coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di cura attraverso processi di responsabilizzazione e decentramento (*empowerment*);
- consapevole della centralità, nei percorsi terapeutici, dei processi di inserimento lavorativo, esercitare un'opera di promozione affinché tutte le agenzie locali competenti operino per dare concreta realizzazione al diritto al lavoro per tutti i fruitori dei propri Servizi. A tal fine è necessario costruire percorsi di formazione, di ricerca di opportunità lavorative, di sostegno nei percorsi di inserimento, per tendere a forme sempre più accentuate di autonomia.

### Criteria di valutazione

L'attività dei DSM può essere valutata attraverso l'impegno rivolto alla/o:

1. costruzione di percorsi facilitanti l'accesso, con particolare attenzione al carattere di continuità nell'arco delle 24 ore;
2. costruzione di rapporti con istituzioni e rappresentanze della comunità;
3. sviluppo di progetti specifici rivolti ai temi dell'abitare, del lavoro, della vita sociale;

4. sviluppo di attività territoriali specifiche, con particolare riguardo alla natura ed alla dimensione dell'attività domiciliare, alla collaborazione ed integrazione con altri servizi sanitari (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) e sociali.

L'attività dei DSM può essere valutata inoltre attraverso la codifica di progetti specifici relativi a:

1. pazienti gravi non collaboranti;
2. persone di origine extracomunitaria;
3. persone senza fissa dimora;
4. fascia adolescenziale;
5. popolazione anziana.

L'attività dei DSM, può essere ulteriormente valutata attraverso alcuni parametri quali:

- la documentazione del livello di partecipazione ai progetti terapeutici;
- la documentazione relativa alla qualità percepita;
- la partecipazione a momenti istituzionali di programmazione e valutazione dei servizi prestati;
- le iniziative di informazione e formazione rivolte ad utenti e familiari;
- le iniziative di supporto per l'avvio di forme di auto-mutuo-aiuto;

A tal fine il DSM deve:

- dotarsi di sistemi di rilevazione ed analisi della propria attività, in grado di assolvere a debiti informativi nei confronti degli organismi istituzionali e della collettività;
- offrire ai cittadini non solo prestazioni o servizi, ma anche elementi utili per un'analisi dei processi sociali che si accompagnano ai fenomeni patologici oggetto degli interventi;
- garantire costanti processi formativi ed una costante revisione della propria organizzazione in funzione degli scopi definiti. Riconoscendo come finalità di qualsivoglia progetto di cura la ri-acquisizione, per il paziente, della capacità di esercizio autonomo dei propri diritti, rimane fondamentale valutare l'esito dei percorsi adottati, privilegiando l'analisi dei temi dell'abitare, del lavoro e delle relazioni sociali secondo criteri condivisi in grado di essere generalizzati.

### **D. Sostegno abitativo: residenzialità e domiciliarità**

Il superamento dell'ospedale psichiatrico ha permesso e favorito la nascita di una serie di esperienze di residenzialità più o meno protette e con caratteristiche disomogenee sull'intero territorio nazionale.

Nel riaffermare i principi espressi dal Progetto Obiettivo 1998-2000, le strutture residenziali devono essere differenziate in base all'intensità dell'assistenza socio-sanitaria (24 ore, 12 ore, a fasce orarie).

Deve essere centrale il progetto personalizzato incentivando, promuovendo il sostegno abitativo domiciliare e case di piccole dimensioni. Devono essere evitate forme di ricovero improprie in strutture non deputate alla cura del disagio psichico e modelli di accorpamento di strutture. Va precisato che per strutture residenziali ci si riferisce a quelle strutture intermedie che hanno la funzione di sostenere e accompagnare le persone che esprimono un disagio e una sofferenza psichica nella riappropriazione della propria dignità e della propria autonomia e che non possono essere concepite come una soluzione abitativa permanente.

Appare oltremodo necessario avviare una riflessione critica sul fenomeno della residenzialità, sulla sua funzione e finalità sul reperimento e sulla allocazione delle risorse finanziarie.

### Obiettivi

La dimensione delle case, la loro struttura organizzativa e il grado di protezione non possono essere definiti in modo rigido, devono essere invece elastici e ricchi di determinate opzioni che vadano incontro alle preferenze degli utenti e ai loro bisogni specifici. In questo senso vanno privilegiate strutture di civile abitazione. Gli obiettivi di salute a tal fine devono:

1. rendere fortemente integrate le residenze con il sistema dei Servizi sanitari e sociali;
2. ubicare le residenze nel cuore degli insediamenti abitativi e favorire una politica di integrazione con la comunità locale;
3. incentivare e promuovere le residenze di piccole dimensioni, in modo da favorire un clima che valorizzi relazioni personalizzate, emotivamente investite da pazienti e operatori;
4. attivare nella comunità terapeutica procedure validate e condivise, che prevedano l'individuazione di percorsi di uscita e la definizione, per ogni persona, di un progetto personalizzato in cui venga chiaramente definito tempo e modalità delle dimissioni;
5. incentivare esperienze fortemente orientate all'inclusione sociale e al sostegno abitativo di tipo domiciliare.

La dimissione dalla residenza e la costruzione di una rete relazionale in cui l'utente è inserito come protagonista attivo della propria storia devono essere considerati gli obiettivi più importanti da perseguire.

### Indirizzi operativi

1. Va riconosciuto come strategico il ricorso al sostegno di tipo domiciliare, con personale specializzato, negli abituali contesti abitativi dell'utente, al fine di prevenire e ridurre il ricorso frequente alla residenzialità e favorire le dimissioni di quei pazienti che hanno riacquisito le capacità relazionali e di autonomia personale necessarie a vivere nella comunità locale.
2. Il Dipartimento di salute mentale deve promuovere diverse forme di sostegno abitativo in integrazione con i Piani di Zona, in raccordo con gli Enti Locali, l'impresa sociale, le reti associative.
3. Vanno riconosciute, valorizzate e promosse tutte quelle esperienze che si possono indicare come sostegno abitativo, ovvero gruppi-appartamento e case famiglia (prevedendo la presenza di personale per fasce orarie) che rispondono ai bisogni di inclusione sociale con una attenzione al reinserimento lavorativo.
4. Vanno valorizzate le risorse (anche relazionali) messe a disposizione dall'utente nella convivenza (da tre a cinque componenti), tese a riguadagnare la propria autonomia e la propria autodeterminazione.
5. Va privilegiata la presenza di operatori qualificati a fascia oraria, flessibile e finalizzata ai bisogni individuali degli utenti.

### Criteri di valutazione

La valutazione del tempo di permanenza degli ospiti nelle residenze e gli obiettivi da raggiungere devono essere parte integrante e imprescindibile del progetto di cura personalizzato.

1. Valutare lo stile di lavoro degli operatori che deve essere centrato sulla valorizzazione della quotidianità dell'utente, sulla promozione della partecipazione relazionale e interattiva in cui l'utente è inserito e sulla promozione dell'accesso ai diritti di cittadinanza dello stesso.
2. Va valutata la progettualità del percorso personalizzato di cura concertato tra l'utente e le figure istituzionali (Dipartimento di salute mentale, Impresa sociale, Associazioni, Volontariato, Familiari ed Enti Locali).

## **E. Inclusione sociale e lavorativa**

Riconoscendo e sottolineando con forza il diritto di cittadinanza e definendo *co-partecipativo* il processo che porta alla

costruzione di un progetto di vita, si afferma la centralità svolta dai processi di inclusione sociale e lavorativa dell'utente, attraverso i quali si può favorire una reale occasione di cambiamento della condizione dello stesso.

È necessario superare le forme di assistenza finanziaria ed economica finora erogate alle persone in carico ai servizi di Salute Mentale. L'inclusione sociale prevede l'implementazione di un progetto terapeutico personalizzato, co-progettato e co-finanziato anche dall'Ente Locale. In linea con i Piani di Zona svolgono un ruolo strategico, in tale prospettiva, i programmi di addestramento professionale.

I Patti Territoriali devono essere intesi, dunque, come programmi politici di sviluppo della comunità locale, in termini di politica sociale ed economica volta verso la tutela dei soggetti deboli. In questo ambito, rispetto all'inserimento lavorativo, appare opportuno definire, da parte delle amministrazioni pubbliche, quote di servizi da affidare alle Coop sociali B e, analogamente, attraverso accordi con le organizzazioni imprenditoriali, creare ambiti di collaborazione tra imprese *profit* e cooperative. L'esperienza della cooperazione sociale può essere sostenuta attraverso la diffusione delle pratiche di affidamento facilitato permesse dalla legislazione nazionale (legge 381/1991, legge 68/1999 e decreto legislativo 163/2006) e da quelle regionali.

L'utente in carico ai Servizi di salute mentale ha bisogno, per potersi inserire nel mondo del lavoro, di costruire una reale autonomia personale; non devono essere trascurate in questa direzione le reti relazionali alle quali l'utente partecipa. Le soggettività presenti nelle reti relazionali degli utenti vanno accompagnate, attraverso un lavoro di monitoraggio e formazione, a riconoscere il cambiamento dell'utente e l'evoluzione del suo percorso terapeutico. Diversamente, tali reti relazionali, poiché impreparate, corrono il rischio di rimandare all'utente una immagine di sé che non lo aiuta a consolidare gli obiettivi faticosamente raggiunti.

### Obiettivi

Gli obiettivi principali da raggiungere sono:

1. l'inclusione del tema lavoro nell'ambito dei processi terapeutici co-costruiti, anche attraverso il sostegno alla ricerca ed al mantenimento del lavoro;
2. lo sviluppo di progetti integrati fra DSM, cooperative sociali e imprese;
3. l'alleanza con le istituzioni della realtà locale per la promozione e lo sviluppo delle cooperative sociali;
4. realizzare accordi di programma e convenzioni con le Amministrazioni provinciali per la gestione della Legge 68/1999.

### Indirizzi operativi

Il DSM, consapevole della sua centralità, deve operare perché il diritto al lavoro trovi concreta realizzazione per tutti i fruitori dei propri Servizi. In tal senso si impegna costruttivamente a:

1. attivare percorsi di formazione, di ricerca di opportunità lavorative e di sostegno nei percorsi di inserimento, allo scopo di promuovere una reale autonomia degli utenti;
2. riconoscere il valore espresso dalle cooperative sociali attive nella comunità locale;
3. contribuire alla realizzazione di vere e proprie imprese sociali che, attente al valore delle persone e alla fondamentale importanza, per la loro identità, di essere attivi protagonisti della propria vita, costruiscono progetti lavorativi che coniugano il diritto al lavoro con i principi di mutualità, solidarietà, sviluppo dell'individuo e del contesto sociale;
4. attivare gruppi di auto-promozione delle capacità imprenditoriali e cooperativistiche degli utenti attraverso il ricorso alla metodologia e alla progettazione di esperienze di microcredito.

### Criteri di valutazione

La valutazione dei percorsi di inclusione sociale deve avvenire:

1. attraverso l'attivazione di tavoli di concertazione fra i Ministeri della Salute, della Solidarietà Sociale e del Lavoro;

2. a livello regionale e locale mettendo in evidenza gli interventi più adeguati e meglio precisati in quel determinato contesto locale;
3. attraverso la messa in rete di tutte le risorse disponibili; attraverso programmi adeguatamente definiti e corrispondenti alle necessità locali.

### F. Concertazione locale e partecipazione

Dall'analisi fin qui svolta dei nuovi problemi che ci troviamo di fronte e degli obiettivi e delle politiche che è necessario realizzare, deriva la necessità di riorganizzare in modo significativo i rapporti tra Asl, servizi del territorio e comunità di riferimento. È necessario considerare il territorio non più solo come uno spazio delimitato, cioè come un contenitore di problemi, ma come una comunità, quindi un soggetto insieme al quale ricercare soluzioni, agire possibilità e organizzare decisioni. Con particolare riferimento alle nozioni di promozione e di prevenzione, dobbiamo riconsiderare il ruolo dei servizi della stessa comunità e quindi la sua responsabilizzazione anche nel quadro delle possibilità proprie al principio di sussidiarietà, avendo la consapevolezza di quali sono le istituzioni in gioco (Comuni, Municipi, Province, Assessorati, Aziende Sanitarie e Servizi). È necessario costruire dei sistemi uniformativi senza i quali qualsiasi concertazione sociale sarebbe difficile. Tali sistemi debbono consentire il monitoraggio dei processi in atto, delle dinamiche epidemiologiche, dell'andamento della domanda, degli esiti degli interventi e della funzionalità dei servizi ai fini di conoscere in tempo reale le situazioni di marginalità sociale e i rischi di marginalità che costantemente corrono i servizi di salute mentale. Questo dovrà essere oggetto di una specifica attività di ricerca e di sperimentazione.

Possiamo dunque definire i seguenti principi di riferimento:

- non si può dare nessun territorio senza una comunità che lo rappresenti;
- è solo attraverso relazioni organizzate che si assicura la partecipazione;
- senza relazioni organizzate non può essere dato nessun sistema informativo e viceversa;
- si devono definire le questioni che rientrano in un negoziato sociale;
- ripensare il modo di concepire la partecipazione significa ripensare il modo di essere delle istituzioni dei servizi a partire dall'azienda.

Ogni Dipartimento deve promuovere l'attivazione di un *tavolo di concertazione locale* per l'attuazione delle politiche di salute mentale di cui è competente. Il tavolo individuerà gli obiettivi prioritari di salute e le conseguenti scelte, nell'ambito delle politiche di integrazione socio-sanitaria e della *governance* clinica dei progetti terapeutici individualizzati. L'Azienda Sanitaria, essendo responsabile del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, deve promuovere e progettare, in seno al tavolo, la formazione specifica degli operatori interessati e delle figure coinvolte nell'ambito delle altre agenzie sociali.

In tale ottica è necessario che l'Azienda sanitaria si doti di un proprio **Piano di Azione Locale per la Salute Mentale** elaborato attraverso pratiche di concertazione con tutte le agenzie del proprio territorio (Distretto, Enti Locali, impresa sociale e imprenditoriale, associazioni dei familiari e degli utenti, organizzazioni del mondo del lavoro e sindacali, volontariato e organizzazioni culturali e ricreative, del mondo della formazione). Pur valorizzando le specificità locali, le azioni di tale piano dovranno riflettere le indicazioni strategiche espresse nel presente documento di Linee di indirizzo nazionali, concertate fra il Ministero della Salute e le Regioni, e rese attuative attraverso il POR. Nell'individuare gli obiettivi dovrà indicare anche le priorità a breve e medio termine compatibili e adeguate con le dotazioni finanziarie disponibili, e dovrà integrarsi con i Piani di Zona e con i Piani Strategici delle città.

Laddove l'informazione sia riconosciuta come una risorsa per la salute, è possibile costruire strumenti informativi che consentano ai cittadini e alle loro rappresentanze di organizzarsi sulla base delle informazioni sistematicamente ricevute. In tal senso, la partecipazione può essere intesa come un *sistema informativo ad hoc*. Sono pertanto da considerarsi strumenti

essenziali i report sulle caratteristiche della domanda (rivolti alle istituzioni pubbliche - aziende, servizi...), le relazioni sullo stato di salute mentale della popolazione del territorio di competenza del DSM, e un set di indicatori che monitorizzi dimensioni quali lo stato di salute della popolazione, il grado di efficienza dei servizi, il livello di deistituzionalizzazione, gli sbocchi occupazionali, i diritti di cittadinanza, gli inserimenti sociali. Tali indicatori, da utilizzarsi anche per la stesura dei report, sono orientati alla realizzazione di una relazione di scambio informazionale fra comunità e servizi (e viceversa).

## G. Sistema Informativo Nazionale per la Salute mentale

Un'attenzione particolare va data allo sviluppo e al potenziamento dei sistemi di raccolta delle informazioni, sia a livello centrale che locale, finalizzati tanto a garantire il monitoraggio delle strategie e delle politiche di intervento, quanto a promuovere il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Il sistema informativo nazionale per la salute mentale (SISM), nel rispetto della privacy dei cittadini-utenti, è stato concepito per costituire una base di dati integrata, incentrata sul paziente, che permetta una valutazione di efficacia, efficienza ed appropriatezza delle organizzazioni sanitarie e dei trattamenti dalle stesse attivati, in risposta ai bisogni di salute dell'utenza.

Inserito nel più generale Sistema Informativo Sanitario (NSIS), e già condiviso nella sua architettura e nei suoi contenuti con le Regioni, il SISM deve ora essere implementato per svolgere le sue funzioni principali di:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni, e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento
- supporto alle attività gestionali del DSM, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale
- supporto ai sistemi di finanziamento
- supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità.

L'utilizzo di linguaggi e metodologie comuni per rispondere alle esigenze informative di livello nazionale, rappresenta anche un forte stimolo per il potenziamento e la messa a regime dei Sistemi Informativi regionali, aziendali e dipartimentali, tutti strumenti indispensabili per la programmazione, l'organizzazione e la verifica di qualità delle attività dei servizi.

## 2. Infanzia e adolescenza

Gli attuali servizi regionali per le problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza risentono della difformità nei modelli e nei tempi che sono stati perseguiti dalle singole Regioni nella loro programmazione e costituzione. Le programmazioni regionali sembrano essersi mosse in questi ultimi decenni, nell'affrontare le tematiche delle patologie neurologiche, psichiatriche e neuropsicologiche in infanzia e in adolescenza, fundamentalmente seguendo due percorsi: in alcune Regioni i servizi sono stati indirizzati verso l'ambito della salute "materno-infantile", in altre verso i servizi psichiatrici per gli adulti e quindi verso i Dipartimenti di Salute Mentale. Altre Regioni non hanno ancora definito in modo preciso organizzazione e inquadramento dei servizi. Va però considerata la presenza nel nostro scenario legislativo di riferimento la coesistenza di due progetti obiettivi che affrontano questo tema.

Il P.O. "Tutela della salute mentale 1998-2000" stabilisce che "L'esperienza organizzativa dei servizi di salute mentale per la popolazione adulta, suggerisce che anche le attività di salute mentale dedicate all'età evolutiva ( del bambino e dell'adolescente ) possano essere realizzate all'interno di un modello dipartimentale, sia di tipo strutturale che tecnico-funzionale, a direzione unica che assicuri l'unitarietà degli interventi , la continuità terapeutica e il collegamento funzionale fra tutti i servizi coinvolti nella tutela della salute mentale , anche laddove collocati in differenti strutture operative".

Il P.O. "Materno infantile relativo al piano Sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" ribadisce che "L'assistenza neuro-

psichiatria nell'infanzia e nell'adolescenza deve articolarsi seguendo anche le indicazioni contenute nel Progetto Obiettivo <Tutela della salute mentale 1998-2000> e in armonia con le <Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (7 maggio 1998)> specificatamente per quanto attiene all'età evolutiva" e indirizza, nel capitolo "Assistenza neuropsichiatria in età evolutiva", verso un modello di servizi definiti "Unità Operative territoriali e ospedaliere di Npi". Con questa definizione, così come con quella di "Area organizzativa dei servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva" del P.O. "Tutela salute mentale" entrambi i 2 Progetti Obiettivi riconoscono di fatto che "la neuropsichiatria dell'età evolutiva integra, con numerosi vantaggi, tre competenze di base: psicopatologia dello sviluppo, neuropsicologia dello sviluppo e neurologia dello sviluppo (P.O. Tutela Salute mentale, pag. X, Marzo 1999)".

Entrambi i P.O. collocano dinamicamente all'interno di un unico settore programmatico e gestionale tutti quegli aspetti legati alla diagnosi e trattamento/riabilitazione delle disabilità orientate all'inclusione sociale, con quelli di un intervento psichiatrico storicamente caratterizzato da una forte spinta antiistituzionale e da approcci a impronta psicosociale. Questa modalità programmatoria ha condotto nel nostro Paese ad una rete di servizi, se pur non omogeneamente diffusa su tutto il territorio nazionale, per la salute mentale in infanzia e adolescenza del tutto caratteristici nel senso che fanno riferimento ad un modello organizzativo differente da quelli esistenti in molti altri paesi europei. Questi interventi possono essere inquadrati in contesti organizzativi definiti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza o di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (e in alcuni territori con l'inserimento del termine "e Riabilitazione").

### La realtà operativa

Se pure in modo disomogeneo e difforme tra i vari territori, alle volte anche all'interno delle singole Regioni, e con carenze e precarietà di personale, le reti operative si muovono su diverse aree:

- la promozione della salute mentale in infanzia e adolescenza in un contesto di rete e di raccordo tra servizi sanitari, sociali e educativi con una strategia di coinvolgimento delle famiglie;
- gli interventi di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza con un sempre maggiore impegno dei servizi verso la presa in carico di situazioni psicopatologiche primarie, anche in situazioni di emergenza, o secondarie a condizioni di deprivazione/emarginazione o disabilità;
- le attività nell'area delle disabilità sia sul versante diagnostico e riabilitativo che su quello dei processi di inclusione scolastica legati alla Legge 104.

Lo stato di benessere dell'infanzia è quindi uno degli obiettivi principali del Piano Sanitario Nazionale (PSN); le azioni volte a migliorare le condizioni di salute della popolazione in età evolutiva e la qualità della vita rivestono, pertanto, una particolare rilevanza nella programmazione sanitaria delle Regioni e delle singole Aziende Sanitarie.

In particolare, la Salute mentale in età evolutiva deriva dall'intreccio tra dotazione innata e ambiente, tra fattori di rischio e fattori protettivi, in un'interazione che è più dinamica, complessa e multifattoriale di quanto non sia per l'adulto. In età evolutiva non vi è una sola fonte di resilienza o di vulnerabilità, dal momento che entrambe costituiscono l'espressione di diversi fattori, genetici, biologici, familiari, ambientali e legati all'accesso alle cure.

La rilevanza della salute mentale per il benessere in età evolutiva e successivamente in età adulta richiede di affrontare questo tema con un'ottica di sistema, che includa il sociale, l'educativo, il sanitario ecc. e che tenda a potenziare i fattori protettivi ambientali non agendo solo direttamente sul singolo.

La tutela della Salute mentale in età evolutiva mette al centro il bambino nel suo contesto ambientale (familiare, socio-culturale, educativo) e rappresenta pertanto una priorità che deve essere oggetto di investimento mirato.

In questo ambito, compito dei Servizi è sviluppare attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia d'età da 0 a 18 anni.

I Servizi si occupano quindi di problemi complessi in un periodo cruciale dello sviluppo con la necessità:

- di tenere conto del contesto sociale e familiare

- di comprendere linguaggi specifici molto diversificati
- di interagire con contesti fondati su logiche epistemiche differenti
- di raccordare l'intreccio dei diversi saperi e delle diverse professionalità.

Questo scenario deve collocarsi all'interno di una cornice organizzativa che contempra tutte le tipologie di risposta: da quelle ambulatoriali a quelle ospedaliere, dalla dimensione territoriale a quella residenziale, dall'intervento in acuto alla riabilitazione intensiva, dalla prevenzione alla riabilitazione socio-sanitaria.

Alcune problematiche neuropsichiche dell'infanzia e dell'adolescenza, stanno assumendo una sempre maggiore evidenza:

- a. Le patologie psichiatriche in età evolutiva rappresentano un bisogno emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico. Tali interventi assumono, inoltre, un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica nell'età adulta.
- b. Le patologie neurologiche e la psicopatologia grave oltre a richiedere interventi terapeutici immediati e continuativi nel tempo, necessitano, a causa della loro rilevanza sociale ed assistenziale a lungo termine, di una presa in carico che rispecchi un progetto terapeutico funzionale.
- c. La disabilità in età evolutiva presenta peculiarità che richiedono interventi integrati e complessi, volti alla riduzione del danno, al potenziamento delle autonomie individuali e sociali e alla prevenzione delle problematiche psicopatologiche che possono instaurarsi come effetti di comorbidità.
- d. La riabilitazione in età evolutiva ivi compresa quella dei disturbi psichiatrici età-specifici, può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto; in età evolutiva esiste una stretta connessione tra riabilitazione funzionale e riabilitazione psicosociale, per cui, nel trattamento, le disabilità devono essere considerate come problemi dello sviluppo e non semplicemente come disturbo di singole funzioni (neuromotorie, linguistiche, sensoriali, cognitive e della comunicazione).

Per attuare un intervento efficace nel campo dei disturbi neuropsichici in infanzia ed adolescenza, è necessaria un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni in questa fase della vita che possono essere così sintetizzati:

- a. reciproca interazione delle varie aree di sviluppo: motoria, cognitiva, psico-affettiva e relazionale;
- b. specifica attenzione (utilizzo di strumenti e metodi idonei) alle diverse fasce d'età (prima e seconda infanzia, età di latenza e preadolescenza, prima e seconda adolescenza), considerando l'adolescenza come un punto di passaggio in un continuum evolutivo di sviluppo;
- c. considerazione degli altissimi indici di comorbidità tra i vari disturbi, in diverse e successive fasce d'età;

Condizioni necessarie per garantire unitarietà e qualità negli interventi di prevenzione e di presa in carico sono:

- la presenza omogenea, sul territorio nazionale, di Servizi in grado di assicurare la valutazione, la diagnosi, la presa in carico, la cura e la riabilitazione dei disturbi neurologici, neuropsicologici e psichiatrici dei soggetti in età evolutiva, lo studio dello sviluppo complessivo del bambino e delle interferenze di eventi patogeni su di esso.
  - a. La riqualificazione e integrazione di tutte le risorse esistenti attraverso:  
una visione generale che permetta il superamento delle differenze normative esistenti tra le diverse tipologie di attività e di servizi; in particolare la ripercussione sui servizi delle diverse collocazioni tra DSM e Servizio Materno Infantile;
  - b. l'acquisizione di linguaggi omogenei (adozione di strumenti informativi reciprocamente interfacciabili; evoluzione da un sistema a prestazione ad un sistema che integri le prestazioni puntiformi in percorsi complessivi di presa in carico, indirizzi per l'accreditamento istituzionale e tra pari);
  - c. l'evoluzione a standard di qualità ed efficienza che tengano conto realisticamente delle necessità organizzative e dei teorici ideali di riferimento.

- Il lavoro in équipes multidisciplinari: (il processo diagnostico e l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo sono necessariamente il frutto di una valutazione globale multiprofessionale specifica)
- Il monitoraggio dello sviluppo in condizioni di malattia nel tempo e nell'ambiente: la competenza specifica dei Servizi si esprime in una presa in carico complessiva e longitudinale che comprende sia prestazioni specificamente sanitarie che il supporto e il monitoraggio di altri interventi riabilitativi ed educativi successivi alla diagnosi.
- la formazione del personale sanitario e socio educativo, che effettua in genere la prima rilevazione delle situazioni di rischio evolutivo e che è chiamato a collaborare alla gestione degli interventi successivi.

### I bisogni del modello organizzativo

Considerata la complessità e la criticità dei compiti descritti che richiedono una specifica competenza specialistica, un elevato livello di integrazione con altre strutture, una articolazione di servizi che preveda strutture e competenze distrettuali, sovradistrettuali ed interdistrettuali, il modello organizzativo deve permettere di coniugare l'unitarietà di programmazione e l'omogeneità delle prestazioni con il decentramento distrettuale e la forte integrazione sociosanitaria.

Il modello organizzativo deve rispondere ai seguenti presupposti:

- a. i Servizi devono occuparsi unitariamente della fascia di età 0-18; le attività saranno articolate per rispondere in maniera specifica alle diverse esigenze delle varie fasce d'età, tenendo comunque presente la necessità di interventi integrati e continuativi fino al raggiungimento dell'età adulta;
- b. la peculiarità della riabilitazione in età evolutiva rende fondamentale un approccio che mantenga o indirizzi questo settore di intervento nell'ambito dei Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza/Salute Mentale infanzia e adolescenza e Riabilitazione;
- c. La necessità di garantire all'interno dei Servizi il livello di multiprofessionalità adeguato per numero e competenze e che le diverse professionalità impegnate nei servizi siano specificamente formate rispetto alla età evolutiva.

### Strategie operative

I Servizi devono poter garantire l'attuazione delle seguenti strategie operative:

- Intervento integrato ospedale-territorio, che consente di identificare tempestivamente i disturbi e di rispondere ai bisogni del bambino- adolescente nel suo ambiente naturale di vita;
- Integrazione operativa con i servizi socio-assistenziali degli Enti Locali, con il Sistema Scolastico, il Sistema Giudiziario e le Organizzazioni del Terzo Settore;
- Lavoro in équipes multidisciplinari composte dalle figure professionali esperte nel campo dell'età evolutiva: neuropsichiatri infantili, psicologi clinici per l'età evolutiva, assistenti sociali (anche in collaborazione con i servizi sociali comunali), fisioterapisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali, infermieri, tecnici.

### Indirizzi operativi

1. Promuovere il riconoscimento della salute mentale come una parte essenziale della salute dell'infanzia;
2. Integrare i servizi di salute mentale per i bambini ,gli adolescenti e le famiglie nella più ampia rete di tutela sanitaria e sociale dell'infanzia e dell'adolescenza;
3. Diffondere e consolidare i Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza/Salute mentale infanzia adolescenza e Riabilitazione all'interno della rete regionale, superando la disomogeneità della presenza dei servizi nei territori regionali, attraverso:
  - a. il potenziamento dei servizi;
  - b. il riordino/riorganizzazione delle risorse esistenti;

- c. l'individuazione di nuove risorse economiche.
4. Potenziare l'integrazione ospedale-territorio anche attraverso la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi;
  5. Sviluppare un sistema informativo specifico;
  6. Garantire opportunità di cura uniformemente e omogeneamente distribuite su tutto il territorio nazionale;
  7. Assicurare la continuità dei percorsi di presa in carico;
  8. Operare per il miglioramento continuo di qualità e della valutazione delle attività dei servizi;
  9. Incrementare i processi di formazione interistituzionale per il riconoscimento dei problemi di salute mentale nel mondo della scuola e per il miglioramento delle capacità di prevenzione e trattamento nella rete complessiva dei servizi.

### Alcuni indirizzi di priorità

- a. Promozione di una cultura della salute in età evolutiva in raccordo con la rete dei Servizi dell'Area materno-infantile e dei Servizi sociali, in particolare in raccordo con i Servizi consultoriali e la rete Pediatrica;
- b. Raccordi con i Servizi di Psichiatria adulti e per le Tossicodipendenze e i Servizi sociali, per i minori figli di malati mentali cronici o di tossicodipendenti e per i minori in condizioni di rischio psicosociale. Definizione di programmi specifici;
- c. Programmi di intervento per l'area dei disturbi dello spettro autistico, in riferimento al documento conclusivo del Tavolo Ministeriale Autismo;
- d. Adeguamento delle prestazioni ai Lea;
- e. Accordi di programma tra servizi per garantire la continuità di cura al raggiungimento dell'età adulta dei minori in carico;
- f. Raccordi a livello di Dipartimento Salute Mentale per la continuità di cura dei quadri psicotici a comparsa precoce in adolescenza e per le dimissioni protette degli adolescenti ricoverati in ambienti ospedalieri per patologie psichiatriche. In particolare vanno previsti Accordi di programma per garantire interventi integrati di cura, anche in situazioni di emergenza, negli scompensi psicotici o legati a disturbi della personalità, autismo, comorbidità psichiatrica in adolescenti con disabilità mentale

### La ricerca

Proprio in questo settore si sta registrando una evoluzione rapidissima delle conoscenze trascinate dallo sviluppo enorme della genetica e della biologia molecolare, e dalla crescita delle tecnologie biomediche a partire dal neuroimaging morfologico e funzionale.

Al fine di favorire il legame stretto dei servizi con l'innovazione e la sperimentazione clinica e gestionale, è necessario sviluppare una rete di ricerca a livello nazionale con finalità esplicite di ricerca:

- Innovativa
- valutativa
- gestionale.

La rete di ricerca deve essere aperta al contributo di apporti anche esterni al sistema dei servizi e finalizzata a sviluppare attorno alle principali patologie neuropsichiche una progettualità che coniughi la innovazione potenzialmente utilizzabile e la valutazione delle risposte ai bisogni specifici che molte patologie determinano, nel solco di una crescente richiesta delle famiglie sempre più organizzate attorno a tipologie di problemi specifici.

In questo solco sarà fondamentale sperimentare forme nuove di continuità terapeutica con i servizi di salute mentale dell'età adulta e i servizi per disabili adulti che superino la dicotomia legata ad un puro dato anagrafico e tengano invece conto della età di insorgenza dei disturbi e della evoluzione del quadro clinico.

### La prevenzione

Da un organico supporto di ricerca potrà discendere anche una azione di prevenzione diffusa, non solo attraverso la valorizzazione e la implementazione di modelli d'intervento propri della esperienza italiana, in primis quelli scolastici, ma anche attraverso una documentata opera corretta e aggiornata comunicazione sociale che incida sul problema dello stigma migliorando la comprensione pubblica e sociale dei fenomeni, a volte anche gravi, legati alla disabilità, alla malattia mentale e al disagio in infanzia e in adolescenza.

### **3. Carcere e OPG**

L'organizzazione degli interventi di presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale delle persone con disturbi mentali, detenute o internate negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), sarà oggetto di specifiche linee di indirizzo, parte integrante dell'emanando *decreto del presidente del consiglio dei ministri concernente le modalità e i criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*, ai sensi della legge 24 dicembre 2007 n. 244 (finanziaria 2008).

Si ritiene, tuttavia, opportuno evidenziare in questa sede le problematiche principali a cui i Ministeri della Salute e della Giustizia, le Regioni, le Aziende sanitarie e gli Enti locali dovranno dedicare specifica attenzione programmatica.

#### Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale in carcere

Secondo uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che riporta varie ricerche internazionali, circa la metà dei soggetti detenuti è affetta da un qualche disturbo di personalità, mentre un decimo soffre di serie patologie mentali, quali psicosi e depressione grave. Quasi tutti i detenuti presentano episodi di umore depresso. Ed è, altresì, noto un tasso di suicidi e di tentativi di suicidio fra i detenuti più elevato rispetto alla popolazione generale. Si consideri, infine, la consistente prevalenza di comorbilità per disturbi psichici nei detenuti tossicodipendenti.

In assenza di dati epidemiologici sistematici, la prevalenza per disturbi mentali negli istituti di pena italiani è stimata intorno al 16%. Nella maggior parte dei casi il disturbo mentale sopravviene nel corso della misura detentiva. Un numero limitato di soggetti già affetti da malattia mentale, autori di reato, entrano nel circuito penitenziario in quanto prosciolti ed internati negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), in misura di sicurezza detentiva.

Un tale quadro giustifica pienamente un programma sistematico di interventi che affronti con risposte adeguate la complessità del fenomeno, mettendo in atto le seguenti azioni.

- Attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle condizioni di rischio
- Attivare interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai soggetti minorenni
- Curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti, ivi compreso il personale penitenziario, secondo moduli che tengano conto delle specificità del contesto in cui si opera
- Garantire ai soggetti malati tutte le possibilità di cura e riabilitazione fornite dai servizi del territorio, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno dell'istituto di pena che all'esterno, nel caso di pazienti che fruiscono di misure trattamentali all'esterno ovvero in esecuzione penale esterna. Il Servizio di salute mentale, responsabile degli interventi all'interno di un dato istituto di pena, stabilisce ogni opportuno contatto col Servizio del territorio di residenza delle persone con patologia mentale, ai fini della continuità della presa in carico al ritorno in libertà.
- Garantire presso ogni istituto penale per i minori, centro di prima accoglienza e comunità, in presenza di soggetti con disturbi mentali, appropriati interventi psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici;
- Favorire fra i detenuti e i minorenni sottoposti a provvedimento penale, la nascita e lo sviluppo di gruppi di auto sostegno

- Attivare specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio.
- Favorire e implementare la cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale, in modo che gli obiettivi trattamentali propri dell'amministrazione penitenziaria si possano coniugare con quelli della tutela e della promozione della salute mentale, attraverso gli interventi più adeguati, sia a tutela della salute della persona, sia a tutela della sicurezza sociale. Tale prassi deve essere attuata già al primo ingresso, tramite il servizio nuovi giunti, e perseguita in tutto il periodo di permanenza nell'istituto di pena. Per tale scopo vanno definiti protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori dei Servizi di salute mentale e gli operatori del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile. In particolare, tale prassi deve essere fortemente incentivata negli istituti penali per minori, nei centri di prima accoglienza e nelle comunità.

### Gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG)

Nell'ambito degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione in favore dei detenuti affetti da disturbi mentali, un programma specifico deve essere attivato per gli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), strutture di internamento che ospitano soggetti con patologie psichiatriche, tutti autori di reato, ma con posizioni giuridiche eterogenee.

Le azioni principali che devono essere considerate in tale programma riguardano da un lato l'organizzazione degli interventi terapeutico riabilitativi, dall'altro la previsione di specifiche indicazioni tese ad armonizzare le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza. Per tale scopo è necessaria una costante collaborazione fra operatori sanitari, operatori dell'Amministrazione della Giustizia e la magistratura.

E' da sottolineare che il successo di un programma specifico per gli OPG è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti pena, con particolare riferimento all'attivazione, all'interno degli istituti, di sezioni o reparti a custodia attenuata, destinati agli imputati e condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva.

Per tali scopi, le Aziende sanitarie, nel cui territorio di competenza insistono gli OPG, attraverso i Dipartimenti di salute mentale, devono provvedere, in collaborazione con l'equipe dell'istituto, alla stesura di un programma operativo che prevede:

- la rivalutazione delle persone attualmente internate come prosciolte (circa il 63% della popolazione degli OPG) e definizione di un gruppo (300 - 400) in cui sia possibile in tempi rapidi un progetto di dimissione che possa prevedere, se necessario, l'utilizzo della rete di strutture del SSN.
- la presa in carico congiunta degli internati, sin dal loro ingresso in OPG, con la predisposizione di un piano terapeutico riabilitativo personalizzato e mirato al recupero sociale, con un pronto collegamento con i dipartimenti di salute mentale del territorio di provenienza;
- la dimissione degli internati che hanno concluso la misura della sicurezza, con soluzioni concordate con le Regioni interessate, che devono prevedere forme di inclusione sociale adeguata, coinvolgendo gli Enti locali di provenienza, le Aziende sanitarie interessate e i servizi sociali e sanitari delle realtà di origine o di destinazione dei ricoverati da dimettere;
- Attivare a livello regionale tutte le azioni necessarie, anche attraverso rapporti continuativi e strutturati tra DSM e Tribunali, per la realizzazione di progetti alternativi all'internamento in OPG resi possibili dalle sentenze della Corte Costituzionale (253/2003 e 367/2004).
- il rientro negli istituti di pena di provenienza dei ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena, garantendo loro tutti gli interventi necessari alla cura e alla riabilitazione, all'interno delle carceri.

#### **4. Multiculturalità**

La crescita quantitativa della popolazione migrante, si accompagna ad una sua consistente diversificazione qualitativa. Quest'ultima si articola secondo le provenienze e le lingue, i generi e le generazioni (bambini, adolescenti, adulti, anziani), le motivazioni e le strategie migratorie (ad es., individuali o familiari), lo status giuridico (con o senza permesso di soggiorno, richiedenti asilo e rifugiati, titolari di protezione umanitaria, fuoriuscite dalla tratta). Si possono esplicitare alcune dimensioni significative che permettono di articolare tale eterogeneità.

Lo sviluppo quantitativo e la molteplicità qualitativa della dislocazione umana nel territorio italiano, hanno prodotto un incremento dell'incidenza dell'accesso ai servizi sociali e sanitari e della presenza nelle strutture educative, ma anche una pluralità di vissuti rispetto all'evento migratorio ed al contatto tra culture. Conseguentemente gli operatori ed i servizi sono chiamati a far fronte a forme inedite che assumono termini come acculturazione, integrazione ed inclusione sociale. Parallelamente si riscontrano problematiche specifiche riguardo alla cura ed alla presa in carico: in particolare, difficoltà nel governo dell'accesso e instaurazione di relazioni terapeutiche ad elevata volatilità.

Gli aspetti appena proposti, e molti altri che non è possibile prendere in considerazione in questa sede, mettono in evidenza come la questione "immigrazione" porti con radicalità il problema della relazione con l'altro e del significato che le costruzioni identitarie nuove e complesse vanno assumendo. Il problema, per altro, va iscritto in una cornice più ampia che attiene al quadro normativo e istituzionale, al lavoro, ai diritti sociali, ai bisogni di salute ed allo sviluppo di competenze e metodologie di intervento adeguate all'oggetto.

### Obiettivi

Divenuti elemento strutturale del panorama sociodemografico, i flussi migratori internazionali comportano per i Dipartimenti di Salute Mentale il perseguimento dei seguenti obiettivi:

1. Sviluppo della sensibilità culturale generale e dell'attenzione alla variabile migratoria come qualità necessarie dei processi organizzativi. In particolare:
  - a. *promuovere un ulteriore sviluppo della vocazione multiprofessionale dei Dipartimenti di salute mentale*, attraverso il ricorso alle risorse conoscitive, relativamente al fenomeno migratorio e alle dinamiche del contatto fra culture, offerte da altre discipline scientifiche (etnologia, antropologia medica, linguistica, ecc.) e l'attivazione di nuove figure professionali (mediatori linguistico-culturali), al fine di sviluppare la sensibilità culturale delle strategie di cura e presa in carico;
  - b. *integrare alcune variabili significative (lingua, religione, anno di arrivo in Italia, ecc.) all'interno dei sistemi di rilevazione epidemiologica dei servizi (ad esempio nelle SDO)*, in modo da poter conoscere più in profondità e monitorare lo stato di salute delle popolazioni migranti ed i fattori di rischio cui è soggetta, così da poter elaborare strategie fondate relativamente alla promozione dell'accesso ai servizi e all'organizzazione delle risposte di cura;
  - c. *incentivare l'attivazione e valorizzazione di centri con dimensione di tipo aziendale, sovra-aziendale e/o inter-aziendale*, rispetto ai problemi di salute mentale delle popolazioni migranti, con compiti clinici, di ricerca e formazione.
2. Sviluppo di competenze professionali e di strategie operative nell'ambito della clinica transculturale e del lavoro intersettoriale e comunitario in contesti multiculturali. Un simile obiettivo comporta la necessità di concentrarsi sui nodi teorici e tecnici posti dal confronto con la molteplicità linguistica dei nuovi setting di cura, con altri stili personologici informati da specifici *ethos*, con configurazioni psicopatologiche e cliniche che possono presentare aspetti o elementi inconsueti o perturbanti e con organizzazioni familiari che seguono logiche differenti.

### **Indirizzi operativi**

1. Promozione, a livello dipartimentale, di assetti organizzativi in grado di mettere in comunicazione tra loro i diversi atto-

- ri istituzionali interessati dall'emergenza migratoria, a partire dai medici di base;
2. Sviluppo di strategie e metodologie interne ai Dipartimenti in grado di garantire equità nell'accesso ai servizi e nella fruizione del diritto alla salute da parte delle popolazioni migranti;
  3. Attivazione, a livello locale o di macro-aree, di gruppi di iniziativa multiprofessionali e multilinguistici che, in modo coordinato ed integrato nella rete dei servizi, avviino programmi di intervento nell'ambito della salute mentale transculturale;
  4. Sperimentazione di metodologie cliniche innovative in grado di tenere conto delle specificità linguistiche e culturali di cui sono portatrici le popolazioni migranti. Tali gruppi dovrebbero riuscire ad esprimere uno sforzo di innovazione clinica e di ricerca anche sugli specifici gruppi a rischio più sopra richiamati: rifugiati, minori non accompagnati e vittime della tratta.
  5. Individuazione delle modalità con cui i mediatori linguistico-culturali devono essere formati (definizione di competenze, ruoli e funzioni) e preparazione degli operatori ad una collaborazione proficua con loro.
  6. Incentivazione dell'utilizzo della mediazione linguistico-culturale come strategia capace di supportare le funzioni cliniche, il lavoro comunitario e le strategie di inclusione sociale. L'azione di mediazione dovrebbe riuscire a promuovere interventi che si dislocano nei vari snodi della rete sociosanitaria, assistenziale e legale. La formazione dei mediatori, dunque, non andrebbe limitata alla sola salute mentale perché ciò può comportare il rischio di non prendere in considerazione il bisogno complessivo di salute (psichico, sociale e somatico) soggiacente al problema psicopatologico.
  7. Socializzazione diffusa alla generalità dei servizi delle conoscenze e dei saper-fare accumulati dai gruppi di iniziativa istituiti e dalle sperimentazioni avviate in ambito transculturale.

### ***Criteri di valutazione***

L'attività dei DSM rispetto alla presente tematica può essere valutata attraverso:

- la rendicontazione dei sistemi e delle strategie adottate per garantire l'equità delle prestazioni e la fruizione del diritto alla salute da parte delle popolazioni migranti;
- la rendicontazione delle strategie intersettoriali attivate e della effettiva messa in rete di istituzioni, servizi e agenzie che, a vario titolo, sono interessate dai processi migratori internazionali;
- la rendicontazione dei provvedimenti organizzativi e delle implementazioni operative adottate al fine di aumentare la capacità di risposta dei DSM alle domande di cura provenienti dalle popolazioni migranti.

### ***5. Formazione e ricerca***

*La formazione e la ricerca nel campo della psichiatria e della salute mentale di comunità*

Allo stato attuale si registra la necessità di una sempre maggiore corrispondenza ed integrazione tra formazione universitaria e competenze che vengono richieste agli operatori del SSN.

Questo vale sia per operatori che provengono dalle scienze mediche, sia per quelli che provengono dalle scienze psicologiche, sociali ed educative (Corsi di Laurea, Scuole di Specializzazione e Master di vario tipo), nonché per le scuole di specializzazione in psicoterapia, accreditate ai sensi della Legge 56/89.

In questo senso si rende sempre più necessaria una formazione che sia realizzata non solo a livello teorico (sapere), ma soprattutto come accompagnamento al lavoro clinico, relazionale e interpersonale (saper fare).

#### *Obiettivi*

1. Promozione di accordi fra Università e Regioni in grado di operare ricadute operative nei Servizi Territoriali presenti in

un determinato contesto, con particolare attenzione ai seguenti problemi:

- a) pianificazione delle necessità delle varie professionalità in relazione ai piani di assunzione del SSR per le varie professionalità;
  - b) pieno utilizzo di tutte le strutture del SSR ai fini formativi;
  - c) costituzione di DSM “misti”, finalizzati alla formazione ed all’assistenza, al fine di garantire alle Scuole di Specializzazione (in base alle disposizioni emanate dal MIUR con Decreto 1 Agosto 2005 “ Riassetto delle Scuole di Specializzazione in area sanitaria”) il pieno raggiungimento degli obiettivi formativi attraverso l’utilizzo di tutta la rete dei servizi, laddove le strutture universitarie non gestiscano direttamente tutte le componenti di un DSM;
  - d) pieno raggiungimento degli obiettivi già previsti dal POSM 1998-2000 in applicazione dell’art.6, comma 2 del decreto legislativo n. 502/1992.
2. Miglioramento dei livelli di formazione di tutte le professioni sanitarie, nell’ambito dei rispettivi Corsi di Laurea, sulle problematiche psicologiche correlate alle patologie somatiche e sul riconoscimento precoce di disturbi psichiatrici maggiori in ogni fase della vita.
  3. Rendere trasmissibili le competenze desunte dall’attività quotidiana nei Dipartimenti di salute mentale, traducendole in principi operativi in grado di guidare il lavoro di cura svolto dagli operatori: rendere cultura la prassi quotidiana.
  4. Promuovere la formazione attraverso il gruppo di lavoro  
È indubbio che il concetto di gruppo di lavoro si è profondamente modificato negli ultimi anni. Infatti, attualmente, viene richiesto sempre più ad ogni operatore di sentirsi parte non solo della singola équipe, ma di un’intera unità operativa e del DSM nel suo complesso e, dunque, di una più estesa organizzazione sanitaria come l’Azienda Sanitaria Locale; non ultimo, gli si chiede di sentirsi parte di un sistema sociale e sanitario che si interroga ed opera per lo sviluppo della salute mentale in una determinata comunità locale.  
L’équipe tradizionale dei servizi territoriali va ripensata: i gruppi di lavoro di oggi devono riuscire a creare dei rapporti con la comunità locale, devono essere in grado di sviluppare una loro gruppaltà, essere capaci di integrare nuove figure professionali e non professionali per le quali vanno pensati nuovi livelli di formazione.  
L’importanza del gruppo di lavoro è ribadita in quanto le organizzazioni di Salute Mentale sono già di fatto organizzate in forme gruppali: piccolo gruppo inteso come équipe di lavoro, gruppo intermedio inteso come la pluralità di professionalità che lavorano in un determinato contesto di cura (servizio territoriale, comunità, reparto, centro diurno), e il grande gruppo inteso come organizzazione istituzionale di servizio integrata con le varie agenzie territoriali formali e informali.  
Promuovere la supervisione – intesa come co-visione – per sostenere e accompagnare i processi di formazione permanente dei gruppi di lavoro deputati alla cura psichiatrica, alla promozione e alla tutela della salute mentale.
  5. Nel campo della formazione psicoterapeutica bisognerà procedere ad una revisione dei criteri di riconoscimento/accreditamento delle Scuole di Specializzazione private adeguandoli agli standard europei, che in questi anni sono significativamente cresciute in termini numerici ma non altrettanto in qualità dell’offerta formativa.

Le azioni formative devono avere:

- carattere permanente;
- una stretta connessione fra pratica e teoria;
- il gruppo di lavoro come sede privilegiata di ricerca culturale e formativa;
- la tendenza a valorizzare tutti i soggetti coinvolti nel campo della promozione e tutela della salute mentale.

*Ricerca, valutazione e innovazione*

Lo sviluppo delle attività di ricerca in salute mentale diventa un obiettivo prioritario di salute pubblica, al fine di sostenere una cultura dell’innovazione, della professionalizzazione e della trasparenza sulle pratiche, sulle tecniche e sulle organizza-

zioni.

In definitiva, il percorso consiste nel tenere insieme i tre livelli sui quali si declina un intervento di salute mentale: livello etico, livello delle evidenze, livello delle esperienze. Si tratta, in particolare, di promuovere ricerche collegate alla pratica clinica sulle seguenti aree:

- a) standardizzazione dei percorsi di presa in carico – tra sistemi di salute pubblica di comunità e DSM – nei disturbi psichiatrici comuni e nei disturbi psichiatrici maggiori;
- b) standardizzazione dei percorsi di individuazione precoce e trattamento all'esordio, nella fascia dell'adolescenza, seguendo le linee-guida nazionali ed in stretto accordo tra Servizi dell'infanzia e dell'adolescenza e DSM;
- c) standardizzazione dei percorsi di continuità terapeutico-assistenziale dei disturbi e delle disabilità ad esordio nell'infanzia al passaggio all'età adulta;
- d) ricerche valutative sull'inclusione socio-lavorativa e suo valore nei processi di guarigione;
- e) ricerche valutative sull'appropriatezza dei trattamenti e delle organizzazioni di cura, attraverso pacchetti di indicatori sensibili delle realtà locali;
- f) sviluppo di processi di accreditamento e verifica di qualità, fondati sui sistemi di audit clinico e revisione tra pari, con il coinvolgimento attivo di utenti e familiari;
- g) percorsi di monitoraggio continuativo degli effetti collaterali dei farmaci e della salute somatica dei pazienti, affetti da disturbi psichiatrici maggiori ed in trattamento farmacologico a lungo termine;
- h) sviluppo di pacchetti di indicatori per monitorare processi ed esiti di trattamenti integrati, in particolare sull'area della riabilitazione intensiva e precoce;
- i) sviluppo di sistemi di farmacovigilanza, collegati alla pratica clinica;
- j) sviluppo di sistemi di monitoraggio dei trattamenti psicoterapeutici, terapie complementari e non convenzionali, anche in relazione alla definizione dei LEA;
- k) sviluppo di ricerche in real world, al fine di tradurre le evidenze generali nella loro applicabilità locale;
- l) formazione e promozione di interventi mirati al miglioramento della adesione al trattamento, soprattutto nei pazienti ad alto rischio di drop-out.

Infine, andranno promosse ricerche sullo stato dei sistemi di psichiatria di comunità in linea con le più recenti ricerche condotte a livello nazionale sulla residenzialità, sugli SPDC e sui CSM – al fine di avere sempre un quadro conoscitivo aggiornato ed oggettivo, sul quale fondare confronti, valutazioni, scelte di priorità, eventuali aggiustamenti di percorso. Deve essere specifica responsabilità del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali dare ampia diffusione dei risultati delle ricerche al fine di favorire una operatività e una programmazione innovativa.

Il Ministero della Salute si impegna ad orientare sistematicamente al settore della salute mentale una quota dei propri finanziamenti dedicati alla ricerca.

## Lombardia: iniziative intersindacali regionali

**Salvatore Zavaglia**  
Segretario AUPI - Lombardia

Dopo il periodo compreso tra la primavera e l'autunno '07, sembrava che la Regione Lombardia si rendesse disponibile ad un Confronto con l'Intersindacale Regionale. Ciò si evidenziava dai numerosi Incontri effettuati, e dagli **Accordi** sulle **Risorse Aggiuntive Regionali** (vedi Sito AUPI Lombardia) e sulla **Stabilizzazione dei Precari**.

Con le uscite sui Mass media di Formigoni, sui tagli del 50% di Dirigenti Sanitari che vanno in pensione, e con l'approvazione delle **Regole di sistema 2008** il giorno 31.10.2007, **approvate** senza nessun passaggio Informativo o di Concertazione, con i rappresentanti della Dirigenza Sindacale Regionale, la Direzione generale Sanità ha dimostrato **di non rispettare i Protocolli d'Intesa sulle Relazioni Sindacali** firmati qualche anno fa. Per tali motivi, l'Intersindacale Regionale della Dirigenza, ha prima chiesto un Incontro direttamente sia con **l'Assessore alla Sanità**, sia con **Formigoni**.

Conseguentemente, non registrando nessuna risposta alla richiesta avanzata, il **9 novembre '07**, l'**Intersindacale della dirigenza Sanitaria** ha convocato una **Conferenza stampa**, per Denunciare i rischi, che gli eventuali tagli di personale avrebbero comportato, rispetto alle garanzie di continuare ad erogare i Servizi ai Cittadini Utenti, con l'attuale livello di qualità.

Successivamente, il **25 novembre** è stata acquistata mezza pagina del **Corriere della Sera**, per denunciare

che, i tagli dichiarati dalla Giunta Formigoni mettono a rischio il **Servizio Sanitario Regionale Pubblico**.

Dopo la pubblicazione del Comunicato sul **Corriere della Sera**, l'**Intersindacale** ha predisposto un Comunicato da diffondere a tutti gli Iscritti. In questo Comunicato, si preannuncia una raccolta di firme a livello Aziendale, su tutto il territorio Regionale, per sostenere gli obiettivi pubblicati sul Corriere della Sera il 25 novembre '07, ed un'**Assemblea Regionale** da effettuare a **Milano il 22 gennaio 2008**. A tale Assemblea **sono stati invitati**, oltre a tutti i **Rappresentanti Aziendali di tutte le sigle sindacali della dirigenza**, i **Mass media**, i **Rappresentanti dei Cittadini ed i Politici**, sia di Maggioranza che di Opposizione.

Nel corso dell'**Assemblea**, svolta a Milano, il 22 gennaio '08, presso l'Aula Magna del Gaetano Pini, con la presenza di circa 200 Dirigenti, dopo un approfondito dibattito tra i partecipanti, si è preso atto, che con le ultime **delibere Regionali**, la **Direzione Generale Sanità** non sembra interessata a mantenere gli impegni sottoscritti con le **Organizzazioni Sindacali** sia rispetto alla **stabilizzazione dei precari**, sia rispetto alle **Relazioni Sindacali**. Prima di concludere i suoi lavori, l'**Assemblea** ha votato quasi all'unanimità (solo tre astenuti) una **Mozione** (di cui si allega copia), affidando il mandato all'Intersindacale Regionale, di perseguire quanto sintetizzato nella stessa.

## Lombardia: Mozione Dirigenti Sanitari

Una Assemblea di oltre 200 Dirigenti del SSR riunitasi a Milano in data 22 Gennaio 2008, ha dovuto prendere atto della situazione di grande difficoltà venutasi a creare nei rapporti con l'Assessorato alla Sanità e la Presidenza della Regione Lombardia.

E' stata data lettura della lettera inviata alle OO.SS. dal Dirigente del D.C. Affari Istituzionali e Legislativo Legale e Avvocatura Avv. Francesco Zucaro e dall'Avv. Coordinatore Pio Dario Vivone della Regione Lombardia, con la quale le stesse OO.SS. vengono minacciate di avvio di azione giudiziaria, qualora le stesse non provvedano a diffondere un comunicato di smenatita del testo pubblicato a pagamento sul CORSERA il 25 Novembre 2008.

L'Assemblea ha dovuto registrare una inutile evocazione di scontro tra istituzioni regionali e OO.SS. che produrranno inevitabilmente nel tempo un clima negativo negli ambienti di lavoro, che finirà per incidere sulla quali-quantità delle prestazioni erogate.

Denuncia il clima negativo che la Regione ha indotto attraverso la negazione della necessità e validità di un corretto sistema di relazioni sindacali, nonostante queste a suo tempo fossero state oggetto di pattuizione.

Tutto ciò premesso l'Assemblea ha deciso:

- di proclamare lo stato di agitazione di tutte le OOSS della dirigenza del SSR
- di dare mandato congiunto ad uno studio legale, per resiste-

*re alla lettera della Regione che minaccia un azione legale per il nostro comunicato pubblicato sul CORSERA*

- continuare e intensificare la raccolta di firme per la petizione
- non aderire alla convocazione del 30.01.08 e/o ad altre eventuali, fino a quando non ci sarà un chiarimento sulle relazioni sindacali tra OO.SS. e Assessorato Regionale Sanità
- dare mandato all'Intersindacale di promuovere una manifestazione pubblica dei colleghi davanti alla sede della Regione

ANAAO ASSOMED

UMSPED (AAROI – AIPAC – SNR)

ANPO

FP CGIL Medici

CIMO - ASMD

FED. CISL Medici – COSIME

FESMED (ACOI – ANMCO – AOGOI – SUMI – SEDI – FEMEPA – ANMDO)

CIVEMP (SIVeMP – SIMET)

FEDERAZIONE MEDICI (COAS M.D. – Nuova ASCOTI – SMI –

UMI – UMUS – FAPAS – SPES – UIL FPL Medici)

AUPI

S.I.Dir.S.S.

SINAFO

SDS-Snabi

CONFEDIR SANITA'

Cronaca di Milano

Domenica 25 Novembre 2007 Corriere della Sera

AVVISO A PAGAMENTO

# SANITÀ: I tagli della Giunta Formigoni mettono a rischio il Servizio Sanitario Pubblico

Noi medici, veterinari, dirigenti sanitari (biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi) e dirigenti amministrativi delle strutture del SSR lombardo, vogliamo condividere con i cittadini le nostre preoccupazioni per le conseguenze delle decisioni prese dalla Giunta della Regione Lombardia con la delibera dello scorso 31.10.2007 relativa alle "Regole di Sistema del Servizio Socio Sanitario per l'esercizio 2008".

Con quel documento si fissa, in modo rigidamente aritmetico, il limite massimo di assunzioni che potranno essere compiute dalle Aziende sanitarie lombarde nel corso del prossimo anno: solo la metà dei posti lasciati vacanti da pensionamenti o trasferimenti avvenuti nel 2007 potranno essere reintegrati, oltretutto, utilizzando anche contratti a tempo determinato.

Si tratta di una decisione grave e pericolosa, soprattutto se si considera che già dal 2003 le leggi finanziarie nazionali sono intervenute più volte a limitare le possibilità di assunzioni nel settore sanitario.

**In questo modo, con indicazioni esclusivamente numeriche che non tengono conto delle reali esigenze di funzionalità, molti servizi saranno messi in condizione di non poter più operare!**

Abbiamo chiesto un incontro urgente al Presidente Roberto Formigoni e all'Assessore alla Sanità Luciano Bresciani, ma vogliamo che tutti gli abitanti della Regione Lombardia conoscano le nostre proposte.

## Diciamo NO:

- ad attacchi generalizzati alla funzionalità della sanità pubblica
- all'indistinta riduzione del personale che porterà ad un inevitabile **allungamento delle liste di attesa**
- **al rischio di creare un nuovo precariato**, proprio mentre si discute di provvedimenti tesi al superamento del precariato stesso

## Diciamo SI:

- alla ricerca di una sempre maggiore efficienza del sistema sanitario lombardo, coinvolgendo tutte le professionalità che vi operano nelle scelte necessarie per utilizzare al meglio le risorse economiche
- alla partecipazione dei cittadini nella valutazione dei servizi forniti
- ad attività di prevenzione sanitaria, medica e veterinaria che garantiscano tutti i controlli necessari a tutela della salute pubblica (**ad es. su alimenti e ambienti di vita e di lavoro**)
- **ad una logica che valuti i costi in ragione dei risultati di salute ottenuti**

## Le rappresentanze sindacali di tutta la Dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria ed Amministrativa della Regione Lombardia

*Anaa Assomed, Umsped (Aaroi - Aipac - Snr), Anpo, Fp Cgil Medici, Cimo - Asmd, Fed. Cisl Medici - Cosime, Fesmed (Acoi - Anmco - Aogoi - Sumi - Sedi - Femepa - Anmdo), Civemp (Sivemp - Simet), Federazione Medici (Coas M.D. - Nuova Ascoti - Smi - Umi - Umus - Fapas - Spes - Uil Fpl Medici), Aupi, S.I.Dir.S.S., Sinafo, SDS Snabi, Confedir Sanità*



Regione Lombardia

Direzione Centrale  
Affari Istituzionali e Legislativo  
U.O. Legale e Avvocatura

Avvocato Coordinatore

Milano, 14 gennaio 2008

**Raccomandata A.R.**

Prot. n. A12008.0008310

**ANAAO ASSOMED**  
Via N. Torriani n. 30  
20124 - Milano

**UMSPED (AAROI-AIPAC-SNR)**  
Via C. Franchi n. 120  
21040 - Cislago (Varese)

**ANPO**  
Viale D'Este n. 14  
20100 - Milano

**FP CGIL MEDICI**  
Viale Montenero n. 17  
20135 - Milano

**CIMO - ASMD**  
Viale Zara n. 58  
20124 - Milano

**FESMED (ACOI-ANMCO-  
AOGOI- SUMI-SEDI-  
FEMEPA-ANMDO)**  
Via G. Abamonti n. 1  
20129 - Milano

**CIVEMP (SIVEMP -  
SIMET)**  
Via Borgo Olcese n. 168  
Civate Camuno  
25040 - Brescia

**FEDERAZIONE MEDICI  
(COAS - MD- NUOVA A-  
SCOTI- SMI-UMI-UMUS-  
FAPAS-SPES-UIL FPL  
MEDICI)**  
Via A. Campanini n. 7  
20124 - Milano

**AUPI**

Via M. Gioia n. 75  
20125 – Milano

**CISA S.I.DIR.S.S.**

c/o AO Pavia  
Viale Repubblica n. 34  
27100 – Pavia

**SINAFO**

D.ssa Gerarda Bruno - ASL  
Città di Milano  
Corso Italia n. 19  
20122 – Milano

**SNABI SDS**

Via XXV Maggio n. 33  
24128 – Bergamo

**CONFEDIR SANITA'**

Via Calderini n. 7  
22100 - Como

**Oggetto: CORSERA 25 novembre. Avviso a pagamento. Richiesta di rettifica. Diffida.**

Egr. Signori,

L'Amministrazione regionale ha richiesto alla scrivente Avvocatura di promuovere azione di danno nei vostri confronti in relazione all'avviso fatto pubblicare sul CORSERA del 25 novembre 2007.

L'informazione da voi resa ai cittadini in quanto tendenziosa e non veritiera in ragione della sua incompletezza, risulta fortemente lesiva dell'onore e della reputazione degli amministratori regionali, del Presidente della G.R. e dell'intera Istituzione.

Non è assolutamente intenzione di Regione Lombardia mettere in discussione la libertà di iniziativa delle organizzazioni sindacali e l'esercizio, da parte delle stesse, del diritto di cronaca, ma solo pretendere che lo stesso sia svolto correttamente, sia sotto il profilo formale che sostanziale, secondo l'insegnamento della giurisprudenza (ex plurimis, Cass.civile, sentenza.n. 370/02), nell'interesse degli operatori e dell'utenza.

Nel caso di specie, a nostro avviso, siamo in presenza di un abuso del diritto di critica, realizzato attraverso l'esposizione parziale, e dunque artefatta, del contenuto delle disposizioni regionali. Nel far riferimento alla delibera del 31 ottobre 2007 si è evidenziato che *"solo la metà dei posti lasciati vacanti da pensionamenti o trasferimenti avvenuti nel 2007 potranno essere reintegrati, oltretutto utilizzando anche contratti a tempo determinato"*, tralasciando di precisare il resto del dispositivo nella parte in cui si prevede che *"Tale limite non si applica -alle assunzioni derivanti dal rispetto e mantenimento di quanto disciplinato dal D.Lgs n.66/03- alle attività di prevenzione e controllo e alle procedure derivanti dall'attuazione degli accordi sulla stabilizzazione del personale precario"*. L'esposizione dell'intero dispositivo avrebbe, evidentemente, reso incongrue le censure enfatizzate, in specie quelle relative al delicato tema del precariato che, al contrario, hanno trovato ragione e determinato grave vulnus e ingiustificata preoccupazione proprio dall'operata estrapolazione.

Era stato, al riguardo, già a voi chiarito - anche dall'Assessore alla sanità, Dr. Bresciani con propria nota del 9.11.2007 - che la riduzione prevista concerne il turn over (pensionamento) e nei soli casi di verificata eccedenza; con la conseguenza che detta riduzione riguarderà meno dell'1% del personale e, dunque, qualche decina di unità su 120.000 addetti al settore.

Si confida, pertanto, in un vostro autonomo intervento riparatore del vulnus arrecato e delle ingiustificate preoccupazioni generate negli operatori e nell'utenza, mediante la diffusione di un nuovo comunicato che dia contezza dei chiarimenti ricevuti e dell'effettivo contenuto e portata delle disposizioni assiomaticamente censurate.

Ove ciò non dovesse verificarsi entro il 31 gennaio c.a., la scrivente Avvocatura sarebbe costretta a promuovere azione giudiziale ex art.2043 c.c.

Distinti saluti.

**D.C. Affari Istituzionali e Legislativo**

**Legale e Avvocatura**

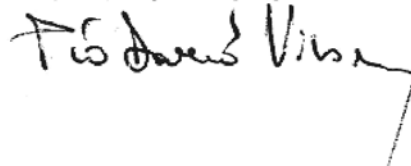
**Il Dirigente**

Avv. Francesco Zucaro



**L'Avvocato Coordinatore**

Pio Dario Vivone



IL CONSIGLIO



REGIONE LOMBARDIA

I T R  
002272

**INTERROGAZIONE**  
**con risposta scritta**  
**I sottoscritti consiglieri regionali**

**Primo atto** che nella giornata del 22 gennaio si è svolta un'assemblea di oltre 200 Dirigenti del S.S.R. nella quale si è evidenziata una situazione di grande difficoltà nei rapporti con l'Assessorato alla Sanità e la Presidenza della Regione Lombardia;

**Vinto** che nella stessa assemblea, organizzata da tutte le OO.SS. della dirigenza del S.S.R. è stato proclamato lo stato d'agitazione;

**interrogano il Presidente della Regione**  
**e l'Assessore competente**

per sapere:

- se corrisponde al vero che è stato minacciato l'avvio di una azione giudiziaria nei confronti delle OO.SS. qualora non smentiscano entro il 31 gennaio il testo pubblicato a pagamento sul Corsera del 25 novembre 2007 nel quale venivano sollevati problemi legati al servizio sanitario in Regione Lombardia;
- se corrisponde al vero che non è stata contestata l'iniziativa, ma il contenuto del comunicato entrando nel merito delle affermazioni delle OO.SS.;
- se corrisponde al vero che sono state inviate alle OO.SS. lettere raccomandate in tal senso da parte del Dirigente del D.G. Affari Istituzionali e Legislativo Legale e Avvocatura;
- come il Presidente della Regione e l'Assessore competente intendano affrontare le evidenti ricadute sull'utenza di uno stato di tensione nelle relazioni tra la Giunta e tutte le rappresentanze delle lavoratrici e lavoratori;
- come il Presidente della Regione e l'Assessore competente intendano garantire i diritti sindacali, compresi il diritto di critica.

*Marie France Blin*  
*Bruno Goffin*  
*Adeline Oriani*

*Carlo...*  
*S. Val...*

DOCUMENTO PERVENUTO  
ALLE ORE 18,10  
DEL 28/1/2008  
SERVIZIO SEGRETERIA  
DELL'ASSEMBLEA CONSIGLIARE  
*h. m. Nipoti*

## **Lombardia: Convocazione Tavolo Regionale**

Giunta Regionale  
Direzione Generale Sanità  
Il Dirigente

Data: 29 Gennaio 2008  
Protocollo: H1.2008.0005075

Al Dott. Luciano Bresciani  
Assessore alla Sanità  
Alle Organizzazioni Sindacali DIRIGENZA  
LORO SEDI

### **T E L E F A X**

Oggetto: Convocazione.

Si comunica che Mercoledì 31 Gennaio 2008 dalle ore 10.00 presso la Direzione Generale Sanità Via Pola, n. 9/11 Stanza 23 - 2° piano, è convocato un incontro con codeste OO.SS., alla presenza dell'Assessore Dott. Luciano Bresciani, con il seguente ordine del giorno:

Discussione relazioni sindacali della Dirigenza in relazione alla nota del 29 Gennaio 2008.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale  
Dott. Carlo Lucchina

Il Dirigente Responsabile della Struttura proponente: D.ssa Monica Muci

Verbale n. 196

Adunanza 28 dicembre 2007

L'anno duemilasette il giorno 28 del mese di dicembre alle ore 09:45 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Mercedes BRESSO Presidente, ~~Paolo PEVERARO~~ Vicepresidente e degli Assessori Eleonora ARTESIO, Andrea BAIKATI, Daniele Gaetano BORIOLI, Giovanni CARACCILO, Sergio CONTI, Nicola DE RUGGIERO, Giuliana MANICA, Giovanni OLIVA, Giovanna PENTENERO, Bruna SIBILLE, Giacomino TARICCO, ~~Sergio DEORSOLA~~, ~~Teresa Angela MIGLIASSO~~, con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti il Vicepresidente PEVERARO e gli Assessori: DEORSOLA, MIGLIASSO

(Omissis)

**D.G.R. n. 35 - 7964**

**OGGETTO:**

**Recepimento Accordo per il superamento delle posizioni lavorative non strutturate del personale dirigenziale del Servizio Sanitario Regionale.**

A relazione dell' Assessore ARTESIO:

La legge n. 296/2006 (Finanziaria per l'anno 2007) ha definito, tra le altre cose, il contesto normativo ed economico all'interno del quale dovranno collocarsi le politiche regionali riferite al personale del SSN con l'obiettivo di contenere tale voce di spesa per ciascun anno del triennio ed individuandone il limite massimo in quella sostenuta nel 2004 ridotta dell'1,4%, al netto degli oneri derivanti dall'applicazione dei rinnovi contrattuali.

In tali ambiti e su tali basi, assumono concreta rilevanza l'approccio per le politiche di stabilizzazione del personale non dirigenziale del SSR, nonché, in generale, le politiche di assunzione per le aree di contrattazione.

Al fine di affrontare in maniera globale ed omogenea la complessità di detta problematica, a garanzia dei vincoli di spesa previsti dalla legge ma anche a salvaguardia dei diritti dell'utenza alla continuità delle prestazioni e dei lavoratori che operano nel delicato e fondamentale settore della sanità, sono stati aperti tavoli di trattativa con le OO.SS. delle tre aree di contrattazione del SSN firmatarie dei rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro: l'iniziativa ha condotto tra l'altro alla sottoscrizione di un protocollo con le organizzazioni sindacali del Comparto e della Dirigenza del Servizio Sanitario Regionale recepito con D.G.R. n. 65-6987 del 24.09.2007.

Tale protocollo prevedeva, tra le altre cose, la possibilità per le A.S.R. di valorizzare le posizioni lavorative dirigenziali non strutturate collegate alle attività istituzionali, continuative ed operanti in aree strettamente connesse all'erogazione dei LEA attraverso le consuete procedure di assunzione desumibili dalle norme di carattere generale e contrattuale disciplinanti la materia.

## PIEMONTE: ACCORDO PER IL SUPERAMENTO DEL PRECARIATO

Dato atto che le parti si sono incontrate in data 20.12.2007 e che, al termine della trattativa, è stato sottoscritto apposito accordo per definire le modalità operative relative alla valorizzazione ed al superamento delle posizioni lavorative non strutturate del personale dirigenziale del S.S.R.

Attesa la necessità di recepire l'accordo di cui sopra sottoscritto con le OO.SS. della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria Professionale, Tecnica ed Amministrativa aventi titolo.

Udita la proposta del relatore,

Vista la Legge n. 296/2006;

Vista la D.G.R. n. 65-6987 del 24.09.2007.

La Giunta Regionale, unanime,

d e l i b e r a

di recepire l'accordo sottoscritto in data 20.12.2007 con le OO.SS. della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria PTA firmatarie del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro **"Accordo per il superamento delle posizioni lavorative non strutturate del personale dirigenziale del S.S.R."**, allegato alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;

dare mandato al Settore organizzazione, personale e formazione delle risorse umane dell'Assessorato tutela della salute e sanità di trasmettere la presente deliberazione alle Aziende Sanitarie Regionali per l'adozione dei relativi provvedimenti.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(Omissis)

La Presidente  
della Giunta Regionale  
Mercedes BRESSO

Direzione Affari Istituzionali  
e Advocatura  
Il funzionario verbalizzante  
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 28 dicembre 2007.

pa/R



tal proposito quanto previsto nel Memorandum d'intesa sul lavoro pubblico e riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche siglato dalle Organizzazioni sindacali, dal Governo e dalle Regioni in data 6.4.2007.

L'obiettivo di dotare il Servizio sanitario di personale stabilmente strutturato in misura adeguata alle funzioni da svolgere, deve comunque necessariamente essere perseguito sulla base di una attenta valutazione dei fabbisogni di personale nelle singole aziende sanitarie e del rispetto dell'equilibrio economico del sistema.

### Tutto ciò premesso le parti convengono

- 1) di sottoporre all'attenzione del Ministero della Funzione Pubblica, del Ministero della Salute e della Conferenza Stato Regioni la richiesta di estendere alle aree della Dirigenza la disciplina di cui all'art.1, commi dai 513 al 543, legge n. 296/06, e contestualmente sensibilizzare i suddetti ministeri e la Conferenza sulla problematica complessiva della situazione del precariato delle posizioni dirigenziali del SSN.
- 2) fermo restando quanto convenuto nel punto precedente, le parti comunque convengono di avviare un processo volto al superamento, per il personale dirigenziale delle posizioni lavorative legate a forme di precariato, nell'ambito della regolamentazione normo-legislativa vigente, attraverso le ordinarie procedure concorsuali.

A tal fine le Aziende sanitarie procederanno, entro la data di approvazione dei PRR, ad una valutazione attraverso il confronto con le OO.SS. aziendali, delle posizioni ricoperte da personale dirigenziale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa e con incarico libero professionale. Per quanto concerne i rapporti di lavoro con incarico libero professionale, fermo restando che gli stessi dovranno riferirsi ad attività istituzionali, continuative ed operanti in aree direttamente collegate all'erogazione dei LEA, gli stessi dovranno risultare attivati alla data del 01.01.2007 per un periodo temporale equivalente a quello riportato nel paragrafo seguente e con un regime orario riconducibile a quello del personale dipendente e, comunque, non inferiore a 27 ore settimanali: cumulando anche più incarichi della medesima posizione professionale: in particolare, facendo riferimento al costo orario lordo tabellare desunto dal CCNL di categoria, dal compenso attribuito lordo, si dovrà, ricondurre la posizione ad un numero di ore lavorative laddove le stesse non siano altrimenti individuabili. Analoghe valutazioni potranno essere utilizzate per l'analisi di quelle posizioni di lavoro ricoperte con forme di borse di studio che si sono però caratterizzate nel tempo come attività di servizio con le medesime peculiarità sopradescritte.

Per la stabilizzazione delle posizioni lavorative, che, comunque, non potranno in alcun caso essere riferite in via automatica ai soggetti attualmente titolari delle stesse, dovranno essere considerate esclusivamente quelle posizioni in cui risultino contemporaneamente le seguenti caratteristiche:

P. CSIL  
Tardito



Handwritten notes and signatures on the right margin, including 'CSC PRR W' and 'CSC PRR W'.



progetti di intervento e assistenziali stagionali o relativi a campagne o iniziative temporali definite.

La direzione regionale Sanità monitorerà l'attuazione da parte delle Aziende di quanto previsto nel presente protocollo dandone adeguata informazione alle OO.SS. firmatarie dell'accordo.

Fatti salvi gli impegni assunti nell'accordo del 18/6/2007, le parti si impegnano altresì a procedere con le necessarie verifiche ed incontri qualora emergessero criticità applicative del presente protocollo.

Torino, 20 dicembre 2007

ANAAO ASSOMED

*Gabriele Gallone*

CIMO-ASMD

*[Signature]*

UMSPED (AAROI-AIPAC-SNR)

*[Signature]*

CIVEMP (SIVEMP-SIMET)

*[Signature]*

FED. CISL MEDICI-COSIME

*[Signature]*

FESMED (ACOI-ANMCO-AOGO-

SUMI-SEDI-FEMEP-ANMDO)

ANPO

*[Signature]*

CGIL MEDICI

*[Signature]*

FEDERAZIONE MEDICI - UIL FPL

*[Signature]*

SNABI

*[Signature]*

AUPI

*[Signature]*

CGIL FP ~~SANITA'~~

*[Signature]*

CISL-COSIADI

SINAFO

*[Signature]*

CIDA/SIDIRSS

*[Signature]*

CONFEDIR

UIL FPL

*[Signature]*

L'Assessore Tutela della Salute e Sanità  
Eleonora ARTESIO

*[Signature]*

REGIONE PIEMONTE  
Copia fotostatica conforme all'originale  
composta da n. fasciati.  
Torino, 21/12/07  
*[Signature]*  
Il Segretario incaricato

*Francesco Anselmo*

*[Signature]*

*1/1*

## **L'assistenza psicologica nelle Mutilazioni Genitali Femminili: un'importante riconoscimento della nostra competenza professionale**

**Vito Tummino**

E' stato pubblicato il 28 marzo 2008 in Gazzetta Ufficiale dal Ministero della Salute un decreto sulle linee guida destinate alle figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile; tale decreto contiene indicazioni per realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

L' Organizzazione Mondiale della Sanità stima l'incidenza del fenomeno delle MGF (Mutilazioni Genitali Femminili) intorno ai 120-140 milioni di casi annui, con maggior incidenza sulla popolazione femminile proveniente dal continente africano. Tale pratica comprende varie tipologie di 'intervento chirurgico' quali circoncisioni femminili, escisioni, infibulazioni.

Le MGF, condannate dall' Organizzazione Mondiale della Sanità sin dal 1980, vengono considerate un problema di salute pubblica e primaria. Le complicazioni che tale pratica produce, siano esse a breve, medio o lungo termine, si espandono infatti su molteplici livelli, da quello strettamente medico-sanitario sino a quello prettamente psicologico. "Esiste una disinformazione grave e generalizzata sulle pratiche tradizionali nocive alla salute materno-infantile, sulle MGF in particolare, nel settore medico-sanitario italiano, nonché in quello socio-assistenziale, psicologico e psicosessuale, educativo, giuridico." Marika Livio, Link, n.2 Le MGF rappresentano un fenomeno in continua espansione specialmente in conseguenza dei fenomeni migratori in atto, riguardanti persone provenienti dalle zone geografiche più colpite da tale pratica. Sotto quest'ultimo aspetto si inserisce il contenuto del presente decreto, volto a fornire uno strumento di indirizzo su tale fenomeno a chiunque operi nel campo dell'assistenza sanitaria alle donne colpite da M.G.F. . Si calcola che in base ai dati in percen-

tuale della presenza delle M.G.F. nella popolazione di donne emigrate in Italia vi siano presenti più di 90.000 persone che hanno subito questa pratica.

Gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale dovrebbero avere una conoscenza di base relativamente agli aspetti sanitari, antropologici e sociologici connessi al fenomeno delle MGF che li renderebbe in grado di operare in un' ottica multidisciplinare. A tale scopo, tutti gli Enti che lavorano in questo campo dovrebbero essere collegati tra loro a livello nazionale ed europeo .

Il primo aspetto da curare nell'incontro tra paziente e l'operatore sanitario dovrebbe essere quello della comunicazione interpersonale; in particolare l'approccio clinico e psicologico ad una donna che ha avuto esperienza di MGF dovrebbe essere effettuato preferibilmente da psicologi di sesso femminile. Ove ciò non è possibile, l'operatore sanitario di sesso maschile dovrebbe essere sempre assistito ed operare alla presenza di una o più collaboratrici di sesso femminile.

Per quanto concerne nello specifico le conseguenze psicologiche, occorre considerare come le MGF distruggano gran parte delle terminazioni nervose a livello vulvare. Queste implicazioni producono a loro volta complicanze sessuali tali da creare difficoltà nella costruzione di relazioni affettive stabili con il coniuge. Oltre a ciò, le conseguenze psicosessuali delle MGF mostrano una crescente mancanza di fiducia di chi ne è vittima nei confronti dei genitori, con un forte sentimento di tradimento e di abbandono, per aver acconsentito all' attuazione di tale pratica. A ciò si affiancano sentimenti di impotenza e passività, così come di vergogna, umiliazione e disistima.

Generalmente le donne sottoposte a MGF evidenziano una forte coscienza del proprio stato di menomazione, affiancata da sentimenti di non integrità e di diversità. Esse

mostrano paure verso gli estranei con timore per qualsiasi tipo di contatto fisico. Le donne con MGF manifestano altresì paura di interventi chirurgici e in alcuni casi persino del personale medico.

La relazione tra operatore sanitario e la donna deve tener conto di queste possibili implicazioni etiche, psicologiche e terapeutiche e può avvalersi della mediazione culturale; inoltre deve costantemente essere improntato al rispetto del principio di autonomia della persona e a quello di beneficio.

Come si può evincere dalla corposità delle problematiche sin qui esposte, il problema delle MGF richiede una quantità e una qualità elevata di risposte appropriate. La corallità di interventi proposta dal decreto legislativo riassume la complessità del fenomeno, sin qui trattato solo marginalmente. In tale scenario, l'intervento psicologico si pone come essenziale al fine di supportare in modo adeguato le donne sottoposte a MGF che sempre più frequentemente arrivano nel nostro paese. L'immigrazione in costante aumento impone la necessità di coordinare un intervento di questo tipo, creando una rete di supporto ove la professionalità psicologica sia in grado di porsi al centro dell'equipe multidisciplinare per offrire le sue competenze con l'obiettivo di ripristinare condizioni psicologiche di equilibrio emozionale e di elaborazione del trauma subito. Il ruolo dello psicologo è anche quello di favorire la non stigmatizzazione e la non colpevolizzazione di una fascia della popolazione già sottoposta a discriminazione ma essere anche promotore di una cultura del benessere psicologico, a partire dalla riappropriazione dei propri diritti soggettivi, primo fra tutti l'integrità psico-fisica quale base fondamentale del bene della salute.

### Percentuale di donne operate in

SOMALIA	100
DJIBOUTI	100
ETIOPIA/ ERITREA	90
MALI	90
SUDAN (NORD)	90
SIERRA LEONE	90
BURKINA FASO	70
GAMBIA	60
COSTA D'AVORIO	60
KENIA	60
SENEGAL	50
EGITTO	50
GUINEA	50
GUINEA BISSAU	50
NIGERIA	50
MAURITANIA	25
REPUBBLICA AFRICA CENTRALE	20
NIGERIA	20
CIAD	20
BENIN	20
TOGO	20
GHANA	20
TANZANIA	10
UGANDA	<5
ZAIRE	<5

(Link n. 2 Mutilazioni genitali femminili di Marika Livio)

## Dipendenti pubblici: non serve l'autorizzazione per la partecipazione a seminari e convegni

**Dipendenti pubblici – Partecipazione in qualità di docente a seminari e convegni per i quali sia previsto un compenso – Distinguibilità fra le ipotesi nelle quali occorre un'autorizzazione e quelle invece soggette a un semplice obbligo di comunicazione all'amministrazione di appartenenza – Non sussiste**

Con la decisione in questione, i giudici contabili lombardi hanno affermato fra l'altro che non appare agevole cogliere il senso della distinzione fondata sull'eventuale prevalenza – nel seminario o nel convegno – dell'aspetto “*divulgativo, di confronto e di dibattito*”, laddove si tratti, in ogni caso, di incarichi svolti dietro compenso, secondo la chiara lettera del vecchio art. 58 del Dlgs n. 29/1993 dell'odierno art. 53 del Dlgs n. 165/2001. In altri termini, la normativa (di oggi e di ieri) ha escluso la soggezione ad autorizzazione dell'incarico consistente nella partecipazione a convegni e seminari anche laddove, a fronte di detta partecipazione, sia previsto un compenso. Del resto, se la partecipazione a convegni e seminari può comunque aver luogo, senza autorizzazione, benché sia previsto un compenso, non si vede come a diversa conclusione si possa giungere introducendo (a titolo limitativo, e per via non legislativa) un'artificiosa sottocategoria corrispondente a quei convegni e seminari in cui, nella partecipazione anzidetta, tenderebbe a prevalere l'aspetto “*didattico e formativo*”, piuttosto che quello “*divulgativo, di confronto e di dibattito*”.

*Corte dei conti, sez. giur. reg. Lombardia, sentenza n. 85 dell'1 febbraio 2008.*

## Recensioni

a cura di GIOVANNI CAVADI



**DAVID LAZZARI. Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione. Prefazione di Francesco Bottaccioli. Franco Angeli Editore. Collana "Psichiatria, Neuroscienze, Medicina". Milano 2007, pp. 328, € 32,00**

Il numero delle ricerche sulle interazioni mente-corpo, e sulle possibili ricadute per la prevenzione, la cura e la riabilitazione, si è moltiplicato negli ultimi dieci anni. A questo hanno contribuito gli studi sullo stress, sui rapporti tra i grandi sistemi "messaggeri" dell'organismo (nervoso, endocrino, immunitario), sul funzionamento del cervello e sulla possibilità di correlare funzioni neurali e mentali mediante le tecniche di *imaging*. Tuttavia, proprio la massa di dati che ne è scaturita è risultata spesso complessa, a volte confusa, poco spendibile in termini operativi, sovente contraddetta da ricerche ulteriori o dalla messa in luce di meccanismi genetici o molecolari che sembravano offuscare queste scoperte.

Queste difficoltà, acute in campo psicologico da una formazione inadeguata sugli aspetti biologici del funzionamento umano, hanno finito per rendere poco "spendibili" queste evidenze per l'attività degli Psicologi. Quando non hanno prodotto addirittura l'effetto opposto, cioè di mettere in dubbio le letture e gli interventi psicologici di fronte alle crescente messa in luce dei processi neurali e molecolari alla base di comportamenti ed atteggiamenti.

Diciamo queste cose perché il libro di Lazzari dà una risposta a questo problema, raccogliendo in modo sistematico i dati, le evidenze, che sostengono il ruolo della mente e gli interventi dello Psicologo nel campo della salute e della malattia (dallo *stress management* sino alla gestione del dolore).

La ventennale esperienza di psicologia ospedaliera ha consentito all'autore di muoversi con agilità tra migliaia di ricerche sperimentali per offrire un panorama ricco e molto documentato sulle grandi potenzialità dello Psicologo in questi settori ancora poco praticati dalla Psicologia italiana.

La lettura del manuale è resa più agevole dal largo uso di "schede" che vengono usate sia per sintetizzare gli argomenti che per fare resoconti della letteratura scientifica sui temi trattati. Il lavoro ha una lunga prefazione di Francesco Bottaccioli, fondatore della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia. In questo vero e proprio saggio sull'argomento, lo studioso afferma che il libro «è un lavoro molto solido che, con una articolata rete di riferimenti scientifici, giunge a conclusioni nette su punti fondamentali che, ancor oggi, vengono trattati in modo molto tradizionale sia nel versante medico che in quello psicologico. Lazzari dimostra che abbiamo le evidenze scientifiche per voltare pagina e chiudere le storiche contrapposizioni (genetica versus comportamenti; biologia versus emozioni; medicina versus psicologia; farmaci versus tecniche per la mente e così via) che hanno contrassegnato l'ultimo secolo in particolare. L'Autore, che è anche un protagonista della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia, coglie la portata generale del nuovo modello introdotto dalla PNEI e, da psicologo, mostra i cambiamenti che tale modello sollecita alla professione psicologica.

## COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

### SEGRETERIA NAZIONALE

**MARIO SELLINI**  
 SEGRETARIO GENERALE  
 Tel. 0968/76244 - 348/4112553  
 e.mail: sellini@tin.it

**PAOLO MOSCARA**  
 Tel. 0832/753217 - 348/4112550  
 e.mail: paolomoscara@virgilio.it

**VITO TUMMINO**  
 Tesoriere  
 Tel. 031/523327 - 348/4112554  
 e.mail: vitotu@tin.it

**MAURIZIO MICOZZI**  
 Tel. 0734/6255052 - 348/2630003  
 e.mail: 55mico@virgilio.it

**RINALDO PERINI**  
 06/8860828 - 348/3701599  
 e.mail: rinperi@libero.it

**GIOVANBATTISTA TIENGO**  
 02/6691184 - 335/6082191  
 e.mail: giovanbattistatiengo@libero.it

**NATALIO FLARA'**  
 Tel. 085/8020305 - 348/4112558  
 e.mail: flara@tin.it

### CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

#### MEMBRI

ALESSANDRONI VINICIO	0736/844413	FORCELLINO VINCENZO	089/695174	PIERUCCI FERDANO	0585/45913
ARCICASA ANGELO	0434/736234	FRATI FULVIO	349/0775079	PIROMALLI CARLO	090/2224925
ARTICO NICOLA	0586/614258	GENTILE SALVATORE	0835/986450	POLI GIACOMO	0376/919155
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714	GIOSSI PAOLA	0344/43060	POLIERI MAURIZIO	347/3808741
BELLISARIO PIER PAOLO	0872/706498	GOLLO ISIDORO	0835/243704	PUPULIN GIORGIO	049/9324988
BERNARDINI ENRICO	0746/483073	INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580	PUTZOLU DOMENICO	0783/81828
BERTINI ANTONIO	075/5280761	INNEO GIUSEPPE	338/4678461	RASSU MARIA ROSA	079/9959809
BINI LAURA	339/5324246	LAVARINO PIERO	011/7094711	REITANO FRANCESCO	0464/554743
BOZZARO PAOLO	095/536082	LAZZARI DAVID	0744/423871	RIPPA ARTURO	081/5001275
BRUSATI ANNA	0321/3734838	LIO SONIA	335/6677205	ROSSI RITA	041/5294655
CALLONI GIOVANNI	329/7509118	LETTINI GIANFRANCO	0972/39239	ROSSINI MARIO	335/5995603
CALVANI ROBERTO	0432/553571	LOMBARDO ARMODIO	338/1429311	RUBINO VINCENZO	349/7923121
CARTISANO ORLANDO	0963/591650	MACCOLINI DIANA	0546/602438	SANTORO LUCIA	055/483010
CASULA SEVERINO	388/6154491	MANFREDA PAOLO	0863/441720	SARTORELLI MARIA CHIARA	347/5142566
CAVADI GIOVANNI	030/2410140	MANIGLIA RAFFAELE	0832/606931	SCACCIONI RAFFAELLA	0161/250097
CAVION ROBERTO	0444/757550	MARENCO GIANCARLO	0141/392729	SCARDILLI SALVO	095/894367
CERIONI ANNA GRAZIA	0721/882849	MARTELLO CARMELA	339/5088096	SCOLLO SALVATORE	0932/768606
COLOMBARI MANUELA	051/6838432	MARTIN MARIA ROSA	347/2592282	SELLINI MARIO	0968/762244
CONTARDI M.CLEOFE	0721/739722	MASCI SILVIA	0434/553627	SERRA LETIZIA	0131/443370
CORDARO ENZO	06/65104301	MAZZOLDI MARIANTONIETTA	0471/908594	SIGNORI LINO	045/8015471
D'ANGELO ANNA	0885/781776	MEGNA FRANCESCO	0962/924262	SOLARI SILVANO	0187/732772
D'ANGELIS ERMENEGILDO	0824/313790	MELILLO ANNA ROSA	080/3254940	SPITALE GIUSEPPE	0931/582458
D'IMPORZANO AGOSTINO	0187/533791	MELIS CATERINA	0781/660206	TADDEI BRUNO	051/6224285
DE BORTOLI VIRGINIO	0437/931375	MERCURI EUGENIO	0968/25331	TIENGO GIOVANBATTISTA	335/6082191
DE DONATO COSIMO	099/9727423	MERLINI FRANCO	02/58013132	TIMPANO MARCO	0587/273378
DI GIAMMARCO GILDA	0861/591737	MICOZZI MAURIZIO	0734/965752	TOSSICHETTI VALERIA	071/5963813
DI LIBERTO CARLA	0783/317901	MOSCARA PAOLO	0832/753500	TRIGLIA ANGELO L.	0965/774339
DIONIS OSCAR	348/5505803	NARDIN BRUNO	347/4334386	TRISTAINO FRANCESCO	0984/73392
DORDONI GIORDANA	338/7404609	NOVELLI STEFANO	0385/259882	TUMMINO VITO	031/523327
FACCIOLI GIORGIO	0425/704487	PAINI GIANCARLA	347/2211654	VACCA LUCIANA	338/2688737
FEDELE MARIA	333/7585862	PALMA G. LUIGI	0836/554819	VENTURELLA ELVIRA	0165/256885
FELACO RAFFAELE	081/5768240	PAZZAGLIA ANTONELLA	0733/900316	ZAVAGLIA SALVATORE	328/4188758
FLARA' NATALIO	0861/8020305	PERINI RINALDO	0774/357209	ZULLO CLAUDIO	081/2546455

#### PROBIVIRI

BACILE MARCELLO	0833/544497
BOZZAOTRA ANTONIETTA	081/2542357
CATTARI FRANCESCO	347/4222081
D'ORSI GIOVANNI	0143/743366
GASSEAU MAURIZIO	348/2719909

#### REVISORI DEI CONTI

ARCICASA ANGELO	0434/736234
CAMPOLO FORTUNATO	0964/20494
CHIAVARO CLAUDIO	0874/409389
MENGHINI GIACOMO	06/98340888
POLI GIACOMO	0376/919155

### CONFERENZA DELLE REGIONI

**BOZZARO PAOLO**

COORDINATORE - SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 095/536082  
paolo.bozzaro@tin.it

**MARENCO GIANCARLO**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 0141/487651  
giancarlomarenco@tin.it

**VENTURELLA ELVIRA**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 0165/256885  
elvira.venturella@libero.it

**ZAVAGLIA SALVATORE**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 328/4188758  
szavaglia@tin.it

**MAZZOLDI MARIANTONIETTA**

SEGRETARIO PROVINCIALE  
Tel. 0471/908594  
mariantonietta.mazzoldi@asbz.it

**REITANO FRANCESCO**

SEGRETARIO PROVINCIALE  
Tel. 0464/554743  
Francesco.Reitano@apss.tn.it

**FACCIOLI GIORGIO**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 0425/704487  
aupi.veneto@libero.it

**ARCICASA ANGELO**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 0434/736234  
arcicasa@tiscali.it

**SOLARI SILVANO**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 0187/732772  
silsol1@aliceposta.it

**TADDEI BRUNO**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 051/6224285  
b.taddei@ausl.bologna.it

**CERIONI ANNA GRAZIA**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 0721/882849  
annag989@virgilio.it - annagraziacerioni@tiscalinet.it

**SANTORO LUCIA**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 055/483010  
firsir@tele2.it

**BERTINI ANTONIO**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 075/5280761  
ant.bertini@tiscali.it

**INNEO GIUSEPPE**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 338/4678461  
giuseppe.inneo@fastwebnet.it

**SARTORELLI MARIA CHIARA**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 347/5142566  
chiarasartorelli@virgilio.it

**BALDASSARRE GIROLAMO**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 0874/823714  
girolamo.baldassarre@tin.it

**FELACO RAFFAELE**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 335/7406045  
raffaelefelaco@libero.it

**PALMA GIUSEPPE LUIGI**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 348/7719657  
xkpal@tin.it

**GENTILE SALVATORE**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 0835/986450  
salvatoregentile4@virgilio.it

**LOMBARDO ARMODIO**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 338/1429311  
armlomba@tin.it

**PUTZOLU DOMENICO**

SEGRETARIO REGIONALE  
Tel. 0783/290326  
narbo@tiscali.it

## COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

### PIEMONTE

#### Segretario Regionale

MARENCO Giancarlo 0141/487651

#### Segretari Provinciali

TO	LAVARINO Piero	347/6981846
AL	SERRA Letizia	0131/443370
AT	MARENCO Giancarlo	0141/487651
CN	MICCA Carla	0174/723760
NO	BRUSATI Anna Maria	0321/3734838
VC	SCACCONI Raffaella	0161/250097
BI	ACQUADRO Loredana	015 /9899853
VB	LIO Sonia	335/6677205

### VAL D'AOSTA

#### Segretario Regionale

AO VENTURELLA Elvira 0165/256885

### LOMBARDIA

#### Segretario Regionale

ZAVAGLIA Salvatore 328/4188758

#### Segretari Provinciali

MI città	MERLINI Franco	02/58013132
MI Nord	MARTELLO Carmela	339/5088096
MI Sud	CALLONI Giovanni	329/7509118
BG	RUBINO Vincenzo	349/7923121
BS	CAVADI Giovanni	030/3732358
CO	GIOSSI Paola	0344/43060
LC	CORTI M. Elisabetta	0341/482387
LO	PAINI Giancarla	347/2211654
CR	POLI Giacomo	0376/919155
MN	BINI Laura	339/5324246
PV	NOVELLI Stefano	0385/259882
SO	PIANTA Daniela	0342/712305
VA	ROSSINI Mario	335/5995603

### PROV. BOLZANO

BZ MAZZOLDI Maria A. 0471/908594

### PROV. TRENTO

TN REITANO Francesco 0464/554743

### VENETO

#### Segretario Regionale

FACCIOLI Giorgio 0425/704487

#### Segretari Provinciali

VE	ROSSI Rita	041/5227825
BL	DE BORTOLI Virginio	0437/83500
RO	FACCIOLI Giorgio	0425/715000
TV	NARDIN Bruno	347/4334386
VR	SIGNORI Lino	045/8015471
VI	CAVION Roberto	0444/757550
PD	PUPULIN Giorgio	049/9324988

### FRIULI

#### Segretario Regionale

ARCICASA Angelo 0434/736234

#### Segretari Provinciali

UD	CALVANI Roberto	0432/553571
TS	DIONIS Oscar	348/5505803
PN	MASCI Silvia	0434/553631

### LIGURIA

#### Segretario Regionale

SOLARI Silvano 0187/732772

#### Segretari Provinciali

GE	MACCHI Marco	335/6181892
IM	PRIVITERA Angela	347/4251121
SP	D'IMPORZANO A.	0187/504286
SV	MARTIN Rosa Maria	347/2592282

### EMILIA ROMAGNA

#### Segretario Regionale

TADDEI Bruno 051/6224285

#### Segretari Provinciali

FE	COLOMBARI Manuela	051/6838432
MO	SGARBI Cinzia	347/2738044
FO	LUCCHI Adele	0547/302689
PC	DORDONI Giordana	338/7404609
RA	MACCOLINI Diana	0546/602438
RE	BENEDETTI Annalisa	0522/850418
PR	FRATI Fulvio	349/0775079
BO	TADDEI Bruno	051/6224285
RI	NOVAGA Annarosa	0541/698772

### MARCHE

#### Segretario Regionale

CERIONI Anna Grazia 0721/882849

#### Segretari Provinciali

AN	TOSSICHETTI Valeria	071/2862935
AP	ALESSANDRONI Vinicio	0736/844413
PS	CONTARDI M. Cleofe	0721/739722
MC	PAZZAGLIA Antonella	0733/900316

### TOSCANA

#### Segretario Regionale

SANTORO Lucia 055/483010

#### Segretari Provinciali

AR	FARNETANI Edi	0575/658158
GR	PAPA Margherita	347/4266470
FI	SANTORO Lucia	055/483010
LI	ARTICO Nicola	0586/614258
LU	POLIERI Maurizio	347/3808741
MS	PIERUCCI Ferdano	0585/42157
PI	TIMPANO Marco	0587/273378

## COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

PT MAIONCHI Emilio 0573/352489  
 SI MANNA Paola 347/3677796  
 PO DEGLI INNOCENTI Dario 0574/21135

### UMBRIA

#### Segretario Regionale

BERTINI Antonio 075/5280761

#### Segretari Provinciali

PG ANGELUCCI Paola 347/33606618  
 TR LAZZARI David 0774/205332

### LAZIO

#### Segretario Regionale

INNEO Giuseppe 338/4678461

#### Segretari Provinciali

RM Centro UNGARO Luciana 06/58704922  
 RM Nord CORDARO Enzo 06/65104301  
 RM Sud-Est INNEO Giuseppe 338/4678461  
 FR MASI Antonio 0775/600443  
 LT SANAPO Aldo 0771/505022  
 RI BERNARDINI Enrico 0746/278927  
 VT CAVASINO Sergio 0761/290062

### ABRUZZO

#### Segretario Regionale

SARTORELLI M. Chiara 347/5142566

#### Segretari Provinciali

AQ MANFREDA Paolo 0863/509071  
 CH BELLISARIO P. Paolo 0872/706498  
 TE DI GIAMMARCO Gilda 0861/591737  
 PE SARTORELLI M. Chiara 085/8543817

### MOLISE

#### Segretario Regionale

BALDASSARRE G. 0874/823714

#### Segretari Provinciali

IS VACCA Luciana 338/2688737

### CAMPANIA

#### Segretario Regionale

FELACO Raffaele 335/7406045

#### Segretari Provinciali

NA ZULLO Claudio 081/2546455  
 AV SEMENTA Stefania 328/4134609  
 BN D'ANGELIS E. 0824/313790  
 CE RIPPA Arturo 081/5001275  
 SA FORCELLINO Vincenzo 089/695174

### PUGLIA

#### Segretario Regionale

PALMA Giuseppe 348/7719657

#### Segretari Provinciali

BA MELILLO Anna Rosa 080/3254940  
 BR FEDELE Maria 333/7585862  
 FG D'ANGELO Anna 0885/781776  
 LE MANIGLIA Raffaele 0832/327565  
 TA DE DONATO Cosimo 099/9727423  
 BT GAETA Nicola 0883483439

### BASILICATA

#### Segretario Regionale

GENTILE Salvatore 0835/986450

#### Segretari Provinciali

PZ LETTINI Gianfranco 0972/39239  
 MT GOLLO Isidoro 0835/243717

### CALABRIA

#### Segretario Regionale

LOMBARDO Armodio 338/1429311

#### Segretari Provinciali

RC TRIGLIA A. Luigi 0965/881400  
 CZ MERCURI Eugenio 0968/25331  
 CS TRISTAINO Francesco 0984/464048  
 KR MEGNA Francesco 0962/962568  
 VV CARTISANO Orlando 0963/591650

### SICILIA

#### Segretario Regionale

BOZZARO Paolo 095/536082

#### Segretari Provinciali

AG INFURCHIA Giuseppe 0922/832757  
 CL SCARLATA Maurizio 329/4244997  
 CT SCARDILLI Salvo 095/320955  
 EN VACCARO Maria 0935/520818  
 ME PIROMALLI Carlo 090/2224925  
 PA SPERANDEO Antonio 091/8141497  
 RG SCOLLO Salvatore 0931/502593  
 SR SPITALE Giuseppe 0931/582458  
 TP MORICI Sebastiana 0923/717715

### SARDEGNA

#### Segretario Regionale

PUTZOLU Domenico 0783/290326

#### Segretari Provinciali

CA MELIS Caterina 070/655883  
 NU CASULA Severino 388/6154491  
 OR DI LIBERTO Carla 0783/317901  
 SS RASSU M. Rosa 079/9959809

# DIPENDENTI / CONVENZIONATI AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)



**AUPI**

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI  
Cod. Fisc. AUPI 96011290044

Al Sig. Direttore generale  
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. \_\_\_\_\_)  
dell'Ente: \_\_\_\_\_

Alla Segr. Iscritti AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma  
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE all'AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt\_\_\_\_\_

Dipendente al \_\_\_\_\_ livello retr.  
ovvero

Convenzionato ex DPR 261/92 per n° \_\_\_\_\_ ore/sett  
**Dichiaro di essere titolare per complessive n° \_\_\_\_\_**  
ore/settimanali presso le altre seguenti UUSSLL:

Servizio o Presidio \_\_\_\_\_

Tel. Servizio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt\_\_\_\_\_ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di \_\_\_\_\_  
dell'anno \_\_\_\_\_;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt\_\_\_\_\_, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza l'AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

**Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:**

Dr./ssa \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

## Al Servizio Economico-Finanziario Modalità di riscossione dei contributi sindacali AUPI per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statutari comunichiamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

**mediante versamento su c.c.p. n° 72492028  
intestato a AUPI - Via Arenula 16 - 00186 ROMA**

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

**Per gli psicologi dipendenti da tutte le Amministrazioni, pubbliche o private: l'uno per cento (1%) sul totale onnicomprensivo del netto variante in ciascuna busta paga mensile.**

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato il mese di competenza ed il numero degli iscritti ed i loro nominativi, distinti fra deleghe semplici e doppie deleghe; ed inoltre la città sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle AUSL non è sufficiente ad identificarla. Va evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni necessarie.

**per i Convenzionati (quota fissa):**  
€ 7.75 mensili per incarichi da 1 a 12 ore settimanali.  
€ 11.35 mensili per incarichi da 13 a 24 ore settimanali.  
€ 13.95 mensili per incarichi da 25 a 38 ore settimanali.

In caso di incarichi presso più AAUUSSLL il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dalla USL alla quale la presente è indirizzata.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato: il mese di competenza, il numero degli iscritti ed i loro nominativi, la città e la sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle AUSL non è sufficiente ad identificarla. Va sempre evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni essenziali.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

Il Segretario Generale AUPI  
MARIO SELLINI

**A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere  
inviata in copia protocollata dall'Ente ad:**

**AUPI via Arenula 16 - 00186 ROMA  
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191**

# LIBERI PROFESSIONISTI

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ chiedo con la presente l'iscrizione all'*AUPI - Associazione Unitaria Psicologi Italiani*, conseguentemente di ricevere regolarmente *AUPI-Notizie* ed ogni altra competente comunicazione, e veder tutelata dal Sindacato la mia posizione personale di psicologo \_\_\_\_\_.

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € \_\_\_\_\_ per la quota associativa relativa all'anno solare 2008 dovuta in qualità di:

LP € 103,00 Libera/o Professionista, tel. studio: \_\_\_\_/\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

CO € 103,00 Convenzionata /o con GeG  con Min. Difesa  con altro .....  
(Dati Ente tel. lavoro \_\_\_\_/\_\_\_\_\_)

SP € 103,00 Dipendente da Ente Sanitario Privato (*non Aris/Aiop*)  
(Dati Ente tel. lavoro \_\_\_\_/\_\_\_\_\_)

DP € 103,00 Laureato in Psicol. Dipendente da ditta Privata/*Ente non Sanitario*  
(Dati Ditta/Ente tel. lavoro \_\_\_\_/\_\_\_\_\_)

rinnovando l'iscrizione già in essere l'anno scorso

quale nuova iscrizione

## ADESIONE NON OCCUPATI:

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ chiedo con la presente l'adesione all'*Aupi - Associazione Unitaria Psicologi Italiani*, conseguentemente di ricevere regolarmente *AUPI-Notizie* ed ogni altra competente comunicazione.

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € \_\_\_\_\_ per la quota d'adesione relativa all'anno solare 2008 dovuta in qualità di:

XD € 30,00 Laureato in Psicologia non occupato  Data di nascita \_\_\_\_\_

ST € 30,00 Studente in Psicologia  Università di \_\_\_\_\_

rinnovando l'adesione già in essere l'anno scorso

quale nuova adesione

## RICHIESTA DI ABBONAMENTO per l'anno 2008:

€ 155,00 (*Abbonamento AUPI-Notizie per Enti ed Associazioni e per coloro che dichiarino di non voler aderire all'Aupi. Vengono inviati tutti i numeri usciti nell'anno*)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, ai sensi della vigente legge sulla Privacy, autorizza l'*AUPI* al trattamento di questi dati per i legittimi fini associativi e sindacali, di informazione, coinvolgimento e sensibilizzazione, riservandosi di limitare o revocare tale autorizzazione in qualunque momento.

**AUPI-Notizie verrà inviato al seguente indirizzo:**

Dr./ssa \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

A cura del/la Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata, corredata dalla fotocopia del versamento, ad:

**AUPI Via Arenula, 16 - 00186 ROMA**  
**Fax 0668803822 - Tel. 066893191.**

La presente scheda è predisposta per l'iscrizione all'*AUPI* da parte di Colleghi **non-dipendenti da Enti Pubblici**: dovrà essere inviata in fotocopia, opportunamente compilata e **corredata da copia della ricevuta di versamento sul c.c. postale.**

**Sotto la propria responsabilità** il collega dovrà annotare sulla scheda, barrando l'apposita casella, il proprio status (da cui dipende la misura della quota annua).

Le quote riportate si riferiscono all'**anno solare 2008**, e sono valide sia per le nuove iscrizioni che per i rinnovi. I versamenti dovranno essere effettuati per mezzo del bollettino di **c.c.p. n° 72492028** intestato a **AUPI Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula 16 - 00186 Roma**. Riportare sulla causale (precauzione di eventuali disguidi postali): Nome, Cognome, Indirizzo comprensivo di CAP e Città, n° telefono, Sigla (LP, CO, etc.) e se si tratta di rinnovo o di nuova iscrizione. Si prega di scrivere a macchina o in stampatello.

firma: \_\_\_\_\_

# CONVENZIONATI DIFESA



(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

## AUPI

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI  
Cod. Fisc. AUPI 96011290044

– Al Comandante dell'Ente della Difesa

\_\_\_\_\_

– Alla Segr. Iscritti AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma  
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE all'AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt\_\_\_\_\_

Convenzionato come psicologo per n° \_\_\_\_\_ ore/sett  
presso il seguente Ente della Difesa

\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 11 del Protocollo di intesa del 24 aprile 2002 sottoscritto tra AUPI e Ministero della Difesa, autorizza l'Amministrazione in indirizzo ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del Sindacato AUPI, secondo le modalità a lato indicate.

La/il sottoscritt\_\_\_\_\_ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di \_\_\_\_\_  
dell'anno \_\_\_\_\_;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt\_\_\_\_\_, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza l'AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

### Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

Dr./ssa \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

## Al Servizio Economico-Finanziario dell'Ente della Difesa

### (Modalità di riscossione dei contributi sindacali AUPI per l'anno in corso e sino a nuovo avviso)

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statutari comunichiamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

**mediante versamento  
su c.c.p. n° 72492028  
intestato a**

**AUPI - Via Arenula 16 - 00186 ROMA**

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

#### α per i Convenzionati (quota fissa):

- € 7.75 mensili per incarichi da 1 a 12 ore settimanali.
- € 11.35 mensili per incarichi da 13 a 24 ore settimanali.
- € 13.95 mensili per incarichi da 25 a 38 ore settimanali.

In caso di incarichi presso più Enti della Difesa il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dall'Ente alla quale la presente è indirizzata.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato: il mese di competenza, il numero degli iscritti ed i loro nominativi, la città e la sede dell'Amministrazione. Va sempre evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni essenziali.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

Il Segretario Generale AUPI  
MARIO SELLINI

**A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere  
inviata in copia protocollata dall'Ente ad:**

**AUPI via Arenula 16 - 00186 ROMA  
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191**

## FORM-AUPI

È nata la Federazione delle Società Scientifiche di Psicologia per costituire, salvaguardando l'autonomia e la specificità di ognuna, una esperienza comune in grado di riunire gli sforzi e di finalizzarli verso obiettivi concreti, quali la diffusione e l'informazione delle iniziative scientifiche all'interno e all'esterno della categoria,

### STATUTO

#### Federazione Italiana delle Società Scientifiche di Psicologia

F. I. S. S. P.

#### Ente associativo non commerciale

Art. 1. È costituita con atto pubblico una Federazione delle Società Scientifiche Italiana di Psicologia - F.I.S.S.P. che s'intende duratura dalla data della sua costituzione sino al 31 dicembre 2050 e potrà essere prorogata. L'Associazione ha sede legale in Roma, alla via Arenula 16. Essa può dotarsi di altre sedi decentrate in tutta Italia.

Art. 2. *Omissis.*

Art. 3. La Federazione intende mettere e mantenere in contatto fra di loro ed essere un riferimento generale per tutte le Società Scientifiche di Psicologia, qualunque sia il loro campo di attività, la loro metodologia, le loro funzioni, i loro riferimenti teorici o pratici, ponendo la Psicologia nel contesto europeo e mondiale, ed avvalendosi parallelamente del contributo delle altre discipline biomediche, sociali, giuridiche ed economiche.

Gli scopi della F.I.S.S.P. sono:

- promuovere nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia;
- stimolare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici;
- promuovere, implementare e finalizzare il contatto fra le Società scientifiche ed i loro associati su comuni temi di interesse scientifico e culturale;
- divulgare le notizie riguardanti la ricerca psicologica attraverso appropriati strumenti di comunicazione;
- segnalare agli Enti Pubblici e Privati, nonché ad Associazioni, i problemi connessi con la sfera delle attività delle società scientifiche e proporsi come sistematico interlocutore;
- organizzare commissioni permanenti su: accreditamento, aggiornamento professionale, linee guida, etica, sperimentazioni e altro.

A tale scopo, la Federazione intratterrà rapporti costanti con le altre Federazioni, nazionali e sovranazionali, nonché con gli Istituti di formazione alla Psicologia, l'Università, e con gli Enti pubblici e privati. Con tali Associazioni, Istituti ed Enti la F.I.S.S.P. potrà stipulare convenzioni, avviando ogni utile collaborazione o assecondando quelle già avviate da altri; potrà inoltre svolgere attività ritenute utili al raggiungimento degli scopi.

La Federazione potrà dotarsi di ogni strumento ed organo di comunicazione interna fra le Società scientifiche ed esterna, organizzando convegni, seminari, e ricerche a livello nazionale ed internazionale, nonché favorendo la conoscenza tempestiva di tutte le iniziative utili a migliorare le conoscenze e le applicazioni della Psicologia. Lo scopo principale della Federazione è quello di stimolare, portare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici.

La Federazione non può svolgere attività diverse da quelle sopra indicate, ad eccezione di quelle ad essa strettamente connesse o di quelle accessorie a quelle statutarie, in quanto integrative delle stesse.

*Ai sensi della vigente normativa sulla privacy, avvertiamo i colleghi che l'AUPI opera regolarmente il trattamento dei dati personali, da loro forniti, per i normali e legittimi fini associativi e sindacali: informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ricerca di nuove occupazioni ed opportunità professionali, e simili vantaggiosi obiettivi. Non forniamo mai a terzi i dati in nostro possesso, se non per il calcolo obbligatorio della rappresentatività e, in tal caso, li riduciamo in forma meramente quantitativa ed anonima. In particolare prendiamo sistematiche precauzioni perché non possano essere trafugati ed usati a scopi commerciali. In ogni caso, ogni collega ha il diritto di limitare od annullare in ogni momento ogni forma di trattamento di questi suoi dati personali, comunicando questa sua volontà alla sede nazionale.*

*È autorizzata la riproduzione totale o parziale dei testi contenuti in questa rivista, citando la fonte.*

*AUPI Notizie è aperto ai contributi di tutti gli iscritti; la responsabilità dei diversi articoli compete ai rispettivi autori.*

SITO AUPI:

**<http://www.aupi.it>**

**email: [aupti.it@aupti.it](mailto:aupti.it@aupti.it)**

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di maggio 2008



## Lo Staff Redazionale di AUPI Notizie

### Direttore Responsabile

Mario Sellini

### Capo Redattore

Rinaldo Perini

### Vice Capo Redattore

Giovanni Cavadi

### Redazione di AUPI Notizie

Sede Centrale AUPI

via Arenula 16

00186 ROMA

