

NOTIZIE

- » **...Dal Parlamento ...finalmente un buon decreto**
- » **Ammissioni Concorsi SSN per le discipline di Psicologia e Psicoterapia validità del titolo delle Scuole Quadriennali riconosciute**
- » **Regione Lombardia: Linee operative per il processo di individuazione e accompagnamento dell'alunno con handicap ai fini dell'integrazione scolastica**
- » **INSERTO**
Le certificazioni psicologiche nelle aziende sanitarie

Notizie

SOMMARIO

Ψ
AUPI

3

...Dal Parlamento ...finalmente un buon decreto - M. Sellini

7

Ammissioni Concorsi SSN per le discipline di Psicologia e Psicoterapia validità del titolo delle Scuole Quadriennali riconosciute

21

Regione Lombardia: Linee operative per il processo di individuazione e accompagnamento dell'alunno con handicap ai fini dell'integrazione scolastica - S. Zavaglia

35

INSERTO
Le certificazioni psicologiche nelle aziende sanitarie - P. Bozzaro

60

Schede d'iscrizione

...Dal Parlamento ...finalmente un buon decreto

Mario Sellini

Segretario Generale

La fine traumatica della Legislatura ha interrotto una serie di processi legislativi in corso. Come vedremo in seguito, questo evento, le elezioni, traumatico dal punto di vista politico, come tutti gli eventi umani e naturali, non è di per sé né completamente negativo né del tutto positivo.

Per rimanere ad un livello di analisi di politica partitica, queste elezioni segnano il punto più basso cui sia mai arrivata la democrazia italiana, tanto da far sorgere il dubbio che si possa parlare ancora di democrazia. E questo dubbio è più che giustificato considerato che, non noi, ma il Giudice delle Leggi, la Corte Costituzionale, ha ripetutamente affermato che questa legge elettorale presenta serissimi dubbi di costituzionalità. E se lo dice la Corte Costituzionale...

Andremo a votare con una legge elettorale praticamente incostituzionale. Anche se, ovviamente, nessuno si prenderà la briga di ricorrere alla Corte Costituzionale per farne dichiarare l'incostituzionalità. E di converso la stessa Corte non potrà mai interrompere le procedure elettorali perché finiremmo nel caos più completo. Ed allora tutti a votare. A votare non si sa cosa e non si sa chi. Senza nessuna possibilità di scegliere chi ci deve rappresentare, senza nessuna possibilità di incidere nelle scelte politiche, senza alcuna possibilità di creare collegamenti stabili con il territorio.

Cinque persone, cinque, decideranno chi dovranno essere i 1.000 Deputati e Senatori. Berlusconi, Veltroni, Casini, Bertinotti e Bossi stabiliranno chi dovrà essere eletto e chi non dovrà essere eletto. È un concetto di democrazia assolutamente nuovo che farà rivoltare nella tomba i padri costituenti. È un modello di democrazia che assomiglia tanto alla pseudo democrazia delle società per azioni quotate in borsa. Milioni di azionisti, ma chi conta e decide tutto è l'Amministratore delegato. Ed alle assemblee, anche le società per azioni fanno assemblee, non partecipa assolutamente nessuno, tanto quello che vale sono i dividendi.

La democrazia in Italia potrebbe seguire questo modello. Gli elettori non scelgono più chi li deve governare.

Sceglieranno l'Amministratore Delegato. Sarà questo il futuro. Ma esprimo un giudizio del tutto personale. Non mi piace. E non solo saranno in 5 quelli che determineranno la composizione del Parlamento, ma le scelte che fanno sono incomprensibili.

Per rimanere in ambito sindacale e del mondo del lavoro, sarà candidato il prof. Ichino che negli ultimi mesi è diventato famoso per i furenti attacchi scagliati contro i dipendenti pubblici. Li ha definiti, ci ha definito: fannulloni, inetti, truffatori che si dedicano al secondo e terzo lavoro ecc.

Nella mia ingenuità ed ignoranza pensavo che questo esimio professore fosse un esponente o almeno l'ideologo/inspiratore di Confindustria. Mai avrei immaginato di trovarmi di fronte ad un iscritto alla CGIL, ex parlamentare dei DS e oggi candidato del PD. Portavoce di un nuovo concetto di organizzazione del lavoro: la flexsecurity. Che vuol dire questo termine? Aumentare ancora la flessibilità e la precarietà del lavoro soprattutto per i giovani, coniugandola con istituti di sicurezza sociale. Dimenticando che la flessibilità e la precarietà sono immediatamente realizzabili. Non costano nulla e producono profitti ai datori di lavoro, mentre la sicurezza sociale costa, costa molto, e nessuno dice quanto investirà in questo tipo di sicurezza sociale e da dove prenderà i soldi.

E poi che uno studioso come Ichino faccia finta di non sapere che quando un'amministrazione, un ente, un'azienda pubblica o privata non funziona, la responsabilità non è certamente dei lavoratori. Quando la Fiat non funzionava nessuno ha dato la colpa ai lavoratori. Molti lavoratori sono stati mandati a casa perché non c'era lavoro, non perché fossero dei fannulloni.

Chi è stato mandato via perché non sapeva fare il proprio lavoro è stato l'Amministratore delegato ed i vertici dell'azienda. Nel pubblico questo non succede mai. Avete mai visto un Direttore Generale di ASL o di Ministero, o di una Regione mandato via perché incompetente? Mai. E se è stato sostituito è perché è cambiata la maggioranza politica. Non certo per incapacità. Ma tant'è.

L'AUPI è un sindacato e oramai siamo abituati a ragionare ed a comportarci sapendo che abbiamo di fronte, sempre e solo, delle controparti. Né amici né avversari. Ma solo controparti. Consapevoli che compito di un sindacato è trattare, mediare e stipulare buoni contratti per i lavoratori. L'idea che governa il nostro agire è un sano principio di realtà. Principio che in questi ultimi due mesi ci ha guidato in numerose battaglie.

La prima di tutte, il ddl sulla c.d. "Psicoterapia convenzionata" di Cancrini. Abbiamo fatto tutto quello che dovevamo fare, ed siamo riusciti, di concerto con il CNOP, a bloccare l'approvazione del ddl in Commissione. Come spesso accade altri sbraitavano, i nostri Dirigenti "facevano".

La posizione dell'AUPI in questa vicenda è stata assolutamente chiara e lineare. Abbiamo rappresentato le nostre posizioni, in forma e contenuti assolutamente corretti ed efficaci, cercando nel contempo l'apertura di un confronto ed un dialogo. Abbiamo cercato di circoscrivere l'aspro confronto con gli Psichiatri che tentavano di annichilire la nostra Professione, aprendo ai Medici in generale ed ai medici di famiglia in particolare.

Avevamo ed abbiamo un estremo bisogno di costruire alleanze. Farsi dei nemici è sempre facilissimo. E se in questa storia gli Psichiatri si sono dimostrati avversari con i quali non si è riusciti a discutere, sicuramente con tutti gli altri medici una qualche interlocuzione poteva e doveva essere tentata. Ed è quello che abbiamo fatto. Ed è quello che quotidianamente e faticosamente cerchiamo di fare nell'Intersindacale Nazionale ed in molte Intersindacali regionali.

Poi fortunatamente si è interrotta la legislatura. E questa interruzione ha creato delle opportunità che siamo riusciti a cogliere, sempre lavorando di concerto con il CNOP ed in questo caso specifico anche con l'Ordine della Campania.

Questo ci ha consentito di portare a casa due risultati che, senza falsa modestia, possiamo definire storici.

Il primo degli obiettivi raggiunti è più contingente ma non per questo meno importante. Abbiamo finalmente ottenuto l'equipollenza dell'art. 3 e 35 alle specializzazioni universitarie. Questo consentirà la partecipazione dei colleghi ai concorsi. Non sono molti i concorsi ma è pur sempre una opportunità che fino ad oggi era negata. Abbiamo

risolto il problema che si era venuto a creare con l'approvazione dell'ultima legge finanziaria che limitava la possibilità di stipulare contratti di collaborazione con le ASL solo a quanti in possesso di specializzazione universitaria. Migliaia di colleghe e colleghi rischiavano di non poter più rinnovare i contratti di collaborazione.

Obiettivo ancora più importante è quello che trasferisce l'Alta Vigilanza sul CNOP dal Ministero della Giustizia a quello della Salute. Questo, apparentemente, semplice cambiamento apre scenari interessanti per il futuro della Professione. In primo luogo è il riconoscimento di una funzione socialmente importante e come tale riconosciuta.

La Comunità europea, il processo di liberalizzazione in atto sta determinando un mutamento epocale nel mondo delle professioni, anche di quelle "protette", quelle che hanno un Ordine professionale. L'idea è quella che possano restare professioni protette e quindi conservare l'Ordine Professionale unicamente quelle che hanno a che interagiscono con i diritti fondamentali dell'individuo e della società.

Ed i diritti inalienabili sono sostanzialmente tre: il diritto alla Salute, alla Difesa, ed alle garanzie Giuridiche. Solo le Professioni che hanno a che fare con la difesa di questi tre diritti fondamentali potranno sperare in una qualche garanzia e protezione. Tutto ciò non è automatico ma, a questo punto, per la Psicologia si aprono delle opportunità importanti.

Nell'immediatezza dell'approvazione di queste norme, alcuni detrattori si sono fatti vivi ed hanno protestato, paleando chissà quali rischi e pericoli, per questo passaggio dell'Alta Vigilanza al Ministero della Salute. Crediamo che l'invidia sia una molla importante per la crescita. Ma siamo anche convinti che questo sentimento, molto umano, può diventare anche molto distruttivo. Diventare Professione Sanitaria vuol affermare il concetto che la Psicologia ed i suoi Professionisti intervengono direttamente sulla Salute ed il Benessere dei cittadini. Non a caso il concetto di Salute è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come insieme inscindibile di Salute Fisica, Psicologica e Sociale.

È il riconoscimento di un ruolo ed una funzione sociale assolutamente rilevante. È chiaro che questa definizione della Psicologia non limita, né danneggia, in alcun modo la

possibilità di esercitare la Professione in ambiti anche lontani dalla Salute, come la pubblicità, l'economia, l'organizzazione ecc. Non ci sono limitazioni di sorta.

Qualcuno si oppone alla possibilità che la Categoria possa continuare ad avere un Ordine professionale ed essere una professione "protetta". C'è chi auspica l'abolizione dell'Ordine professionale e la completa liberalizzazione della professione di Psicologo. Ci sono altri che chiedono che l'attività di Psicoterapeuta sia liberalizzata e sia aperta a tutti, compresi maghi, veggenti, portieri e quant'altro. Ed ancora, secondo taluni, la Psicologia deve essere aperta a counselor, mediatori di varie specie, trainer personal o meno, pedagogisti clinici e psicofilosofi.

Noi non la pensiamo in questo modo. Noi ci opporremo, sempre ed in tutti i modi possibili, a che questo accada. Siamo fermamente convinti che la Psicologia sia una disciplina scientifica e che nulla abbia a che vedere con maghi ed imbonitori. Crediamo nella nostra professione, ne siamo anche orgogliosi e faremo di tutto per difenderla e valorizzarla.

D'altro canto a quanti auspicano che la Psicologia non abbia più un ordinamento professionale noi abbiamo una risposta ai loro problemi ed una proposta molto concreta. A chi non crede nella Psicologia quale disciplina scientifica e Professione "ordinata" noi suggeriamo di chiedere la cancellazione dall'Ordine Professionale e di aprire la partita IVA per svolgere una delle migliaia di attività e professioni non regolamentate.

Il Ministero del Lavoro ne ha censite qualche migliaio. Il CNEL ha raccolto la richiesta di alcune centinaia che chiedono di potersi autoregolamentare. Ai Ciofi, ai Crispino, ai tanti che lamentano presunti lacci e laccioli che la legge ordinistica imporrebbero loro diciamo: cancellatevi dall'Albo professionale degli Psicologi. Rompete gli indugi, levate le àncore ed andate nel mare aperto delle centinaia di professioni, affini alla psicologia e che non sono regolamentate. Avrete sicuramente della splendide opportunità professionali. Ma lasciate stare la Psicologia.

Indubbiamente con l'approvazione di questa legge abbiamo posto un altro paletto difensivo allo scempio che qualcuno vuole fare della nostra amata Professione e nelle prossime settimane avremo modo di approfondire questo

tema che merita un approfondito dibattito.

Ritornando alle questioni più squisitamente sindacali, parliamo di rinnovo del contratto.

Con 26 mesi di ritardo è iniziata la contrattazione per il rinnovo del Contratto di lavoro. Dopo anni di silenzio, la frenesia elettorale ha contagiato il Governo a tal punto che sembra si possa arrivare a chiudere la trattativa nel giro di un mese.

Questa è la richiesta avanzata dall'AUPI al tavolo negoziale nel corso della prima riunione e questa sembrerebbe essere una prospettiva realistica. Ovviamente un Contratto che si chiude in poche settimane di discussione deve essere considerato un "Contratto ponte". Un contratto cioè che affronta solo i problemi economici e rinvia a tempi migliori, la discussione sugli aspetti normativi, soprattutto quelli più spinosi. Probabilmente riusciremo ad inserire anche qualche modifica normativa. Bisogna pur salvaguardare la faccia.

Alla fine porteremo a casa le risorse previste nella Legge Finanziaria per il biennio economico 2006 – 2007 che in termini assoluti non dovrebbero discostarsi dall'aumento del biennio economico 2004 – 2005. In realtà i dati economici non ci sono stati ancora forniti e pertanto non possiamo che ragionare su stime certe.

Che le cose vadano in questo modo è molto probabile. Proprio in queste ore è stata firmata la preintesa per il rinnovo del Contratto di lavoro del Comparto della Sanità e ne è venuta fuori una bozza di contratto che distribuisce le risorse economiche stanziare e rinvia ad un successivo accordo integrativo gli aspetti giuridico-normativi.

Ci sono altre questioni che stanno arrivando a conclusione in questi giorni, sulla spinta anche della drammatica emergenza dei morti sul lavoro.

In primo luogo l'approvazione del Regolamento per l'applicazione della legge sulla sicurezza sul posto di lavoro, la 626. Nel luglio del 2007 il Parlamento ha approvato alcune modifiche ed integrazioni e si è impegnato tra l'altro, a prevedere anche il rischio psicologico. La bozza preparata dal gruppo di lavoro interministeriale raccoglie parte delle nostre richieste. Non è molto ma è il primo passo per l'implementazione della Psicologia del Lavoro, o almeno di alcuni dei suoi aspetti, in ambito produttivo. L'impegno profuso dall'AUPI è grande anche se il risultato non è assolutamente certo. Confindustria ha espresso la propria con-

trarietà alla nostra proposta ed ha chiesto esplicitamente di espungere dal testo la previsione di Rischio Psicologico. È una battaglia impari che noi continueremo a sostenere perché fermamente convinti della importanza del contributo che la Psicologia può dare per contrastare questa strage quotidiana.

Altro fronte è quello collegato all'approvazione del DPCM che dovrà regolamentare il passaggio alle ASL della Medicina penitenziaria. Di seguito pubblichiamo le lettere che abbiamo inviato ai Ministri ed ai Sottosegretari competenti.

Esiste un rischio concreto che questo passaggio, ancorché meritorio nelle intenzioni, si trasformi in un arretramento dei diritti e delle garanzie in fatto di tutela della salute dei detenuti. Anche su questo abbiamo il dovere di vigilare affinché siano garantiti i diritti dei colleghi che lavorano nel settore, perché la difesa dei loro diritti è la difesa dei diritti dei detenuti.

Si avvicinano le elezioni per il rinnovo degli organismi dell'Enpap. Questa scadenza sta creando fibrillazioni e reazioni scomposte dell'attuale gruppo dirigente. La maggioranza (Houlis, Azzolini, Crispino) se le sta inventando tutte pur di salvaguardare il proprio potere.

Prima hanno modificato il regolamento elettorale estromettendo i dipendenti dagli organismi dell'Enpap, e riducendo la loro presenza ad una semplice testimonianza. Non contenti di questo hanno approvato un'altra modifica al regolamento elettorale. Con quest'ultima modifica eliminano gli Ordini regionali dalle procedure elettorali. Gli Ordini regionali non potranno più istituire i seggi elettorali. Forse pensano di far votare gli iscritti all'Enpap a casa loro!!!

E nel mentre lor signori si dedicano alle modifiche delle norme elettorali, le casse dell'Enpap piangono. E piangono

lacrime amare.

Sembra, ma saremo più precisi nelle prossime settimane, che le perdite economiche siano enormi, tali da rasentare la bancarotta. Inoltre ci raccontano di viaggi, numerosi, anche in luoghi esotici, a spese delle società che gestiscono i soldi dell'Enpap. Non osiamo credere a queste illazioni. Anche se siamo sempre più convinti che prima o poi la Magistratura sarà costretta a mettere il naso nella gestione e nei conti della nostra cassa di previdenza.

Non vorremmo che accadesse una cosa del genere. Purtroppo la poca trasparenza fa aumentare i dubbi e le perplessità. E se non possiamo essere noi a controllare dovrà essere qualcun altro.

...e per finire... PROSELITISMO

Tutto quello che l'AUPI realizza richiede impegno e costanza. L'intero gruppo dirigente AUPI (Nazionale, Regionale, Provinciale e Aziendale) e molti dei colleghi che negli Ordini sono impegnati, garantiscono il massimo impegno con grandissima competenza. Tutte le nostre battaglie hanno bisogno di un elemento fondamentale per il raggiungimento dei nostri obiettivi: abbiamo assolutamente bisogno di più iscritti.

Il peso della nostra Organizzazione è dato dal numero degli iscritti. La nostra capacità di suscitare attenzione delle controparti sulle nostre proposte dipende massimamente dalla nostra capacità di Rappresentare i colleghi. Non dobbiamo abbandonare, neppure per un attimo, l'obiettivo del Proselitismo. Il nostro "peso" politico è determinato dal numero di colleghi iscritti. È questo il vero valore aggiunto. È compito poi della dirigenza dell'AUPI utilizzare al meglio la delega che ci viene data.

Ognuno di noi può dare il proprio contributo, spiegando a facendo comprendere a chi non è iscritto all'AUPI quali

Ammissioni Concorsi SSN per le discipline di Psicologia e Psicoterapia validità del titolo delle Scuole Quadriennali riconosciute

Passaggio al Ministero della Salute della Vigilanza sull'Ordine degli Psicologi

IGIENE E SANITA' (12^a)

MARTEDÌ 26 FEBBRAIO 2008

142^a Seduta

Presidenza del Presidente
MARINO

Relatrice senatrice BASSOLI (PD-Ulivo),

...

...

Quanto all'articolo 24-sexies, comma 1, **rileva come esso specifichi che costituisce requisito valido per l'ammissione ai concorsi nell'ambito del Servizio sanitario nazionale per i posti organici di psicologo per la disciplina di psicologia e di medico o psicologo per la disciplina di psicoterapia il possesso di titolo di specializzazione in psicoterapia**, acquisito mediante corso di specializzazione almeno quadriennale presso una scuola di specializzazione universitaria o presso un istituto riconosciuto. Requisito ugualmente valido è l'ammissione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica in favore degli iscritti all'ordine degli psicologi o all'ordine dei medici e degli odontoiatri, laureatisi entro l'ultima sessione di laurea, ordinaria o straordinaria, dell'anno accademico 1992-1993, aventi una specifica formazione professionale in psicoterapia ed in possesso di documentazione attestante la preminenza e la continuità dell'esercizio della professione psicoterapeutica. Resta fermo il possesso degli altri requisiti previsti. Il successivo comma 2 attribuisce al Ministro della salute la funzione di alta vigilanza sull'ordine nazionale degli psicologi, che attualmente compete al Ministro della giustizia.

...

...

La senatrice BASSOLI (PD-Ulivo) riformula la proposta di parere precedentemente illustrata in uno schema di parere favorevole con un'osservazione (allegato al resoconto della presente seduta), che dà conto delle perplessità relative all'articolo 49-ter emerse nel dibattito.

La senatrice EMPRIN GILARDINI (RC-SE) preannuncia il voto favorevole sullo schema di parere testè riformulato.

Previa verifica del numero legale da parte del PRESIDENTE, la Commissione accoglie lo schema di parere favorevole con osservazioni della relatrice Bassoli.

utilmente inclusi nelle rispettive graduatorie, che non conseguono la nomina per carenza di posti nel settore formativo cui si riferisce la nomina stessa, possono chiedere di essere nominati, nell'ambito della medesima tipologia concorsuale cui hanno partecipato, a posti rimasti eventualmente vacanti e disponibili in un diverso settore formativo, previo inserimento alla fine della relativa graduatoria. La possibilità di nomina, previo inserimento alla fine della relativa graduatoria, in ordine di punteggio degli idonei afferenti al primo e al secondo settore formativo, è ammessa anche per la copertura di posti rimasti eventualmente vacanti e disponibili in altra regione. Le graduatorie dei suddetti concorsi sono trasformate in graduatorie ad esaurimento.

Art. 24-sexies. - (Equiparazione di titoli ai fini dell'accesso ai concorsi presso il Servizio sanitario nazionale e vigilanza sull'Ordine nazionale degli psicologi). - 1. I titoli di specializzazione rilasciati ai sensi dell'articolo 3 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, e il riconoscimento di cui al comma 1 dell'articolo 35 della medesima legge, e successive modificazioni, sono validi quale requisito per l'ammissione ai concorsi per i posti organici presso il Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 2, comma 3, della legge 29 dicembre 2000, n. 401, fermi restando gli altri requisiti previsti.

2. L'articolo 29 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, è sostituito dal seguente:

"Art. 29. - (Vigilanza del Ministro della salute). - 1. Il Ministro della salute esercita l'alta vigilanza sull'Ordine nazionale degli psicologi".

All'articolo 25, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

«1-bis. La disposizione di cui al comma 1 non si applica all'estensione, in applicazione dell'articolo 61, comma 3, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, dei trattamenti derivanti dall'applicazione dell'articolo 15 della legge 9 marzo 1989, n. 88, al personale degli enti pubblici disciplinati dalla legge 20 marzo 1975, n. 70, con trattamento di pensione a carico del Fondo integrativo, in possesso della qualifica di direttore o consigliere capo ed equiparate, ovvero delle qualifiche inferiori della ex carriera direttiva, alla data degli inquadramenti operati in attuazione delle norme di cui al decreto del Presidente della Repubblica 26 maggio 1976, n. 411, cessato dal servizio prima della data di entrata in vigore della citata legge 9 marzo 1989, n. 88, e oggetto di provvedimenti giurisdizionali definitivi, a fini di perequazione delle prestazioni pensionistiche.

1-ter. All'onere derivante dal comma 1-bis, nel limite massimo di un milione di euro a decorrere dall'anno 2008, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA

UFFICIO PERSONALE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
SEGRETERIA TECNICA DEL DIRETTORE

DFP-0003407-21/01/2008-1.2.3

Roma, li 21.01.2008

Italia Lavoro SpA
Via Guidubaldo Del Monte, 60
00197 ROMA

OGGETTO: quesito in merito previsioni contenute nell'articolo 3, comma 76, della legge n. 244 del 2007.

Con riferimento a quanto richiesto da codesta Società con la nota n. 87 del 10 gennaio 2007, si forniscono i seguenti chiarimenti.

L'ulteriore precisazione operata dal legislatore nella norma richiamata in oggetto, circa il requisito della "particolare e comprovata specializzazione universitaria" per il conferimento di incarichi di collaborazione, pone l'accento sulla necessità di ricorrere ad elevate competenze.

Per quanto concerne il requisito della particolare professionalità si osserva come l'utilizzo dell'espressione "esperti di particolare e comprovata specializzazione universitaria" deve far ritenere quale requisito minimo necessario il possesso della laurea magistrale o del titolo equivalente. Conseguentemente le amministrazioni non potranno stipulare contratti di lavoro autonomo con persone con una qualificazione professionale inferiore. Peraltro, il riferimento all'esperienza ed alla particolarità della competenza, così come la necessità di una procedura comparativa per il conferimento degli incarichi, porta a considerare la necessità di reperire collaboratori che operano da tempo nel settore di interesse.

Tale requisito, coordinato con il presupposto dell'assenza di competenze analoghe all'interno dell'amministrazione, depone per una impossibilità di ricorrere a rapporti di collaborazione esterna per attività ordinarie, con la conseguente illegittimità dei contratti stipulati in violazione di tali presupposti.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA

Appare, inoltre, opportuno chiarire che la modifica dell'articolo 36 del decreto legislativo n. 165 del 2001, operata dalla legge finanziaria per l'anno 2008 all'articolo 3, comma 79, non riguarda i rapporti di lavoro autonomo. Infatti le modifiche apportate all'articolo 7, del decreto legislativo n. 165 del 2001 già dal decreto legge n. 233 del 2006 e quelle apportate all'articolo 36 citato sono finalizzate a ricondurre l'utilizzo delle diverse tipologie contrattuali, di lavoro autonomo e di lavoro subordinato, alle finalità loro proprie che sono distinte e non possono essere considerate sovrapponibili.

Ciò comporta che il limite temporale individuato dall'articolo 36, comma 1, del decreto legislativo n. 165 del 2001, come sostituito dalla legge finanziaria per l'anno 2008, non si applica ai contratti di collaborazione che sono contratti di lavoro autonomo e pertanto non inclusi nella categoria dei contratti di lavoro flessibile subordinato.

Ulteriori chiarimenti sul tema delle collaborazioni esterne saranno contenuti in una circolare, appositamente predisposta da questo Ufficio, di prossima pubblicazione.

Il Direttore dell'Ufficio
Francesco Verbaro





Presidenza del Consiglio dei Ministri
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA
U.P.P.A.

Servizio programmazione assunzioni e reclutamento

Roma 28.01.2008

DPF-8884361-28/81/2008-1.2.3.4

Al Ministero del Lavoro e della
Previdenza sociale
Direzione generale per le politiche per
l'orientamento e la formazione
Via Fornovo, 8
00192 **ROMA**

OGGETTO: Richiesta di parere in merito ai commi 76 e 79 dell'art. 3 della legge 24 dicembre 2007, n. 244.

Si fa riferimento alla nota del 14 gennaio 2008, n. 17/SEGR/0001252, con la quale codesto Ministero pone alcuni quesiti in merito all'interpretazione dei commi 73 e 79, art. 3, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008).

In particolare le problematiche rappresentate riguardano la lettura:

1. della modifica apportata, dal citato comma 73, all'art. 7, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 che introduce la "particolare e comprovata specializzazione universitaria" in luogo del requisito della "provata competenza" per individuare gli esperti a cui conferire incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, per esigenze a cui le amministrazioni pubbliche non possono far fronte con personale in servizio,
2. del disposto di cui al comma 11, dell'art. 36, del citato d.lgs. n. 165 del 2001, nel testo modificato dal richiamato comma 79, art. 3, della legge n. 244 del 2007, secondo cui "Le pubbliche amministrazioni possono avvalersi di contratti di lavoro flessibile per lo svolgimento di programmi o attività i cui oneri sono finanziati con fondi dell'Unione europea e del Fondo per le aree sottoutilizzate."
3. del combinato disposto dei testi sopra richiamati che sembrerebbero, ad avviso di codesto amministrazione, configurare nella disciplina della norma richiamata al punto 2. una deroga a quanto richiamato al punto 1. e consentire, nella sostanza, il ricorso a forme di lavoro autonomo prescindendo dal requisito della "particolare e comprovata specializzazione universitaria".

Al fine di fornire una corretta chiave di lettura delle disposizioni sopra riportate, si ritiene opportuno partire da un'illustrazione generale, sia pure sintetica, degli interventi realizzati dal legislatore con la legge finanziaria 2008 in materia di lavoro precario e lavoro flessibile.

I due aspetti, infatti, vanno letti in maniera collegata atteso che negli ultimi anni un abusato ricorso al lavoro flessibile ha determinato nelle pubbliche amministrazioni il formarsi di un'ampia schiera di lavoratori precari.

Con le disposizioni previste dalla legge n. 244 del 2007 il legislatore ha inteso realizzare un duplice intervento:

- da un lato ha dettato una disciplina speciale in materia di stabilizzazione volta al graduale superamento del precariato esistente, per sanare definitivamente la patologia;
- dall'altro ha disegnato un sistema di utilizzo del lavoro flessibile impostato su criteri di rigido contenimento dello stesso, al fine di prevenire *ab origine* il formarsi di nuovi lavoratori precari.

Su quest'ultimo fronte la legge finanziaria 2008 ha operato su un doppio binario e l'obiettivo di un uso oculato del lavoro flessibile si è espresso tanto per quanto riguarda le tipologie contrattuali riconducibili al rapporto di lavoro di tipo subordinato (nuovo art. 36, d.lgs. 165/2001) quanto per quelle riconducibili al lavoro autonomo (art. 7, comma 6, d.lgs. 165/2001).

E' opportuno sottolineare bene, al fine di evitare erronee interpretazioni delle norme, che il richiamato art. 36 novellato disciplina soltanto le tipologie contrattuali di lavoro flessibile riconducibili al lavoro subordinato (tempo determinato, somministrazione).

Ciò in considerazione sia della sua collocazione sistematica nel d.lgs 165/2001, che lo vede inserito nel capo che tratta l'accesso nelle pubbliche amministrazione e, quindi, le modalità assunzionali riconducibili giuslavoristicamente solo alla tipologia di lavoro subordinato, sia in ragione del fatto che il legislatore ha tenuto sempre separata la disciplina del lavoro autonomo contemplandola in maniera esaustiva e differenziata nel citato art. 7, comma 6, d.lgs. 165/2001.

Questa lettura delle disposizioni rende già contezza del fatto che il comma 11, dell'art. 36 novellato, a cui fa riferimento codesta amministrazione, si applica alle tipologie flessibili riconducibili sempre al rapporto di lavoro subordinato. Lo svolgimento di programmi o attività mediante finanziamenti con fondi dell'Unione europea e del Fondo per le aree sottoutilizzate consente, pertanto, di derogare solo alle disposizioni restrittive sull'utilizzo del lavoro a termine e della somministrazione a cui fa riferimento il comma 1 del predetto articolo 36, essendo assolutamente fuori contesto il lavoro autonomo disciplinato, invece, dall'art. 7, comma 6, del d.lgs 165/2001.

Si aggiunge che non sussistono, invece, disposizioni che consentano di derogare al principio fissato dal richiamato art. 7, comma 6, circa la necessità del requisito della "particolare e comprovata specializzazione universitaria" per ricorrere al lavoro autonomo.

Detto requisito è in ogni caso imprescindibile ed è volto, come già accennato, a ricondurre il ricorso alle tipologie contrattuali che ne derivano ad un ambito più corretto e rigoroso che eviti il formarsi di forme di precariato. Il requisito della "particolare e comprovata specializzazione universitaria" consente, unitamente agli altri presupposti previsti dalla normativa al riguardo, di individuare più selettivamente sia le esigenze reali che giustificano il ricorso a tali figure, sia le professionalità a cui si può fare riferimento.

La formulazione utilizzata dal legislatore riconduce il requisito alla laurea specialistica rilasciata dal nuovo ordinamento universitario, ferma restando l'equiparazione prevista per la laurea del vecchio ordinamento. Non sono tuttavia da escludere altre specializzazioni frutto di percorsi didattici universitari completi e definiti formalmente dai rispettivi ordinamenti, in aggiunta alla laurea triennale.

Il Direttore dell'Ufficio
Dott. Francesco Verbaro



Alla cortese attenzione
Sottosegretario Ministero della Giustizia
On Luigi Manconi

Egregio prof.
è in dirittura d'arrivo il passaggio della Medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

E' un evento di straordinaria importanza culturale, politica e sociale. Come abbiamo già avuto modo di sottoporLe in un precedente incontro, noi crediamo che questo passaggio non si debba trasformare in un arretramento della qualità e quantità dei servizi erogati.

Nella bozza di DPCM che è in fase di avanzata elaborazione abbiamo riscontrato delle criticità, che, se non risolte, potrebbero avere un effetto molto negativo sui livelli di assistenza.

In particolare Le sottoponiamo il problema dei 480 psicologi ex art 80. L'ipotesi contenuta nella bozza di DPCM, se dovesse essere confermata, bloccherebbe di fatto l'attività di questi professionisti. I tempi di elaborazione di uno schema di convenzione da parte della Conferenza Stato Regioni, sono lunghissimi ed il clima elettorale rende ancora più lungo e complesso l'iter ipotizzato.

Onde evitare un blocco delle attività di questi 480 professionisti Le proponiamo tre parziali modifiche che garantiscono la continuità di un servizio, che ancorché carente e da incrementare, è l'unico presidio capace di fronteggiare le emergenze di carattere psichico.

Nel ringraziarLa per l'attenzione, Le porgo distinti saluti.

Roma 27 febbraio 2008

Il Segretario Generale
Dr Mario Sellini






Nuova formulazione del comma 3 dell'art. 3

3. “Il personale dipendente, appartenente al personale di ruolo del Ministero della giustizia, viene trasferito ed inquadrato nel corrispondente profilo del personale delle aziende sanitarie sulla base della tabella di equiparazione di cui all'allegato B che costituisce parte integrante del presente decreto, nei cui territori sono ubicati gli istituti penitenziari e i servizi minorili di riferimento. Con il trasferimento, il rapporto di lavoro viene disciplinato, oltre che dalle vigenti disposizioni di legge, dalla contrattazione collettiva del personale dei ruoli del Servizio sanitario nazionale. Il servizio maturato alle dipendenze del Ministero della Giustizia viene interamente riconosciuto per le finalità giuridiche economiche e previdenziali.”

Nuova formulazione del comma 4 dell'art. 3

4. “Il personale dipendente del Ministero della giustizia per il quale non esiste un corrispondente profilo del personale delle aziende sanitarie viene inquadrato in appositi ruoli ad esaurimento definiti in sede di contrattazione collettiva del comparto sanità e delle aree della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale.”

Nuova formulazione del comma 6 dell'art. 3

6. “In fase di prima applicazione del presente decreto, al fine di garantire la continuità dell'assistenza psicologica di osservazione e di trattamento svolta dai professionisti esperti in psicologia ai sensi dell'art. 80 della legge 26 luglio 1975, n. 354, l'Amministrazione penitenziaria stipula apposite convenzioni con le aziende sanitarie del servizio sanitario nazionale nel cui territorio sono ubicati gli istituti penitenziari e i servizi minorili di riferimento, secondo uno schema tipo approvato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. In attesa dell'emanazione dello schema tipo approvato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ai professionisti viene applicato l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), fermo restando la quantità delle ore assegnate al singolo professionista.”



Al Ministro della Giustizia
Sen. Luigi Scotti
Via Arenula, 70
00186 Roma

Al Ministro della Salute
Sen. Livia Turco
Lungotevere Ripa, 1
00153 Roma

Al Sottosegretario alla Giustizia
On. Luigi Manconi
Via Arenula, 70
00186 Roma

Al Sottosegretario alla Salute
Prof. Serafino Zucchelli
Lungotevere Ripa, 1
00153 Roma

Al Direttore del Dipartimento
Amministrazione Penitenziaria
Dr Ettore Ferrara
Via Luigi Daga, 2
00164 Roma

Oggetto: DPCM Medicina Penitenziaria. Richiesta convocazione urgente.

La scrivente O.S. AUPI, maggiormente rappresentativa della categoria degli Psicologi, chiede di essere convocata in merito al DPCM di cui all'oggetto.

Il passaggio della Sanità penitenziaria alle Aziende sanitarie locali è un momento assolutamente qualificante dell'attività politico-amministrativa. Siamo consapevoli dell'enorme portata culturale insita in questo passaggio. Il passaggio di centinaia di operatori non è e non deve diventare un semplice evento burocratico. È implicito un cambiamento di prospettiva nell'approccio alla tutela della salute dei cittadini detenuti.

E la Salute come prescrive l'OMS è e deve essere Fisica, Psicica e Sociale. Ebbene le prime indicazioni che possiamo ricavare dalle bozze di DPCM sembrano andare in una direzione opposta.

Su circa 1000 operatori della Medicina penitenziaria, 480 sono esclusi da questo processo di trasferimento di competenze. E guarda caso sono tutti gli Psicologi esperti ex art. 80.

Se la situazione dovesse rimanere quella prevista dalla bozza di DPCM, si verrebbe a creare una situazione paradossale. La Salute Psicica nelle carceri dovrebbe essere garantita dai 16 Psicologi trasferiti alle ASL.

16 Psicologi per oltre 30.000 detenuti. Mentre i 480 Psicologi ex art. 80 non dovrebbero più garantire alcuna prestazione sanitaria considerato che per loro non è previsto il trasferimento delle funzioni alle ASL. Questo comporterà l'immediata sospensione di ogni trattamento psicologico, con le fin troppo prevedibili conseguenze.

Eppure sappiamo tutti, fin troppo bene, qual è il tipo di prestazioni che nel corso degli anni sono state garantite da questi Professionisti, i quali hanno sempre supplito alle gravi carenze di organico del personale Psicologo.

Paradossalmente il trasferimento della Sanità penitenziaria alle Asl si trasformerebbe in una netta e gravissima riduzione della quantità e della qualità delle prestazioni erogate ai cittadini detenuti. La Salute Psicica dovrebbe essere garantita da 16 Psicologi e, forse da altrettanti Psichiatri. Appare distruttivo un processo che dovesse determinare questi effetti. Questo sistema non garantirebbe più la Salute Psicica, in una realtà, qual è quella carceraria, nella quale un rilevante numero di detenuti soffre di disturbi psichici ed altrettanti si ammalano di tali disturbi.

È fin troppo facile fare una drammatica ed amara previsione. L'interruzione delle cure psicologiche e psicoterapiche, perché in carcere questi colleghi garantiscono, nei limiti del possibile, anche questo tipo di cura, provocherà un esponenziale aumento del numero dei suicidi. È una responsabilità gravissima.

E non è pensabile che i 480 Psicologi ex art. 80 possano continuare ad erogare le prestazioni sanitarie pur restando nell'Amministrazione Penitenziaria.

L'AUPI, Associazione Unitaria Psicologi Italiani, è l'unica Organizzazione Sindacale della categoria degli Psicologi, in possesso del requisito della Rappresentatività nazionale, ed è firmataria del vigente Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza, area III, del Servizio Sanitario Nazionale.

In quanto O.S. maggiormente rappresentativa, chiediamo, in vista della prossima stesura del DPCM, di essere convocati alle previste riunioni con le parti sociali, anche in considerazione del fatto che gli Psicologi dipendenti che saranno trasferiti alle ASL saranno inquadrati nell'Area III, area nella quale l'AUPI è rappresentativa.

In quella sede daremo il nostro contributo ed esporremo le nostre proposte. Riteniamo che la nostra richiesta debba essere accolta perché non è ipotizzabile che la metà degli operatori della Salute in ambito penitenziario siano esclusi da questo processo, e ci sembra oltremodo strano che non si chieda il contributo e la collaborazione a chi rappresenta 500 dei 1000 professionisti che operano nella Medicina penitenziaria.

Ma soprattutto come Professionisti e come cittadini siamo fermamente convinti che una riforma, nata per dare maggiori diritti, si trasformi in un arretramento ed in una sostanziale diminuzione di prestazioni sanitarie ai cittadini detenuti.

Certi che questa nostra offerta di collaborazione saprà trovare la giusta accoglienza, restiamo in attesa di un sollecito riscontro. La mancata convocazione e soprattutto il mancato recepimento delle nostre proposte sarebbe un duro colpo per i 480 Psicologi e per i detenuti che attualmente sono in carico ed in cura per i loro problemi psichici.

Distinti saluti.

Roma 3 marzo 2008



Il Segretario Generale
Dr Mario Sellini

On. Luigi Cancrini

Egregio Onorevole,
il testo del ddl "Disposizioni per l'accesso alla Psicoterapia", così come emendato dalla Commissione, mostra molte, troppe, lacune, alcuni danni e, ben pochi benefici.

L'emendamento approvato il 19 dicembre è solo l'ultimo di una serie di modifiche che hanno stravolto l'idea di fornire, finalmente, ai cittadini la possibilità di accedere alle "cure psicoterapeutiche".

La discussione in Commissione ha peggiorato la proposta iniziale. Escludere gli Psicologi dalla possibilità di effettuare la diagnosi è un errore storico, politico, culturale e scientifico. E' solo un atto di arroganza che nulla ha a che fare con l'evidenza scientifica che pure in questi anni ha fatto passi in avanti importanti.

Lei scrive che la Depressione può essere causata da un tumore al lobo frontale e che questa argomentazione, da sola, avrebbe fatto cambiare idea alla maggioranza dei componenti la Commissione. È una argomentazione ben debole, quasi inconsistente.

È difficile trovare un paziente, ammalato di tumore, che non viva momenti, più o meno lunghi, di depressione. Cosa vuol dire ciò? Assolutamente nulla. Quello della diagnosi differenziale è un artificio, lessicale e concettuale, che nasconde ben altri interessi.

Forse che la Psicoterapia si propone di curare il tumore del lobo frontale? Se così fosse sarei il primo a chiedere l'intervento diagnostico e terapeutico di medici specialisti. Ma la Psicoterapia non vuole combattere/curare il tumore. La psicoterapia vuole, e qualche volta ci riesce, curare la patologia psichica. Il tumore al lobo frontale e la depressione sono due patologie diverse tra loro che possono, anche, avere una radice comune.

Anche la depressione post-partum è diretta conseguenza di un evento fisiologico. Tutte le patologie organiche possono generare patologie depressive. Ma cosa impedisce di curare con strumenti diversi ed in contemporanea il paziente? Cosa impedisce che lo stesso paziente sia "curato" da due specialisti: lo psicoterapeuta e l'oncologo? lo psicoterapeuta ed il ginecologo?

Sul piano scientifico vorrei poi capire come posso (Psicologo/Psicoterapeuta) prendere in cura un paziente per una patologia (diagnosi) che non ho individuato io ma che è stata individuata da altri (Psichiatra o Neuropsichiatra)? Come psicoterapeuta potrei essere chiamato a curare una patologia che (lo afferma il ddl) non sono in grado di individuare, riconoscere e diagnosticare. È una mostruosità scientifica.

È una storia non nuova che si ripresenta.

La Commissione Sanità della Camera, con l'approvazione dell'emendamento, ha delineato e sancito un nuovo (sic) modello epistemologico della Disciplina di Psicoterapia.

Il modello di Psicoterapia che viene fuori è quello di una Disciplina "spezzata" "separata" e "distinta" in due tronconi non comunicanti.

Psicoterapia = Diagnosi psichica + Psicotecnica.

Gli unici, veri, Psicoterapeuti sarebbero i medici perché i soli a poter effettuare la Diagnosi psichica ed a "praticare" la Psicotecnica, con gli Psicologi relegati un unico ruolo: quello di Psicotecnici.

Mi scusi per la franchezza, ma, quello delineato dalla Commissione, è un modello rozzo, vecchio. Un armamentario che credevamo definitivamente superato e che mi ricorda tanto le prime esperienze professionali in Ospedale Psichiatrico, prima della riforma "Basaglia". Non è questo il modello di psicoterapia che proponiamo ai giovani colleghi. Non è questo il modello che i cittadini hanno imparato a conoscere e ad apprezzare. E sono certo non sia questo il modello che ispirava il Suo ddl, e non è neppure il modello applicato nella pratica psicoterapica tanto nel privato quanto nel pubblico.

Ma questo non è l'unico grave handicap del testo del ddl.

E' necessario prevedere un finanziamento ad hoc, finalizzato alla Psicoterapia. L'esempio concreto che mi viene di prendere in considerazione è quello contenuto nell'attuale legge finanziaria che ha stanziato alcune centinaia di milioni per le "cure odontoiatriche".

La finanziaria non ha "detto" che le cure odontoiatriche devono essere erogate con i finanziamenti della "specialistica ambulatoriale" o con le risorse già disponibili nei Dipartimenti delle ASL, come il ddl prevede per le cure psicoterapeutiche. Il Parlamento ha voluto garantire (giustamente) cure odontoiatriche ai cittadini e lo ha fatto stanziando fior di milioni. Senza uno specifico finanziamento ai cittadini non potranno mai essere garantite le "cure psicoterapeutiche".

E' dal 1992 che i Direttori Generali delle ASL hanno la facoltà di "acquistare" prestazioni psicoterapiche all'esterno.

L'autonomia nella gestione delle ASL consente di fare queste operazioni. Non ci sono vincoli o limiti normativi. L'unico vincolo è quello del pareggio di bilancio. La mia trascorsa esperienza di Direttore Generale di ASL mi consente di affermare che, con l'attuale formulazione del ddl, non cambierebbe nulla, perché il Direttore Generale che volesse "acquistare" prestazioni psicoterapiche, dovrebbe reperire le risorse dal bilancio aziendale, sottraendole ad altri servizi e prestazioni.

Ma Lei lo immagina un Capo Dipartimento della Salute Mentale, che utilizza quota/parte delle, pochissime, risorse che la Direzione Generale gli ha assegnato, per "acquistare" prestazioni psicoterapiche all'esterno?

In conclusione, senza uno specifico finanziamento, per i cittadini non cambierà nulla. Meglio seguire l'esempio delle "cure odontoiatriche" profumatamente finanziate dal Parlamento con l'ultima legge finanziaria.

Siamo disposti ad aspettare altri dodici mesi, fino alla prossima finanziaria, ma che almeno ci siano risorse certe.

Lei chiede agli Psicologi cosa pensano dell'attuale testo del ddl?

L'AUPI che rappresenta la quasi totalità degli Psicologi Psicoterapeuti del SSN e molti libero-professionisti condivide e fa propria la posizione assunta dal Consiglio Nazionale dell'Ordine, così come espressa dal Presidente Palma; nel contempo conferma l'apprezzamento per il tentativo di garantire la cura psicoterapeutica ai cittadini, ma a due precise condizioni:

-che sia ripristinato un modello epistemologico della Disciplina di Psicoterapia che, nel rispetto delle previsioni contenute nella legge 56/89, garantisca l'unicità dell'intervento psicoterapico, considerata l'inscindibilità della capacità/competenza di diagnosticare e curare;

-che sia garantito, così come è avvenuto per le "cure odontoiatriche", un adeguato finanziamento.

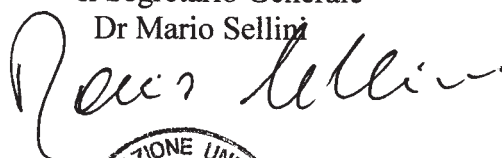
Un'ultimissima annotazione. Alcuni componenti la Commissione Sanità ci hanno fatto sapere che è stata avanzata per questo ddl, la richiesta della "deliberante". E' una scelta gravissima che impedirebbe all'Aula di modificare il testo.

Le chiedo formalmente di opporsi a questa richiesta.

Cordiali saluti.

Roma 8 gennaio 2008

Il Segretario Generale
Dr Mario Sellini



Regione Lombardia

Linee operative per il processo di individuazione e accompagnamento dell'alunno con handicap ai fini dell'integrazione scolastica

Salvatore Zavaglia
Segretario Aupi Regione Lombardia

A seguito del DCPM n. 185 del febbraio 2006, La Regione Lombardia, con Delibera di Giunta 3449 del 7.11.2006, istituisce i Collegi di accertamento per l'individuazione dell'alunno disabile. Tali collegi sono costituiti da: un neuropsichiatra infantile, uno psicologo ed un assistente sociale, ed hanno il compito di accertare il grado di disabilità del minore. L'accertamento si basa prevalentemente sulla raccolta di certificazione, quasi esclusivamente medica, poiché, a giudizio degli stessi colleghi componenti dei collegi, la normativa prevede solo la certificazione medica.

Dopo i primi rilevamenti degli accertamenti rilasciati in un semestre, a partire da un'Azienda Sanitaria Provinciale, si sono verificate le seguenti tipologie di disabilità:

- Psicica 76,09 % , - Plurima 22,17 % , - Sensoriale 0,87 % , - Fisica 0,87 %.

Sulla base di tali accertamenti, che informalmente registravamo che erano simili ai dati che si stavano rilevando in tutta la Regione Lombardia, ci siamo chiesti ed abbiamo domandato anche ai Funzionari Regionali, come era possibile che di fronte al 76 % di disabili psichici, ed in presenza della l. 56/89 e conseguentemente alla Sentenza Platè (Che ha confermato che la psicodiagnosi la può fare solo lo psicologo abilitato), lo psicologo non era considerato necessario per effettuare la certificazione dell'Alunno con handicap psichico.

Sulla base di tali premesse, e di una buona disponibilità all'ascolto, trovata anche in alcuni Funzionari Regionali, abbiamo iniziato un percorso di confronto e di collaborazione, che nell'arco di pochi mesi, ci ha portato a **concordare** le **"Linee operative per il processo di individuazione e accompagnamento dell' alunno con handicap ai fini dell'integrazione scolastica"**. Tali **Linee Operative, prevedono** dei passaggi molto significativi per la nostra professionalità, in particolare alle pp. 3, 4, 9, 11 e 23, di cui si riportano gli estratti seguenti:

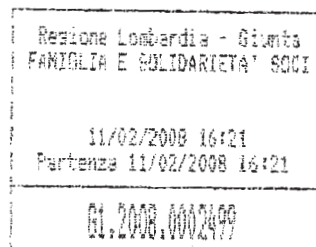
- **detta certificazione deve essere redatta da un medico di struttura pubblica specialista nella branca di pertinenza della patologia rilevata. In caso di patologia psichica la certificazione può essere redatta dallo psicologo di strutture pubbliche per l'infanzia e l'adolescenza;**
- **relazione clinica funzionale sintetica, contenente i dati richiesti nel modello di domanda, che deve essere rilasciata da medico specialista nella branca di pertinenza della patologia rilevata o da psicologo di strutture pubbliche;**
- **N.B. La relazione clinica è obbligatoria e deve essere redatta da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata o da uno psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica.**

Le linee Operative citate, sono già state inviate a tutte le Aziende Sanitarie Regionali, nel mese di febbraio '08, e dipende da noi ora vigilare perché siano applicate.



Regione Lombardia

Giunta Regionale
Direzione Generale Famiglia e
Solidarietà Sociale



Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sociali
delle Aziende Sanitarie Locali

Ai Direttori Generali
Ai responsabili delle UONPIA
delle Aziende Ospedaliere

Alle Strutture di Riabilitazione

LORO SEDI

Al Direttore Generale
Fondazione IRCCS
Istituto Neurologico 'C.Besta'
Via Celoria, 11
20123 MILANO

Al Direttore Generale
Fondazione IRCCS
'Don C. Gnocchi Onlus'
Via Capecelatro, 66
20148 MILANO

Al Direttore Generale
IRCCS 'Istituto Scientifico Medea'
Via Don L. Monza, 20
22040 BOSISIO PARINI

e p.c. Al Direttore
Ufficio Scolastico Regionale
Piazza Diaz
MILANO

Oggetto: linee operative per il processo di individuazione e accompagnamento dell' alunno con handicap ai fini dell'integrazione scolastica (DPCM 23 febbraio 2006, n. 185, DGR del 7 novembre 2006, n. 3449 e Circolare dell' 11 dicembre 2006, n. 28).

L'attività di accertamento collegiale dell'alunno disabile, determinata con le norme in oggetto indicate, ha rappresentato per la nostra Regione un'occasione per l'avvio di un lavoro complesso e delicato di rivisitazione ed aggiornamento delle procedure in atto sul territorio regionale. Tale lavoro è finalizzato alla promozione dell'autonomia dei bambini con disabilità anche attraverso la loro integrazione scolastica.

A tale riguardo è stato costituito un Gruppo di lavoro interistituzionale e interdirezionale che ha operato per determinare le modalità di accertamento dell'alunno disabile e di monitoraggio delle attività svolte dai Collegi istituiti dalle ASL. Il Gruppo di lavoro ha inoltre elaborato un modello di diagnosi funzionale, strumento indispensabile per la realizzazione della seconda fase del processo di integrazione scolastica.

Tale modello è stato approvato dalla regione con DDG 16286 del 21.12.2007, sarà utilizzato dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate in via sperimentale a partire dalle diagnosi funzionali finalizzate all'integrazione scolastica dell'anno scolastico 2008/2009.

Con le Linee operative allegate alla presente si intende fornire, agli operatori istituzionalmente coinvolti nel percorso di integrazione scolastica dell'alunno disabile attraverso l'accertamento e la stesura della diagnosi funzionale, uno strumento di lettura composto sia da atti e comunicazioni già emanati dalla Regione che da elementi emersi da riflessioni comuni.

La Regione intende proseguire il processo avviato al fine di approfondire altri aspetti e definire ulteriori strumenti finalizzati alla integrazione scolastica dei bambini con disabilità più pertinenti l'area educativa (Profilo Dinamico Funzionale, Progetto Educativo Individualizzato).

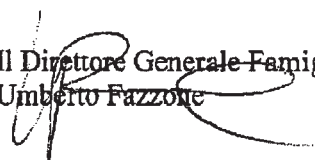
Si sottolinea nuovamente come la collaborazione tra gli Enti e le famiglie sia condizione indispensabile per il buon esito del complesso sistema avviato.

Si ringrazia per preziosa collaborazione e si inviano distinti saluti.

Il Direttore Generale Sanità
Carlo Lucchina



Il Direttore Generale Famiglia e Solidarietà Sociale
Umberto Fazzone



Linee operative per il processo di individuazione e accompagnamento dell' alunno con handicap ai fini dell'integrazione scolastica

Le fasi del processo

L'accertamento collegiale

L'accertamento della situazione di alunno disabile può essere effettuato solo per gli alunni che abbiano già eseguito un inquadramento diagnostico e funzionale dal quale sia emersa la presenza di una situazione di disabilità associata alla necessità di garantire supporti all'integrazione scolastica.

Particolare attenzione andrà posta per i bambini che stanno frequentando la scuola e per i quali in corso d'anno scolastico siano emersi problemi. In tal caso la scuola si premurerà di suggerire ai genitori la necessità dell'inquadramento diagnostico presso i servizi specialistici, indicando un invio entro novembre-dicembre dell'anno in corso. Solo in tal caso sarà infatti possibile rispettare una tempistica che consenta una richiesta di supporto scolastico per l'anno successivo.

L'accertamento è' effettuato dal collegio istituito presso le Aziende Sanitarie Locali e collocato funzionalmente all'interno del Dipartimento ASSI.

E' opportuno segnalare che il percorso di integrazione scolastica della persona con disabilità non si esaurisce con l'accertamento che invece costituisce il primo passo a garanzia del diritto allo studio delle persone disabili.

Il Collegio ha infatti la funzione di **accertare la disabilità** ed il conseguente **diritto soggettivo** ad usufruire di supporti per l'integrazione scolastica.

Sarà poi il servizio che ha in carico il ragazzo, in base al risultato dell'accertamento, a indicare/concordare con famiglia e scuola la tipologia dei supporti più opportuni, farsi garante dei successivi adempimenti e fornire la consulenza alla scuola.

Il collegio è composto da

- o 1 neuropsichiatra infantile appartenente alle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza delle Aziende Ospedaliere
- o 1 psicologo della Azienda Sanitaria Locale
- o 1 assistente sociale della Azienda Sanitaria Locale

Domanda di accertamento

Per la domanda si deve utilizzare il modello allegato e si precisa che la stessa: deve essere presentata dal genitore/tutore, di norma, al collegio della ASL di residenza.;

- deve essere corredata da:
 - certificazione con definizione della patologia, classificata con l' ICD-10 multiassiale o in subordine l'ICD9-CM, nonché con indicazione se trattasi di patologia stabilizzata o progressiva
 - detta certificazione deve essere redatta da un medico di struttura pubblica specialista nella branca di pertinenza della patologia rilevata. In caso di patologia psichica la certificazione può essere redatta dallo psicologo di strutture pubbliche per l'infanzia e l'adolescenza;

- relazione clinica funzionale sintetica, contenente i dati richiesti nel modello di domanda, che deve essere rilasciata da medico specialista nella branca di pertinenza della patologia rilevata o da psicologo di strutture pubbliche;

Nella redazione della certificazione e della relazione sintetica funzionale, le strutture pubbliche possono anche avvalersi di documentazione specialistica prodotta dall'utente.

Il richiedente l'accertamento può inoltre presentare altra documentazione ritenuta utile ad un maggior approfondimento (verbale L. 104/92, test, esami diagnostici ecc.)

Si ricorda che la presenza di una diagnosi codificata in ICD10 o in subordine in ICD9CM è elemento necessario, ma non sufficiente per il riconoscimento della disabilità ai fini dell'integrazione scolastica. E' indispensabile la contemporanea presenza di un quadro funzionale che evidenzii lo 'stato' di persona disabile secondo quanto indicato dall'articolo 3 della L.104 (vedi nota 1).

Nel caso dei codici Z dell'ICD10, per poter accedere al Collegio è inoltre indispensabile la contemporanea presenza di un'altra diagnosi.

TEMPISTICA per DOMANDE di accertamento

per bambini di prima iscrizione (al nido, alla materna o alla scuola primaria) e in genere già noti e in carico ai servizi specialistici:

di norma **entro il 31 dicembre dell'anno precedente all'inizio della frequenza scolastica.**

per bambini che stanno frequentando (vedi pag. 3 al capoverso ' Accertamento collegiale')
entro aprile-maggio

Accertamento

L'accertamento:

- è sempre reso in forma collegiale;
- produce un verbale che deve essere sottoscritto da tutti i componenti del collegio, secondo il modello approvato con DGR 3449/2006, (allegato) e consegnato contestualmente al richiedente al termine della valutazione collegiale. Tale verbale ha validità dalla data dell'accertamento;
- ha valenza medico-legale;
- è rivolto, a partire dall'anno scolastico 2007/2008, ai bambini disabili di nuova individuazione, secondo la definizione dell'art.3 della L.104/92 che si iscriveranno a scuole statali o paritarie;
- non può essere sostituito dal verbale di riconoscimento dell'invalidità civile e dell'handicap.
- presume, analogamente a quanto avviene per l'invalidità civile, la valutazione della

1)NOTA 'è persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione...' e "...qualora la minorazione abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale la situazione assume connotazione di gravità')

- documentazione prodotta dal genitore, la presenza del minore da valutare e del genitore/tutore. In presenza di particolari situazioni, e nell'esclusivo interesse del minore, l'accertamento potrà essere integrato da visita diretta, anche domiciliare, del collegio;
- svolge una funzione "pubblica" pertanto i componenti del collegio non possono avere con l'Azienda di provenienza un rapporto di lavoro "libero professionale" o "a progetto".

Il numero dei collegi è determinato dalle singole ASL, secondo valutazioni demografiche e territoriali, nell'ottica di agevolare il cittadino e snellire il lavoro.

Il collegio di accertamento:

- è costituito con atto formale e deve prevedere, per tutte le figure professionali componenti un titolare e un supplente nominati formalmente;
- può avvalersi, nell'interesse del minore, della consulenza di altre figure professionali (esempio assistenti sociali di enti locali, medici specialisti di altre discipline ecc) senza diritto di voto;
- è affiancato da personale amministrativo (ricevimento domande, convocazioni, calendario visite, comunicazioni ecc.) individuato nell'ambito della rete organizzativa dell'ASL già esistente;

ha titolarità per l'accertamento dei residenti nel territorio ASL. In caso di minori sottoposti a tutela della magistratura minorile (es. minori stranieri non accompagnati o in affidamento eterofamiliare) è competente l'ASL di residenza del tutore. Per trasferimenti di residenza da altre ASL del territorio regionale, ovvero da altre regioni, sono comunque ritenuti validi gli accertamenti già effettuati. In caso di ospiti/ricoverati in strutture ubicate extra territorio di residenza può essere attivata la procedura di "visita domiciliare/visita su delega" analogamente a quanto previsto dalla normativa della invalidità civile;

- i componenti dei collegi effettuano l'accertamento nell'ambito delle proprie attività di istituto, pertanto non è previsto gettone di presenza;
- il Collegio in base alla situazione funzionale del ragazzo indica i tempi di validità dell'accertamento (possono essere più brevi o più lunghi del singolo ciclo scolastico oppure essere validi fino al termine dell'obbligo scolastico). In caso di variazione delle condizioni funzionali o di altri giustificati motivi, la famiglia può comunque richiedere un nuovo accertamento;

TEMPISTICA per la visita di ACCERTAMENTO

Entro 60gg dalla domanda (completa della documentazione richiesta) e comunque in tempo utile per la formazione delle classi, come stabilito dalla DGR 3449 e dal DPCM 185/2006.

Organismo di riesame

Per dirimere eventuali contenziosi ed evitare ricorsi avanti alla magistratura ordinaria, si dà indicazione alle ASL di nominare un Organismo di riesame composto dalle medesime professionalità previste per il collegio con professionisti differenti dai componenti dei collegi istituiti sul proprio territorio.

Il genitore/tutore dovrà essere messo a conoscenza dell'esistenza di tale organismo con una informativa da consegnare contestualmente al verbale di accertamento.

La domanda è formulata secondo il modello allegato.

TEMPISTICA

per il ricorso: entro 30 gg dalla data di consegna del verbale

per la visita di accertamento dell'Organismo del riesame: entro 60gg dalla domanda (completa della documentazione richiesta)

Diagnosi funzionale

La diagnosi funzionale è il secondo importante elemento del processo di integrazione scolastica del bambino disabile .

Per la redazione della diagnosi funzionale è stato predisposto e approvato uno specifico modello, allegato, che le strutture pubbliche e private accreditate sono invitate ad adottare in via sperimentale per un anno a partire dalle diagnosi funzionali finalizzate all'integrazione scolastica per l'anno scolastico 2008/2009.

- è un atto di natura socio sanitaria;
- è redatta, come stabilito dal DPR 24 febbraio 1994, dall'equipe multidisciplinare di struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che ha il carico il minore;
- è consegnata alla famiglia che provvederà a consegnarla all'Istituto scolastico frequentato scuola. secondo i tempi indicati dal DPCM 185/2006 e comunque in tempo utile per consentire alla scuola la determinazione dell'organico necessario alla integrazione dell'alunno disabile;
- descrive la situazione clinico-funzionale del minore al momento dell'accertamento ed evidenzia i deficit e le potenzialità sul piano cognitivo, affettivo-relazionale, sensoriale...);
- include le informazioni essenziali utili per individuare con i diversi attori coinvolti i supporti più opportuni e consentire alla scuola e all'ente locale l'attribuzione delle necessarie risorse;
- è aggiornata al passaggio di ciclo scolastico ovvero in qualsiasi altro momento vi siano cambiamenti significativi del quadro con conseguente necessità di modifiche alle forme di 'sostegno'.

Si fa presente a tale proposito che per venire incontro alle esigenze dei bambini e delle loro famiglie la Giunta regionale ha introdotto per le strutture pubbliche e private accreditate per la riabilitazione la tariffazione delle sedute diagnostiche a decorrere dal 2008.

TEMPISTICA per la stesura della DIAGNOSI FUNZIONALE

per bambini di prima iscrizione (al nido, alla materna o alla scuola primaria)

entro la scadenza delle iscrizioni (in genere gennaio)

per bambini che stanno frequentando (vedi pag.3 al capoverso 'Accertamento collegiale')

entro aprile maggio

aggiornamenti: al passaggio di ciclo e/o in presenza di significativi cambiamenti del quadro

Coordinamento del processo

L'obiettivo della integrazione scolastica dei disabili si raggiunge attraverso il coinvolgimento dei molti e differenti attori, come peraltro sottolineato anche dal DPCM 185/2006.

Per governare e presidiare il processo nelle differenti articolazioni e livelli (amministrativo-procedurale, sui singoli casi, ...) è fondamentale la funzione di coordinamento.

In attesa di una articolata e condivisa elaborazione a livello regionale, si dà indicazione di continuare ad avvalersi degli organismi già attivi (GLIP, ACCORDI, TAVOLI vari...) avendo cura di coinvolgere tutti gli attori coinvolti nel processo comprese le Associazioni delle Famiglie.

Allegati

Modello di domanda di accertamento

Modello di domanda di accesso all'organismo del riesame

Modello di verbale

DDG 16286 del 21.12.2007 (approvazione del modello di diagnosi funzionale) completo di modello.

Flow chart

- Scuola Secondaria di I grado – alla classe.....
- Scuola Secondaria di II grado – alla classe.....

ALLEGA

- Certificato medico che riporta:**
 - la diagnosi clinica codificata preferibilmente secondo l'ICD 10 multiassiale o in subordine secondo l'ICD 9 CM;
 - la indicazione se trattasi di patologia stabilizzata o progressiva.

N.B. Il certificato medico è obbligatorio e deve essere rilasciato da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata e che opera in una struttura pubblica o da medico specialista di IRCCS accreditato per attività di neuropsichiatria infantile. In caso di patologia psichica la certificazione può essere redatta dallo psicologo di struttura pubblica dell'infanzia e dell'adolescenza;

- Relazione clinica che evidenzia:**
 - lo stato di gravità della disabilità;
 - il quadro funzionale sintetico del minore con indicazione dei test utilizzati (eventualmente allegando copia dei test stessi) e dei risultati ottenuti, che descriva le maggiori problematiche nelle aree:
 - ✓ cognitiva e neuropsicologica;
 - ✓ sensoriale;
 - ✓ motorio-prassica;
 - ✓ affettivo-relazionale e comportamentale;
 - ✓ comunicativa e linguistica;
 - ✓ delle autonomie personale e sociali.

N.B. La relazione clinica è obbligatoria e deve essere redatta da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata o da uno psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica.

- Altra documentazione:**
 - ✓ Copia del verbale di invalidità e certificato di gravità ai sensi L. 104/92 (se in possesso);
 - ✓ Altri test (specificare).

.....
.....
.....
.....

Data

Firma

Ai sensi del D. Lgs.196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si comunica che i dati vengono gestiti, per via informatica e cartacea, dal personale incaricato ASL e dal Collegio di Accertamento.

- Scuola Primaria – alla classe.....
- Scuola Secondaria di I grado – alla classe.....
- Scuola Secondaria di II grado – alla classe.....

ALLEGA

- Certificato medico che riporta:**
 - la diagnosi clinica codificata preferibilmente secondo l'ICD 10 multiassiale o in subordine secondo l'ICD 9 CM;
 - la indicazione se trattasi di patologia stabilizzata o progressiva.

N.B. Il certificato medico è obbligatorio e deve essere rilasciato da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata e che opera in una struttura pubblica o da medico specialista di IRCCS accreditato per attività di neuropsichiatria infantile. In caso di patologia psichica la certificazione può essere redatta dallo psicologo di struttura pubblica dell'infanzia e dell'adolescenza;

- Relazione clinica che evidenzia:**
 - lo stato di gravità della disabilità;
 - il quadro funzionale sintetico del minore con indicazione dei test utilizzati (eventualmente allegando copia dei test stessi) e dei risultati ottenuti, che descriva le maggiori problematiche nelle aree:
 - ✓ cognitiva e neuropsicologica;
 - ✓ sensoriale;
 - ✓ motorio-prassica;
 - ✓ affettivo-relazionale e comportamentale;
 - ✓ comunicativa e linguistica;
 - ✓ delle autonomie personale e sociali.

N.B. La relazione clinica è obbligatoria e deve essere redatta da un medico specialista nella branca di pertinenza della patologia segnalata o da uno psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza di struttura pubblica.

- Altra documentazione:**
 - ✓ Copia del verbale di invalidità e certificato di gravità ai sensi L. 104/92 (se in possesso);
 - ✓ Copia del Verbale di Accertamento del Collegio di.....;
 - ✓ Altri test (specificare).

.....

Data

Firma

Ai sensi del D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si comunica che i dati vengono gestiti, per via informatica e cartacea, dal personale incaricato ASL e dal Collegio di Accertamento.

- Scuola dell'infanzia
- Primaria – alla classe
- Secondaria di I grado – alla classe
- Secondaria di II grado – alla classe

Il Collegio, riunito in data....., esaminata e valutata la documentazione prodotta,

ACCERTA

che l'alunno/a:

Cognome..... Nome.....

ai fini dell'integrazione scolastica, risulta:

- NON ESSERE PERSONA IN STATO DI HANDICAP**
- PERSONA IN STATO DI HANDICAP (L. 104/92, art. 3 c.1)**
- PERSONA IN STATO DI HANDICAP GRAVE (L. 104/92, art. 3 c.3)**

Che la patologia.....
.....
.....**é:**

- fisica**
- psichica**

Le certificazioni psicologiche nelle aziende sanitarie.

Confini normativi e procedure operative

Dr. Paolo Bozzaro

Psicologo Dirigente ASL 3 Catania
Segretario Regionale AUPI Sicilia

Premessa

Sempre più spesso vengono richieste allo psicologo che lavora nella Pubblica Amministrazione interventi finalizzati ad attestare invalidità, handicap, idoneità al lavoro, alla guida di autoveicoli, al porto d'armi, a svolgere determinate mansioni, ad assumere responsabilità genitoriali (adozioni, affidi, affidamenti...) oppure ad integrare dal punto di vista psicologico perizie giudiziarie sia in campo civilistico che penale.

Questo ventaglio di consulenze psicologiche, orientate al rilascio di un'attestazione, se da una parte rappresenta un segno visibile del maggior riconoscimento 'pubblico' della professione dello psicologo, dall'altra pone precisi problemi di natura metodologica e procedurale, dal momento che altre figure professionali invocano ed esercitano competenze affini nel vasto e complesso campo dello 'psichico'.

Alla diversità dei problemi sorti in vari settori (in ambito giudiziario come in quello sanitario) – in relazione alla committenza, ai destinatari, ai metodi, agli strumenti, alla documentazione... - non ha fatto riscontro in questi anni una ricerca di prassi comuni, concordate all'interno della comunità professionale. Per quanto riguarda le certificazioni di invalidità, ad esempio, in alcune aziende l'intervento diagnostico dello psicologo è subordinato alla richiesta dello psichiatra, che ingloba poi la diagnosi psicologica all'interno della propria certificazione; in altre aziende psicologo e psichiatra emettono un unico 'certificato' a doppia firma; in altre ancora psicologo e psichiatra compilano due certificati separati (con valutazioni anche differenziate), sottoposti naturalmente al pagamento di un doppio ticket. Analoga situazione si registra in tema di porto d'armi, per il quale può anche essere richiesto – oltre al certificato dello psichiatra e dello psicologo – anche l'esame tossicologico da parte del SerT.

L'interesse ad una migliore formalizzazione degli atti professionali dello psicologo sotto il profilo giuridico dovrebbe rappresentare un obiettivo da inseguire con più determinazione anche da parte degli Organismi rappresentativi della categoria. La concreta ed efficace tutela della professione, infatti, si realizza anche definendo e regolando gli atti specifici con i quali la professione dello psicologo si articola nei vari contesti. L'identificazione della committenza, l'individuazione delle procedure, la scelta degli strumenti, la definizione del setting, la natura del contratto, le caratteristiche del consenso informato, il rapporto fra autonomia professionale e compiti di istituto... sono tutti aspetti operativi che dovrebbero trovare una formalizzazione chiara, unitaria e condivisa.

'La certificazione' degli atti professionali, oltre che un atto esplicitamente richiesto da varie normative, rappresenta un importante indicatore di riconoscibilità e di rilevanza sociale. Attraverso essa si permette allo psicologo di:

- poter documentare la propria attività
- distinguere meglio l'area delle proprie competenze rispetto a quella di professioni affini
- assumersi in prima persona la responsabilità professionale e legale dei propri atti
- avere riconosciuta una 'potestà di certificazione' con le conseguenze che ne derivano sul piano personale, professionale e pubblico.

Le certificazioni sanitario-legali delle A.S.L. e il ruolo dello psicologo

Con la istituzione del S.S.N (L. 833/78) si è verificata anzitutto una unificazione delle attività medico-legali (svolte prima da ospedali, province e comuni con prassi e ottiche diverse), cui è seguito un progressivo allargamento delle competenze sino a delineare la costituzione di un servizio di Medicina Legale e Fiscale in ogni ASL. Recentemente la medicina legale si è dovuta confrontare con tematiche nuove provenienti dal mondo della bioetica, dallo sviluppo dei sistemi di pubblica tutela e difesa della privacy, dalla richiesta di una maggiore trasparenza nell'assistenza.¹

Tradizionalmente le attività medico-legali venivano raggruppate in due liste:

a. Attività medico-legali di I livello:

- a. Visite di controllo e altri accertamenti connessi all'idoneità di lavoro
- b. Consulenze medico-legali per la USL
- c. Accertamento degli stati di invalidità
- d. Riconoscimento di specifiche idoneità
- e. Altre certificazioni
- f. Attività richieste dall'Autorità Giudiziaria
- g. Medicina necroscopica

b. Attività medico-legali di II livello

- a. Attività autoptica giudiziaria
- b. Attività specialistiche (tossicologia, ematologia, balistica forense...)
- c. Attività di psicologia forense e criminologia

A livello organizzativo le singole Regioni hanno collocato in modo diverso le tradizionali attività medico-legali, che possono essere comunque riportate – in accordo con le Linee Guida approvate nel 2001 dal Consiglio Superiore di Sanità per la prevenzione sanitaria e per l'organizzazione del Dipartimento della Prevenzione (Tabella 8) – alla seguente tipologia:

- A1 – Consulenza medico-legale
- A2 – Certificazioni medico-legali
- A3 – Commissioni sanitarie
- A4 – Medicina necroscopica

Alla luce delle attuali normative l'intervento dello psicologo è richiesto in alcune di queste attività medico-legali. Le modalità di richiesta e di restituzione, i confini di competenza, gli strumenti da utilizzare, la natura del 'prodotto' - diagnosi, certificazione, attestazione, relazione... - a volte sono ben individuati, altre volte assolutamente vaghi.

¹ "La disciplina medico-legale nel SSN è uscita, pertanto, negli anni '90 fuori da una posizione residuale imponendosi in molte Regioni come disciplina autonoma dall'igiene pubblica, trovandosi a compiere passi culturali nuovi in un quadro assistenziale in cambiamento... La medicina legale si è quindi definitivamente evoluta da 'res medica sub specie juris' in 'disciplina medica applicata al diritto finalizzata, sia a garantire prestazioni e accertamenti medico-legali in seno al SSN, sia a collegare qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dalle ASL, in ambito ospedaliero e territoriale, in una moderna visione del rapporto cittadino-istituzioni che ponga la persona umana al centro del SSN" (M.MARTELLONI, *Medicina Legale e Servizio Sanitario Nazionale*, in AA.VV., *Guida all'esercizio professionale per i medici-chirurghi e gli Odontoiatri*, C.G.Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2006, pp. 402-430).

1) Certificazioni di idoneità al lavoro



Rientrano in questo titolo gli *accertamenti in caso di assenza dal lavoro* per malattia propria o di un familiare o delle lavoratrici durante la gravidanza. Le visite di controllo vengono effettuate dal medico con modalità diverse se trattasi di dipendenti pubblici o privati (cfr. *D.M. 8 gennaio 1985*). Anche se causa di assenza dal lavoro è una malattia psichica o un disturbo nel quale le implicazioni psicologiche sono rilevanti, la certificazione dello *'stato di malattia'* è esclusiva competenza del medico. Nessuna norma prevede attualmente che uno psicologo o uno psicoterapeuta (che di fatto fa diagnosi e si prende 'cura' delle persone con disturbi della sfera psichica) possa effettuare tale certificazione o visite di controllo.

Rientrano in questo campo anche le *verifiche di idoneità al lavoro*. E' questo un compito previsto da specifiche disposizioni di legge per alcune categorie (ad es. minori) e dall'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori (*Lg. 300/1970*), che assegna al datore di lavoro la facoltà di far controllare l'idoneità psico-fisica del lavoratore da parte di enti pubblici (*Lg. 11 novembre 1983*). Tale valutazione può avvenire al momento dell'assunzione (*DPR 10 gennaio 1957*) e in sede di verifica successiva ed è svolta normalmente dal servizio di Medicina del lavoro. Tale servizio ha ereditato le attività degli ex-ENPI all'interno dei quali era spesso presente in pianta stabile anche lo psicologo, che esprimeva regolarmente la propria attività di consulenza e di valutazione (cfr. *per quanto riguarda la Sicilia l'art. 42, c. 2 della L.R. n. 30/93*).

Il Servizio di Medicina del lavoro interviene per stabilire, come nel caso previsto dall'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori, la ricorrenza o meno di *inidoneità al lavoro*.

In tale ambito può essere richiesto allo psicologo della ASL, in concorrenza di fattori psicologici, un approfondimento diagnostico che miri ad evidenziare non l'attitudine specifica a svolgere un determinato lavoro (non è questo l'obiettivo della richiesta), bensì la presenza o meno di controindicazioni di natura psicologica a svolgere mansioni per le quali il soggetto è stato assunto.

2) Accertamento degli stati di invalidità

Con la *L. 15 ottobre 1990, n. 295* l'accertamento degli stati di invalidità è stato assegnato alle UU.SS.LL., che costituiscono all'uopo specifiche Commissioni, il cui presidente deve essere un medico legale specialista o convenzionato.

L'attività di controllo sulle Commissioni delle ASL è svolta dalle Commissioni periferiche del Ministero del Tesoro e, in caso di ricorso, dalle Commissioni centrali.



Nell'accertamento degli stati di invalidità oggetto di valutazione è:

- la permanente riduzione della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo (*art. 1, L.118/71*) per i soggetti di età compresa tra i 18 e i 65 anni;
- le difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (*art. 2, L. 118/71; art. 6 Dlg. 509/*) per i soggetti sotto i 18 anni e sopra i 65.

Il Ministero del Tesoro ha emanato le norme di coordinamento e le relative disposizioni (*Decreto del 5 agosto 1991, n. 387*), insieme ad una scheda di valutazione percentuale, alla quale si è aggiunta nel 1992 una nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità (*Decreto Min. San. 5 febbraio 1992*), ritoccata ulteriormente qualche anno fa.

Prassi comune e consolidata delle Commissioni è quella di richiedere, a sostegno ma anche a verifica delle dichiarazioni del richiedente, accertamenti diagnostici specialistici e strumentali, relativi agli stati patologici invalidanti, da eseguire presso pubbliche strutture.

Fra questi rientrano anche quelli relativi all' *'apparato psichico'*.

Dell'apparato psichico si occupano a diverso titolo: neurologo, psichiatra, psicologo. Le normative non indicano espressamente lo specialista cui inviare per gli approfondimenti né le procedure da seguire. L'invio pertanto può essere per tutti e 3. Nelle note esplicative del Ministero (*Suppl. Ord. G.U. del 26.2.1992*) vengono tuttavia precisati i criteri diagnostici da seguire per la valutazione della patologia invalidante, della quale occorre indicare il livello di gravità (lieve, medio, grave). Viene anche detto che la valutazione deve essere effettuata mediante esami neuroradiologici e/o neurofisiopatologici e/o neuro-psicologici.

Nel paragrafo relativo ai *disturbi dell'apparato psichico*, al di là dei diversi modelli nosografici, vengono indicati i seguenti:

- disturbo del linguaggio
- disturbo dell'analisi visivo-spaziale
- deficit di memoria
- disturbi del comportamento
- deficit delle funzioni intellettive
- deficit della funzione psichica

3) Indennità di accompagnamento

Tale indennità è riconosciuta ai non vedenti assoluti e ai *"cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua"* (art. 2, c. B, L. 21 novembre 1988, n. 508).

La stessa Legge afferma che tale indennità non è incompatibile con lo svolgimento dell'attività lavorativa e che l'invalidità totale non ne è una condizione sempre necessaria.

Per favorire una esatta interpretazione della legge, il Ministero del Tesoro, con *Circ. n. 14 del 28 settembre 1992* ha dato delle indicazioni estremamente chiare e precise, che non sempre però vengono tenute presenti dalle Commissioni. Una di queste riguarda il concetto di 'potenzialità lavorativa', che va indicata solo nei casi in cui si deve applicare la nuova tabella delle percentuali di invalidità. Un'altra riguarda le eventuali infermità non presenti in tabella, per le quali può essere usato il rapporto di 'analogia'.

Per *'atti quotidiani della vita'* si intendono *"quelle azioni elementari che espleta quotidianamente un soggetto normale di corrispondente età e che rendono il minorato che non è in grado di compierle, bisognevole di assistenza"*, azioni quali il nutrirsi, vestirsi, l'igiene personale, l'effettuazione di acquisti, la preparazione dei cibi, lo spostamento nell'ambiente domestico, l'orientamento spazio-temporale...



4) Accertamento dell'handicap



La Legge-quadro sull'assistenza ai soggetti portatori di handicap (L. 5 febbraio 1992, n. 104), dopo aver stabilito i principi generali e indicato i requisiti e i criteri per individuare i soggetti aventi diritto, ha attribuito alle ASL "gli accertamenti relativi alla minorazione, alla difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva residua".

Le ASL svolgono questo compito attraverso le Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, integrate "da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le USL" (art. 4).

Il coinvolgimento dello psicologo in questo settore è importante specie in presenza di handicap che compromettono lo sviluppo intellettuale, emotivo, comportamentale e relazionale, ostacolando l'integrazione sociale e l'inserimento lavorativo dei soggetti.

Nella Legge-quadro particolare importanza viene assegnata alla integrazione scolastica (cfr. artt. 12, 13, 14, 15, 16), per la realizzazione della quale si rimanda ad un apposito **Atto di indirizzo**.

A differenza di altri Paesi Europei (Germania, Belgio, Olanda...), che mantengono un doppio percorso scolastico per i soggetti normodati e per i 'diversi', l'Italia già con la 517/1977 ha scelto la strada dell'integrazione.

Nell'a.s. 2005/06 gli alunni in situazione di h. presenti nella scuola italiana sono stati **178.220**

Infanzia	Primaria	Secondaria I°	Secondaria II°	Totale
17.481	67.755	55.244	37.740	178.220

L'Atto di indirizzo per l'integrazione scolastica degli alunni con h. (DPR 24 febbraio 1994), nel definire i compiti delle UU.SS.LL. distingue il momento dell'**individuazione** dell'alunno portatore di handicap dai momenti successivi (**diagnosi funzionale, profilo dinamico funzionale, piano educativo individualizzato**), dei quali deve occuparsi una équipe specifica, l'Unità Multidisciplinare in collaborazione con docenti e familiari.

L'**individuazione** dell'alunno come portatore di handicap (sino allo scorso anno) è stata effettuata – in base all'art. 2 – dal medico specialista o dallo psicologo esperto in età evolutiva in servizio presso le USL o in regime di convenzione. Con il DPCM n. 185/2006 gli accertamenti devono essere collegiali e svolte seguendo determinate procedure.

Con il termine **individuazione** il Legislatore sembrerebbe aver voluto evitare l'uso del termine diagnosi, che invece riserava subito dopo al medico, al quale è assegnato il compito di redigere la 'diagnosi funzionale'. Se a stilare una diagnosi vera di handicap deve essere il medico dell'Unità Multidisciplinare (al quale però non vengono direttamente segnalati gli alunni) attraverso quali criteri ... il medico specialista o lo psicologo operano l'individuazione' del soggetto con handicap?

Cosa devono essi 'riferire' alle direzioni sanitarie e amministrative per i successivi adempimenti entro dieci giorni (questo imponeva la Legge) se non il risultato di una prima diagnosi?!

La nuova normativa prevede che sia un 'organo collegiale' a redigere, non oltre 30 g. dalla richiesta, il verbale di individuazione dell'alunno con h. dal quale si deduca il tipo di invalidità (stabilizzata o progressiva), la gravità, l'eventuale rivedibilità. . .

L'Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia (D.A. 7.2.2007), approvando la direttiva, attribuisce il compito alle Unità distrettuali di neuropsichiatria infantile. L'organo collegiale è composto dal neuropsichiatra infantile, dallo psicologo e dal medico specialista nella patologia segnalata; il codice di classificazione da usare è l'ICD10; viene proposto uno schema-tipo di verbale. E infine raccomanda che "laddove tali unità operative di NPI non dispongano di tutte le figure professionali previste le stesse dovranno essere opportunamente integrate".

L'accertamento di disabilità ai fini dell'integrazione scolastica prescinde dall'eventuale riconoscimento della condizione di disabilità ai sensi dell'art. 4 della legge 104/92 effettuato dalla Commissione medica e non è subordinata ad una sua ratifica.

Della *diagnosi funzionale* continua ad occuparsene l'Unità multidisciplinare, confluita di fatto nelle UU. OO. di N.PI. che la redige secondo quanto previsto dall'art. 3, c. 2 del DPR 24.2.1994, e la consegna ai genitori insieme al verbale di individuazione.

La redazione del *profilo dinamico funzionale* va definito entro il 30 luglio, data individuata dalla L. 333/01 per la definizione delle risorse strutturali e umane necessarie per l'a.s. successivo

'L'individuazione' di un soggetto h. è un atto pubblico, che comporta degli effetti sul piano istituzionale (=gli interventi successivi che scuola e USL devono mettere in atto) e sul piano legale. E' pertanto uno dei pochi atti formalmente chiari sui quali si fonda la potestà di certificazione degli psicologi.

5) Idoneità alla guida di autoveicoli, di motocicli e natanti

Per idoneità alla guida non si intende la piena integrità fisica e psichica, ma il possesso di quella quota parte minima di requisiti psicofisici che consenta di 'guidare con sicurezza'.

Gli studi, le ricerche, le statistiche in tema di sicurezza viaria hanno da tempo evidenziato come causa primaria degli incidenti stradali siano 'fattori relativi al guidatore': malori improvvisi in soggetti 'a rischio', abuso di alcool o di altre sostanze, guida spericolata, scarsa percezione del pericolo e del rischio. . .



Quasi tutte le nazioni europee hanno adottato una 'politica' più attenta approvando normative più rigide e severe per il riconoscimento dell'idoneità alla guida, con percorsi di educazione e formazione per chi inizia e percorsi di riabilitazione per chi ha provocato incidenti. ²

L'approvazione del Nuovo Codice della Strada (D.L. 30 aprile 1992, n. 285) aveva sollevato anche in Italia una certa sensibilizzazione. L'AUPI aveva investito molte risorse nella predisposizione di un programma di formazione a vasto raggio (rea-

² L'esperienza italiana più recente, quella della 'patente a punti', che avrebbe dovuto rappresentare un deterrente e insieme un sistema 'rieducativo' per i trasgressori più accaniti, si è di fatto arenata nelle secche della burocrazia. Dopo 4 anni di sperimentazione e un felice avvio (fino al 2005 il numero degli incidenti e dei morti erano diminuiti costantemente), il trend si è quasi fermato. La metà dei comuni italiani non ha comunicato al Ministero la decurtazione dei punti. I test con l'etilometro sono un evento abbastanza raro. Solo 1 automobilista su 5 ha subito una decurtazione e ha facilmente ottenuta la riparazione dei punti senza dover sostenere alcun esame. In totale solo 50 mila (su 35,3 milioni di automobilisti) hanno dovuto lasciare la macchina in garage per un certo periodo. In caso di processo penale, i punti non possono essere tolti fino alla sentenza e quando il processo si conclude, se intanto sono passati due anni senza infrazioni, non possono essere più tolti. (cfr. M.LILLO, *Il bluff della patente a punti*, in "L'Espresso", 21 giugno 2007 n° 24, pp. 36-41).

lizzando i primi eventi formativi in Italia sulla psicologia viaria) e molte energie a livello istituzionale nella speranza che il Legislatore adottasse sull'esempio della Spagna, dell'Austria e dell'Olanda l'obbligo della 'valutazione psicologica'.

La dizione dell'art. 119 (*Requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida*) inizialmente prevedeva tale obbligo, almeno per alcune categorie speciali, e il primo Regolamento di esecuzione e di attuazione (*DPR 16 dicembre 1992, n. 495*) indicava espressamente la necessità di constatazioni obiettive, indagini cliniche e di laboratorio, ivi compresa la valutazione attenta dei "tempi di reazione".

Tutto invece rientrò, compresa l'obbligatorietà della visita psicologica. Attualmente solo se il medico legale ritiene indispensabile un approfondimento psicodiagnostico, avviene l'invio allo psicologo (*DPR 19 aprile 1994, n. 575*).

Nel *D.M. 15 settembre 1995*, che ha rivisto i requisiti psicofisici per conseguire e mantenere in esercizio licenze e attestati aeronautici, i "requisiti psicologici" sono stati chiaramente distinti dai "requisiti psichiatrici". E' questo un testo importante perché esplicita con relativa chiarezza il concetto di 'valutazione psicologica': "La completa valutazione psicologica include un insieme di dati biografici, la valutazione dell'attitudine, tests della personalità e intervista psicologica. I seguenti aspetti devono essere indagati: a) biografia; b)attitudini operazionali; c) fattori personologici".

Analoghe raccomandazioni troviamo per il conseguimento e rinnovo delle patenti nautiche (*DPR 9 ottobre 1997, n. 431*).

Spiace che in un settore così delicato e importante, sul quale in occasione delle 'evitabili' stragi del sabato sera si versano fiumi di inchiostro, non si persegua un'azione concertata e coerente che includa sia la prevenzione sia la sanzione più severa. Che ben vengano le iniziative di educazione stradale (parecchie scuole la promuovono in vista del 'patentino'), ma insieme ad una attento e completo esame che accerti i requisiti psicofisici indispensabili per l'idoneità alla guida, a iniziare dai ciclomotori.

Con la *L. n. 168 del 17 agosto 2005* l'obbligo del conseguimento del certificato di idoneità alla guida di ciclomotori, previsto per i minorenni, è stato esteso anche per i maggiorenni non titolari di patente di guida, ma la procedura per l'accertamento dei requisiti psicofisici si esaurisce per tutti nel certificato rilasciato dal medico di medicina generale, che – in ragione della diretta e personale conoscenza delle condizioni di salute del proprio assistito – sicuramente ne conosce la storia clinica, ma non necessariamente l'assetto di personalità o gli stili attentivi o i comportamenti a rischio.

Nella prospettiva di una seria educazione stradale basata sulla prevenzione dei comportamenti a rischio la psicologia è in grado di offrire, oltre ad un solido contributo di conoscenze, degli strumenti diagnostici e delle metodologie individuali e di gruppo per favorire l'assunzione di atteggiamenti orientati alla responsabilità e alla sicurezza.³

6) Idoneità per il porto d'armi

Il rilascio della licenza al porto d'armi per uso sportivo o di difesa personale è subordinato alla esibizione di un certificato medico di idoneità (*L. 6 marzo 1987, n. 89*).⁴



³ Cfr. P. SARDI-L.LISA, *Lo psicologo del traffico. In Italia e in Europa*, ed. Carocci, Roma 2005.

⁴ A differenza di paesi come gli Stati Uniti, dove l'acquisto e il possesso di armi è ritenuto una espressione della libertà personale, in Italia vige una regolamentazione secondo la quale il porto d'armi per uso sportivo o per difesa personale è un diritto limitato e subordinato a specifica concessione dell'Autorità di Pubblica Sicurezza. La presenza tra l'altro di una storica diffusione delle armi in ambito criminale (dai tempi del brigantaggio alle associazioni mafiose) ha spinto il legislatore a ritenere prioritaria la salvaguardia dell'ordine pubblico e della sicurezza che non un presunto diritto soggettivo. (cfr. M. MARTELLONI-G.TERRANOVA-E.PIOLI-G.PUNTONI, *Idoneità all'uso e al possesso delle armi da fuoco: criteriologia medico-legale*, in "Professione", maggio 2007, n. 5, pp. 29-31).

I requisiti psicofisici minimi sono indicati nel *D.M. 28 aprile 1998*, che individua nel *medico certificatore* (degli Uffici medico-legali o dei distretti sanitari delle USL o delle strutture sanitarie militari e della Polizia di Stato) il responsabile di tutta la procedura.

Prima di emettere la certificazione di idoneità, ricevuto dal medico curante il certificato anamnestico, egli prescriverà tutti gli accertamenti specifici che riterrà necessari, da effettuarsi presso strutture sanitarie pubbliche.

Tra questi il Decreto al punto 5. prevede *'accertamenti che comprovino l'assenza di disturbi mentali, di personalità o comportamentali, dipendenza e assunzione anche occasionale di sostanze stupefacenti, abuso di alcool e/o psicofarmac'*.⁵

Il decreto non specifica nominalmente gli specialisti ai quali fare l'invio e anche in questi casi si sono registrate nella varie ASL procedure diverse.

Noi abbiamo ritenuto che la procedura più corretta sia quella del doppio invio separato allo psichiatra e allo psicologo, dai quali il medico certificatore riceverà attestazioni separate.

La prassi dell'invio allo psichiatra, che decide autonomamente di avvalersi o meno dell'azione dello psicologo, non ci sembra né scientificamente né legalmente sostenibile.

7) Altre certificazioni...

Il ventaglio delle certificazioni previste è ben più ampio di quelle esaminate. Ne indichiamo alcune a titolo esemplificativo, sottolineando come il contributo della psicologia e dello psicologo nella fattispecie (anche se non espressamente previsto) possa essere estremamente utile e puntuale, in quanto oggetto di indagine e di valutazione è l'assetto psichico e mentale dell'individuo in riferimento a specifici comportamenti.

- Idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica
- Certificato per adozione nazionale e internazionale
- Certificato di idoneità all'impiego di bambini in attività lavorativa di carattere culturale, artistico, sportivo o pubblicitario e nel settore dello spettacolo
- Certificati di proposta e di convalida della necessità di trattamento sanitario obbligatorio (TSO)
- ...

LA POTESTA' DI CERTIFICAZIONE DELLO PSICOLOGO

Lo psicologo ha, sul piano giuridico, la stessa potestà di certificazione del medico in quanto anch'egli è **pubblico ufficiale** (art. 357 C.P.) o **incaricato di pubblico servizio** (art.358 C.P.) se dipendente o a contratto determinato del SSN, o **persona esercente un servizio di pubblica necessità** (art. 359 C.P.) se agisce in attività libero-professionale.



⁵ Nel 2003, a seguito di alcuni tragici fatti di cronaca, il Ministero dell'Interno ha disposto mediante circolari (9 e 20 maggio) una revisione straordinaria delle licenze già rilasciate, sottolineando *"la necessità di assicurare sempre, al momento del rilascio di qualsiasi licenza di porto d'armi e per ogni nulla osta all'acquisto delle stesse, la scrupolosa verifica dei requisiti personali dei richiedenti e specificamente di quelli psico-fisici..."* in particolare *"l'assenza di alterazioni neurologiche, di disturbi mentali, della personalità o comportamentali o di situazioni di dipendenza da sostanze psicotrope, alcool, stupefacenti..."*.

Va precisato che – secondo le interpretazioni giurisprudenziali più accreditate – ciò che connota la figura di pubblico ufficiale non è tanto l'appartenenza ad un ente pubblico, ma il fatto che attraverso norme di diritto pubblico e atti autorizzativi la Pubblica Amministrazione esprime (ed impone) al pubblico ufficiale la propria volontà di perseguire l'interesse pubblico. La potestà di certificazione è la “*potestà di rilasciare attestazioni scritte relative a fatti di natura tecnica, obiettivamente rilevati nell'esercizio professionale, di cui l'atto è destinato a provare la verità*”. Il certificato pertanto “*è la testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può condurre all'affermazione di diritti soggettivi previsti dalla norma, ovvero determinare conseguenze a carico dell'individuo o della collettività aventi rilevanza giuridica*” (M. Barni).

L'attività di certificazione, in senso lato, è intrinseca all'attività di pubblico ufficiale, anche se in campo sanitario la natura degli atti (=oggetto e valore dei singoli certificati e attestati) è in genere stabilita da norme specifiche di riferimento, che puntualizzano gli ambiti dichiarativi, assegnano specifico valore al contenuto dei vari certificati, ne formalizzano aspetto e contenuto. Ne è derivata pertanto una varietà di atti (circa 70 le tipologie di certificazione sanitaria), alcuni obbligatori altri facoltativi, con finalità diverse e con diversi gradi di responsabilità penale e/o amministrativa per l'estensore.⁶

Lo psicologo possiede un ventaglio molto più ridotto di attività di certificazione, ma sul piano scientifico, legale, amministrativo essa ha lo stesso valore di quella prodotta dai medici. E' bene allora che lo psicologo ne conosca e ne curi con attenzione i requisiti formali e sostanziali, i limiti di applicabilità, i settori di competenza e che gli altri professionisti gli riconoscano tale potestà.

a) Procedure di invio e restituzione al Committente

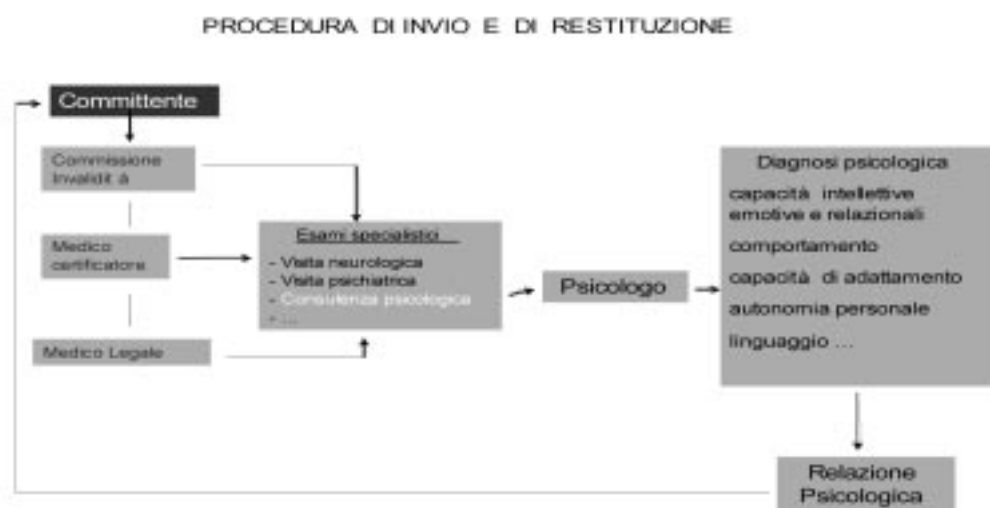
Le procedure seguite attualmente nelle ASL sono spesso difformi. L' uniformità va invece promossa a livello nazionale e regionale per ragioni di principio e di trasparenza.

Noi riteniamo che la procedura più coerente con il quadro normativo e legislativo attuale sia quella di ricevere direttamente dal committente (Commissione Invalidi, medico certificatore, medico legale, giudice...) la richiesta della diagnosi psicologica e di restituire ad esso la relazione finale, a pari titolo di professionalità e di responsabilità delle altre figure sanitarie.⁷

⁶ Cfr. S. DEL VECCHIO-G.GUALANDRI-S.PELOSÌ-A.L.SANTUNIONE, *Lineamenti di medicina legale per il Medico di medicina generale*, C. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2007

⁷ Richiesto di un parere, a seguito di un contenzioso sulle procedure di restituzione della certificazione psicologica emerso nel 2006 nella ASL 5 Messina, l'avv. Montalbano (legale dell'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia) così si esprime: “*Dal combinato disposto dell'art.1 della Legge 56/89 con l'art. 15, 3°c. del Dlvo 502/92 deriva che tutti gli strumenti conoscitivi e di intervento che riguardano la prevenzione, la diagnosi e le attività in ambito psicologico rientrano nell'autonomia tecnico professionale dei dirigenti psicologi e non possono essere esercitate da dirigenti medici se non violando le norme sopra indicate. Sulla base dei predetti dati normativi deriva: 1) L'attività certificatoria di tipo diagnostico, terapeutico e prognostico ai sensi della legge 56/89 appartiene alle competenze dello psicologo; 2) Le valutazioni psicodiagnostiche svolte per conto e su richiesta delle Commissioni mediche per l'accertamento dell'invalidità civile e della Medicina legale per i requisiti psicofisici minimi al rilascio di porto d'armi o patente etc... vanno sostenute di specifiche richieste indirizzate allo psicologo; 3) La valutazione psicodiagnostica va esitata in un consultivo documentale firmato dallo psicologo; 4) La valutazione predetta va trasmessa alle Commissioni mediche per gli invalidi civili o agli uffici di medicina legale che ne fanno richiesta. Quelli testè enunciati sono pareri su quesiti specifici che certamente non esauriscono tutte le possibili problematiche che possono nascere, in merito alle quali ritengo di potere esprimere il seguente avviso: l'attività certificatoria di tipo diagnostico, terapeutico e prognostico e le valutazioni psicodiagnostiche per quanto concerne la professione di psicologo, come definita dall'art. 1 della legge 56/89, appartengono per espressa statuizione legislativa generale e contrattuale al dirigente psicologo, a meno che non vi sia una espressa deroga legislativa specifica*”.

La certificazione psicologica è assimilabile da ogni punto di vista – compreso l'eventuale pagamento del ticket – alle altre certificazioni sanitarie. Le prassi che limitano o subordinano l'azione dello psicologo (specie nei servizi di psichiatria) alla discrezionalità o alla supervisione del medico, spesso giustificate da presunte necessità interne di tipo organizzativo (percorso standard di accoglienza per le prime visite, responsabilità del Direttore della struttura su tutti gli atti che escono dal Servizio, obbligatorietà della diagnosi medica...), rappresentano di fatto una interferenza con l'autonomia professionale ed è opportuno modificarle o armonizzarle nel rispetto dello statuto professionale e dirigenziale dello psicologo del S.S.N.



b) Osservazione psicodiagnostica

Il termine **diagnosi** (= dal greco “*riconoscimento*”) è un termine presente nella tradizione medica fin dai tempi di Ippocrate, che caratterizza l'atto di individuazione, lettura e interpretazione di determinati ‘segni’ come correlati a determinate malattie o disturbi ...

Che questo ‘atto’ sia legittimamente entrato a far parte della pratica psicologica non stupisce. Una vasta letteratura scientifica documenta e descrive modelli, paradigmi, metodi e strumenti di natura ‘psicodiagnostica’, utilizzati nell’ambito professionale con finalità di ricerca, di conoscenza, ma anche di intervento “*per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità...*” (Lg.18 febbraio 1989, n. 56 - Art. 1).

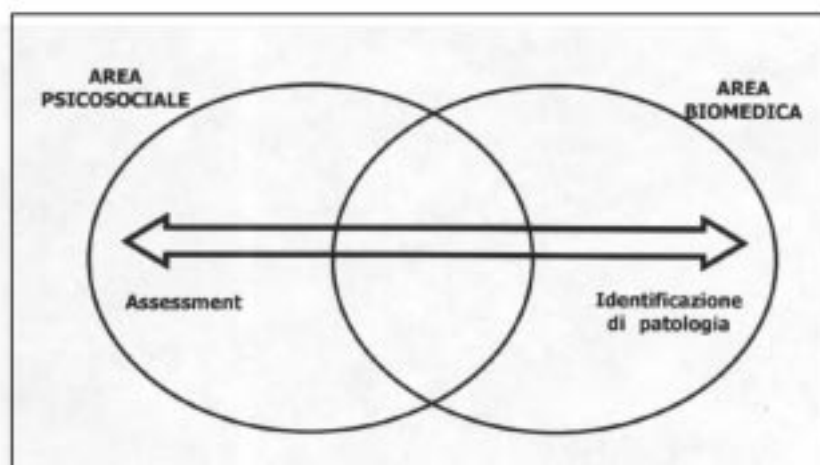
L’ambito clinico, che per certi versi rimane l’ambito elettivo nel quale si sono sperimentate e diffuse le principali pratiche psicodiagnostiche, è stato attraversato negli ultimi anni da rinnovate attenzioni, finalizzate tra l’altro a rendere più fruibili le diagnosi cliniche anche al di fuori dell’ambito della cura. Lo sviluppo e la diffusione di sistemi internazionali di classificazione diagnostica (DSM, ICD...), sempre più condivisi dalle varie comunità scientifiche, sono serviti anche a tale fine.

Non hanno certamente risolto i problemi di natura epistemologica e metodologica connessi all’azione di diagnosi; anzi, per alcuni aspetti, hanno fatto emergere maggiormente le antinomie e le discrasie presenti in ogni processo diagnostico. Resta

aperto e problematico, ad esempio, il rapporto fra validità e attendibilità. Si può far raggiungere ad un sistema diagnostico un buon livello di attendibilità, costruendolo mediante criteri diagnostici sempre più specifici e precisi, sui quali il grado di condivisione e di convergenza tra chi lo usa è molto alto. Tutto ciò porterà a diagnosi molto 'attendibili', ma da esse non ricaviamo assolutamente nulla riguardo alla 'validità' diagnostica, dal momento che in ambito clinico i criteri di validità sono proprio tanti e non tutti sovrapponibili.⁸

La diagnosi psicologica presenta a tal riguardo una particolare complessità. Se quella medica attraverso l'osservazione e l'esplorazione dell'area somatica è finalizzata soprattutto a identificare delle patologie, la diagnosi psicologica si muove su un terreno più esteso, che include l'area psichica e le sue duplici espansioni, quella bio-psichica e quella socio-psichica.⁹

Figura 1



Dall'osservazione psicologica deve derivare una "diagnosi differenziale", in grado di esprimere la variabilità soggettiva delle 'funzioni' psichiche in presenza o meno di patologie specifiche. Piuttosto che attenersi a un sistema classificatorio di tipo categoriale, come si usa fare in psichiatria, la diagnosi psicologica sembrerebbe essere più attratta dai 'sistemi dimensionali', dove l'uso delle 'dimensioni' (piuttosto che delle 'categorie') rinvia ad un modello nel quale le 'malattie' "si distribuiscono secondo variazioni quantitative (relative alla gravità del disturbo, alla personalità, alla percezione, alla cognizione, alla tonalità dell'umore, ecc.) distribuite in un continuum che va fino alla normalità" (P. MIGONE, 1995, p. 2).

⁸ Si veda al riguardo G. DE GIROLAMO-P. MIGONE, *Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria*, in "Psicoterapia e Scienze Umane", 1995, n.1.

⁹ P. PORCELLI, *La competenza della diagnosi psicologica*, 2002, pp. 1-2 (in www.sipsot.it): "E' possibile concepire il concetto di 'diagnosi' lungo un continuum che attraversa due aree distinte ma parzialmente sovrapposte, l'area psicosociale e l'area biomedica (Figura 1). Ad un primo estremo, relativo all'area psicosociale, la diagnosi è intesa in senso ampio come valutazione, assessment nell'accezione anglosassone... All'estremo opposto, nell'area biomedica, la diagnosi viene intesa in senso stretto come atto di identificazione e classificazione di una patologia... In un'area centrale di sovrapposizione, la nozione di diagnosi diventa ancora più ibrida e indefinita. E' un campo dove sono presenti disturbi di somatizzazione o comunque con una sintomatologia a cavallo fra problematiche psicosociali e sintomi medici per i quali i molteplici metodi psicologico-valutativi non consentono ugualmente di raggiungere alcuna certezza scientifica".

L'attività diagnostica, finalizzata alla certificazione, ha delle caratteristiche peculiari rispetto a quella effettuata ai fini di una presa in carico o di un trattamento psicoterapico, anche se sul piano metodologico le prassi tecniche possono essere in sostanza le stesse.

- Essendo orientata a fornire una risposta chiara alla domanda specifica del Committente (e non al soggetto), la correttezza del *setting* di osservazione esclude che possa stabilirsi con la persona oggetto di valutazione una qualunque forma di 'alleanza strategica' e tanto meno una presa in carico.¹⁰
- L'osservazione psicodiagnostica deve essere integrata e 'documentata' attraverso procedure e strumenti diagnostici standardizzati e accreditati scientificamente (test, scale, check-list...)¹¹
- La redazione del documento finale deve rispettare i requisiti *soggettivi* e *oggettivi* dell'atto pubblico

Riguardo ai *modi*, ai *mezzi* e agli *strumenti* da utilizzare per l'attività psicodiagnostica le normative generalmente non danno indicazioni specifiche.

Non esistono *Linee Guida* nel campo della certificazione, anche se il momento diagnostico è il segmento del percorso clinico sul quale maggiormente ci si attende una convergenza e una condivisione di strumenti e procedure comuni.

La scelta degli strumenti tecnici, in realtà, attiene allo specifico professionale. E' lo psicologo – come qualunque altro esperto o consulente – che, conoscendo gli strumenti del proprio lavoro, sceglie quelli che meglio si prestano a effettuare l'osservazione o la rilevazione in relazione all'obiettivo contenuto nella richiesta del committente e alla situazione specifica.

Per quanto riguarda le invalidità, ad esempio, il Ministero nel paragrafo relativo al "*deficit delle funzioni cognitive*" non si limita a indicare una serie di disturbi (specificatamente: a) disturbo del linguaggio; b) disturbo di analisi visivo-spaziale; c) deficit di memoria; d) disturbi del comportamento; e) deficit delle funzioni intellettive; f) deficit della funzione psichica), ma puntualizza che per quelli associabili a un danno organico cerebrale deve esserci il riscontro mediante esami neuropsicologici e/o neuroradiologici e/o neurofisiopatologici. Riguardo ai criteri diagnostici, oltre a richiedere che venga espresso per ognuno il livello di gravità (lieve, medio o grave), stabilisce d'ufficio per alcuni delle occorrenze (ad es. per diagnosticare un deficit lieve delle funzioni intellettive il deficit lieve di memoria deve essere associato ad almeno due dei seguenti segni: disorientamento temporale; afasia lieve; disturbi del comportamento lievi). Nel caso di deficit della funzione psichica il Ministero si spinge a chiedere direttamente "*l'accertamento del Q.I. mediante test di W.A.I.S.*", stabilendo che un Q.I. tra 60 e 70, insieme a disturbi emotivi apprezzabili a seguito di stress psichici, con capacità lavorativa conservata e capacità di affrontare i problemi della vita quotidiana ci danno un deficit *lieve*, mentre occorre un Q.I. tra 40 e 50, insieme a disturbi emotivi gravi e frequenti, farmacoterapia con controlli frequenti, necessità di un'assistenza sociale adeguata per tutti i problemi economici e assistenziali, terapia psicologica di appoggio per un quadro grave.¹²

Non è questa la sede per discutere se questi "indicatori" siano i più significativi per stabilire l'entità del deficit o se ne esistano altri più significativi. E' evidente che un qualunque 'modello diagnostico' deriva da un preciso 'modello dell'apparato

¹⁰ E' vero che l'art. 4, c. 4 del Codice Deontologico afferma che "*in tutti i casi in cui il destinatario e il committente dell'intervento di sostegno o di psicoterapia non coincidano, lo psicologo tutela prioritariamente il destinatario dell'intervento stesso*", tuttavia riteniamo che tale principio non possa essere generalizzato anche alle diagnosi a fini di certificazione, dove l'interesse prevalente è quello di accertare la verità e lo psicologo opera in veste di pubblico ufficiale.

¹¹ "*L'utilizzo dei test psicodiagnostici in ambito medico-legale presuppone alcune caratteristiche fondamentali, ossia la validità scientifica, la facilità di applicazione, la riproducibilità dei risultati. L'utilizzo dei test che presentano tali caratteristiche dà la possibilità di definire in modo più accurato la presenza di una componente psicopatologica... In questo ambito di valutazione medico-legale test psicodiagnostici e valutazione clinica sono strumenti inscindibili, entrambi indispensabili*" (M.MARTELLONI-G.TERRANOVA-E.PIOLI-G.PUNTONI, *art. cit.*, p. 30)

¹² Cfr. Supplemento Ordinario alla G.U. – Serie Generale del 26.2.1992.

psichico” adottato, derivato a sua volta da modelli teorici della struttura e della funzione della mente, della personalità, del sistema nervoso... Qui interessa segnalare come sia importante convenire su ‘indicatori’ di tipo strutturale e funzionale quanto più oggettivabili e verificabili anche da prospettive diagnostiche diverse, rilevabili con gli strumenti di cui solo il professionista conosce pregi e limiti. Gli psicologi sanno perfettamente che la W.A.I.S. è un valido strumento di valutazione e misurazione delle abilità cognitive, ma sanno anche che il concetto psicologico di “intelligenza” non è identificabile con il Q.I., una espressione numerica sintetica che si presta a pericolosi fraintendimenti fuori dal contesto di riferimento.

Le richieste allo psicologo da parte delle Commissioni sono spesso molto generiche e formulate in modo non sempre appropriato. La più frequente è “*visita psicologica*” dove il termine ‘visita’ rimanda alla prassi della “visita medica”, all’interno della quale era ‘lo sguardo’ (=l’occhio clinico) a guidare l’azione di riconoscimento dei segni e dei sintomi. Anche se noi usiamo terminologie simili (“*osservazione*”, “*indagine*”...) l’operazione attraverso la quale giungiamo ad una diagnosi psicologica ci richiede forse più l’uso della bocca (=parola) e dell’orecchio (=l’ascolto) che non della vista...¹³ E infatti alcuni committenti scrivono direttamente “*colloquio psicologico*” anche se oggetto della richiesta è poi un profilo di personalità per il porto d’armi.

In altri casi nella richiesta non viene indicata la prestazione, ma un parte di essa, tipo: “*test di livello*”, “*valutazione QI*”, “*test di personalità*”, “*valutazione delle capacità residue*”, “*autonomia personale*”...

Una esatta e omogenea dizione è importante perché attraverso essa viene individuata la prestazione psicologica specifica che lo psicologo deve erogare. E qui specificità significa garanzia di appropriatezza sulla corrispondenza tra richiesta della committenza e ‘risposta’ tecnica da parte dello psicologo. Significa anche correttezza amministrativa dal momento che le prestazioni sanitarie a fini di certificazioni non rientrano (se non eccezionalmente) tra i L.E.A. (*Livelli Essenziali di Assistenza*) cioè tra quelle prestazioni che sono a totale carico del S.S.N.

Si pone anche un problema collaterale di organizzazione e distribuzione dei carichi di lavoro corrispondenti. L’aumentata richiesta di certificazioni da parte di vari committenti (Commissioni Invalidi ma anche e soprattutto Tribunali) rappresenta per gli psicologi che lavorano nei Consultori Familiari o nei Servizi di Tutela Mentale o di Neuropsichiatria Infantile, ma anche nelle Unità Operative e/o Servizi di Psicologia (ove esistenti), un rilevante impegno quotidiano, non sempre riconosciuto e valorizzato, che sottrae tempo ed energie al lavoro clinico di assistenza e di cura.

E’ anche questo un compito istituzionale che va garantito e svolto con professionalità e attenzione, ma che non può sovrapporsi in modo puramente massivo e disordinato alle altre attività. L’aumento degli interventi psicologici a finalità di certificazione legale, indirizzati agli psicologi dei SSN, potrebbe essere l’occasione per rivedere gli attuali assetti organizzativi degli psicologi, non solo in vista di una migliore razionalizzazione delle attività, ma anche per una riformulazione delle dotazioni organiche. Fermo restando che una parte di tale attività potrebbe essere espletata anche in regime di convenzionamento con psicologi libero-professionisti.

c) Requisiti della certificazione

Prescindendo dalle certificazioni per le quali è prevista una modulistica prestabilita, non esistono disposizioni normative specifiche circa la corretta compilazione di un certificato o di una relazione. Tuttavia requisiti *oggettivi* indispensabili dell’atto

¹³ Cfr. M. MELONI, *L’orecchio di Freud. Società della comunicazione e pensiero affettivo*, Dedalo, Bari 2005.

pubblico sono la *chiarezza* e la *veridicità*. L'efficacia probatoria della certificazione, infatti, deriva dalla corretta redazione dell'atto che deve soddisfare i seguenti criteri:

- Completezza dei dati (generalità del certificante compresa la qualifica, generalità del richiedente, oggetto dell'attestazione, data e luogo del rilascio...)
- Chiarezza espressiva (formale e semantica, tenendo conto del destinatario, ma anche del rigore tecnico-scientifico della disciplina)
- Veridicità delle dichiarazioni con quanto constatato obiettivamente' durante l'osservazione
- Corrispondenza dell'attestazione con quanto richiesto dal committente (oggetto)

La *veridicità* riguardo al contenuto significa semplicemente che quanto dichiarato deve scaturire dall'osservazione e dalla constatazione diretta da parte dello psicologo. Se l'utente riferisce qualcosa, per la quale non è possibile effettuare un riscontro attraverso l'osservazione clinico-strumentale, l'informazione può essere riportata, indicandone però esplicitamente la fonte ("Il soggetto riferisce ...").

Si incorre nel reato di falso se si attestano coscientemente fatti non corrispondenti al vero (*falso ideologico*) o se si manipola il testo con correzioni, cancellature, aggiunte... (*falso materiale*). Il reato di falso ideologico, che presuppone sempre il dolo, cioè la volontà e la consapevolezza di alterare i dati, viene punito con sanzioni diverse se lo psicologo, al momento della certificazione, riveste il ruolo di esercente di un Servizio di Pubblica necessità¹⁴ o di pubblico ufficiale.¹⁵

Anche la *falsità materiale* è punita con pene che vanno da sei mesi a tre anni di reclusione (*art. 485 C.P.*).

E' chiaro che i contenuti espressi nella relazione o nella certificazione devono rientrare nei confini della propria competenza professionale sia per le modalità con le quali essi vengono rilevati sia per le modalità con le quali vengono descritti e comunicati. A tal riguardo va osservato che l'adozione di uno specifico 'linguaggio tecnico' (sufficientemente accreditato sul piano della letteratura psicologica) se da una parte assicura una maggiore congruenza concettuale e terminologica, può risultare poco comprensibile al committente. In questo caso è opportuno integrare (non sostituire) le espressioni tecniche con spiegazioni che facilitino l'esatta comprensione.

Requisiti *sogettivi* dell'attività di certificazione sono:

- La tutela della riservatezza
- Il consenso informato

La tutela della riservatezza è stata oggetto negli ultimi anni di una vasta e specifica normazione, confluita nel Testo Unico sulla privacy (*D.Leg. 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali*) alla quale si è accompagnata sistematicamente una azione di vigilanza e di chiarificazione da parte del Garante. Non sempre alla ricchezza e varietà delle argomentazioni ha fatto riscontro l'adozione e l'implementazione immediata e coerente di comportamenti e di prassi corrispondenti: il trattamento dei dati personali e di quelli sensibili è un campo estremamente delicato sul quale una vigilanza 'formale' non è sufficiente a garantirne la protezione.

¹⁴ "Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la veridicità, è punito con la reclusione" (art. 481 C.P.)

¹⁵ "Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente, in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la veridicità, è punito con la reclusione da 3 mesi a 2 anni" (art. 480 C.P.).

Tuttavia gli atteggiamenti di fondo sono cambiati e sempre più estesa è l'applicazione in ogni campo (Sanità compresa) di procedure e sistemi che dovrebbero tutelare la riservatezza dei dati, monitorarne (e limitarne allo stretto necessario) la circolazione, permetterne una archiviazione più sicura. Le modalità generali con le quali trattare i dati sono contenute nell'art. 11 del Codice sulla privacy, che indica anche i requisiti che tali dati devono avere (devono essere raccolti, registrati e utilizzati per scopi determinati, espliciti e legittimi; devono essere esatti e aggiornati...).

Nel settore delle certificazioni gli attori (enti compresi) che a vario titolo intervengono sulla stessa 'pratica' sono molteplici e non sempre è possibile assicurare ad ogni passaggio lo stesso grado di tutela della privacy. I momenti di maggiore esposizione sono naturalmente quelli relativi alla richiesta e alla restituzione delle prove documentarie, che dovendo avere necessariamente una efficacia probatoria non possono essere 'mascherate' con linguaggi eccessivamente tecnici o con codificazioni criptiche.

Anche in tema di consenso informato si è fatta strada in Italia una diversa cultura nei confronti della organizzazione sanitaria che ha modificato profondamente il rapporto medico-paziente, basato in passato su atteggiamenti di stampo 'paternalistico' che finivano spesso col giustificare un potere di intervento e di decisione unilaterale da parte del sanitario anche contro la volontà del paziente. È sufficiente mettere a confronto il Codice Deontologico dei Medici del 1989 con quello del 1995 per registrare il profondo cambiamento di mentalità. Nella nuova versione si afferma con chiarezza che *"Il medico ha il dovere di dare al paziente, tenendo conto del suo livello di cultura e di emotività e delle sue capacità di discernimento, la più serena e idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia, nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche, anche al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte diagnostiche-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve comunque essere soddisfatta"* (art. 29) e subito dopo (art. 31): *"Il medico non deve intraprendere alcuna attività diagnostico-terapeutica senza il consenso del paziente validamente informato"*.¹⁶

A rafforzare questo comportamento contribuisce anche il *Codice sulla privacy* che all'art. 76 stabilisce che i dati sensibili di interesse sanitario (quei dati cioè idonei a rivelare lo stato di salute e la sfera sessuale) devono essere trattati:

- con il consenso dell'interessato se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato;
- anche senza il consenso dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante, se la finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica riguarda un terzo o la collettività.

Anche il Codice Deontologico degli Psicologi italiani (1997) riconosce il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione e all'autonomia di coloro che si avvalgono delle loro prestazioni (art. 4) e l'obbligo di informare adeguatamente i soggetti coinvolti, previa verifica e raccolta del consenso: *"Lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, fornisce all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza. Pertanto opera in modo che chi ne ha diritto possa esprimere un consenso informato"* (art. 24).

¹⁶ Pur non menzionandolo esplicitamente permane per alcuni nel Codice Deontologico dei Medici il cosiddetto 'privilegio terapeutico' (cfr. commi 3 e 4 dell'art. 29), la facoltà da parte del medico di omettere di dare alcune informazioni in circostanze particolari, purché ciò sia a vantaggio del paziente. Cfr. a riguardo G. NIVOLI-L. LORETTU (a cura), *Il consenso informato in psichiatria*, Editore INC, Roma 2006.

Nel caso specifico delle certificazioni, va applicato con scrupolosità l'art. 25, c. 2 che così recita: “*Nel caso di interventi commissionati da terzi, informa i soggetti circa la natura del suo intervento professionale, e non utilizza, se non nei limiti del mandato ricevuto, le notizie apprese che possano recare ad essi pregiudizio*”.

Conclusione

Lo scenario appena descritto non è certamente esaustivo né completo. Deliberatamente non si è fatto riferimento all'ampia e variegata attività di tipo peritale che gli psicologi svolgono in ambito giudiziario sia civile che penale, dove sembrano ormai essersi consolidate delle buone prassi, grazie alla presenza e all'impegno di valenti colleghi, presenti nei tribunali in qualità di giudici onorari, CTU e CTP.

Appena accennato è stato l'aspetto più squisitamente tecnico del processo diagnostico (tempi, modi, strumenti...) che meriterebbe un approfondimento in relazione alle specifiche certificazioni richieste (vedi allegato A).

L'obiettivo principale di questo articolo è stato quello di mostrare che la certificazione psicologica, oltre ad essere un atto legittimo sul piano della giurisdizione e della prassi amministrativa, può rappresentare per gli psicologi un'occasione per stimolare la ricerca e promuovere la definizione di specifiche pratiche psicodiagnostiche, attendibili e valide, a tutela dell'attività professionale, ma soprattutto della persona interessata e dei committenti.

E' anche un modo per verificare 'sul campo' la tenuta dell'identità professionale dello psicologo, una identità che a turno qualcuno cerca di negare o di ignorare.



BIBLIOGRAFIA

- BARNI M., *Diritti e doveri, responsabilità del medico, dalla bioetica al biodiritto*, Giuffrè Editore, Roma 1999.
- BOSIO C. (a cura), *Professioni psicologiche e professionalizzazione della psicologia*, F. Angeli, Milano 2004.
- DE GIROLAMO G. - MIGONE P., *Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria*, in "Psicoterapia e Scienze Umane", 1995, n.1.
- DEL VECCHIO S. - GUALANDRI G. - PELOSI S. - SANTUNIONE A.L., *Lineamenti di medicina legale per il Medico di medicina generale*, C. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2007.
- LILLO M., *Il bluff della patente a punti*, in "L'Espresso", 21 giugno 2007 n° 24, pp. 36-41).
- MARTELLONI M., *Medicina Legale e Servizio Sanitario Nazionale*, in AA.VV., *Guida all'esercizio professionale per i medici-chirurghi e gli Odontoiatri*, C. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2006, pp. 402-430).
- MARTELLONI M. - TERRANOVA G. - PIOLI E. - PUNTONI G., *Idoneità all'uso e al possesso delle armi da fuoco: criteriologia medico-legale*, in "Professione", maggio 2007, n. 5, pp. 29-31).
- MELONI M., *L'orecchio di Freud. Società della comunicazione e pensiero affettivo*, Dedalo, Bari 2005.
- NIVOLI G. - LORETTU L. (a cura), *Il consenso informato in psichiatria*, Editore INC, Roma 2006.
- PORCELLI P., *La competenza della diagnosi psicologica*, 2002, pp. 1-2 (in www.sipsot.it).
- SARDI P. - LISA L., *Lo psicologo del traffico. In Italia e in Europa*, Ed. Carocci, Roma 2005.
- VITIELLO G. - CATALANO C. - ANTONELLI F. - VITIELLO N. - CEI R., *Invalità civile, disabilità, handicap*, G. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino 2007.

Settore	Disposizione	Provvedimento	Committente	Professionista	Richiesta per ψ	Strumenti ψ
Rilascio di porto d'armi	Norme per l'accertamento medico all'idoneità al porto delle armi e per l'utilizzazione di mezzi di segnalazione luminosi per il soccorso alpino Determinazione dei requisiti psicofisici per il rilascio del porto d'armi Requisiti psicofisici minimi per il rilascio e il rinnovo della autorizzazione al porto di fucile da caccia e al porto d'armi per uso difesa personale	Legge 6.3.1987, n. 89 (G.U. 18.3.1987, n. 64) DM 4.12.1991 e succ. integrazioni (G.U. 30.12.1991, n. 304) D. Min. San. 14.09.1994 D. Min. San. 28.04.1998 DM 28.04.1998 e succ. int. (G.U. 22.6.1998, n. 143)	Medico certificatore	Medico Psichiatra Neurologo Psicologo	Assenza di disturbi mentali, di personalità o comportamentali	Colloquio clinico, indagini di personalità, test funzioni cognitive (SCL-90-R; CPRS; BPRS; MMPI, Rorschach, MMT, WAIS...)
Accertamento Handicap	Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate Atto di indirizzo	Legge 5.2.1992, n. 104, art. 23 (G.U. - S.O. 17.2.1992, n. 39) DPR 24 febbraio 1994 DPCM 23 febbraio 2006, n. 185 (G.U. 19.05.2006, n. 115)	Commissione Invalidità civile	Medico Psicologo Collegio ↓	Individuazione handicap	Indagine di personalità, colloquio con i familiari, scale di valutazione abilità (ADL, IADL...)

Settore	Disposizione	Provvedimento	Committente	Professionista	Richiesta per ψ	Strumenti ψ
Idoneità fisica al servizio	Norme di esecuzione del testo unico delle disposizioni sullo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10.01.1957 n. 3	Dpr 3.5.1957, n. 686 (G.U. 8.8.1956, n. 198)	Pubblica Amministrazione	Medico (Psicologo)	Idoneità psicofisica al servizio	Colloquio clinico, indagini di personalità, test funzioni cognitive (SCL-90-R; CPRS; BPRS; MMPI, Rorschach, MMT, WAIS
Idoneità fisica al servizio, idoneità allo svolgimento di mansioni lavorative	- Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato - Stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali	Dpr 10.1.1957 n. 3 artt.129 e 130 (G.U. 25.1.1957, n. 22) Dpr 20.12.1979, n. 761 (G.U. - S.O. 15.2.1980, n. 45)	Pubblica Amministrazione	Medico (Psicologo)	Idoneità psicofisica al servizio	Colloquio clinico, indagini di personalità, test funzioni cognitive (SCL-90-R; CPRS; BPRS; MMPI, Rorschach, MMT, WAIS...)

Settore	Disposizione	Provvedimento	Committente	Professionista	Richiesta per Ψ	Strumenti
Invalità civile ed handicap	Istanze di riconoscimento d'invalità civile	L. 30.3.1971, n. 118	Commissione Invalità civile	Medico Psicologo	Valutazione psicologica	Colloquio clinico, indagine di personalità, test funzioni cognitive (WAIS, Raven...),
Invalità civile e handicap	Indennità di accompagnamento	L. 21.11.1988 n. 508 (G.U.) Circ. Min. Tesoro n. 14 del 28 settembre 1992	Commissione Invalità civile	Medico Psicologo	Valutazione requisiti psicologici	Indagine di personalità, colloquio con i familiari, scale di valutazione abilità (ADL, IADL...)
Invalità civile ed handicap	Istanza di aggravamento	DLgs 23.11.1988, n. 509	Commissione Invalità civile	Medico Psicologo	Valutazione requisiti psicologici	Indagine di personalità, colloquio con i familiari, scale di valutazione abilità (ADL, IADL...)

Settore	Disposizione	Provvedimento	Committente	Professionista	Richiesta per Ψ	Strumenti
Guida di veicoli	- Nuovo Codice della Strada - Regolamento di attuazione	DLgs 30.4.1992, n. 285 e succ. mod. (G.U.-S.O. 18.5.1992, n. 114) Dpr 16.12.1992, n. 495 e succ. mod. DPR 19.4.1994 n. 575 Legge 17.8.2005 n. 168	Motorizzazione	Medico (Psicologo)	Valutazione requisiti psicologici	Colloquio clinico, indagini di personalità, test funzioni cognitive (WAIS, Raven...).
Attività di volo da diporto o sportivo	Disciplina del volo da diporto o sportivo Regolamento di attuazione Licenze e attestati aeronautici Patenti nautiche	Legge 25.3.1985, n. 106 (G.U. 1.4.1985, n. 78) Dpr 5.8.13.9.1988, n. 215 (G.U. 1998, n. 404) D.M. 15.09.1995 DPR 9.10.1997, n. 431	Motorizzazione	Medico (Psicologo)	Valutazione requisiti psicologici	Colloquio clinico, indagini di personalità, test funzioni cognitive (WAIS, Raven...).

sensoriale

plurima

E RISULTA

Stabilizzata

Progressiva

Il presente accertamento è valido fino :

AL PASSAGGIO DI CICLO

ALL'ANNO.....

IL COLLEGIO:

Neuropsichiatria infantile.....

Psicologo.....

Assistente Sociale

Data.....

*E' facoltà del richiedente sottoporre il presente verbale al collegio del riesame costituito presso la ASL.....
Avverso il presente verbale di accertamento è fatta salva la possibilità di ricorso in via giurisdizionale al tribunale
di.....Sez. Lavoro*

DDG 16286 del 21.12.2007

Identificativo Atto n.

DIREZIONE GENERALE FAMIGLIA E SOLIDARIETA' SOCIALE

LINEE OPERATIVE PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEI MINORI CON DISABILITA': APPROVAZIONE DEL MODELLO DI DIAGNOSI FUNZIONALE (DPR 24 febbraio 1994, DPCM 23 febbraio 2006, n. 185).

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATI:

- la legge 5 febbraio 1992, n.104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" e in particolare l'art.13 che assicura l'integrazione scolastica attraverso azioni per lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione;
- la legge regionale 14 dicembre 2004, n. 34 ed in particolare l'art. 7 c.2 lett. g) che sancisce l'approccio multidisciplinare, nonché l'integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari, sociali ed educativi per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici in età evolutiva;
- il DPR 24 febbraio 1994 "Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap" che definisce l' articolazione del processo di integrazione scolastica e individua i compiti dei servizi sanitari e socio-sanitari anche in particolare nella redazione della diagnosi funzionale;
- l'obiettivo specifico 5.2.1. del P.R.S. "Governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali";

VISTO il DPCM 23 febbraio 2006, n.185 "Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell'art.35, comma 7 della legge 27 dicembre 2002, n. 289";

RILEVATO che detto DPCM ha introdotto per l'individuazione dell'alunno con handicap l'accertamento collegiale e ha stabilito che la diagnosi funzionale, definita dal DPR 24 febbraio 1994, deve essere redatta sulla base dell'accertamento;

ATTESO che per fornire un supporto tecnico alla elaborazione di percorsi e strumenti in attuazione del dettato del DPCM citato è stato istituito un Gruppo di lavoro interistituzionale ed interdirezionale con la partecipazione della Direzione Generale Sanità, e della Direzione Generale Istruzione Formazione e Lavoro;

CONSIDERATO che, dopo aver disciplinato e monitorato l'attività di accertamento, prima fase del processo di integrazione scolastica dei minori con disabilità, il gruppo di lavoro ha elaborato un modello di diagnosi funzionale, strumento indispensabile per la realizzazione della seconda fase del processo stesso;

DATO ATTO che la diagnosi funzionale, atto di natura socio sanitaria, deve essere redatta, così come stabilito dal sopracitato DPR 24 febbraio 2004, dall'équipe multidisciplinare di struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che ha in carico il minore e che la stessa deve essere consegnata all'Istituto scolastico frequentato secondo i tempi indicati dal DPCM 185/2006 e comunque in tempo utile per consentire alla scuola la determinazione dell'organico necessario alla integrazione dell'alunno disabile;

RITENUTO opportuno, al fine di rendere efficaci ed omogenei a livello regionale gli strumenti e le procedure finalizzate alla integrazione scolastica,

- approvare il modello di diagnosi funzionale allegato A al presente decreto del quale forma parte integrante e sostanziale
- stabilire che il modello sia utilizzato, dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in via sperimentale per la durata di un anno a far tempo dal gennaio 2008;

VISTE:

- la l.r. n. 34/78, il Regolamento regionale di Contabilità n. 1/01 e loro successive modifiche ed integrazioni nonché la legge regionale di approvazione del bilancio per l'esercizio in corso;
- la l.r. n. 16/96 e successive modifiche e integrazioni, nonché i provvedimenti organizzativi dell'VIII legislatura;
- la d.g.r. 18 maggio 2005, n. 2 "Costituzione delle direzioni generali, incarichi e altre disposizioni organizzative - I provvedimento organizzativo - VIII legislatura", con la quale è stato affidato l'incarico di Direttore Generale della Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale al dott. Umberto Fazzone;

DECRETA

Per quanto in premessa esplicitato:

1. di approvare il modello di diagnosi funzionale per l'integrazione scolastica dei minori con disabilità allegato A al presente decreto del quale forma parte integrante e sostanziale;
2. di stabilire che il modello di cui al precedente punto 1. sarà adottato in via sperimentale per un periodo di un anno a far tempo dal mese di gennaio 2008 dalle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate che hanno in carico il minore;
3. di stabilire che copia del presente decreto sarà pubblicato sul sito direzionale e sul B.U.R.L.

Il Direttore Generale
Umberto Fazzone

Allegato (n.d.r. modello di diagnosi funzionale)

(carta intestata della struttura)
REGIONE LOMBARDIA
AZIENDA _____
SERVIZIO DI

DIAGNOSI FUNZIONALE

COGNOME.....	NOME.....
NATO A	IL.....
RESIDENTE A.....	VIA..... Tel
SCUOLA.....	CLASSE.....
REFERENTE DEL CASO.....	

N.B. Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. 622 C.P.).-Il presente atto va conservato all'interno del Fascicolo personale con facoltà di visione da parte degli operatori che si occupano del caso.

La Diagnosi Funzionale descrive la situazione clinico-funzionale del ragazzo al momento dell'accertamento (qual è la situazione nel qui e ora); deve quindi evidenziare non solo i deficit ma anche le potenzialità (sul piano cognitivo, affettivo-relazionale, sensoriale linguistico, ecc.).
E' un documento dettagliato, redatto dal servizio specialistico che ha in carico il minore e consegnato alla famiglia, che a sua volta lo fa avere alla scuola, sulla base del quale verrà poi predisposto collegialmente il PDF e il PEI.
Include conseguentemente le informazioni essenziali utili per l'integrazione scolastica, tra cui la specifica del livello di gravità e tipo di disabilità e delle eventuali tipologie di assistenza necessarie, onde consentire alla scuola e all'ente locale l'attribuzione delle risorse necessarie.
Per gli allievi di primo inserimento a scuola, viene effettuata entro la scadenza delle iscrizioni a gennaio, per gli allievi già inseriti a scuola e inviati al collegio di accertamento in corso d'anno, viene redatta entro fine maggio.
Viene aggiornata al passaggio di ciclo scolastico (entro la scadenza delle iscrizioni a gennaio) o in qualunque momento vi siano cambiamenti significativi del quadro di base, tali da richiedere modifiche relative alle tipologie di assistenza necessarie.

DIAGNOSI CLINICA (si veda il Verbale di Accertamento di Handicap allegato)

Patologie prevalenti PSICOFISICA
 VISTA
 UDITO

EVIDENZIARE POTENZIALITA' E DIFFICOLTA' NELLE SEGUENTI AREE:

COGNITIVA (Sviluppo raggiunto / Capacità di integrazione delle competenze)

AFFETTIVO-RELAZIONALE (Rapporti interpersonali, controllo pulsionale, tolleranza alle frustrazioni, autostima)

COMUNICAZIONE (Comprensione / Produzione / Modalità compensative)

SENSORIALE (Vista: specificare tipo e grado di deficit / Udito: specificare tipo e grado di deficit)

MOTORIO-PRASSICA (Motricità globale / Motricità fine)

In base a quanto sopra esposto, per garantire il diritto allo studio secondo quanto previsto dagli artt. 12 e 13 della L 104/92 e dall'art. 2, comma 2 bis della L.R. 31/80, l'alunno ha bisogno di:

NECESSITA' DI SOSTEGNO PER LA DIDATTICA

- LIEVE
- MEDIO
- ALTO

NECESSITA' DI ASSISTENZA

NEUROPSICOLOGICA (Memoria / Attenzione / Organizzazione spazio-temporale)

AUTONOMIA (Personale / Sociale)

EVENTUALI NOTE DESCRITTIVE DELLE FUNZIONI COMPROMESSE

*NOTE DESCRITTIVE DELLE
POTENZIALITA' E RISORSE*

In base a quanto sopra esposto, per garantire il diritto allo studio secondo quanto previsto dagli artt. 12 e 13 della L 104/92 e dall'art. 2, comma 2 bis della L.R. 31/80, l'alunno ha bisogno di:

□ **NECESSITA' DI SOSTEGNO PER LA DIDATTICA**

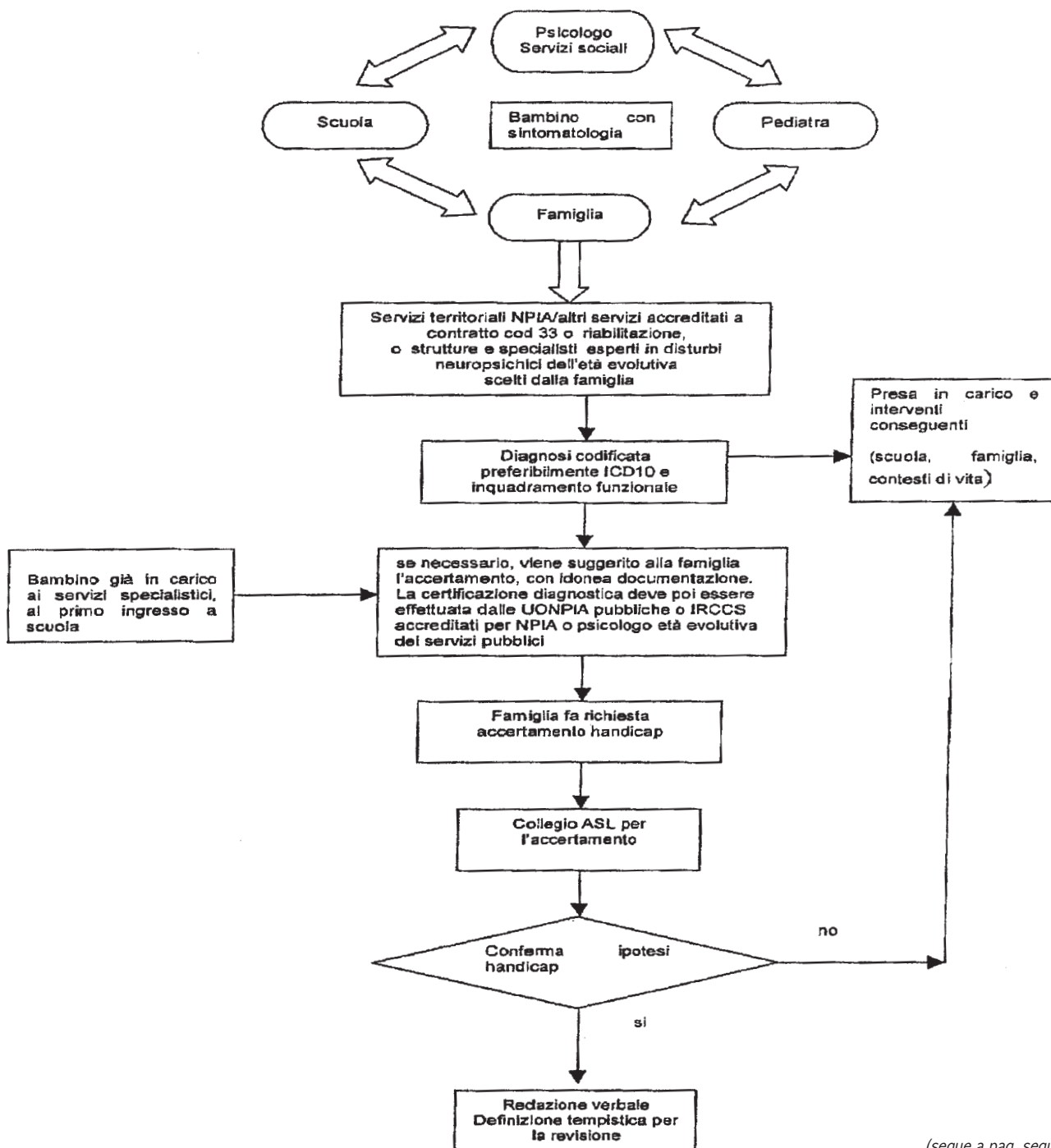
- LIEVE
- MEDIO
- ALTO

□ **NECESSITA' DI ASSISTENZA**

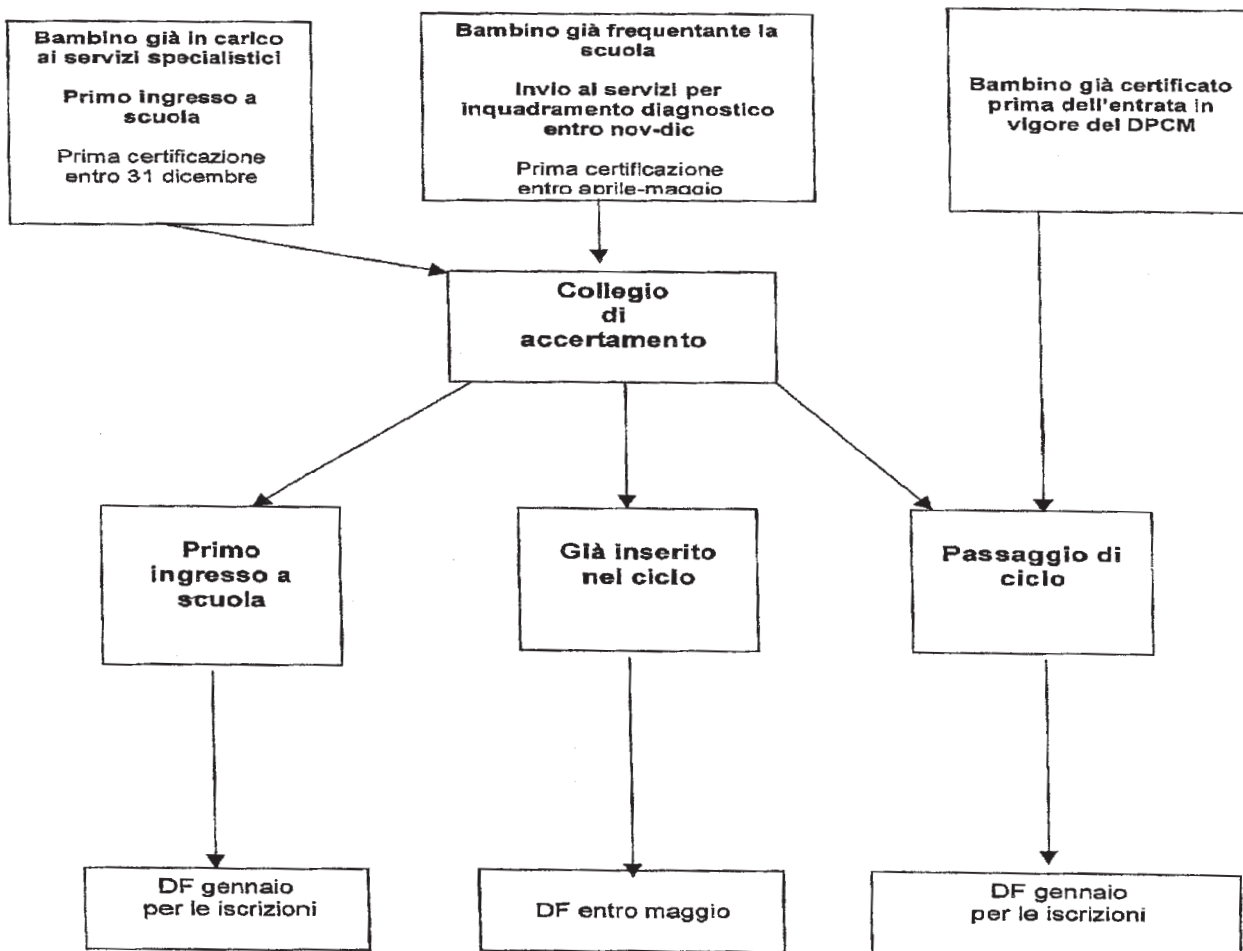
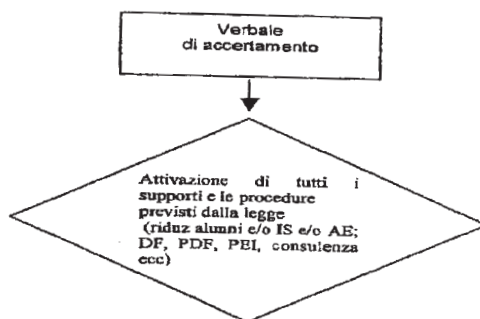
¹ Di competenza della scuola ai sensi della Legge 124 del 3 maggio 1999, art. 8, Protocollo d'Intesa tra il Ministero P.I. con ANCI UPI UNCEM e OO.SS del 13 Settembre 2000, e CCNL 1998/2001, Nota MP 3390 del 30.11.2001, CCNL 24.07.2003 (comparto scuola)

² Di competenza dell'Ente Locale, Protocollo d'Intesa tra il Ministero P.I. con ANCI UPI UNCEM e OO.SS del 13 Settembre 2000

FLOW CHART



(segue a pag. seguente)





ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Regione Abruzzo – Segreteria Regionale – Dr.ssa Maria Chiara Sartorelli
Via Campania, 12 – 65122 PESCARA – tel. e fax 085/4216014 mobile 3475142566
e-mail chiarasartorelli@virgilio.it

Nello svolgere il lavoro quotidiano di psicologo-psicoterapeuta, nonché di Segretario Regionale AUPI, mi imbatto ogni giorno, come tanti di noi, nella difficile condizione di ricevere numerosissime richieste di aiuto da parte dell'utenza e nel contempo di vedere sempre poco o per nulla riconosciuto il ruolo professionale dello Psicologo. Penso di non dire con questo nulla di nuovo. Il dover, nel contempo, seguire ed indirizzare i tanti tirocinanti che quotidianamente passano nei Servizi induce ulteriori riflessioni in merito a cosa sia più opportuno fare per cambiare la realtà delle cose e creare nuove opportunità lavorative per i colleghi più giovani.

Con queste premesse ho cominciato a riflettere sulla necessità di rendere più visibile ai politici ed agli amministratori della nostra regione, l'Abruzzo, il bisogno di psicologia che è tanto presente quanto poco evidente.

Sono quindi andata alla ricerca di uno strumento adeguato e, grazie anche alla collaborazione di un tirocinante, il dr. Maurizio Micucci, abbiamo individuato l'MHI – 38, il Mental Health Inventory, progettato come misura generale di stress o benessere psicologico.

E', questo, uno strumento molto utilizzato nel mondo anglosassone e in Australia, sia per valutare gli outcomes nelle istituzioni pubbliche che in molte ricerche sperimentali. Il suo valore, per quanto ci riguarda, è soprattutto quello di essere una misura di benessere psicologico, senza evidenti riferimenti alla psichiatria.

Trovato lo strumento d'indagine occorreva decidere il campo di osservazione e come procedere. Riflettendo alle difficoltà nella serie di autorizzazioni aziendali che si sarebbero rese necessarie, ho pensato che forse uscire dalla ASL sarebbe stato più facile.

Partendo dall'idea di cercare altre alleanze, non quelle di chi quotidianamente ignora le potenzialità e i benefici delle prestazioni psicologiche, e facendo parte dell'Intersindacale Sanitaria Abruzzese, ho pensato di chiedere la collaborazione dei Medici di Medicina Generale. Collaborazione che mi è stata subito accordata dal suo segretario regionale, Dr. Walter Palumbo, con il quale ho stilato il Protocollo d'intesa allegato.

Il lavoro è ancora agli inizi, occorrerà la collaborazione di tanti colleghi e di tirocinanti volenterosi per l'elaborazione dei dati, perché il numero di persone raggiunte potrebbe diventare molto elevato.

Spero quindi di riuscire nell'intento e che i risultati possano testimoniare il reale bisogno di psicologia nella popolazione.

Maria Chiara Sartorelli

Ψ AUIPI

FIMMG

PROTOCOLLO D'INTESA TRA AUIPI E FIMMG PER LA RILEVAZIONE DEL BISOGNO DI PSICOLOGIA NELLA POPOLAZIONE ABRUZZESE E NELLA FASCIA DI ETÀ 16-70 ANNI

Il disagio di natura psicologica è sempre più evidente nella popolazione ed i Medici di Medicina Generale ne sono spesso i primi lettori in funzione del loro rapporto diretto con il paziente.

Tra i motivi di natura psicologica che spingono gli individui a rivolgersi al proprio medico, troviamo:

- Patologie legate ad ansia, depressione, sintomatologie psicosomatiche, deterioramento della sfera comportamentale, abuso di sostanze;
- Disturbi legati all'alimentazione;
- Richieste farmacologiche improprie finalizzate ad ottenere un miglioramento soggettivo di sintomatologie non imputabili a fattori organici;
- Difficoltà nelle dinamiche interne alla famiglia;
- Inadeguatezza nella gestione dei rapporti extra-familiari (problemi di socializzazione, affettivi, emozionali etc..).

Di fronte al cambiamento degli stili di vita ed all'emergere di nuove e diverse patologie legate al fattore psicologico è evidente la necessità di uno studio rigoroso e scientifico che consenta di individuare la domanda ed il bisogno di psicologia tempestivamente e adeguatamente, in modo da dare una risposta concreta in termini di salute.

Il Piano Sanitario Regionale 2008/2010 riconosce la *salute come diritto da promuovere e tutelare*. Il Piano fonda la propria filosofia, tra le altre cose, sulla *"programmazione continua che si rende possibile a partire dalle sperimentazioni locali(... ..) per stimolare le organizzazioni al miglioramento continuo delle loro performance."* e nell'*"Intervento sui modelli organizzativi, indicando la direzione dei cambiamenti e come attuare tali cambiamenti"*.

Si è ritenuto quindi utile, per promuovere la salute psicologica della popolazione, partire da un'indagine che ne valuterà i bisogni onde poter dare risposte congrue e basate sull'evidenza scientifica.

La ricerca, di cui è Responsabile la dr.ssa Maria Chiara Sartorelli, è finalizzata sia a descrivere la domanda di prestazioni psicologiche espressa dalla popolazione abruzzese, sia a stimare le potenzialità di sviluppo delle professioni psicologiche a partire dalle opportunità e dai vincoli rintracciabili dalla domanda, attuale e potenziale, della popolazione.

Lo strumento individuato per la rilevazione dei bisogni di psicologia nella popolazione è il Mental Health Inventory, progettato come misura generale di stress o benessere psicologico. Le varie scale di cui si compone includono sia aspetti positivi (affetti e soddisfazione di vita), sia negativi (ansia, depressione, perdita di controllo emozionale). E' utilizzato nei paesi anglosassoni per valutare gli outcomes nelle istituzioni pubbliche ed in molte ricerche cliniche sperimentali.

Sulla base di queste premesse l'AUIPI (Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Regione Abruzzo) e la FIMMG (Federazione Italiana Medici Medicina Generale, Regione Abruzzo) concordano una collaborazione volta ad una migliore integrazione tra le due figure professionali ed all'individuazione di strumenti finalizzati al riconoscimento precoce di problematiche psicologiche alle quali dare risposte concrete e professionalmente qualificate.

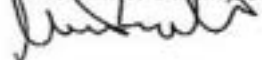
I Medici di Medicina Generale collaboreranno, su base volontaria, alla ricerca chiedendo la disponibilità dei loro pazienti alla compilazione del questionario che sarà loro recapitato e ritirato a cura dell'Auiipi.

L'Auiipi si farà carico della progettazione, dello studio, della codifica e dell'elaborazione dei dati sotto l'aspetto qualitativo e quantitativo, nonché della presentazione dei risultati.

Pescara, 4 ottobre 2007

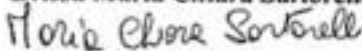
Il Segretario Regionale FIMMG

Dr. Walter Palumbo



Il Segretario Regionale AUIPI

Dr.ssa Maria Chiara Sartorelli



CAMERA DEI DEPUTATI N. 1249-bis

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BIANCHI, SUPPA, BUCCHINO, BURTONE, CANCRINI, D'ANTONA, FINCATO, GHIZZONI, GRASSI, LAGANÀ FORTUGNO, OTTONE, PELLEGRINO, SAMPERI, SERVODIO, SQUEGLIA

Nuove norme per il potenziamento
della lotta contro la violenza sessuale

Presentata il 29 giugno 2006

*(Testo risultante dallo stralcio dell'articolo 7 della proposta di legge
n. 1249, deliberato dall'Assemblea il 17 ottobre 2007)*

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge reca norme finalizzate al potenziamento della lotta contro la violenza sessuale, nonché misure volte alla specializzazione delle Forze dell'ordine e della magistratura per il perseguimento dei reati inerenti le violenze e gli abusi sessuali, al coordinamento delle funzioni e delle azioni previste dalla legislazione vigente in materia, nonché disposizioni volte al rafforzamento della tutela delle vittime dei reati di violenza sessuale, inclusi quelli di molestie assillanti disciplinati dall'articolo 609-ter.1 del codice penale, introdotto dall'articolo 7 della presente legge.

ART. 2.

(Istituzione di pool sui reati di violenza sessuale, presso le procure della Repubblica, istituzione di sportelli di sostegno al cittadino presso le questure e potenziamento delle unità specializzate di polizia giudiziaria).

1. Per le finalità di cui all'articolo 1 e allo scopo di consentire lo svolgimento coordinato delle funzioni previste dalla legislazione vigente in materia di violenza sessuale sono istituite, presso le procure della Repubblica, strutture specializzate sui reati inerenti la sfera della violenza sessuale, denominate « *pool* ».

2. Al fine di potenziare le unità specializzate di polizia giudiziaria costituite presso le squadre mobili di ogni questura e di favorire il coordinamento con le attività dei *pool* di cui al comma 1, sono previsti corsi di formazione professionale e di aggiornamento in materia di abusi, maltrattamenti e violenze sessuali.

3. Presso ogni questura è istituito uno sportello al fine di dare sostegno e assistenza ai cittadini, in relazione ai fenomeni di abusi, ai maltrattamenti e ai reati inerenti le violenze sessuali. A tale scopo, ogni sportello deve prevedere nella propria dotazione organica almeno uno psicologo e un assistente sociale.

ART. 3.

(Istituzione dell'Osservatorio per il coordinamento delle azioni di lotta alla violenza sessuale).

1. Per il coordinamento delle attività di prevenzione e contrasto dei reati inerenti le violenze sessuali e per il monitoraggio del fenomeno sul territorio nazionale è istituito presso il Ministero dell'interno l'Osservatorio per il coordinamento delle azioni di lotta alla violenza sessuale, di seguito denominato « Osservatorio ». La nomina dei componenti dell'Osservatorio è disposta con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro della solidarietà sociale.

2. Il decreto di cui al comma 1, recante, altresì, disposizioni sull'organizzazione e sul funzionamento dell'Osservatorio, è emanato previo parere delle Commissioni parlamentari competenti e previa intesa acquisita in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, di seguito denominata « Conferenza unificata », entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Con successivo decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono stabiliti, nei limiti dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 7, i compensi spettanti ai componenti dell'Osservatorio.

4. L'Osservatorio è composto da:

a) un rappresentante della Polizia di Stato, proposto dal Capo della Polizia;

b) un rappresentante dell'Arma dei carabinieri, proposto dal Comandante generale dell'Arma;

c) un rappresentante del Corpo della guardia di finanza, proposto dal Comandante generale del Corpo;

d) un rappresentante del Ministero dell'interno e un rappresentante del Ministero della solidarietà sociale, indicati, rispettivamente, dal Ministro dell'interno e dal Ministro della solidarietà sociale;

e) tre membri delle regioni proposti dalla Conferenza unificata, rappresentanti rispettivamente le aree del nord, del centro e del sud del territorio nazionale;

f) due rappresentanti delle associazioni dei centri antiviolenza, designati dal Coordinamento nazionale dei centri antiviolenza.

5. L'Osservatorio svolge i seguenti compiti:

a) raccoglie, con cadenza mensile, dati sugli atti di violenza sessuale perpetrati nel territorio nazionale e li elabora al fine di predisporre una carta delle maggiori aree a rischio. Tale elaborazione è finalizzata al potenziamento degli interventi da parte delle Forze dell'ordine;

b) redige annualmente, entro il 31 dicembre, sulla base dei dati forniti dalla Polizia dello Stato, dall'Arma dei carabinieri, dal Corpo della guardia di finanza e dai *pool* sui reati di violenza sessuale di cui all'articolo 2, una relazione al Parlamento in cui delinea il quadro evolutivo delle fenomenologie criminali attinenti ai reati di violenza sessuale, presenta l'elenco delle aree del territorio nazionale ritenute più a rischio e propone nuovi strumenti di tutela delle vittime di reati a sfondo sessuale;

c) individua, sulla base degli elaborati e delle informazioni di cui alle lettere a) e b), gli interventi prioritari di prevenzione e di lotta ai reati di violenza sessuale;

d) individua nuove modalità di intervento, anche mediante l'utilizzazione di strumenti ad alta tecnologia;

e) predispone e coordina campagne di educazione e di comunicazione sui reati di violenza sessuale dedicando particolare attenzione a specifiche campagne di comunicazione rivolte ai cittadini extracomunitari, anche al fine di promuovere la conoscenza della cultura e dei costumi nazionali nonché delle pene previste per i reati di violenza sessuale.

6. Gli interventi di cui al comma 5 confluiscono in un programma, approvato dal Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della solidarietà sociale, per la realizzazione del quale è autorizzata la spesa di 200 milioni di euro per l'anno 2006, di 300 milioni di euro per l'anno 2007 e di 700 milioni di euro per l'anno 2008.

7. Per il funzionamento dell'Osservatorio è autorizzata la spesa di 500 mila euro per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008.

ART. 4.

(Modifica all'articolo 609-bis del codice penale, concernente il reato di violenza sessuale).

1. Il primo comma dell'articolo 609-bis del codice penale è sostituito dal seguente:

« Chiunque costringe taluno a compiere o subire atti sessuali senza il suo consenso, è punito con la reclusione da cinque a dieci anni ».

ART. 5.

(Modifica all'articolo 609-ter del codice penale, concernente le circostanze aggravanti il reato di violenza sessuale).

1. Al primo comma dell'articolo 609-ter del codice penale è aggiunto, in fine, il seguente numero:

« 5-bis) nei confronti di persona in stato di gravidanza ».

ART. 6.

(Modifica all'articolo 656 del codice di procedura penale, concernente l'esecuzione delle pene detentive).

1. Dopo la lettera *c)* del comma 9 dell'articolo 656 del codice di procedura penale è inserita la seguente:

« *c-bis*) nei confronti dei condannati per i delitti di cui agli articoli 609-*bis*, 609-*ter*, 609-*quater*, 609-*quinqüies* e 609-*octies* del codice penale, che non si sottopongono ad un trattamento terapeutico-riabilitativo ».

ART. 7.

.....
.....
.....

ART. 8.

(Gratuito patrocinio per le vittime di reati di violenza sessuale).

1. Il patrocinio delle vittime di reati legati alla sfera delle violenze sessuali di cui agli articoli 609-*bis*, 609-*ter*, 609-*ter*.1, 609-*quater*, 609-*quinqüies* e 609-*octies* del codice penale è a totale carico dello Stato.

ART. 9.

(Risorse finanziarie finalizzate al potenziamento dell'attività di prevenzione, vigilanza e repressione dei reati di violenza sessuale).

1. Per l'espletamento delle attività della Polizia di Stato e dell'Arma dei carabinieri di prevenzione, vigilanza e repressione dei reati di cui agli articoli 609-*bis*, 609-*ter*, 609-*ter*.1, 609-*quater*, 609-*quinqüies* e 609-*octies* del codice penale, nonché per il potenziamento delle attività dei *pool* e delle unità specializzate di polizia giudiziaria, per la formazione e l'aggiornamento professionali degli addetti di cui

alla presente legge, è autorizzata, per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008, la spesa di 200 milioni di euro.

ART. 10.

(Copertura finanziaria).

1. All'onere derivante dall'attuazione dell'articolo 2 e dell'articolo 3, comma 7, valutato in 1.000.000 di euro per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2006-2008, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente « Fondo speciale » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2006, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

2. All'onere derivante dall'attuazione dell'articolo 3, comma 6, valutato in 200 milioni di euro per l'anno 2006, in 300 milioni di euro per l'anno 2007 e in 700 milioni di euro per l'anno 2008, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2006-2008, nell'ambito dell'unità previsionale di base di conto capitale « Fondo speciale » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2006, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

3. All'onere derivante dall'attuazione dell'articolo 8, valutato in 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2006, si provvede, per gli anni 2006, 2007 e 2008, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2006-2008, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente « Fondo speciale » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2006, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

4. All'onere derivante dall'attuazione dell'articolo 9, valutato in 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2006, 2007 e

2008, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2006-2008, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2006, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

5. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

ART. 11.

(Entrata in vigore).

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

€ 0,30



15PDL0033600

**ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE
TRA L'ASL CITTA' DI MILANO E LE OO.SS. DEI MEDICI SPECIALISTI
AMBULATORIALI E ALTRE PROFESSIONALITA'
PER L'ATTUAZIONE DELL'ACCORDO REGIONALE DEL 18/06/2007
(DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26/06/2007, n. 5006).**

Premessa

L'Accordo aziendale traduce le linee di indirizzo dell'Accordo Regionale in azioni di concreta promozione e qualificazione dell'attività dei medici specialisti ambulatoriali e altre professionalità finalizzandola all'attenzione ai bisogni dei clienti, al miglioramento delle procedure e dei processi, al mantenimento di alti standard qualitativi.

Elementi fondamentali dell'Accordo aziendale sono:

- 1. l'individuazione dei responsabili di branca**
- 2. la definizione dei progetti obiettivo aziendali**
- 3. la formazione continua finalizzata**

Normativa di riferimento

- Accordo Collettivo Nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, di cui all'intesa Stato-Regioni del 23/03/2005 (ACN).
- Preintesa per la stipulazione dell'Accordo regionale con i medici specialisti ambulatoriali e altre professionalità approvato con DGR 26/6/2007, n. 5006.

Ricognizione monte ore

Ai sensi del punto 2. comma 1 lett. c) (pagina 5 dell'Accordo Regionale), il Servizio Gestione Risorse Umane dell'ASL Città di Milano ha effettuato la seguente ricognizione del monte ore e della consistenza dei professionisti a rapporto convenzionale ex ACN:

Monte ore globale: 1.741,50 ore settimanali formalmente deliberate al 31.12.2005

Area medica: 48 medici
Area chirurgica: 38 medici
Area servizi: 4 medici
Area psicologi: 21 psicologi

Ai fini dell'erogazione del saldo del premio di risultato di cui all'Accordo Regionale per l'anno 2007, l'ammontare globale delle risorse ammonta a € 174.324,15 (1,925* ore settimanali * 52 settimane).

1 - Responsabili di branca

Ai sensi del punto 7 "Responsabile di Branca", ed ai fini di una prima attuazione della norma stessa, si individuano i servizi di branca, riguardanti le seguenti aree:



- 1.1.- Area Medica: Medico
- 1.2 - Area Chirurgica: Medico
- 1.3 - Area Psicologi: Psicologo

Il responsabile di branca è scelto dal Direttore Generale tra una "rosa" di 3 candidati proposti dagli specialisti titolari di incarico che afferiscono ai predetti servizi di branca.

L'organizzazione e la gestione della conferenza di branca è rimessa alle OO.SS., previa intese con la Direzione dell'ASL Città di Milano, per tutto quanto riguarda il supporto operativo (spazi ecc.) affinché le proposte delle candidature possano essere presentate al Direttore Generale entro il 29 febbraio 2008.

Le OO.SS. sottolineano l'importanza del ruolo dei responsabili di branca per il miglioramento dei servizi specialistici ambulatoriali e ritengono sia loro funzione precippua il monitoraggio dell'attività specialistica ambulatoriale anche ai fini della formulazione di proposte da condividere con i singoli specialisti per un miglioramento continuo della qualità.

In particolare i responsabili di branca svolgeranno attività di reporting idonea ad inquadrare le criticità inerenti l'attività specialistica ambulatoriale della propria area funzionale e a formulare proposte operative per il miglioramento condivise con le singole unità operative (ad esempio studio dei fenomeni di drop-out, dell'incidenza percentuale di visite di controllo, urgenze differibili e non differibili, della saturazione prestazionale nonché degli eventi sentinella oggetto di segnalazione all'UPT o URP Aziendale).

2 - Progetti obiettivo

Adesione alla mission aziendale

Per l'anno 2007, lo specialista ambulatoriale partecipa ai progetti obiettivo di interesse regionale che sono stati adottati dall'ASL Città di Milano in coerenza con gli obiettivi assegnati ed utilizzati ai fini della retribuzione di risultato e dell'incentivo alla produttività collettiva del personale dipendente.

Le OO.SS. ritengono fondamentale, comunque, per una sempre migliore integrazione e partecipazione dello specialista ambulatoriale alla vita aziendale, la conoscenza e la condivisione delle strategie, degli obiettivi e delle criticità presenti; tale traguardo sarà raggiunto nel 2008 attraverso un percorso che prevede periodici incontri informativi con la Direzione generale (semestrali) ed incontri operativi con i responsabili di area funzionale (di monitoraggio dell'attività ambulatoriale e per la formulazione di proposte migliorative della qualità del servizio).

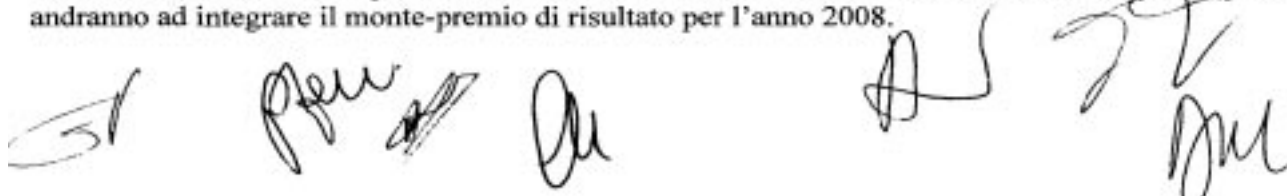
Si propone quindi la realizzazione di un incontro con la Direzione Generale (sulle tematiche sopra dette) e con i responsabili di area funzionale o di branca entro marzo 2008 per la definizione del report annuale dell'attività dell'unità operativa.

Indicatore di risultato

I criteri di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati sono indicati nelle schede dei progetti obiettivo ai quali lo specialista partecipa.

Al conseguimento degli obiettivi, accertato dal Dirigente di struttura aziendale e certificato dal Nucleo di Valutazione Aziendale, è condizionata l'erogazione dei fondi di cui agli artt. 42 e 43 dell'A.C.N. 23/03/2005.

Il mancato raggiungimento di uno o più dei sub-obiettivi sopraindicati comporta una proporzionale riduzione del saldo del premio di risultato. Le somme così eventualmente rese disponibili andranno ad integrare il monte-premio di risultato per l'anno 2008.



Razionalizzazione dei processi produttivi

La riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, la saturazione delle potenzialità produttive delle singole unità, il rispetto degli orari di appuntamento di seduta (importante segno di attenzione al cliente), sono obiettivi raggiungibili grazie ad interventi specifici per ogni singola branca, i quali, per la loro complessità richiedono un preliminare percorso conoscitivo, che permetta la definizione di un disegno operativo che si dispiegherà su un arco di tempo più lungo. Con finalità anche propedeutiche alla definizione del secondo progetto aziendale di cui al punto 12 dell'AR, si realizza quindi il progetto di razionalizzazione dei processi produttivi.

In collaborazione specialisti-coordinatore di area si procederà all'individuazione delle criticità presenti in ogni unità di produzione ed alla formulazione di proposte di miglioramento attraverso un percorso analitico che parte dall'esame dei dati esistenti (ad es. in relazione a drop out e saturazione delle potenzialità produttive) per giungere a proposte operative (ad es. per la facilitazione degli accessi (sviluppo delle prestazioni aggiuntive, gestione delle visite di controllo clinico), per la gestione delle urgenze non differibili e delle urgenze differibili, per il recupero del drop out).

3 - Formazione continua finalizzata

Costituisce il terzo pilastro dell'Accordo aziendale, nel quadro del processo di promozione e qualificazione dell'attività dello specialista ambulatoriale.

Il tema che secondo le OO.SS. necessita di un intervento prioritario di sviluppo fa riferimento al miglioramento delle procedure e dei processi, e si concretizza con interventi formativi su:

- **attenzione al cliente** (miglioramento delle competenze relazionali);
- **sicurezza delle cure** (BLS, consenso informato, risk management applicato alla realtà ambulatoriale, farmacovigilanza).

Il credito formativo annuale assegnato a ciascuno specialista è pari a 30 crediti con riferimento all'anno 2007, sulla base delle indicazioni normative vigenti.

La programmazione regionale e aziendale di cui all'art. 9 tende a garantire il debito formativo annuale sino al 70% dello stesso. La partecipazione alle relative iniziative si ritiene compresa – di norma – nel normale orario di lavoro, a 40 ore annue.

Per il restante 30% del credito obbligatorio, gli specialisti hanno facoltà di partecipare a iniziative non comprese nella programmazione regionale e aziendale, alle condizioni indicate all'art. 33, 8° comma dell'A.C.N. 23/05/2005, con il riconoscimento di un permesso retribuito, fino a un massimo di 32 ore annue e con oneri a proprio carico.

Ai fini della predisposizione del percorso di sviluppo formativo annuale (P.F.S.), è costituita una commissione paritetica aziendale, con le attribuzioni di cui all'art. 9, comma 10, così composta:

- tre rappresentanti nominati dalle OO.SS. rappresentative a livello aziendale
- tre rappresentanti di parte aziendale.

La commissione si riunirà almeno una volta ogni semestre e comunque sempre entro 15 giorni dalla richiesta di una delle parti. La prima riunione è prevista entro il mese di marzo 2008.



Norme di rinvio

L'ASL Città di Milano si impegna ad effettuare la ricognizione degli attuali consulenti ai fini dell'applicazione della norma transitoria n. 4 dell'A.C.N. 23/03/2005 in conformità a quanto previsto dall'Accordo Regionale (avvio delle procedure da effettuarsi entro il mese di marzo 2008).

Ai medici e specialisti ambulatoriali che hanno partecipato, per gli anni 2005 e 2006, alle attività progettuali aziendali ai sensi dell'art. 31, comma 5, dell'A.C.N. sarà riconosciuta la quota di spettanza a titolo di retribuzione variabile di cui al punto 2 del presente accordo.

Le parti si riservano di integrare, laddove ritenuto opportuno, il presente accordo, concordando peraltro, sin da ora, che eventuali fasi attuative dello stesso potranno essere eventualmente definite attraverso strumenti più semplici (protocolli operativi o verbali di riunioni).

Per tutto quanto non previsto, si rinvia alla Accordo Regionale del 18/06/2007 e all'A.C.N. 23/05/2005, che, in caso di contrasto con una o più disposizioni contenute nel presente accordo, assumono valore prevalente.

SUNAI
L. N. N. N. N. N.
A. A. U. P. I. S. J. J. J. J. J.
CISL-MEDICI
D. M. M. M. M. M.
M. M. M. M. M.

Verbale di incontro del 31 gennaio 2008 "Discussione relazione sindacali della Dirigenza in relazione alla nota del 29 gennaio 2008".

Presenti:

OOSS Dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, Assessore Luciano Bresciani, Direttore Generale Carlo Lucchina, Dott.ssa Filomena Lopedoto, Dott.ssa Monica Muci.

Le parti constatano che in ordine al contenuto dell'avviso pubblicato sul CORSERA del 25 novembre possono esservi state difformi interpretazioni dei contenuti dell'avviso stesso. Considerati, altresì, gli approfondimenti e soprattutto lo spunto positivo di aggiornare il Protocollo delle Relazioni sindacali ritengono di condividere la sospensione delle procedure previste dalla nota dell'Avvocatura regionale del 14 gennaio, protocollo A1 2008 0008310.

Il Direttore generale alla Sanità assume l'impegno di informare immediatamente le OOSS firmatarie ove la Regione assuma provvedimenti difformi rispetto a quanto riportato nel presente documento.

Le parti convengono che sia data preventiva informativa delle proposte dei piani assunzione 2008 delle Aziende, nonché delle eventuali modifiche ed integrazioni dell'Assessorato al fine di:

- a) Monitorare la precisa e puntuale applicazione del Protocollo sottoscritto per la stabilizzazione del personale precario ribadendo che lo spirito del protocollo è quello di procedere alla stabilizzazione nel più breve tempo possibile mentre l'arco triennale previsto è da intendersi legato esclusivamente a superare le eventuali difficoltà, ove presenti, dovute alle procedure concorsuali;
- b) In sede di adempimento di quanto convenuto alla lettera a) le parti procederanno alla valutazione dei piani aziendali in ordine alle scelte legate al turn over del 50% della dirigenza tenendo presente il rispetto del D.lgs. 66/2003, le dotazioni organiche necessarie per l'erogazione dei LEA e tutto quanto previsto dalle normative nazionali e regionali in vigore;


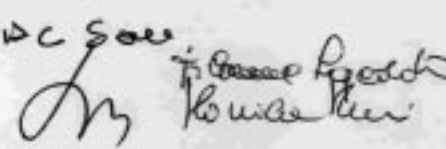
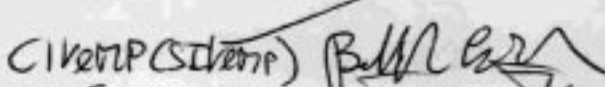
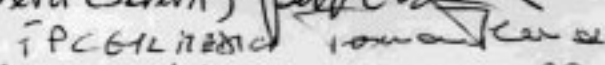
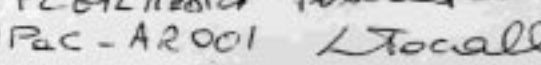
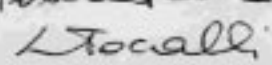
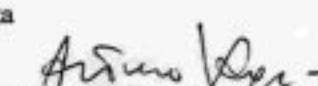
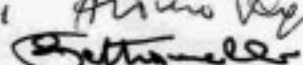
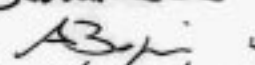

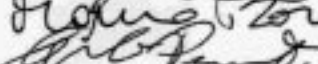
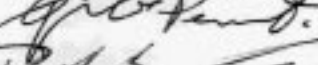

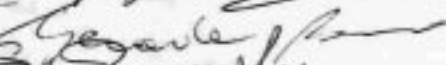
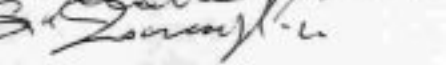
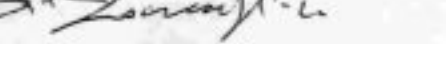
L'Assessorato alla sanità inoltre si impegna ad inoltrare alla Presidenza, titolare delle convocazioni del tavolo, la proposta di parte sindacale finalizzata ad integrare il Tavolo dello Sviluppo con due/tre rappresentanti sindacali della Dirigenza auspicando un accoglimento dell'istanza.

Le parti inoltre condividono la rivisitazione del "Protocollo d'intesa sulle Relazioni sindacali" finalizzata all'aggiornamento, laddove necessario, del documento che viene confermato nell'impianto complessivo.

Milano, 31 gennaio 2008

Delegazione di parte pubblica

OOSS Dirigenza

<p>LI ANEUORE </p> <p>IC DC SOE </p> <p>CIVICPSI (SIV) </p> <p>IPC BILITICA </p> <p>AIPAC - AR001 </p> <p>Locali </p>	<p>FED MEDICI </p> <p>SIDIE SS </p> <p>CISL - MEDICI </p> <p>CONFEDIR SANITA' </p> <p>ANAPAO </p> <p>SIS-SIABI </p> <p>FCSITC </p> <p>SINATO </p> <p>AUPI </p> <p>SVA Med. </p>
--	---

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	GIOSI 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	335/595603
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 MARIANONETTA	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	0931/724292
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
FACCIOI GIORGIO	0425/704487	PAINI GIANCARLA	347/2211654	VACCA LUCIANA	338/2688737
FEDELE MARIA	333/7585862	PALMA G. LUIGI	0836/554819	VENTURELLA LIVIRA	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
armiomba@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 0931/724292
 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

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di marzo 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

