

NOTIZIE

- » **La Salute tra Federalismo e Devolution**
- » **Aziende e Incarichi: la sindrome del Re Sole**
- » **Gli psicologi ospedalieri e il supporto agli operatori**
- » **Linee guida dell'International School Psychology Association**

Notizie

SOMMARIO

Ψ
AUIPI

3

La Salute tra Federalismo e Devolution - M. Sellini

7

Vertenza per la salute

11

Aziende e Incarichi: la sindrome del Re Sole - R. Perini

16

Gli psicologi ospedalieri e il supporto agli operatori - G. B. Tiengo, S. Zanini

26

Linee guida dell'International School Psychology Association - V. Tummino, E. Riva

36

Applicazione del contratto dei convenzionati in Piemonte:
il lavoro della Commissione ex Art. 12 - G. Marengo

37

Regione Emilia: Formazione Quadri

43

Regione Emilia: Orgnizzazione S.S.R.

50

Granada 2005: Congresso EFPA - D. Moro

56

In ricordo di... - G. Cavadi

58

Recensioni - G. Cavadi

61

Quadri AUIPI

63

Schede d'iscrizione

La Salute tra Federalismo e Devolution

Mario Sellini
Segretario Generale

Il clima, la temperatura ed il calendario ci dicono che, finalmente è arrivata la primavera. E con la primavera meteorologica è arrivata anche una nuova stagione politico-istituzionale. Ed è una stagione che rischia di influenzare e condizionare la nostra vita molto più di quanto non faccia la primavera. Ci sono state le elezioni per il rinnovo dei Consigli Regionali. È stata approvata, in prima lettura, la legge di riforma costituzionale che va sotto la denominazione di “Devolution” (definizione pessima almeno quanto i contenuti).

I “fatti” che andranno a costruire questa nuova stagione politico-istituzionale ci porteranno davvero la primavera? E la Salute, che tanta parte ha nella nostra vita quotidiana, di cittadini e di operatori, davvero potrà vivere una nuova stagione e potrà finalmente rifiorire?

A queste e ad altre domande proveremo a rispondere.

La Salute (dei cittadini) è l'effetto concreto e visibile dell'effettivo funzionamento della Sanità nel nostro Paese. La Salute è la risultante di un processo che è la Sanità. Quanto più questo processo è corretto e virtuoso tanto più è probabile che la nostra Salute sia correttamente garantita.

E questo binomio, inscindibile, Salute/Sanità è il centro motore intorno al quale ruota la Politica dei Consigli Regionali usciti dalle urne elettorali, ed è, insieme alla scuola, il fulcro della c.d. “Devolution”.

La “devolution” non sarebbe tale se non investisse, direttamente e pesantemente, la Sanità.

Come abbiamo già fatto, su queste stesse pagine, negli anni scorsi, quando abbiamo fortemente criticato la riforma costituzionale approvata nella passata legislatura dalla maggioranza di centrosinistra, oggi non possiamo non evidenziare, non i rischi, ma la certezza di uno sfascio completo e totale della Sanità, intesa come valore etico e sociale garantito dalla Costituzione.

Quello che paventiamo non è un rischio. È una certezza.

E la certezza deriva dall'esperienza che tutti noi abbiamo maturato in questi ultimi tre anni, fin dalla data di approvazione della riforma costituzionale nel 2001.

Da quell'anno, la Sanità è diventata, usando un termine tecnico, “Materia concorrente”. Materia sulla quale, lo Stato e le

Regioni avrebbero dovuto trovare le opportune intese, a garanzia dei principi di uguaglianza ed universalità del Sistema Sanitario.

Cosa è accaduto in questi tre anni?

Le uniche intese che Stato e Regioni hanno cercato e trovato sono state quelle relative alla “spartizione” o con termine meno brutale la “ripartizione” delle risorse economiche.

Le uniche due intese sono quelle che le Regioni hanno trovato con i Ministri dell'Economia, Tremonti nel 2001 e Siniscalco nel 2005, niente di più. Questo è solamente il primo, perverso, effetto della sciagurata riforma approvata nella passata legislatura.

Trovato un accordo, più o meno soddisfacente sul piano economico-finanziario, tutto il resto è stato affidato ad una gestione di routine che, nella migliore delle ipotesi, nulla ha modificato. In altri casi, non sporadici, si è dato sfogo ad una finanza creativa che trova nella “cartolarizzazione” e nella costituzione di “società miste” i più “fulgidi” esempi.

Non si è saputo e spesso non si è voluto trovare la soluzione capace di garantire bilanci “sani” ma non a scapito della qualità dell'offerta di servizi e cure per i cittadini.

Da quando la gestione della Salute è passata nelle mani degli esperti di economia e di finanza, si è provveduto alla “cura” dei bilanci a scapito della salute dei cittadini. In qualche caso i bilanci sono stati “curati” con cure palliative senza voler incidere realmente ed in profondità negli sprechi determinati da una cattiva gestione.

L'economicismo che ha imperversato in questi anni, per alcuni amministratori, è stato un ottimo paravento per nascondere ed incrementare sprechi, clientelismo e cattiva amministrazione. Il processo di aziendalizzazione, che pure contiene spunti ed importanti elementi di correzione del sistema, è stato inteso come libertà assoluta nella gestione delle aziende. La libertà organizzativa è diventata immediatamente arbitrio assoluto. Nessun vincolo e nessuna regola da rispettare, neppure quelle imposte dal mercato.

E allora si taglia sull'erogazione dei servizi. Si bloccano le assunzioni. Niente più concorsi. Si tagliano i Fondi per il personale, per le apparecchiature, si lesina su tutto ma....

sbocciano e fioriscono le consulenze. E sono consulenze d'oro. Ricchissime.

Da un lato consulenze d'oro agli "amici degli amici", dall'altro migliaia e migliaia di rapporti di lavoro atipici, contratti libero professionali (da fame), rapporti di lavoro co.co.co. dove domina nel modo più assoluto il precariato e la c.d. "flessibilità".

E chi gestisce il personale e le "risorse umane" in questo modo, sfuggendo a qualsiasi regola e controllo, sa benissimo quale potere è in grado di esercitare sui professionisti.

Ma non si può far finta di non sapere che questo assurdo potere discrezionale è esercitato ai danni di professionisti che sono chiamati ad esercitare la professione per garantire la Salute dei cittadini.

Un esempio emblematico.

La vigente normativa concorsuale prevede che la nomina del Direttore di Struttura Complessa sia fatta dal Direttore Generale dell'azienda, all'interno di un elenco di idonei. Da questo elenco di idonei, il Direttore Generale può scegliere a suo piacimento.

La norma concede al Direttore Generale la totale discrezionalità, concedendogli di scegliere a suo piacimento ma...all'interno un elenco di soggetti dichiarati idonei da una Commissione esaminatrice.

Non sarà la soluzione ottimale, ma è un buon punto di mediazione.

Eppure, anche così, non va bene.

Le aziende non vogliono neppure un elenco di idonei. Questo elenco gli sta stretto. Non gli va giù. Proprio non lo vogliono. Chiedono di poter scegliere in modo assolutamente arbitrario senza neppure l'impaccio di una Commissione.

Ed è quello che stanno già facendo. Utilizzando, a sproposito, l'articolo 15 septies del D.Lgs. n.229/99, affidano incarichi di Direzione di Struttura Complessa infischiosene della normativa concorsuale.

E la Corte dei Conti ha avuto molto da ridire sulle modalità di attribuzione di questi incarichi.

Ed il Dipartimento della Funzione Pubblica ha giustamente, sentito l'esigenza di richiamare al rispetto delle regole le Amministrazioni emanando una Circolare, la n.4/2004, che contiene i principi che devono guidare l'attività amministrativa.

Ma le Regioni fanno orecchi da mercante. Il Federalismo oggi, la Devolution domani. Ma chi farà rispettare le regole? Lo Stato? Potrebbe. A costo di alimentare un contenzioso conti-

nuo e defatigante con Regioni, con un arbitro, la Corte Costituzionale, anch'essa oggetto di un pesante e pericoloso intervento di riduzione dei suoi poteri, della sua autonomia e, soprattutto della sua funzione di garanzia.

La Corte dei Conti, la Funzione Pubblica, la Corte Costituzionale, nulla potranno a fronte di un Federalismo risoso o peggio di una pericolosa e devastante Devolution.

E la Sanità incide fortemente nella politica regionale perché le scelte di politica sanitaria investono la nostra esistenza quotidiana e la qualità di vita delle nostre comunità locali, ed anche perché la Sanità regionale gestisce il 60% di tutto il bilancio delle Regioni.

Tutta la struttura regionale dipende in gran parte dalle risorse destinate alla Sanità. E con quelle si può fare tanto clientelismo, si possono gestire affari e malaffari.

E se queste sono le premesse, se questo è quanto i nuovi Consigli Regionali hanno ereditato dalla passata consiliatura, se questi sono gli effetti della sciagurata riforma costituzionale approvata nella passata legislatura, quali potranno essere gli effetti della Devolution in campo sanitario?

Effetti esiziali per il sistema sanitario e per la salute dei cittadini.

21 Sanità diverse. 21 stati giuridici del personale diversi. 21 contratti diversi. Impossibilità di curarsi fuori dai confini della propria regione. Impossibilità per il personale di trasferirsi da una regione all'altra. Moltiplicazione esponenziale dei costi. Aumento del carico fiscale e dei ticket per i cittadini. Drastica riduzione dei servizi. I LEA, Livelli Essenziali di Assistenza diventeranno delle dichiarazioni d'intenti. Verranno meno i principi di sussidiarietà e di universalità dell'assistenza sanitaria. Ed in fondo a questo tunnel...le Assicurazioni. Da brivido. È una prospettiva da brividi. Dario Argento, maestro del brivido, non saprebbe immaginare una trama tanto perversa, come quella che la Devolution traccia per il nostro futuro.

Come operatori, come Dirigenti del Servizio Sanitario, come cittadini, abbiamo il dovere di opporci ad una Riforma che metterà fuori dal sistema delle garanzie milioni di cittadini.

Dobbiamo opporci a questa legge di riforma costituzionale. Ma dobbiamo anche chiedere, con forza, che sia rivista la riforma costituzionale approvata nella passata legislatura. La Sanità, lo stato sociale vanno ripensati nel rispetto dei principi fondanti la convivenza civile.

Questo è l'unico modo per impedire il completo affossamento della Sanità oggi e della Salute dei cittadini, domani.

Quando questo numero arriverà nelle vostre case, l'ipotesi di accordo per il nuovo Contratto sarà quasi sicuramente siglato. Certamente il quadriennio normativo 2002 – 2005 ed il biennio economico 2002 – 2003.

Gli incrementi economici per il primo biennio (2002 – 2003) si attesteranno, mediamente sul 6%.

L'incremento medio mensile dovrebbe attestarsi sui 260/280,00 €.

Tutti gli incrementi del I° biennio economico saranno "spalmati" sulle voci fisse del salario. La maggior parte delle risorse "fresche" saranno utilizzate per incrementare il Tabellare. Le rimanenti risorse saranno riversate sul Salario di Posizione.

Il nuovo Tabellare comprenderà l'Indennità Integrativa Speciale, una quota del Salario di Posizione ed una quota del Salario di Risultato. Questa operazione consentirà di semplificare la struttura complessiva del Salario e di portare il Tabellare a €. 35.328,00 cui dovrà essere aggiunta la tredicesima mensilità.

Difficilmente riusciremo a chiudere l'accordo anche per il secondo biennio economico (2004 – 2005). Le posizioni restano ancora lontane. Noi chiediamo un incremento pari all'8%.

Il Governo è partito dal 3,7% per arrivare al 4,1%. Alcune componenti della Maggioranza di Governo hanno dato la disponibilità a superare il 5%.

La trattativa è in corso ed è difficile, almeno allo stato attuale, prevedere quando si potrà chiudere l'accordo economico per il secondo biennio e soprattutto a quali condizioni.

Quello che è certo è che gli incrementi per i due bienni economici 2002 – 2003 e 2004 – 2005 non saranno, complessivamente, inferiori al 10% mensile.

Sono anni che chiediamo al nostro Consiglio Nazionale dell'Ordine un intervento forte e determinato per far approvare il Nomenclatore Tariffario. Continuiamo a non comprendere come mai si riescono ad ottenere proroghe su proroghe (vantaggi per pochi Presidenti) e non si riesca a convincere il Ministro della Giustizia a firmare il nostro Nomenclatore, che interessa tutti e 40.000 gli iscritti all'Ordine.

Abbiamo insistito tanto senza alcun risultato.

Di più l'AUPI non può fare anche perché la nostra legge ordinistica assegna questa competenza al Consiglio Nazionale.

Ancora una volta l'assenza di iniziativa e di determinazione

del Consiglio Nazionale dell'Ordine rischia di provocare danni alla nostra professione.

Danni ai 40.000 Psicologi iscritti all'Ordine e danni, gravissimi, a tutti gli Psicologi che, a vario titolo, lavorano nel o con il Servizio Sanitario.

Presso il Ministero della Salute è in corso la revisione dell'Elenco delle prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario e delle relative tariffe. È un atto fondamentale perché fissa quali sono le prestazioni che la Sanità deve erogare. Stabilisce ciò che serve ai cittadini e ciò che deve essere erogato. Le prestazioni importanti per la salute dei cittadini e quelle che importanti non sono. Ciò cui hanno diritto i cittadini per la prevenzione, la cura e la riabilitazione.

Le prestazioni che non sono o non saranno inserite in quest'elenco non esistono o non sono comunque ritenute importanti ed utili per la Salute dei cittadini.

I LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, saranno costruiti ed individuati sulla base delle prestazioni ricomprese in questo elenco.

È un momento importante perché sono trascorsi 10 anni dall'ultimo aggiornamento e, francamente, non vorremmo farne trascorrere altri 10 prima di vedere soddisfatte le nostre legittime richieste. Perdere oggi questo "treno" significa restare fermi per i prossimi dieci anni con il rischio di vedere emarginata l'area di Psicologia e le nostre due Discipline.

L'AUPI si è immediatamente attivata per fronteggiare questa situazione. Abbiamo elaborato una nostra proposta che solo in parte può tener conto della proposta di Nomenclatore elaborata dal Consiglio Nazionale. La nostra proposta deve tener conto e deve essere integrabile con le proposte che provengono da tutte le altre professioni e discipline presenti nel Servizio Sanitario.

Ci siamo attivati e chiederemo l'autorevole intervento del neo Sottosegretario alla Salute, sen. Rocco Salini. Il sen. Salini ci sempre stato molto vicino ed ha sempre valutato con grande attenzione le problematiche degli Psicologi. I più vecchi tra noi ricorderanno l'intervento che il Sen. Salini, allora Presidente della Giunta Regionale dell'Abruzzo, fece, nel lontano 1992, al Congresso Nazionale dell'AUPI.

Ci siamo attivati e faremo di tutto per non perdere questo "treno".

Siamo consapevoli che dovremo mettere tutto il nostro impegno, ed anche qualcosa in più, perché la nostra richiesta, le

nostre proposte sono, allo stato attuale, intrinsecamente, deboli.

Ma non è una debolezza di tipo culturale o scientifico. No è una debolezza che possiamo definire "politica".

Una debolezza che deriva dall'assenza di un Nomenclatore Tariffario degli Psicologi.

Noi sappiamo che quando andremo a proporre l'inserimento delle prestazioni che gli Psicologi erogano nel Servizio Sanitario nell'elenco delle prestazioni erogabili, la prima osservazione che ci faranno sarà questa: *"ma gli Psicologi non hanno un loro Nomenclatore Tariffario"*.

Sarà, per noi, duro spiegare, motivare, argomentare e soprattutto convincere che, nonostante l'assenza di un Nomenclatore Tariffario per gli Psicologi, è importante per la Salute dei cittadini, poter contare su un elenco, certo ed aggiornato, di prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche. Quanto sarebbe stato bello poter esporre ed argomentare le nostre richieste facendo riferimento al Nomenclatore Tariffario degli Psicologi, firmato dal Ministro della Giustizia e pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

Quanto lavoro in meno per l'AUPI e quanti risultati in più per gli Psicologi.

In ricordo di Papa Giovanni Paolo II





MODULARIO
M. L. A. S. - 97



MOD. 68

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

DIREZIONE GENERALE DELLA TUTELA DELLE CONDIZIONI DI LAVORO
DIVISIONE VII

Telefax n. 0636754023



Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

TELEFAX

Partenza - Roma, 21/02/2005
Prot.: 15 / 0003067 / 18.01.04

Mittente

From: DIV. VII DIREZIONE GENERALE DELLA TUTELA DELLE CONDIZIONI DI LAVORO

Destinatario / To:

N. Telefax / Fax Number

COMMISSIONE DI GARANZIA
ANAAO ASSOMED

06.85986095
06.48903523

ANPO
AUPI
CIDA SIDISS
CIMO ASMD
CIVEMP
CONFEDIR. SANITA'
FED. CISL MEDICI - COSIME
FED. MEDICI aderente UIL FPL
FESMED
FP CGIL MEDICI
SINAFD
SNABI SDS
UMSPED
DIPARTIMENTO FUNZIONE PUBBLICA
CINSEDO
SISAC

06.68997044
06.4881658
06.478394234

Eventuali comunicazioni INVIO COMUNICATO DEL 17 FEBBRAIO 2005

NUMERO PAGINE (compresa quella di copertina): 3

number of pages (including this cover):

**SE LA RICEZIONE NON E' STATA CHIARA SI PREGA CONTATTARE:
06-36754892/06-36754317**



MCC. 88

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

DIREZIONE GENERALE DELLA TUTELA DELLE CONDIZIONI DI LAVORO
DIVISIONE VII

COMUNICATO

Il giorno 17 febbraio 2005 presso il Ministero del lavoro e della politiche sociali, alla presenza della dott.ssa Maria Giovanna Fragiaco, si è svolta una riunione, indetta per esperire la procedura di conciliazione prevista all'art. 1, comma 4 della legge 83/2000, di modifica dell'art. 2 comma 2 della legge 146/90 in materia di diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali,

Sono presenti:

- per ANAAO ASSOMED il dr. Serafino Zucchelli
- per ANPO il dr. Erasmo Rondanelli
- per AUIPI il dr. Mario Sellini
- per CIDA SINDIRSS il dr. Franco Socci
- per CIMO ASMD il dr. Alberto Clivati, il dr. Stefano Biasoli e il dr. Riccardo Cassi
- per CISAL MEDICI il dr. Vincenzo Soldano e il dr. Giacomo Tema
- per CIVEMP il dr. Serafino Zucchelli
- per CONFEDIR SANITA' il dr. Alberto Clivati
- per FED. CISL MEDICI -COSIME il dr. Giuseppe Garraffo
- per FED. MEDICI aderente UIL FPL il dr. Armando Masucci
- per FESMED il dr. Massimo Percoco
- per SINAFO il dr. Mario Sellini
- per SNAH SDS il dr. Giampaolo Leonetti
- per UMSPEC il dr. Francesco Luca'
- per il DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA il dr. Luigi Capogna
- per CINSEDO nessun rappresentante
- per l'ARAN nessun rappresentante

ANAAO ASSOMED

21

Tale riunione è stata determinata dalla volontà di proclamare uno sciopero delle categorie di medici dalle organizzazioni sopracitate per rivendicare quanto segue:

- rilevare la sostanziale inutilità del confronto fino ad ora effettuato che portato la controparte ad accettare quasi nessuna delle richieste presentate;
- ribadire l'impossibilità di accettare un quadro normativo che peggiora le attuali condizioni di lavoro;
- ritenere del tutto inadeguati i finanziamenti per il II biennio economico;
- ribadire la comune volontà di giungere nel più breve tempo possibile, anche procedendo a tappe forzate, alla conclusione della trattativa contrattuale del quadriennio normativo e dei due bienni economici.

A questo proposito il rappresentante del Dipartimento della Funzione Pubblica dichiara quanto segue: "La competenza per l'individuazione di idonee soluzioni delle problematiche relative al rinnovo del CCNL in oggetto è del Comitato di settore e del Ministero delle economia e delle finanze. Infatti ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.lgs n.165 del 2001, il Governo non ha potere di intervento diretto, con riferimento al rinnovo del CCNL in questione, in quanto l'attività di contrattazione è di esclusiva competenza dell'ARAN, secondo gli atti di indirizzo impartiti dal Comitato di settore competente, formato dal Ministero della Salute e dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni.

Il Ministro per la Funzione Pubblica ha richiesto notizie all'ARAN, per le vie brevi, che ha fornito le risposte.

Le OO.SS. sindacali presenti al Ministero del lavoro per il tentativo di conciliazione relativo alla dichiarazione di stato di agitazione proclamato in data 9 febbraio 2005, per l'andamento deludente della trattativa per il rinnovo del contratto nazionale di lavoro scaduto il 31 dicembre 2001., rilevano la sostanziale assenza della controparte rappresentata soltanto da un dirigente del Ministero della funzione pubblica, che esprime profondo disinteresse per i problemi sollevati dai dirigenti del SSN, ribadiscono che l'insoddisfazione non riguarda soltanto i contenuti economici della proposta governativa, ma in via prioritaria, gli aspetti normativi dei testi prodotti e ritenuti inaccettabili nei punti essenziali ed al limite della provocazione. Ribadiscono pertanto la volontà di proclamare uno sciopero nazionale della categoria.

In considerazione di tutto quanto sopra il Ministero del lavoro, preso atto della impossibilità di addivenire ad una conciliazione delle parti, dichiara esaurito e concluso il tentativo di cui alla legge 83/2000.

Al Signor Questore di Roma
Via San Vitale, 15
00184 Roma

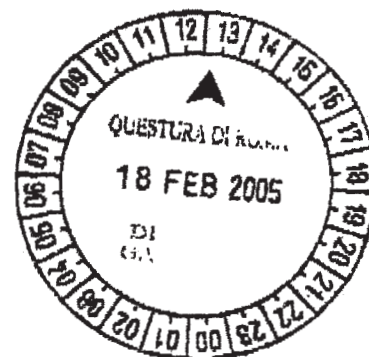
Roma, 17 febbraio 2005
Prot. N. /2005/SNrm/as

Oggetto: Preavviso di presidio pubblico ai sensi dell'art. 18 del T. U. delle Leggi di Pubblica Sicurezza di cui al R.D. 18-6-1931 n. 773

Le sottoscritte Organizzazioni Sindacali della dipendenza medica, veterinaria, sanitaria, amministrativa, tecnica e professionale del Ssn, stante il deludente andamento della trattativa per il rinnovo del CCNL scaduto da oltre tre anni, trattativa che si trascina stancamente da oltre cinque mesi senza che ancora siano state identificate concrete soluzioni ai problemi posti dalla categoria, intendono manifestare il loro dissenso attraverso una pacifica manifestazione di protesta che si realizzerà con un presidio dei Responsabili Nazionali delle principali Sigle sindacali sotto elencate nello spazio antistante la sede del Cinsero - Via Parigi, 11 dalle ore 10,00 alle ore 13,00 del giorno 4 marzo 2005.

i dichiara, inoltre, che il numero di partecipanti non supererà le ~~100~~ unità e che tale sit-in non avrà ripercussioni sulla viabilità della zona e sulla normale attività lavorativa.

Distinti saluti.



ANAAO ASSOMED - ANPO - AUPT - CIDA-SIDIRSS - CIMO-ABMD (SNAMI Ospedallieri - UNIONE MEDICA - UGL Medici) - CIVEMP (SIVEMP-SIMET) - CONFEDER SANITA' (SICUS-SIDAS) -
FEDERAZIONE CISL MEDICI-COBIME (DIRSAN MEDICI-CISAS MEDICI-SAPMI-USPI) -
FEDERAZIONE MEDICI aderente UIL-FPL (AMCO - COAS - CUMIAISS - FAPAS - FIALS - FNAM - Nuova ASCOTTI -
SAPMI - UIL-PPL MEDICI - UMI-UMUS) - FESMED (ACOI-ANMCO-AOGOI-SUMI-SEDI-FEMEPA-ANMDO) - FP
CGIL MEDICI - SINAFO - SNABI SDS - UMSPED (AAROI-AIPAC-SNR)

Aziende e Incarichi: la sindrome del Re Sole

RINALDO PERINI

La trattativa per il rinnovo del CCNL è sempre occasione di confronto e scambio d'informazioni, ma a volte sembra l'incontro di due mondi: quello reale rappresentato dalle organizzazioni sindacali e quello alieno rappresentato dall'ARAN. Nel mondo alieno le aziende sanitarie funzionano a pieno regime ormai da anni, sono regolate da Atti aziendali che valorizzano e dispiegano al meglio l'utilizzo delle risorse. Quello che si chiama il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario è un sistema maturo governato dalla netta autonomia e distinzione tra le funzioni d'indirizzo e le funzioni gestionali. Nel mondo reale le aziende sanitarie sono governate da direttori generali che muovono i primi monocratici passi ed hanno del concetto di autonomia aziendale la stessa visione responsabile di un ragazzo di 18 anni quando i genitori gli dicono che partiranno per sette giorni. Gli Atti Aziendali, quando esistono, spesso l'unica parentela che hanno con il razionale disegno di una organizzazione che ha il fine di produrre e gestire servizi per la salute è quella formale. Questo nel senso che abbondano di organigrammi e flow chart, impeccabili rappresentazioni che il computer consente di realizzare, ma sono privi di un disegno razionale che spesso è sostituito da una miscela tra le rimembranze di una dispensa della Bocconi e l'accogliamento delle più varie richieste di collocazione e di attribuzione d'incarichi semplici complessi ora a questo ora a quello. Come in un caleidoscopio strutture semplici e complesse nascono, si aggregano costituiscono dipartimenti che secondo i tempi medi di permanenza dei direttori generali che non superano i 30 mesi, cambiano forma funzione e dimensione.

L'ARAN finge di non sapere del mondo reale ed ad ogni richiesta sindacale volta a vincolare le aziende alla loro funzione frappone lo scudo dell'"Autonomia Aziendale".

Chi ha avuto la pazienza di leggere sino a questo punto può legittimamente chiedersi su cosa si fondino le affermazioni che precedono per questo di seguito ecco i dati relativi alla dirigenza nel servizio sanitario e sull'articolazione funzionale tra strutture semplici e complesse.

L'analisi che segue si articola in tre fasi:

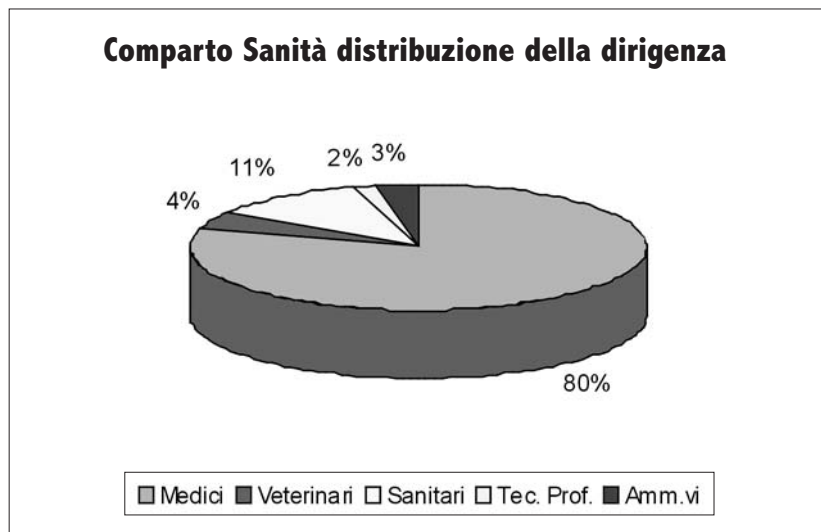
1. quadro complessivo della distribuzione della dirigenza per profili;
2. distribuzione per profili di Strutture Complesse, Semplici ed Altri Incarichi;
3. rapporto per profili tra Strutture Semplici e Complesse.

I dati su cui sono basate le rappresentazioni che seguono sono quelli forniti dal Ministero del Tesoro, in occasione della trattativa nazionale per il rinnovo del CCNL e fotografano la situazione della Dirigenza nel SSN al 31.12.2001.

Quadro complessivo della distribuzione della dirigenza per profili

I dirigenti nel Comparto Sanitario sono complessivamente 129.384, articolati secondo quanto illustrato dalla tabella e dal grafico che segue.

Dirigenti Comparto Sanità	N°.	%
Dirigenza Medica	103226	79,78
Dirigenza Veterinaria	5690	4,40
Dirigenza Sanitaria	14333	11,08
Dirigenza Tecnico Professionale	2144	1,66
Dirigenza Amministrativa	3991	3,08
Totale	129384	100,00



Per sviluppare un'analisi dei profili possiamo suddividere i dirigenti per area di funzione che individuiamo attraverso il Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

La norma definisce il SSN: "1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto."

Possiamo pertanto individuare due aree:

1. Area di produzione delle funzioni e attività assistenziali;
2. Area di supporto alla produzione delle funzioni e attività assistenziali.

La prima area comprende i dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari che presiedono direttamente al rilascio di prestazioni sanitarie ai cittadini secondo l' Area e la Disciplina di appartenenza

La seconda area comprende i dirigenti Tecnici, Professionali e Amministrativi che garantiscono gli interventi organizzativo gestionali di supporto per il funzionamento delle aziende sanitarie e per il rilascio delle funzioni e attività assistenziali.

La distribuzione del numero degli addetti tra le due aree indicata nella tabella e nel grafico a seguire mostra rispetto alla numerosità una distribuzione in sostanziale equilibrio in cui l'area della produzione impiega il 95% dei dirigenti e quella di supporto il 5%.

Dirigenti Comparto Sanità per aree	N°.	%
Area di produzione funzioni e attività assistenziali	123249	95,26
Area di supporto funzioni e attività assistenziali	6135	4,74
	129384	100,00



Ora analizziamo l'articolazione delle strutture e degli incarichi rispettivamente: per l'Area di produzione delle funzioni e attività assistenziali e per l'Area di supporto alla produzione delle funzioni e attività assistenziali.

I dati sono rappresentati nella tabella e nel grafico seguente e contrariamente alla precedente analisi vediamo che nell'area di produzione e nell'area di supporto l'articolazione tra strutture complesse, semplici ed altri incarichi assume una diversa configurazione che il grafico attraverso il confronto tra i valori percentuali rende in tutta la sua evidenza.

	Area di produzione ¹		Area di supporto ²	
	N°.	%	N°.	%
Strutture Complesse	11312	9,18	2178	35,50
Strutture Semplici	17442	14,15	439	7,16
Altri Incarichi	94495	76,67	3518	57,34
	123249		6135	

L'area di supporto assume infatti in particolare per le funzioni amministrative, come si vedrà nel seguito, l'aspetto di una piramide rovesciata che sovrverte il rapporto o meglio la relazione funzionale tra strutture semplici e complesse.

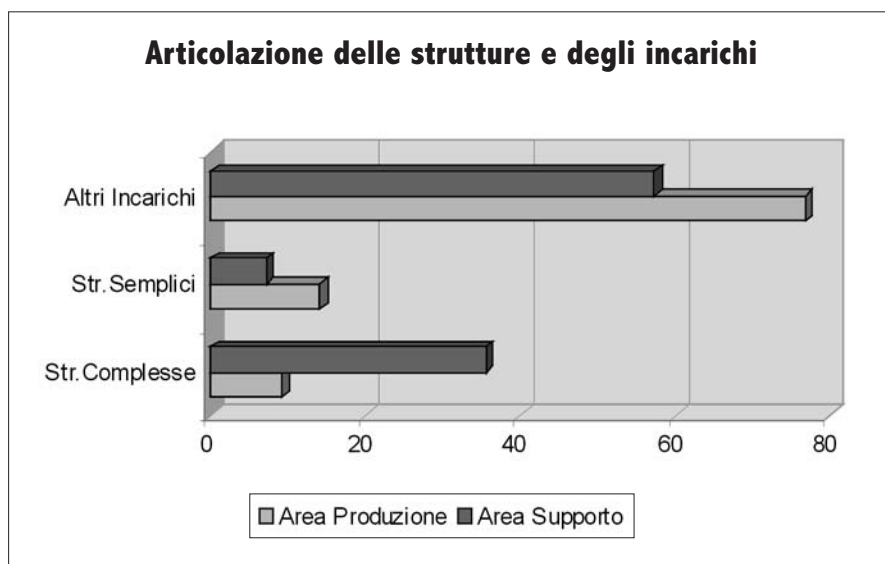
Di questo dato è difficile dare una spiegazione razionale se non quella che le direzioni generali vogliono attorniarci di strutture com-

¹ Area di produzione delle funzioni e attività assistenziali; comprende i dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari che presiedono direttamente al rilascio di prestazioni sanitarie ai cittadini secondo l' Area e la Disciplina di appartenenza.

² Area di supporto alla produzione delle funzioni e attività assistenziali; comprende i dirigenti Tecnici, Professionali e Amministrativi che garantiscono gli interventi organizzativo gestionali di supporto per il funzionamento delle aziende sanitarie e per il rilascio delle funzioni e attività assistenziali

plesse e che i corridoi delle direzioni aziendali debbano essere percorsi da direttori di strutture complesse che con tale titolo compenseranno la scarsa articolazione delle risorse umane a loro attribuite e daranno al direttore generale la serena certezza che come il Re Sole ovunque egli poggi lo sguardo incontrerà quello di un Direttore.

Quanto tutto ciò corrisponda ad una funzionale organizzazione lo lascio decidere a chi ha la pazienza di leggere.



Distribuzione e rapporto per profili di Strutture Complesse, Semplici ed Altri Incarichi

Le tabelle che seguono illustrano la distribuzione degli incarichi per ogni profilo se assumiamo l'idea che vi debba essere generalmente un collegamento funzionale tra le strutture complesse, le strutture semplici e gli altri incarichi e che questo sistema non solo organizza la funzione dirigenziale, ma l'insieme dell'attività aziendale, in quanto in esso è organizzata l'attività del restante personale del comparto non possiamo non rilevare come un'analisi più dettagliata non faccia che evidenziare forti elementi di squilibrio.

Distribuzione per profili di Strutture Complesse, Semplici ed Altri Incarichi

	Area di produzione			Area di supporto	
	Dirigenza Medica	Dirigenza Veterinaria	Dirigenza Sanitaria	Dirigenza Tecnico Profess.	Dirigenza Amm.va
	N.°	N.°	N.°	N.°	N.°
Struttura Complessa	9915	535	862	435	1743
Struttura Semplice	14915	803	1724	52	387
Altri Incarichi	78396	4352	11747	1657	1861
	103226	5690	14333	2144	3991

	Area di produzione			Area di supporto	
	Dirigenza Medica	Dirigenza Veterinaria	Dirigenza Sanitaria	Dirigenza Tecnico Profess.	Dirigenza Amm.va
	N.°	N.°	N.°	N.°	N.°
Struttura Complessa	9,61	9,40	6,01	20,29	43,67
Struttura Semplice	14,45	14,11	12,03	2,43	9,70
Altri Incarichi	75,95	76,49	81,96	77,29	46,63
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Rapporto per profili tra Strutture Semplici e Complesse

Profili	Rapporto Strutture Semplici/Complesse	Rapporto Altri Incarichi / Strutture Semplici
Dirigenza Medica	1,50	5,26
Dirigenza Veterinaria	1,50	5,42
Dirigenza Sanitaria	2,00	6,81
Dirigenza Tecnico Professionale	0,12	31,87
Dirigenza Amministrativa	0,22	4,81

Come si vede da questa analisi di dettaglio nell'area della produzione si apprezza una razionalità che, osserviamo, vede penalizzata la dirigenza sanitaria, ma traccia una relazione tra le tre tipologie d'incarichi che corrispondono all'articolazione operativa dei servizi dell'azienda, diversa è la condizione dell'area di supporto per la quale è difficile comprendere quale relazione intercorra tra le tre tipologie d'incarichi, se non quella della capacità di negoziazione con le direzioni generali.

Gli psicologi ospedalieri e il supporto agli operatori.

GIAN BATTISTA TIENGO, SUSANNA ZANINI *

Il supporto e la formazione per gli operatori sanitari sono ambiti complessi di intervento psicologico, nei quali si intrecciano competenze cliniche e relazionali. Gli infermieri sono sempre più responsabilizzati a fornire una assistenza qualificata dalla capacità di cogliere i bisogni biopsicosociali del paziente (e dei famigliari) e di fornire risposte diversificate – personalizzate. Diventa pertanto centrale la diffusione della conoscenza dei rapporti tra gli aspetti biologici, psichici e sociali della salute e della malattia.

Le origini e le evoluzioni dell'esperienza

Nella primavera del 2002 si sono avviate alcune attività psicologiche della Struttura Semplice Servizio di Consultazione Psicologica & Psicoterapia per la Struttura Complessa Nefrologia, Dialisi e Terapia del Trapianto Renale della A. O. Niguarda di Milano. Il supporto psicologico in questa prima fase è stato riservato prevalentemente ai pazienti e ai loro famigliari nei frangenti più critici dell'evoluzione cronica delle patologie renali (uremia, pre dialisi, inizio dialisi, trapianto da cadavere e da vivente), provenendo dai medici e dagli infermieri della nefrologia segnalazioni differenziate in tal senso. Successivamente il nostro sostegno è stato richiesto anche dagli operatori, per cui ci siamo confrontati per offrire risposte diversificate ai bisogni esposti da alcuni infermieri durante alcuni incontri preliminari. Abbiamo organizzato riunioni periodiche con un gruppo motivato di infermieri, come approfondisce Tiengo che ha gestito questa fase supportiva.

Le riunioni con gli infermieri

Questa prima fase è consistita in una proposta rivolta a tutto il personale infermieristico attraverso la seguente circolare informativa che aveva lo scopo sia di motivare le persone a partecipare che di superare le difficoltà organizzative.

Il Servizio di Consultazione Psicologica & Psicoterapia costituito di recente nell'Ospedale Niguarda sta collaborando con diversi reparti con l'obiettivo di utilizzare gli strumenti della **psicologia nell'approccio alla malattia ed al paziente**. Anche nel Suo reparto è iniziata una **collaborazione** in tal senso con il **personale medico**.

Il presente documento ha lo scopo di conoscere il Suo parere in proposito, rilevare un eventuale personale **interesse o motivazione** ad approfondire in incontri inizialmente di gruppo e poi anche individuali, durante l'**orario di servizio**.

L'**obiettivo** è quello di confrontarsi sulle **implicazioni relazionali e comunicative come integrazione** delle abilità e capacità professionali già acquisite e che La vedono quotidianamente alle prese non solo con una malattia che trasforma spesso radicalmente la qualità di vita del paziente ma anche la propria per le implicanze emotive ed esistenziali nel **rapporto con il paziente stesso e con i colleghi**.

Il **risultato atteso** è quello di migliorare l'**azione di cura con vantaggio anche della propria qualità di vita** professionale che deriva da un progetto comune noto, consapevole e condiviso.

* Psicologi – psicoterapeuti, A. O. Niguarda Milano, Dipartimento di Salute Mentale, Servizio di Consultazione Psicologica e Psicoterapia.

Le **tematiche psicologiche** trattate riguarderanno:

- capire le proprie modalità di comportamento
- analizzare il proprio assetto cognitivo
- costruire una buona immagine di sé
- comunicare con sicurezza ed efficacia
- riconoscere e gestire le emozioni e i sentimenti
- sviluppare un alto grado di autoconsapevolezza
- motivare se stessi
- sviluppare la competenza nei rapporti interpersonali
- aiutare gli altri ad aiutare se stessi.

Tali tematiche, importanti anche nella vita extralavorativa, troveranno ovviamente un'applicazione specifica nella Sua attività professionale che più di altre presuppone e richiede competenze relazionali profonde.

Metodologia

Un mix di teoria e pratica, tramite esercitazioni e contesti di role playing, in gruppo, permetterà di raggiungere prima l'obiettivo di capire e poi quello di agire conseguentemente e consapevolmente.

Dopo un training in gruppo c'è la possibilità di approfondire e di verificare anche attraverso una supervisione individualizzata, il grado delle conoscenze e delle competenze acquisite.

A partire da **Settembre**, si pensa di iniziare con i primi 4 incontri che si terranno in un primo turno dalle ore **13,00 alle ore 14,30**, in un secondo turno (per chi non può partecipare al primo) dalle ore **19,00 alle ore 20,30**.

(breve questionario da riconsegnare, entro martedì 10 giugno, presso l'ufficio della Caposala):

- | | | |
|--|-----------|----------|
| 1 - Ritieni utile questa iniziativa? | SI' _____ | NO _____ |
| 2 - Ritieni di partecipare? | SI' _____ | NO _____ |
| 3 - Il giorno 11 giugno alle ore 13,00, ci sarà un incontro di presentazione ed illustrazione del progetto durante il quale Lei potrà motivare l'accordo o il disaccordo e proporre eventuali alternative. | | |
| Ritieni di partecipare? | SI' _____ | NO _____ |

L'esito del questionario ha registrato un forte interesse anche se poi per l'attuazione si sono presentati diversi problemi organizzativi.

L'iniziativa è comunque partita con un gruppo non numeroso ma costante e fortemente motivato.

Nel corso del 2004 gli infermieri particolarmente sensibili ai problemi del rapporto con i pazienti affetti da patologia renale e con i loro familiari, hanno chiesto di effettuare riunioni di gruppo con gli psicologi per discutere di situazioni concrete, di casi clinici problematici, del loro ruolo professionale che vorrebbero arricchire con competenze psicologiche per sostenere la loro motivazione e qualità lavorativa.

Stiamo predisponendo la valutazione del burn out degli infermieri e un sostegno per loro a "doppio binario", cioè riunioni di discussione sui casi clinici alternati ad incontri monotematici nei quali si riprendono gli argomenti emersi dalle riunioni sulle situazioni specifiche.

Il corso di aggiornamento

A seguito di una indagine esplorativa effettuata nel biennio 2002 e 2003 sulla qualità della vita dei pazienti dializzati nel nostro Ospedale, è stata richiesta anche dagli infermieri l'informazione sui risultati, che sono stati proposti in una versione preliminare in un contesto formativo condiviso con i medici nefrologi.

Nell'ambito di questa collaborazione siamo stati coinvolti (Zanini e Altieri) nella realizzazione di un corso di aggiornamento accreditato per infermieri che si è svolto nel 2003 in due edizioni, intitolato **Problemi emergenti in dialisi**.

Riportiamo integralmente l'intervento proposto e il report della parte pratica del corso, con l'obiettivo di ricostruire, pur virtualmente, il clima emotivo dell'evento, così carico di aspettative e di partecipazione attiva dalle varie parti in causa, da prolungare i tempi della scaletta prevista dagli organizzatori e da promuovere un dibattito che si è ripreso, nei brevi ritagli di tempo consentiti dal lavoro di assistenza ai pazienti, anche durante l'attività di routine con gli infermieri e i medici.

Ogni passo è stato illustrato da slide sintetiche per favorire l'attenzione e la concentrazione dei partecipanti, diapositive il cui testo è stato inserito nel cd degli atti. Hanno partecipato circa cento infermieri per ogni edizione.

Sono stati organizzati dai medici promotori del corso di aggiornamento due interventi psicologici, il primo teorico e propedeutico per la seconda parte pratica.

A parte teorica *Aspettative, qualità della vita e riabilitazione del paziente in dialisi: il sostegno psicologico ai pazienti e agli operatori per una migliore riabilitazione del paziente e interpretazione dei bisogni.*

Ringraziamo gli organizzatori per l'invito a presentare un contributo a questo corso di aggiornamento, proposta che conferma la reciproca disponibilità ad integrare le competenze dello psicologo con quelle del medico specialista e dell'infermiere, nell'ambito di una collaborazione professionale che nell'attualità si estende pressoché a tutte le Divisioni ospedaliere, ma soprattutto nelle Divisioni che si occupano della cura e dell'assistenza di pazienti cronici e terminali, pazienti che presentano caratteristiche mentali peculiari.

Meglio conosciamo i nostri pazienti e i loro famigliari anche sotto il profilo psicologico, più puntuale e più efficace sarà la nostra vicinanza emotiva e affettiva. Soprattutto l'infermiere che assiste il paziente e i famigliari "in prima linea" sul piano relazionale, attraverso l'acquisizione di una accurata preparazione psicologica si può giovare di una più ampia competenza tecnica che lo supporta a mantenere viva la motivazione professionale, a coltivare una qualità della vita professionale più soddisfacente, riducendo i rischi di stress e di burn out.

La **formazione universitaria** per l'infermiere prevede l'apprendimento di materie psicologiche, che si limitano però, necessariamente, alle basi teoriche delle dinamiche mentali e relazionali dell'essere umano, anche dell'individuo ammalato e ospedalizzato; raramente ci si addentra nello specifico delle varie fasi delle diverse patologie organiche e delle reazioni mentali nella cronicità e nel periodo terminale fino alla conclusione della vita. D'altro canto anche gli psicologi, salvo sparute esperienze pluriennali in alcune Regioni italiane, solo da qualche anno affiancano gli operatori dell'Ospedale Generale nella assistenza e nella cura del malato e dei suoi famigliari.

La nostra collaborazione con la nefrologia è iniziata appena un anno e mezzo fa, con alcune ore settimanali a disposizione, mantenendo prevalente la nostra presenza in psichiatria, ambito di provenienza storica di tutti noi psicologi ospedalieri.

Attingendo da quanto appreso da quindici anni di lavoro in psichiatria, ovvero che è necessario andare oltre alcune valutazioni generali, addentrando nella peculiarità della storia individuale e famigliare di ogni paziente, mi sono avvicinata ai pazienti (e con particolare attenzione ai pazienti più giovani) con molta curiosità e disponibile ad imparare dalla loro esperienza, ponendomi alcune domande dalle quali se ne sono sviluppate altre ancora: quali **bisogni specifici** presentano, ai differenti livelli delle patologie organiche e nelle diverse età e condizioni famigliari e sociali, per individuare le risposte e le risorse più indicate? quali meccanismi difensivi utilizzano? con quale tipo di adattamento o di **disadattamento**? come percepiscono e descrivono la loro **qualità della vita in riferimento alla loro malattia**?

I quesiti si stanno estendendo, oltre ai pazienti dializzati con le diverse metodiche, anche ai pazienti uremici in trattamento conservativo, ai pazienti in attesa della terapia sostitutiva, ai pazienti ricoverati in condizioni acute, ai pazienti candidati al trapianto di rene, ai pazienti trapiantati (da vivente e da cadavere).

L'argomento che è stato richiesto per questo corso è estremamente complesso e articolato, per cui, anche per i limiti di tempo scanditi dal programma, ho scelto di approfondirne una parte, quella che riguarda **la qualità della vita del paziente in dialisi**, mentre vi invito a compilare lo spazio che avete a disposizione per proporre argomenti psicologici che sono di vostro interesse e che possiamo sviluppare nel corso di incontri futuri ¹.

1. Che cos'è la "qualità della vita"

Tra le definizioni della "qualità della vita", mi è sembrata chiara e adeguata anche per i nostri pazienti quella enunciata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1983:

"Qualità della vita è definita come la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni. Riguarda quindi un concetto ad ampio spettro, che è modificabile in maniera complessa dalla percezione della propria salute fisica e psicologica – emotiva, dal livello di indipendenza, dalle relazioni sociali e dalla interazione con il proprio specifico contesto ambientale."

Per la persona malata ne consegue che la qdv è particolarmente collegata e riferita alla salute (qdv-s). La **salute** per l'OMS (1983) non è data dalla semplice assenza di malattia, ma dallo "stato di benessere fisico, mentale e sociale".

Orientare un intervento sanitario tenendo conto della qdv del paziente, significa valutare in che misura quella procedura apra nuove possibilità, nuove prospettive. Quando cambiano le aspettative soggettive del paziente - e della sua famiglia - in una situazione clinica immutabile, vengono individuati nuovi obiettivi, nuove interpretazioni, nuove possibilità del proprio modo di essere nel mondo, la qdv del paziente può migliorare. Dunque ci si sposta dalla rigida dicotomia nei termini di segni o sintomi della malattia che lascia pochi spazi vitali, per accedere al piano dell'attribuzione di significato che il malato ha della propria condizione complessiva nella quotidianità.

Perché persone affette da patologie affini possono avere **reazioni differenti**, ad esempio mantenere una buona qualità della propria vita o sentirla peggiorare?

Ciò dipende dal fatto che ogni soggetto costruisce un significato coerente per gli eventi della propria vita (e quindi anche per l'evento malattia) sulla base dei propri schemi cognitivi e affettivi che sottolineano ed evidenziano con modalità differenti alcuni aspetti dell'esperienza a discapito di altri punti di vista.

L'eventuale effetto disorganizzante della patologia organica non dipende solo dalla gravità o dal tipo di malattia, ma dalla personalità del paziente, dall'integrità del funzionamento dei suoi meccanismi di difesa e di adattamento, dalle qualità delle relazioni familiari, dall'importanza degli aspetti della vita quotidiana e della vita sociale messi in discussione e/o in crisi dalla malattia. Non ultimo dipende anche dalla qualità percepita e reale dell'assistenza fornita dai sanitari.

¹ Dai questionari compilati si evince che gli infermieri che hanno partecipato al corso sono particolarmente interessati ad approfondire la loro relazione con i pazienti ricoverati in terapia intensiva post trapianto addominale; emerge soprattutto l'interesse al supporto psicologico per il loro stress lavorativo per le tipologie poliedriche dei pazienti e degli ambiti professionali che li vede impegnati nella cronicità (dialisi nei CAL, o centri assistenza limitata) e in alcune fasi acute (degenti, trapianto, dialisi per acuti).

2. Specificità della “qualità della vita” del paziente dializzato

Negli anni '60 la dialisi è evoluta da trattamento conservativo per la condizione di insufficienza renale acuta, a dialisi per pazienti cronici, e perciò è stato in seguito possibile riflettere sulla qualità della vita del paziente dializzato.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1998 ha sottolineato l'importanza di strutturare procedure e modelli di intervento diversi per queste tipologie la malattia acuta e la malattia cronica .

Nella **malattia acuta**: il modello è bio medico, l'attività è bio medica;

il paziente è passivo; l'emotività del paziente e dell'operatore non è particolarmente coinvolta né partecipe; il tipo di relazione col curante è genitore/figlio ed è caratterizzata prevalentemente da ammirazione e gratitudine; i famigliari sono anch'essi in una posizione di passività, per lo più attendono le informazioni aggiornate sulle condizioni del loro congiunto.

Nella **malattia cronica**: il modello è psico pedagogico e tecnico, così come l'attività stessa; il coinvolgimento emotivo sia del paziente che dell'operatore è presente e perdura nel tempo; il paziente non può essere passivo (salvo reazioni psicopatologiche di tipo ansioso e/o depressivo), bisogna condurlo ad occuparsi di se stesso, per cui la relazione è tra adulti e si caratterizza da una limitata gratitudine per la inevitabile parzialità dei risultati raggiunti con i trattamenti; i famigliari partecipano direttamente al trattamento e la qualità della loro presenza influisce sull'efficacia delle cure fornite dagli operatori.

I nostri pazienti vivono i momenti emotivamente più pregnanti e talvolta drammatici nella fase che precede la dialisi (sia emodialisi sia peritoneale) e all'inizio del trattamento.

Per l'insufficienza renale cronica, come per le patologie irreversibili, il problema principale del paziente e della sua famiglia è quello di inserire ed integrare nella propria vita le terapie (mediamente i nostri pazienti devono assumere dieci compresse al giorno - chi di noi non ha ricevuto proteste per la difficoltà a memorizzare e a “mandare giù tutta sta roba”), i controlli, le limitazioni alla propria libertà di azione (per il lavoro, per le vacanze, per accudire i nipoti ...), la ricorrente presenza del dolore e di sintomi somatici limitatamente contenibili (secchezza, prurito, sete).

Le **paure** che ho riscontrato con maggiore frequenza durante il trattamento conservativo e nel periodo iniziale del trattamento sostitutivo sono le seguenti: paura del dolore (fistola, attacco stacco); paura della morte insita nella patologia non reversibile; paura per il sentimento di perdita dell'integrità dell'immagine di sé e dello schema corporeo (anche per la sessualità, soprattutto per la dialisi peritoneale nei pazienti più giovani); paura per lo stigma di malato, di disabile; per la emodialisi nei giovani pazienti, paura di essere equiparati al tossicodipendente per la presenza della fistola; paura per la riduzione dell'autonomia in relazione alla dipendenza dalla macchina e dagli operatori o dai famigliari (più intensa per la emodialisi); paura per la perdita delle proprie abitudini, del ruolo attivo in famiglia e/o al lavoro; paura del futuro, permeato da maggiori incognite.

Queste paure dei pazienti esprimono bisogni di: ascolto partecipe, rassicurazione, sdrammatizzazione, razionalizzazione, informazione.

A proposito delle informazioni da comunicare al paziente, in linea con gli orientamenti della OMS (1998) va ricordato che tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza del dializzato possono (e devono) contribuire all'**educazione terapeutica** del paziente affetto da patologia cronica.

L'educazione terapeutica consiste in “qualcosa che deve consentire al paziente di acquisire e mantenere le capacità che gli permettono di realizzare una gestione ottimale della propria vita con la malattia (...) attraverso l'informazione, l'apprendimento dell'autogestione della cura, la consapevolezza strutturata, il sostegno psico sociale riguardante la malattia, l'assistenza (...)”

Vivendo queste paure il nostro paziente mette in atto **reazioni e difese psicologiche** che possiamo differenziare in: regressione che è adattativa se limitata alla fiducia e alla passività necessarie per una buona compliance con i curanti, mentre non è funzionale alla collaborazione al trattamento se il paziente diventa troppo dipendente e quindi si passivizza (come quei pazienti che si racchiudono nella posizione fetale durante la dialisi e cercano una continua presenza confortante dell'infermiere e del medico con uno sguardo che brancola nel vuoto); aggressività rivolta a sé (quando il paziente lamenta una sofferenza fisica maggiore di quanto oggettivamente per la malattia, quando si priva di alimenti compatibili con la dieta indicata, quando sono presenti sentimenti depressivi e/o ideazione suicidaria, quando ci sono difficoltà ad attenersi alle prescrizioni mediche pur con facoltà mentali conservate come quei pazienti che bevono non-

ostante la controindicazione e l'aumento di peso) e/o aggressività rivolta agli altri (richieste di assistenza continua, eccessiva dipendenza dai curanti, pressioni per il trapianto talvolta con proposte imbarazzanti di acquisto dell'organo dirette agli operatori) - sono tutti segnali di tipo depressivo; negazione rispetto alle paure e ai problemi che vengono minimizzati in misura eccessiva, fino a negarli del tutto (ad esempio il paziente che nega la propria dipendenza dalla dialisi, dalla cronicità della propria malattia, dichiarando di mantenere lo stesso stile di vita pre dialisi nonostante venga smentito dai famigliari), con conseguente apatia, coartazione dell'affettività e dell'emotività (distacco emotivo spesso attestato dal mutismo, dall'isolamento relazionale durante la dialisi); equilibrio nell'oscillazione tra realismo (obiettività) e immaginazione (soprattutto per la speranza verso il futuro nelle aree della vita residuali rispetto alla malattia).

La **qualità dell'adattamento** del paziente alla dialisi dipende: dalla reale gravità della patologia organica (in particolare nel caso di co morbilità e per l'eventuale presenza di rischio letale); dalla struttura di personalità pregressa del paziente ed in particolare dal livello di individuazione e maturità raggiunto; dalla tipologia delle relazioni famigliari e sociali; dalla situazione economica, lavorativa e culturale; dalla qualità della relazione con i curanti.

3. Strumenti per misurare la “qualità della vita”

Quando si ritiene utile quantificare i diversi aspetti del benessere/malessere fisico, mentale e sociale vissuti dai nostri pazienti, si intraprende un esercizio di misura finalizzato a valutare la qualità dell'adattamento alla malattia e dell'impatto su quegli aspetti della salute che sono parzialmente modificabili dai trattamenti dei sanitari, ma che sono molto importanti per una buona qualità della vita. Dunque nella definizione di salute si descrive sia la capacità di “funzionare”(e le limitazioni) nella vita di tutti i giorni, sia il benessere (e malessere) percepito, dal punto di vista fisico, psicologico e sociale.

L'attenzione alla valutazione della qdv nella malattia favorisce un processo di auto consapevolezza per il malato (e di riflesso per gli operatori sanitari) in merito al proprio stile reattivo alla malattia e ai propri meccanismi di funzionamento, nonché la percezione di una assistenza più qualificata e personalizzata.

Per i pazienti dializzati, così come per gli altri pazienti cronici, la valutazione della qdv specifica, ovvero del beneficio soggettivamente percepito e della soddisfazione che i pazienti traggono dall'attuazione di una certa terapia mirata alla loro patologia, può servire anche come uno dei predittori dell'esito dei trattamenti e della validità dell'approccio terapeutico scelto, accanto ai parametri organici e funzionali.

Riferendomi ad una elaborazione personale di un nefrologo del nostro Ospedale, “l'uso delle misurazioni della qdv-s è importante perché assicura che sia il trattamento sia la valutazione hanno come obiettivo il paziente e non la malattia”; si sottolinea pertanto la visione multi fattoriale del paziente e apre la prospettiva di interventi multi professionali e integrati per lo stesso paziente.

I questionari di valutazione della qdv sono di due tipi:

- strumenti **specifici**: variano a seconda della patologia valutata (es. tumori, asma, demenza, uremia) o della dimensione specifica (es. nausea, dolore, anoressia); sono sensibili dal punto di vista clinico, cioè consentono confronti nel tempo delle condizioni percepite dal paziente; nei questionari attualmente disponibili viene però poco monitorato l'impatto emotivo della malattia, limitandosi alla rilevazione della possibile presenza di reazione d'ansia o depressiva;
- strumenti **generali**: valutano non solo le capacità fisiche e funzionali, ma anche la percezione soggettiva che il paziente ha del proprio stato di salute; la percezione soggettiva del proprio stato di malattia e di bisogno di cure è correlato alla frequenza di accesso e al tipo di uso dei servizi sanitari pubblici più che non lo stato di salute valutato secondo parametri oggettivi. Le misure generali si distinguono in:
 - misura **globale**: strumento limitato ad una unica domanda; la semplificazione tende a far collocare i risultati delle ricerche su versanti estremi (i sani come molto soddisfatti della loro qdv, i malati come molto insoddisfatti) e pertanto poco significativi;
 - misura **generica**: questionari multi dimensionali articolati in più sottoscale che prendono in esame vari aspetti della vita (es. il funzionamento fisico, le limitazioni di ruolo legate a problemi fisici o emotivi, il livello di energia o vitalità, il funzionamento sociale).

Tra i questionari generici più usati ricordiamo:

- Nottingham Health Profile (1976): misura la percezione soggettiva di ciò che manca ad uno stato "ottimale" di salute; non è stato costruito per essere sottoposto a soggetti sani, per cui non può essere impiegato per confronti con la popolazione sana; 38 domande;
- Sickness Impact Profile (1981): misura l'impatto della malattia sulle normali attività quotidiane e sul comportamento, ma non i vissuti soggettivi; 136 domande;
- World Health Organization Quality of Life Assessment (1987): studiato per essere applicato a qualsiasi livello culturale e dunque in qualsiasi parte del mondo; definisce la qdv come percezione individuale della propria condizione contestualizzata alla cultura e ai valori del soggetto rispondente; 100 domande;
- SF-36 Health Survey Questionnaire (1992): sviluppato su un concetto multi dimensionale di qualità della vita correlate alla salute; 36 domande.

4. SF 36

Il questionario Short Form — 36 Health Survey è stato concepito negli USA negli anni '80 e misura i principali concetti di salute coinvolti dalla malattia e dai relativi trattamenti.

Si compone di 36 domande a risposta multipla; si fa riferimento alle ultime quattro settimane; si conclude con una domanda sul cambiamento dello stato di salute durante l'ultimo anno.

I dati vengono composti e distinti in 8 scale che riguardano: attività fisica, ruolo e salute fisica, dolore fisico, salute in generale, vitalità, attività sociali, ruolo e stato emotivo, salute mentale.

Si possono misurare due indici sintetici, ovvero quello di salute mentale e quello di salute fisica.

Ricordiamo la traduzione e l'adattamento in più di 20 paesi del mondo del SF 36; per la versione in italiano si sono elaborati i dati di norma con la somministrazione a oltre 2000 soggetti rappresentativi, per età, sesso e distribuzione geografica, della popolazione italiana.

In Italia l'Istituto di Ricerca Mario Negri di Milano permette la diffusione della versione italiana del SF 36 tramite registrazione nell'elenco predisposto e conseguente accesso al protocollo del questionario.

5. Note preliminari allo studio sulla "Qualità della vita" di pazienti dializzati in due CAL del Niguarda, attraverso la somministrazione del Questionario SF 36

Tra i differenti strumenti disponibili per valutare la qualità della vita dei pazienti dializzati ci si è orientati sulla scelta del "Questionario sullo stato di salute SF 36" per:

- validità e affidabilità dello strumento psicometrico, che presenta un campione normativo italiano;
- confrontabilità dei dati riscontrabili con altri studi su pazienti nefropatici e pazienti affetti da patologie organiche croniche (ad esempio per pazienti affetti da ipertensione, epatite C, epilessia, AIDS);
- item semplici per la comprensione, con minime implicazioni emotive e, pertanto, complessivamente accettato dai pazienti;
- tempi di somministrazione brevi (circa 15-20 minuti) con carico di lavoro compatibile per gli operatori che propongono il questionario.

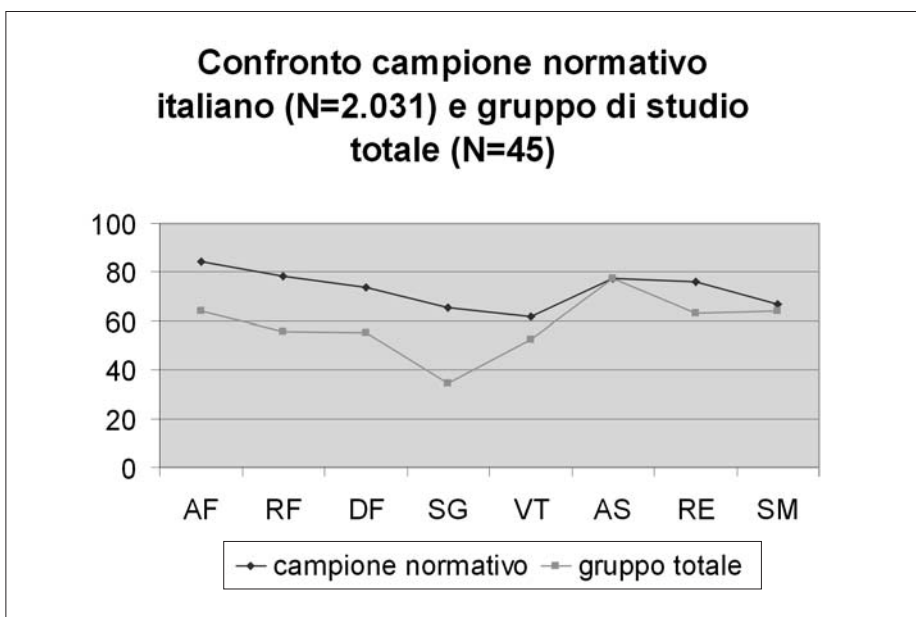
Sono stati individuati dai medici nefrologi 45 pazienti dializzati nei CAL (centri assistenza limitata).

I pazienti hanno un'età compresa tra i 28 e gli 81 anni . Almeno il 50% di essi presenta ulteriori patologie organiche associate alla patologia renale.

Dato che i pazienti individuati sono in trattamento dialitico da almeno 2 mesi, i questionari sono stati proposti dagli psicologi del Dipartimento di Salute Mentale per ridurre l'influenza dei fattori relazionali tra i pazienti nefropatici e il personale addetto all'assistenza (medici e infermieri) e per contattare direttamente questi pazienti nella prospettiva di un'eventuale necessità di supporto psicologico.

Con questo studio ci siamo proposti di osservare le variazioni psico metriche dei dati sulla "qualità della vita" dei gruppi di pazienti testati nel corso del trattamento dialitico e confrontati con il campione normativo della popolazione italiana costituito da soggetti sani. Abbiamo pertanto scelto di valutare la qualità della vita dei nostri pazienti in quanto sottoposti a "trattamenti protratti nel tempo"; l'ambito dei pazienti cronici è annoverato tra quelli specifici per misurare la qdv.

I risultati psicometrici confrontati con il campione normativo italiano si possono riassumere graficamente come segue:



Legenda Tabella

AF =attività fisica; RF =ruolo e salute fisica; DF =dolore fisico;

SG =salute in generale; VT =vitalità; AS =attività sociali; RE =ruolo e stato emotivo;

SM =salute mentale

Commento ai risultati

Nella descrizione della qualità della vita dei nostri assistiti si nota una discrepanza in negativo rispetto alla popolazione sana per tutte le scale relative all'area biologica, mentre per l'area sociale i nostri dializzati non si percepiscono come differenti rispetto al campione. Nell'area psicologica i dati sono meno omogenei: la salute mentale viene descritta dai nostri pazienti cronici come per le persone sane, mentre il ruolo e lo stato emotivo si differenzia da queste ultime in negativo.

B parte pratica “Strumenti per la misurazione della qualità della vita”²

La presentazione del nostro studio sulla qualità della vita dei pazienti dializzati comprendeva una fase di esercitazione pratica: abbiamo pensato di proporre ai partecipanti una somministrazione simulata del questionario SF-36, allo scopo di coinvolgerli maggiormente e di sollecitare alcune riflessioni relative al loro ruolo professionale e al rapporto con i nostri ammalati.

La qualità della vita del paziente, infatti, è strettamente legata a quella professionale di chi se ne occupa: conoscere meglio l'utente dal punto di vista dei bisogni, delle difficoltà e delle risorse significa instaurare con lui una relazione più equilibrata, modulando la vicinanza emotivo – affettiva in modo da evitare sia il distacco difensivo sia l'eccessivo accudimento che promuove una passività del paziente pericolosamente regressivante.

L'esercitazione si è svolta nel modo seguente:

- Abbiamo presentato il questionario attraverso la lettura completa degli items e la spiegazione delle modalità di risposta.
- Come nella presentazione del test ai pazienti, abbiamo invertito l'ordine di lettura delle risposte agli items n. 1,2,6,7 e 8: tali items, infatti, riportano giudizi sul proprio stato di salute in ordine di gravità decrescente (es. da “eccellente” a “scadente”). Lo scopo di tale modifica risiede nella necessità di avvicinare persone con una malattia cronica invalidante nel modo più rispettoso possibile, evitando di sollecitare in loro reazioni negative. Infatti queste domande partono da affermazioni del tipo: “la mia salute è eccellente” (sic!).
- L'uditorio è stato suddiviso in tre gruppi, ciascuno rappresentato da un “portavoce” che avrebbe avuto una parte più attiva nella simulazione. Il primo gruppo rappresentava “il paziente”, il secondo “l'infermiere”, il terzo “l'osservatore”.
- Il portavoce del gruppo “infermieri” ha somministrato il questionario al rappresentante del gruppo “pazienti”, in base alle istruzioni fornite in precedenza e senza altri suggerimenti.

Abbiamo ripetuto la simulazione per un totale di cinque volte, con gruppi diversi di operatori: questo ci ha permesso di raccogliere alcune osservazioni, riportate poi dai leader del terzo gruppo, che si possono riassumere come segue:

Gruppo “infermieri”

Sono state rilevate alcune modalità caratteristiche di entrare in relazione con il paziente:

- Atteggiamento “materno regressivo”, caratterizzato dal dare del tu, dal fornire ripetute rassicurazioni e dalla tendenza ad indirizzare l'utente verso una certa risposta;
- Atteggiamento distaccato, che si esprime attraverso l'uso del “lei” con modulazione del tono di voce monocorde, la scelta di lemmi impersonali, la tendenza ad usare il protocollo del questionario in modo difensivo (“a barriera”) e le interazioni verbali limitate;
- Modalità di relazione più equilibrate, in cui il ruolo professionale comprende anche la possibilità di una vicinanza emotivo – affettiva al paziente, ma rispettosa della sua individualità e in grado di stimolare in lui la messa in gioco di capacità e risorse attive.

Gruppo “pazienti”

- Atteggiamento “regressivo”, in cui il paziente cerca il supporto dell'esaminatore e una conferma alle proprie risposte;
- Atteggiamento più distaccato e difeso, in cui il paziente tende a negare o sminuire i propri sintomi o, al contrario ad ingigantirli dandoli “per scontati” o, ancora, a rispondere in modo evasivo alle domande;
- Atteggiamento più adeguato: il paziente riesce ad esprimere i propri bisogni e le proprie difficoltà in modo realistico, e ricerca nell'infermiere un interlocutore alla pari.

Gruppo “osservatori”

Vengono rielaborate le loro comunicazioni dalle psicologhe presenti alla parte pratica. E' stato il gruppo che ha ricevuto maggior adesioni, evidenziando un atteggiamento in genere poco propenso alla partecipazione più diretta ed esposta a valutazioni e giudizi come per le altre due posizioni, quella del paziente e quella dell'infermiere.

² Ringraziamo la Dr.ssa ROBERTA ALTIERI per la preziosa collaborazione.

Tutti i partecipanti si sono tuttavia gradualmente messi in gioco e rispecchiati negli altri due ruoli, aprendo un dibattito che ha arricchito e approfondito i profili sopra esposti.

Si pensa pertanto di riproporre questa configurazione di gioco di ruolo anche all'interno di discussioni con gli infermieri incentrate su problemi riscontrati con i pazienti nella realtà assistenziale di tutti i giorni.

In conclusione, la somministrazione simulata del questionario SF-36, ci ha permesso di aprire uno spazio di riflessione su un tema fondamentale per la professione infermieristica: la relazione con il paziente.

Il contatto quotidiano con la malattia cronica espone gli operatori al rischio di sovraccarico emotivo, di perdita della motivazione o, nei casi più gravi, di burn - out. Spesso il problema risiede proprio nella difficoltà a comprendere e a gestire gli aspetti emotivi della relazione, in cui le difese, i bisogni, le paure dell'utente si intrecciano in modo sottile e complesso a quelli del curante.

Le "scenette" descritte nell'esercitazione pratica sono soltanto alcuni esempi del modo in cui tali difficoltà si possono manifestare.

Concludiamo che **supportare gli infermieri** ad assumere maggiore consapevolezza delle dinamiche relazionali che caratterizzano il loro rapporto con i pazienti e ad affrontare meglio questi aspetti possa avere ricadute positive sulla percezione delle cure e dell'assistenza da parte degli utenti e, di conseguenza, sulla qualità percepita della vita professionale dagli operatori sanitari.

BIBLIOGRAFIA

Altieri R. Zanini S. Dal Col A. Rombolà G. (2004), *Meglio questionari generici o questionari specifici per valutare la qualità della vita dei pazienti dializzati?* Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri". Atti del convegno "I questionari per la valutazione della qualità della vita: stato dell'arte e prospettive future"

Anchisi R. Gambotto Dessy M. Leoni M. (2003) *Valutare il livello di stress e burn out* in Della Corte F. et al. Manuale di medicina d'emergenza Mc Graw- Hill, Milano, pp 992-998

Apolone G. Mingardi G. Mosconi P. (2000) *Misurare la salute in nefrologia e dialisi* Il pensiero scientifico editore

Apolone G. Mosconi P. Ware Jr J.E. (1997) *Questionario sullo stato di salute SF-36* Guerrini e Associati

Engel G. (1980) *The clinical application of the biopsychosocial model* Am. J. Psychiatry, 137: 535-544

Masolo L. Zanini S. (1993) *Uteriori riflessioni sul burn ou: it's better to burn out than to fade away* in Psichiatria oggi n, 2: 23-25

Rombolà G. (2002) *Dialysis for everybody? At any cost?* J. Nephrol 15 (suppl.): S33-S42

Trabucco G. Magagnotti M.C. (1995) *Emodialisi e bisogni psicologici. Un modello integrato di risposta assistenziale*. Edises

Per corrispondenza con gli Autori: dsm@ospedaleniguarda.it

Gli psicologi ospedalieri e il supporto agli operatori. Un'esperienza nella Divisione di Nefrologia

Gli Autori presentano il lavoro psicologico di sostegno degli infermieri della Divisione di Nefrologia dell'Ospedale Niguarda di Milano. Sono state organizzate due giornate di formazione e riunioni di gruppo con infermieri, con contributi teorici e modalità formative pratiche. In particolare ci si è concentrati sulla qualità della vita professionale dell'infermiere impegnato nell'assistenza di pazienti affetti da patologie organiche irreversibili nelle fasi acute e croniche della malattia.

Linee guida dell'International School Psychology Association

A CURA DI VITO TUMMINO, ERIKA RIVA



L'interesse crescente per la Psicologia Scolastica e il bisogno di avere percorsi formativi validi e specifici per chi lavora nel campo, hanno portato l'International School Psychology Association (ISPA) a mettere a punto una serie di linee guida per il training in Psicologia Scolastica.

La task force degli Psicologi del Sistema Educativo, creata dall'European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) nel 2003, ha fatto propri questi suggerimenti e ha deciso di utilizzarli come base per il training degli Psicologi Scolastici, dato che consentono di definire in modo molto dettagliato le competenze professionali necessarie per la libera professione in questo campo.

Il modello di training proposto è molto ricco e articolato e permette ad uno psicologo scolastico di essere realmente una figura chiave, in grado di favorire l'apprendimento degli alunni, ma anche di promuoverne la salute mentale, lo sviluppo psicosociale e le abilità adattative. Con una formazione siffatta lo psicologo scolastico risulterebbe pienamente inserito nell'organizzazione educativa e potrebbe lavorare concretamente con le famiglie, gli educatori e d altre figure professionali rilevanti, per fornire servizi adeguati e coordinati agli alunni come alle famiglie stesse.

Oltretutto proprio l'EFPA, di cui l'INPA è rappresentante per l'Italia, ha promosso una ricerca sulla situazione attuale del training in psicologia scolastica nei Paesi europei, attraverso un questionario che utilizza le linee guida dell'ISPA come termine di paragone.

I risultati della ricerca verranno presentate all'Assemblea Generale dell'EFPA a Granada il prossimo luglio.

Quindi, vista l'importanza della figura dello psicologo scolastico e della messa a punto di sistemi di training adeguati e attuali, riteniamo importante la pubblicazione delle linee guida dell'ISPA per la formazione nel campo educativo, utili come termini di paragone tra gli standard europei e la situazione attuale in Italia.

Regole base per il training ISPA

Capitolo III: Programma degli obiettivi e delle acquisizioni basilari

Da: Robert D. Clark e Thomas Oakland (luglio 2001). Associazione Internazionale di Psicologia Scolastica: Obiettivi e regole base per i Programmi di Preparazione Professionale in Psicologia Scolastica.

Programma degli obiettivi e delle acquisizioni basilari

Al termine di un programma di studi in psicologia scolastica ci si aspetta che gli studenti dimostrino un livello base di competenze nelle seguenti sei aree identificate dalle "Linee guida per la preparazione degli psicologi scolastici" dell'ISPA (Cunningham & Oakland, 1998):

1. Nucleo di conoscenze in Psicologia dell'Educazione.
2. Preparazione alla pratica professionale.
3. Abilità professionali in decision-making, riflessione e inchieste.
4. Abilità interpersonali.
5. Metodi di ricerca e abilità statistiche.
6. Conoscenze etiche e della Costituzione dei Valori Professionali.

Ci si aspetta che i programmi di psicologia scolastica forniscano conoscenze e competenze in ciascuna di queste sei aree. La valutazione delle competenze in queste aree viene facilitata considerando 11 acquisizioni basilari, ciascuna con i propri indicatori di conoscenza e di performance. Un elenco degli indicatori di conoscenza e di performance può essere trovato nell'Appendice a questa bozza. Gli indicatori di conoscenza e di performance supportano il programma di psicologia scolastica per verificare che lo standard sia stato raggiunto. In ogni caso è chiaro che i programmi devono soddisfare i requisiti degli *Standards* e non dei singoli indicatori di conoscenza e di performance.

Obiettivo 1 – Acquisire un nucleo di conoscenze in Psicologia dell'Educazione

I programmi di psicologia scolastica si basano su un nucleo di conoscenze che contemplano le seguenti aree di psicologia generale: psicologia dello sviluppo, psicologia cognitiva e dell'apprendimento, psicologia dell'educazione, psicologia della personalità, psicologia sociale, statistica e progetti di ricerca, psicologia sperimentale e psicologia biologica. I programmi promuovono anche la conoscenza dei programmi di formazione, di istruzione e dei contesti educativi correlati. Gli psicologi scolastici devono dimostrare di conoscere queste aree e le loro applicazioni (Oakland and Cunningham, 1997; Cunningham e Oakland, 1998).

Standard 1.1 – Apprendimento e istruzione

Gli psicologi scolastici devono dimostrare di possedere competenze in merito alla teoria e alla ricerca sull'apprendimento e altri processi di sviluppo oltre che sull'istruzione. In più devono saper applicare queste conoscenze con modalità diverse per aiutare a migliorare l'apprendimento e lo sviluppo nei bambini e nei giovani.

Indicatori di conoscenza - Gli psicologi scolastici devono:

1. Conoscere le teorie e le ricerche sull'apprendimento e lo sviluppo cognitivo.
2. Conoscere i processi che gli studenti utilizzano per acquisire e mantenere nozioni e abilità.
3. Conoscere i fattori che influenzano la motivazione ad apprendere.
4. Conoscere il ruolo delle differenze individuali nell'apprendimento e nelle performances.
5. Conoscere l'influenza dello sviluppo del linguaggio, delle differenze e dei deficit nell'apprendimento.
6. Conoscere le teorie e le ricerche sui programmi e i metodi di istruzione.
7. Riconoscere i bisogni di studenti con abilità diverse.
8. Conoscere il possibile impatto del genere sessuale, della razza, della cultura, dell'ambiente e della disabilità sull'apprendimento.
9. Conoscere i fattori che influenzano la motivazione e l'impegno e sapere come aiutare gli studenti ad auto-motivarsi.
10. Essere consapevoli che lo sviluppo cognitivo, fisico, sociale, emozionale e morale degli studenti influenza l'apprendimento.

Indicatori di performance - Gli psicologi scolastici devono:

1. Lavorare in collaborazione con il personale della scuola per promuovere un ambiente supportivo all'apprendimento.
2. Assistere il personale scolastico nello sviluppare obiettivi accademici e programmi per studenti.
3. Valutare gli ambienti educativi per sviluppare strategie che incoraggino la motivazione e l'impegno verso un lavoro produttivo.
4. Partecipare allo sviluppo e al miglioramento dei programmi di istruzione per promuovere lo sviluppo degli studenti.
5. Tenere in considerazione i metodi e i materiali educativi, gli interessi degli studenti, i loro bisogni e le loro attitudini quando si pianificano gli interventi.
6. Utilizzare metodi che favoriscano lo sviluppo del pensiero critico, le capacità di problem-solving e le abilità professionali.
7. Monitorare e modificare gli interventi in risposta a nuove informazioni acquisite.
8. Identificare e utilizzare le risorse della comunità per migliorare l'apprendimento degli studenti e le loro alternative attitudinali.
9. Utilizzare le relazioni scolastiche attuali per promuovere l'apprendimento e lo sviluppo scolastico.
10. Aiutare gli studenti e valutare le effettive tecniche di apprendimento (abilità di studio, auto monitoraggio, pianificazione/organizzazione e gestione del tempo) che permettono loro di apprendere in modo più efficace.
11. Collaborare con il personale scolastico per sviluppare obiettivi accademici appropriati e interventi per studenti con basso apprendimento.

Standard 1.2 Sviluppo di abilità sociali e adattative

Gli psicologi scolastici devono dimostrare di possedere competenze teoriche e in merito alla ricerca sull'apprendimento e altri processi di sviluppo oltre che riguardo all'istruzione. In più devono saper applicare queste conoscenze in vari modi per aiutare a migliorare l'apprendimento e lo sviluppo di bambini e giovani. Gli psicologi scolastici, in collaborazione con altri professionisti, valutano le forze degli studenti, le loro debolezze, i loro bisogni e le loro risorse per sviluppare, migliorare e valutare interventi di abilità sociali e adattative destinati agli studenti stessi. I programmi devono assecondare gli obiettivi comportamentali, affettivi, adattativi, sociali e/o vocazionali.

Indicatori di conoscenza - Gli psicologi scolastici devono:

1. Possedere conoscenze sullo sviluppo comportamentale, sociale, affettivo e sulle capacità adattative.
2. Possedere conoscenze sugli obiettivi attitudinali e saperli pianificare come parte del processo di sviluppo.
3. Possedere conoscenze sui principi dei cambiamenti di carattere all'interno dei domini comportamentali, sociali, affettivi e adattativi.
4. Conoscere le strategie dirette e indirette di intervento per promuovere le abilità sociali e adattative appropriate per studenti con esperienze e backgrounds diversi.
5. Possedere conoscenze circa la consultazione, la gestione del comportamento e le strategie di coping per migliorare il comportamento degli studenti.
6. Possedere conoscenze dei metodi che promuovono la gestione delle classi.
7. Conoscere i metodi usati per valutare le abilità adattative, così come le attitudini e gli interessi dei ragazzi.
8. Essere consapevoli di come il linguaggio, la comunicazione e il comportamento possano influenzare il processo di socializzazione.
9. Essere consapevoli delle caratteristiche e degli effetti della cultura e del contesto di vita sugli studenti e sulle famiglie.

Indicatori di performance - Gli psicologi scolastici devono:

1. Favorire un cambiamento di condotta fornendo consultazioni, valutazioni, interventi e servizi di counseling ideati per migliorare il comportamento degli studenti.
2. Valutare le caratteristiche del singolo e del gruppo prima di pianificare interventi appropriati che possano promuovere lo sviluppo sociale, emotivo, adattativo e fisico degli studenti.
3. Sviluppare metodologie che supportino gli insegnanti e le famiglie nel migliorare il comportamento sociale degli studenti.
4. Fornire una guida nel creare ambienti per studenti che promuovano il rispetto e la dignità, migliorino l'espressione dei comportamenti sociali e riducano l'alienazione.
5. Supportare gli insegnanti, le famiglie ed altre figure professionali nell'aiutare gli studenti a diventare responsabili dei propri comportamenti.
6. Utilizzare le relazioni scolastiche attuali, nei loro tentativi di valutazione e di intervento, per promuovere lo sviluppo di abilità sociali e adattative.

8. Dare supporto nello sviluppo e nel miglioramento delle strategie di gestione delle classi.
9. Dare supporto nello sviluppo e nel miglioramento di programmi volti a facilitare la transizione degli studenti da un ambiente all'altro (da un programma ad un altro, dalla fanciullezza alla scuola, dalla scuola al lavoro).

Standard 1.3 – Differenze individuali

Gli psicologi scolastici devono dimostrare di possedere conoscenza delle teorie e delle ricerche sulle differenze individuali unite all'influenza potenziale che le caratteristiche mediche, genetiche, etnico-razziali, sociali, culturali, religiose, socioeconomiche, di genere, linguistiche, esperienziali e delle scelte personali, possono avere sullo sviluppo. Gli psicologi scolastici utilizzeranno queste conoscenze nel loro lavoro unitamente a valutazioni ed interventi, inclusa la capacità di lavorare effettivamente con persone con background diversi.

Indicatori di conoscenza - Gli psicologi scolastici devono:

1. Conoscere i punti di vista e le distorsioni implicite nella cultura di ogni persona e del loro impatto sull'interazione con gli altri.
2. Conoscere l'impatto della diversità razziale, etnica, sociale, culturale, religiosa, socioeconomica, di genere e linguistica.
3. Conoscere i diversi sistemi familiari e come possono influenzare lo sviluppo di uno studente.
4. Essere consapevoli di come le caratteristiche mediche, genetiche, etnico-razziali, sociali, culturali, religiose, socioeconomiche, di genere, esperienziali e le scelte personali possono avere un impatto sullo sviluppo di uno studente.
5. Conoscere l'impatto delle differenze culturali nei metodi utilizzati per ottenere obiettivi accademici, sociali e comportamentali.
6. Conoscere l'impatto delle distorsioni e degli stereotipi nei contesti educativi comuni.
7. Conoscere i metodi per ridurre le distorsioni cognitive.
8. Conoscere i metodi per valutare e migliorare i bisogni educativi, psicologici, sociali e attitudinali di studenti con disabilità.
9. Conoscere i metodi per valutare e migliorare i bisogni educativi, psicologici, sociali e attitudinali di studenti dotati, creativi e talentuosi.

Indicatori di performance - Gli psicologi scolastici devono:

1. Riconoscere in se stessi e negli altri i pregiudizi associati alla razza, alla religione, alla cultura, alla classe sociale, al genere o ad altre caratteristiche demografiche che potrebbero influenzare il lavoro di una persona (valutazione, presa di decisioni, istruzione, comportamento e risultati attesi da uno studente).
2. Possedere le abilità e le competenze necessarie per poter lavorare con famiglie, studenti e personale con caratteristiche diverse.
3. Promuovere pratiche che aiutino gli studenti e le famiglie di tutte le provenienze sociali a sentirsi benvenuti e rispettati nelle scuole e nella comunità.
4. Dare assistenza nell'acquisizione di conoscenze, nel supporto e nell'integrazione di quegli studenti che hanno particolari bisogni all'interno del programma e del contesto scolastico.
5. Aiutare a promuovere un apprendimento comunitario in cui le differenze individuali siano acquisite e i bisogni dei singoli accolti.
6. Aiutare a sviluppare e a migliorare strategie che promuovano la comprensione e la rimozione di barriere per ottenere importanti risultati educativi e di sviluppo.
7. Assistere nell'integrazione gli studenti che sono diversi per etnia, razza, per caratteristiche religiose, culturali e sociali.
8. Considerare la rilevanza delle caratteristiche mediche, genetiche, etnico-razziali, sociali, culturali, religiose, socioeconomiche, di genere, linguistiche ed esperienziali, così come le scelte personali, quando si conduce una valutazione o un programma di intervento.
9. Programmare valutazioni ed interventi alla luce del genere sessuale dello studente, della sua cultura, del suo livello di sviluppo, dello stile di apprendimento, delle sue forze e debolezze.
10. Considerare le conoscenze di una lingua primaria e secondaria dello studente e i loro effetti sulle performance scolastiche.
11. Identificare quando e come monitorare e fare richiesta per ottenere supporti e servizi addizionali e altre risorse di cui gli studenti hanno bisogno.
12. Partecipare in modo continuativo alle attività educative che promuovano una comprensione ancora maggiore delle differenze individuali.

Standard 1.4 – Prevenzione, intervento di crisi e promozione della salute mentale

Gli psicologi scolastici devono mostrare di possedere conoscenze di teoria e ricerca sullo sviluppo mentale normale e anormale, sullo sviluppo sociale ed emotivo, inclusa la conoscenza di quelle condizioni che promuovono, prevengono e aiutano a sconfiggere la psicopatologia dei bambini e degli adolescenti. Gli psicologi scolastici, in collaborazione con altre figure professionali, provvedono e contribuiscono alla prevenzione e ai programmi di intervento che promuovano il benessere fisico e mentale degli studenti.

Indicatori di conoscenza - Gli psicologi scolastici devono:

1. Conoscere lo sviluppo normale e anormale di bambini e adolescenti.
2. Conoscere la psicopatologia dei bambini e degli adolescenti e la sua influenza sul comportamento.
3. Essere consapevoli delle influenze che le condizioni mediche (disturbi alimentari, gravidanze adolescenziali e prevenzione all' AIDS), sociali, comunitarie, familiari, e ambientali negative possono avere sul comportamento.
4. Conoscere le condizioni che danno origine a momenti di crisi a scuola o nelle comunità, come influenzano il comportamento degli studenti e come le crisi possono essere prevenute.
5. Conoscere le effettive strategie che prevengono la malattia mentale e promuovono il benessere.
6. Conoscere le condizioni principali che contribuiscono all'insorgenza della malattia mentale nei bambini e negli adolescenti e nello stesso tempo conoscere i metodi per prevenirla.
7. Conoscere le risorse che aiutano a focalizzare i vari problemi di salute mentali e fisici.
8. Mostrare conoscenza di come accedere e rendere appropriati i servizi forniti dalla scuola, dalla comunità, dal governo e da altre organizzazioni.
9. Mostrare conoscenza dei possibili effetti delle cure sui comportamenti psicologici, educativi, fisici, sociali ed emotivi degli studenti.

Indicatori di performance - Gli psicologi scolastici devono:

1. Identificare e riconoscere i comportamenti e altre condizioni che precorrono difficoltà accademiche, comportamentali

e personali (disordini comportamentali, abuso di alcol e droga).

2. Sviluppare, accrescere e valutare i programmi di selezione volti a identificare gli studenti con particolari bisogni di salute mentale.
3. Collaborare con il personale scolastico, i membri delle famiglie e le persone della comunità per stabilire e migliorare i programmi che aiutano ad individuare problemi psicologici e sociali che possono emergere nei momenti di crisi (morte, disastri naturali, bombe o minacce di bombardamento, violenza e molestie sessuali).
4. Promuovere i servizi di salute mentale forniti attraverso scuole e altre organizzazioni.
5. Affiancare lo sviluppo e il miglioramento dei programmi di prevenzione che individuano i problemi di salute cronici (disordini alimentari, sovrappeso, gravidanze adolescenziali, prevenzione all'AIDS, gestione dello stress).
6. Facilitare i cambiamenti ambientali che favoriscono la salute e l'equilibrio.
7. Partecipare alla diffusione dei servizi di salute mentale attraverso servizi diretti (counseling individuale e di gruppo) e indiretti (consultazione).
8. Informare gli studenti, le loro famiglie, gli educatori, il resto del personale scolastico, la comunità ed altri sulle risorse necessarie e disponibili per la salute mentale.
9. Conoscere il possibile impatto della diversità sociale e culturale nello sviluppo e nel miglioramento della prevenzione, degli interventi di crisi e dei programmi per la salute mentale.

Obiettivo 2 – Preparazione alla pratica professionale

I programmi di psicologia scolastica si basano su teorie e ricerche associate alla pratica e all'esperienza per promuovere l'acquisizione di varie competenze e metodi di intervento (Oakland e Cunningham, 1997; Cunningham e Oakland, 1998). I metodi di valutazione che forniscono informazioni sulle caratteristiche cognitive, scolastiche e affettive dei bambini sono molto importanti. La conoscenza degli interventi che si basano sui interventi comportamentali, educativi, affettivi, sociali e di consultazione sono molto importanti. La prevenzione dei problemi e la promozione della salute costituiscono il nucleo dell'attività degli psicologi scolastici.

Standard 2.1 – Organizzazione della Scuola e dei Sistemi, delle Politiche di Sviluppo e di Miglioramento

Gli psicologi scolastici devono mostrare di conoscere la scuola ed altri ambienti come i sistemi sociali e amministrativi e di lavorare con individui e gruppi per facilitare politiche e pratiche che creino e mantengano la salute, la cura e l'aiuto nell'apprendimento dei bambini e di altri.

Indicatori di conoscenza: gli psicologi scolastici devono:

1. Conoscere l'organizzazione del sistema scolastico.
2. Conoscere i metodi che sviluppano e sostengono le politiche scolastiche ed educative a livello locale, regionale e nazionale.
3. Conoscere l'impatto delle politiche scolastiche pubbliche e private sulle scuole, le comunità e l'ecosistema.
4. Conoscere le qualità che contribuiscono alla salvaguardia, alla cura e al supporto della scuola e dell'ambiente domestico.

Indicatori di performance: gli psicologi scolastici devono:

1. Assistere la scuola ed altre organizzazioni nel progettare, accrescere e valutare le politiche e le pratiche che il governo delibera circa i servizi educativi e psicologici per i bambini e i loro familiari.
2. Aiutare nello sviluppo e nella valutazione delle politiche scolastiche e di comunità, delle procedure e delle pratiche volte a promuovere lo sviluppo accademico, sociale, il benessere emotivo e la salute di ogni ambiente.
3. Aiutare i familiari e altri caregivers nello sviluppo e nel miglioramento dei programmi di modifica della condotta a casa per facilitare l'apprendimento e lo sviluppo dei loro bambini.
4. Partecipare ad ampi programmi di decision-making che promuovano servizi effettivamente efficaci per gli studenti e i loro familiari/tutori.
5. Supportare lo sviluppo dei cambiamenti di sistema.
6. Utilizzare i principi della generalizzazione e trasferire le conoscenze al fine di migliorare gli interventi.
7. Lavorare per aumentare il numero e la disponibilità dei servizi psicologici necessari, incluso uno psicologo scolastico impiegato presso il distretto scolastico.
8. Aiutare le scuole nell'individuare le risorse necessarie agli studenti per avere successo nel contesto scolastico.

Standard 2.2 – Collaborazione Casa-Scuola-Comunità

Ci si aspetta che gli psicologi scolastici mostrino di conoscere l'influenza delle varie condizioni familiari sullo sviluppo di uno studente così come i metodi per accrescere il coinvolgimento della famiglia nel promuovere lo sviluppo scolastico e psicologico degli studenti. Gli psicologi scolastici lavorano concretamente con le famiglie, gli educatori e altre persone della comunità per promuovere e fornire servizi coordinati ai bambini e alle famiglie.

Indicatori di conoscenza: gli psicologi scolastici devono:

1. Mostrare di possedere conoscenza di come il sistema familiare possa influenzare il funzionamento cognitivo, motivazionale, sociale e accademico degli studenti.
2. Possedere conoscenza dell'importanza dell'ambiente familiare sull'educazione.
3. Conoscere i metodi per promuovere la collaborazione tra famiglie ed educatori per accrescere lo sviluppo e il benessere degli studenti.
4. Conoscere le implicazioni delle diversità culturali sulla collaborazione familiare, domestica, sociale e della comunità.
5. Conoscere le risorse della scuola e della comunità e le organizzazioni disponibili per gli studenti e le famiglie.

Indicatori di performance - Gli psicologi scolastici devono:

1. Progettare, migliorare, monitorare e valutare i programmi stilati per promuovere la collaborazione tra scuola, famiglia e comunità per favorire lo sviluppo degli studenti.
2. Aiutare i familiari ad essere partecipanti attivi ed effettivi negli incontri e nelle attività scolastiche.
3. Acquisire informazioni sulle aspettative e gli obiettivi che i familiari hanno verso i propri figli.
4. Educare i membri della scuola e della comunità sull'importanza del coinvolgimento della famiglia nelle attività scolastiche.
5. Identificare le risorse disponibili e creare legami tra scuole, famiglie ed organizzazioni comunitarie.

Obiettivo 3 – Abilità professionali unite a valutazioni ed interventi

I programmi di psicologia scolastica si appoggiano a teorie e ricerche associate ad esperienze pratiche per promuovere lo sviluppo di capacità diagnostiche e di decision-making, impor-

tanti per fornire una descrizione accurata del comportamento e delle altre caratteristiche di una persona (Oakland e Cunningham, 1997; Cunningham e Oakland, 1998). Ciò comprende l'uso di tecniche di valutazione, conoscenze analitiche e di problem-solving. I programmi di psicologia scolastica promuovono anche lo sviluppo di competenze ed abilità che permettano di accrescere il successo degli interventi individuali, di gruppo o di sistema.

Standard 3.1 – Decision-Making e Responsabilità

Gli psicologi scolastici devono possedere competenze, basate sui dati raccolti, nell'uso di metodi di valutazione formali ed informali, nelle pratiche di decision-making e nei resoconti. Devono apprendere vari modelli e metodi di valutazione che possano fornire informazioni utili nel chiarificare i problemi, nell'individuare forze, debolezze e bisogni degli utenti e misurare i progressi attraverso il confronto con obiettivi prestabiliti. Gli psicologi scolastici usano modelli e metodi di intervento basati su raccolte di dati, come parte di un processo sistematico per catalogare e valutare le informazioni, per tradurle in decisioni motivate che abbiano impatto sui servizi e per valutare il prodotto dei servizi stessi.

Indicatori di conoscenza - Gli psicologi scolastici devono:

1. Conoscere processi efficaci di registrazione dei dati, decision-making e problem-solving.
2. Conoscere le proposte, le caratteristiche, i punti di forza e i limiti dei metodi e dei modelli formali e informali di valutazione delle raccolte dati (tecniche di intervista ecc.).
3. Conoscere l'assessment quale mezzo per valutare come gli studenti apprendono, quello che sanno e sono capaci di fare e che tipo di esperienza supporterebbe una loro ulteriore crescita.
4. Conoscere le tecniche psicometriche, i test di sviluppo e le ricerche così come sono state applicate ai data base di decision-making.
5. Conoscere procedure di valutazione non discriminative.
6. Conoscere i metodi per collegare i risultati di valutazioni diverse con lo sviluppo degli interventi.
7. Conoscere le tecniche di valutazione formali e informali usate per valutare le abilità intellettive e scolastiche degli studenti.
8. Conoscere l'importanza di prendere in considerazione i

tratti culturali e linguistici di una persona oltre alle opportunità dell'ambiente quando si interpretano e si usano i dati.

9. L'importanza di raccogliere dati su varie caratteristiche degli studenti emerse in contesti diversi, utilizzando metodi di valutazione che poggiano su fonti accreditate.
10. Conoscere come modificare i piani di intervento basati sui dati raccolti.
11. Conoscere come utilizzare i dati per valutare l'integrità delle strategie di intervento.
12. Conoscere l'importanza dei modelli di valutazione dei programmi e dei sistemi e le loro relazioni per la modifica dei programmi a vari livelli (individuale, di classe, scolastico...).
13. Conoscere l'uso dei dati per formare una diagnosi alla luce delle leggi e degli standard professionali.
14. Conoscere i diritti dei parenti e degli studenti riguardo la valutazione e l'assessment.
15. Conoscere i principi e l'importanza della responsabilità professionale nel mantenere confidenze e registrazioni.

Indicatori di performance: gli psicologi scolastici devono:

1. Considerare e quando opportuno utilizzare le informazioni provenienti da fonti scolastiche ed educative come pure da differenze individuali quando si prendono decisioni sui dati registrati.
2. Registrare e utilizzare i dati, inclusi i risultati delle valutazioni, per individuare le forze e le debolezze di uno studente, stabilire degli obiettivi, modificare i programmi e l'istruzione, identificare i servizi che forniscono il supporto richiesto e delineare strategie di intervento.
3. Utilizzare i dati per valutare i risultati della psicologia scolastica e di altri servizi per facilitarne la considerazione.
4. Acquisire conoscenze delle diverse qualità emerse in svariati contesti utilizzando metodi diversi di assessment che si basano su informazioni provenienti da una pluralità di fonti credibili.
5. Conoscere la teoria psicometrica e l'analisi dei dati.
6. Usare tecniche di valutazione che possano misurare i progressi scolastici degli studenti.
7. Usare procedure di valutazione non discriminative.
8. Considerare i fattori di sviluppo nella raccolta e catalogazione dei dati.

9. Usare procedure di assessment formali e informali per valutare le caratteristiche degli studenti che influenzano l'apprendimento.
10. Considerare le strutture e i limiti dei test creati in altri contesti e adattati poi all'uso in paesi diversi da quello di origine.
11. Usare test recenti e standardizzati e altri metodi di valutazione per rilevare le attitudini, i risultati scolastici, le capacità sociali, emotive e adattative, gli interessi e altre caratteristiche connesse alla scolarità.
12. Preparare resoconti redatti chiaramente che indichino in modo adeguato i problemi riportati, che riflettano in modo accurato i dati e forniscano guide per interventi futuri.
13. Comunicare i risultati di un test in modo comprensibile per l'utente.
14. Collegare le informazioni della valutazione con lo sviluppo di strategie che sottolineino lo sviluppo comportamentale, affettivo, adattativo, sociale e attitudinale degli studenti.
15. Aiutare la scuola e gli amministratori di altri organismi con l'interpretazione e l'uso dei dati per migliorare i programmi a livello delle classi, della scuola e del sistema.
16. Fornire servizi in accordo con i parametri etici, legali e di regolamento nel decision-making sui dati raccolti e nel conservare le registrazioni.
17. Aiutare le scuole in una pronta valutazione.
18. Supportare gli sforzi che conducono alla disponibilità di nuovi test standardizzati.
19. Conservare resoconti utili e accurati e comunicare le informazioni in modo responsabile e adeguato ai familiari/tutori, agli studenti, ai colleghi e alla comunità.
20. Valutare le caratteristiche individuali nello sforzo di delineare interventi coerenti con il livello di sviluppo e i bisogni degli studenti.
21. Usare tecniche di valutazione per misurare i progressi fatti nel raggiungimento degli obiettivi, per valutare i risultati delle strategie di intervento e fare revisioni se necessario.

Standard 3.2 – Mezzi tecnologici

Gli psicologi scolastici devono conoscere le fonti più importanti di informazione e i mezzi tecnologici, nonché come utilizzarli per l'accesso e la valutazione dei dati in modo da salvaguardare o migliorare la qualità dei servizi psicologici.

Indicatori di conoscenza - Gli psicologi scolastici devono:

1. Conoscere come recensire, valutare e utilizzare i mezzi tecnologici per propositi educativi.
2. Conoscere l'importanza dei mezzi tecnologici per la pratica professionistica.
3. Conoscere i metodi per accedere alle fonti di informazione.
4. Conoscere i mezzi tecnologici per accedere, gestire, e diffondere le informazioni per migliorare il processo di consultazione.
5. Conoscere i metodi tecnologici e le applicazioni della ricerca e della valutazione (programmi software statistici e di controllo del comportamento).
6. Conoscere le problematiche etiche e le implicazioni sociali dell'uso dei test.
7. Conoscere i punti di forza e i limiti dei software professionali per computer (correzione dei test, programmi di scrittura di resoconti psicologici e interpretativi, programmi di analisi del comportamento).

Indicatori di performance - Gli psicologi scolastici devono:

1. Mantenere un comportamento etico, legale e socialmente responsabile quando si utilizzano software e tecnologie computerizzate.
2. Aderire alle leggi di copyright che regolamentano l'accesso e l'utilizzo delle informazioni provenienti da libri, testi e software.
3. Usare mezzi tecnologici (CD/DVD ROM, World Wide Web, e-mail, video interattivi, apprendimento a distanza) per acquisire informazioni, trovare nuove correnti di ricerca e proseguire lo sviluppo professionale.
4. Usare le moderne risorse tecnologiche quando si progettano, si migliorano e si valutano i programmi e gli interventi per i bambini.
5. Usare mezzi produttivi e tecnologici (processamento verbale, database, programmi di correzione dei test) per promuovere servizi efficienti ed effettivi.
6. Usare una terminologia appropriata connessa ai computer e ai mezzi tecnologici nelle comunicazioni scritte e orali.
7. Dimostrare consapevolezza delle risorse per servizi adattativi e di assistenza per studenti con bisogni speciali.
8. Usare risorse tecnologiche per accedere, gestire e disseminare informazioni per migliorare il processo informativo.

Obiettivo 4 – Interpretazione delle abilità

I programmi di psicologia scolastica poggiano su teorie e ricerche associate alla pratica e alle esperienze che promuovano la sensibilità verso la scuola, la famiglia e altri contesti che possono influenzarne positivamente la crescita e lo sviluppo (Oakland e Cunningham, 1997; Cunningham e Oakland, 1998). I programmi promuovono anche lo sviluppo di abilità, competenze e attitudini per lavorare effettivamente in diversi contesti sia con altri professionisti che con il pubblico. Ne consegue la promozione delle funzioni di guida, di collaborazione e di altre abilità interpersonali necessarie per queste forme di lavoro che necessitano di un focus speciale per la preparazione.

Standard 4.1 – Consultazione e Collaborazione

Gli psicologi scolastici devono conoscere valide applicazioni dei modelli di valutazione del comportamento, della salute mentale, della collaborazione e di altri tipi di consultazione. Gli psicologi scolastici collaborano con altre figure professionali durante l'assessment, la pianificazione e i processi di decision-making a livello individuale, di gruppo e di sistema.

Indicatori di conoscenza - Gli psicologi scolastici devono:

1. Conoscere metodi e modelli di collaborazione e di consultazione (comportamentali, di salute mentale, istruttivi, ecc.).
2. Conoscere l'impatto delle abilità comunicative sulle pratiche di collaborazione e di consultazione.
3. Conoscere l'importanza delle competenze interpersonali durante il processo di consultazione.
4. Conoscere il funzionamento delle scuole e di altre organizzazioni all'interno di contesti più ampi (la comunità).
5. Possedere le abilità necessarie per facilitare la comunicazione con gli studenti.
6. Possedere le abilità necessarie per facilitare la comunicazione tra il personale scolastico, i familiari, i professionisti del caso ed altre persone.
7. Conoscere l'influenza delle caratteristiche individuali nella collaborazione quando si lavora con individui con diversi background culturali ed etnico-razziali.

Indicatori di performance - Gli psicologi scolastici devono:

1. Usare le capacità di consultazione e collaborazione per promuovere un cambiamento a diversi livelli (individuale, di classe, di quartiere, ecc.).

2. Utilizzare i processi di consultazione e collaborazione per facilitare lo sviluppo di un clima di classe positivo.
3. Usare le abilità di consultazione e collaborazione per migliorare l'apprendimento degli studenti.
4. Usare pazienza e abilità interpersonali positive nelle situazioni difficili praticando un ascolto attivo, risoluzione dei conflitti e facilitazione delle competenze all'interno di un gruppo.
5. Saper collaborare con persone provenienti da culture e background etnico-razziali diversi.
6. Comunicare chiaramente con diversi tipi di ascoltatori (parenti, insegnanti, politici, capi delle comunità e colleghi).
7. Usare diversi metodi comunicativi (scritto, orale, non verbale, visivo, tecnologico) per comunicare con un diverso collegio elettorale.

Obiettivo 5 – Metodi di ricerca e capacità statistiche

I programmi di psicologia scolastica poggiano su teorie e ricerche associate a esperienze pratiche per promuovere la comprensione e l'uso di metodi di ricerca e valutazione importanti per la ricerca quantitativa e qualitativa e per lo sviluppo di attività di valutazione (Oakland e Cunningham, 1997; Cunningham e Oakland, 1998). Gli psicologi scolastici devono dimostrare di essere fruitori e costruttori di relazioni scolastiche professionali.

Standard 5.1 – Ricerca e programmi di valutazione

Gli psicologi scolastici devono conoscere i progetti di ricerca, i metodi statistici e di valutazione così come devono sapere valutare una ricerca e tradurla in risultati pratici.

Indicatori di conoscenza - Gli psicologi scolastici devono:

1. Conoscere i programmi di ricerca per gruppi e singoli.
2. Conoscere i concetti di validità interna ed esterna dei progetti e dei metodi di ricerca.
3. Conoscere i metodi statistici e di ricerca per valutare le ricerche pubblicate.
4. Conoscere metodi e tecniche di valutazione.
5. Conoscere i principi e gli standard di misurazione quando si utilizzano tecniche di selezione e di assessment.
6. Conoscere le relazioni scolastiche quando si progettano trattamenti educativi, di salute mentale e di trattamento per studenti.
7. Conoscere metodi di analisi dei dati qualitativa e quantitativa, i loro punti di forza e i loro limiti.

Indicatori di performance - Gli psicologi scolastici devono:

1. Investire nella ricerca e negli studi di valutazione che facciano luce su problemi importanti della scuola e dell'educazione.
2. Applicare le conoscenze di ricerca, statistiche e tecniche di valutazione quando si conducono programmi e ricerche di valutazione.
3. Valutare le proprietà statistiche quando si sceglie un metodo di assessment.
4. Conoscere modelli e tecniche di valutazione.
5. Applicare le conoscenze che provengono da fonti scolastiche per aiutare a dirigere un programma di sviluppo e valutazione.
6. Fornire informazioni sulle scoperte delle ricerche rilevanti per il personale scolastico, i familiari, il pubblico e i professionisti.

Obiettivo 6 – Conoscenza della storia, dell'etica e dei valori professionali

I programmi di psicologia scolastica promuovono la formazione, i comportamenti importanti per il raggiungimento degli standard professionali, la conoscenza dei principi, dei valori etici e della legge. I valori che caratterizzano gli psicologi scolastici sono presenti già nella storia della disciplina, associati agli standard etici che regolamentano la ricerca e la pratica. Queste fonti, unitamente alle basi legali per il servizio, sono fondamentali nella socializzazione degli psicologi scolastici. Il Codice Etico dell' ISPA (Oakland, Goldman & Bischoff, 1997) unitamente agli altri codici etici nazionali riconosciuti possono servire da guida per questo proposito.

Standard 6.1 – Pratica e sviluppo della psicologia scolastica

Gli psicologi scolastici devono conoscere la storia e i fondamenti della psicologia così come le caratteristiche specifiche della psicologia scolastica e degli standard etici, professionali e legali che regolamentano il servizio. Gli psicologi scolastici praticano con metodi compatibili con le regole da applicare, sono coinvolti nella loro professione attraverso l'appartenenza ad un'associazione e attraverso una guida, possiedono la conoscenza e l'abilità necessaria come base per uno sviluppo professionale e investono in un continuo sviluppo professionale.

Qualità nella formazione: obiettivo primario di Form-Aupi





Form-AUPI
Società Scientifica
Associazione Unitaria
Psicologi Italiani

Gentile collega,

siamo lieti di comunicarLe che la nostra organizzazione ha conseguito la Certificazione di conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2000; il certificato è registrato con il N° 4974 ed è riferito ai seguenti processi e prodotti/servizi:

Progettazione ed erogazione di formazione continua in ambito sanitario (ECM)

L'obiettivo raggiunto valorizza ulteriormente il nostro sistema di gestione e rappresenta un impegno, nei confronti del mercato, al mantenimento della conformità ai requisiti della norma di riferimento.



REG:N:4974
 UNI EN ISO
 9001:2000

Via Arenula 16/a - 00186 Roma

tel. 06 6867536 - fax 06 68803822

Sito web <http://www.aupi.it> - www.serviziaupi.it

E-mail: formaupi@aupi.it

PI: 04989701000

Planning eventi E.C.M. I sessione 2005

Codice corso	Titolo	Docente	Sede di svolgimento	Città	Data inizio	Data fine	Quota	Quota AUPI	Accreditamento	Num di partecipanti
10328-185032 Psicologi	Inquadramento diagnostico e principi di trattamento delle organizzazioni borderline di personalità (BPO)	Dott. G. Buono, Dott G. Gagliardi	AUPI Via Arenula 16	Roma	20/05/2005	20/05/2005	€ 120,00	€ 90,00	7	40
10328-120796 Psicologi	Metodologia dell'intervista per l'inquadramento diagnostico secondo il DSM IV	Dott. G. Buono, Dott G. Gagliardi	Grand Hotel Lamezia	Lamezia Terme	25/05/2005	25/05/2005	€ 110,00	€ 80,00	8	40
10328-127612 Psicologi	Il trattamento psicologico dei bambini con autismo e disturbo generalizzato dello sviluppo e delle loro famiglie	Dott. S. Solari	Casa delle Culture Corso Telesio	Cosenza	27/05/2005	26/05/2005	€ 110,00	€ 80,00	8	40
10328-120796 Psicologi	Metodologia dell'intervista per l'inquadramento diagnostico secondo il DSM IV	Dott. G. Buono, Dott G. Gagliardi	Casa delle Culture Corso Telesio	Cosenza	26/05/2005	26/05/2005	€ 110,00	€ 80,00	8	40
10328-184786 Psicologi	Il gruppo come strumento preventivo e clinico in età evolutiva	Dott.ssa A. Sordano, Dott.ssa N. Benedetto, Dott.ssa T. Piovesana	Sala eleonora centro congressi hotel majestic, corso V. emanuele	Torino	27/05/2005	27/05/2005	€ 120,00	€ 80,00	7	40



Form-Aupi: Qualità nella formazione

Planning eventi E.C.M. I sessione 2005

10328-127612 Psicologi	Il trattamento psicologico dei bambini con autismo e disturbo generalizzato dello sviluppo e delle loro famiglie	Dott. S. Solari	Grand Hotel Lamezia	Lamezia Terme	26/05/2005	27/05/2005	€ 110,00	€ 80,00	8	40
10328-120796 Psicologi	Metodologia dell'intervista per l'inquadramento diagnostico secondo il DSM IV	Dott. G. Buono, Dott G. Gagliardi	Consiglio Regionale della Calabria	Reggio Calabria	27/05/2005	27/05/2005	€ 110,00	€ 80,00	8	40
10328-189539 Psicologi	Il protocollo Neuropsicologico per la diagnosi di Dislessia e dei disturbi dell'apprendimento correlati	Dott. E. Savelli	Grand Hotel Lamezia	Lamezia Terme	03/06/2005	03/06/2005	€ 110,00	€ 80,00	8	50
10328-189539 Psicologi	Il protocollo Neuropsicologico per la diagnosi di Dislessia e dei disturbi dell'apprendimento correlati	Dott. E. Savelli	Casa delle Culture Corso Telesio	Cosenza	06/06/2005	06/06/2005	€ 110,00	€ 80,00	8	50
10328-190336 Psicologi	Le comunicazioni alternative: la comunicazione facilitata	Dott.ssa G. Bucciolotti Dott.ssa D. Frondaroli	Ospedale generale provinciale, servizio di psicologia	Rieti	08/06/2005	08/06/2005	€ 130,00	€ 100,00	*	40
10328-189781 Psicologi	Il test di Rorschach:La siglatura secondo la scuola Europea e impiego clinico del test attraverso il computer.La versione automatica PRALP3	Dott. D. De Fidio	Grand Hotel Lamezia	Lamezia Terme	10/06/2005	10/06/2005	€ 110,00	€ 80,00	*	50




Form-Aupi: Qualità nella formazione

Planning eventi E.C.M. I sessione 2005

10328-189781 Psicologi	Il test di Rorschach:La siglatura secondo la scuola Europea e impiego clinico del test attraverso il computer.La versione automatica PRALP3	Dott. D. De Fidio	Consiglio Regionale della Calabria	Reggio Calabria	11/06/2005	11/06/2005	€ 110,00	€ 80,00	*	50
10328-189781 Psicologi	Il test di Rorschach:La siglatura secondo la scuola Europea e impiego clinico del test attraverso il computer.La versione automatica PRALP3	Dott. D. De Fidio	Casa delle Culture Corso Telesio	Cosenza	12/06/2005	12/06/2005	€ 110,00	€ 80,00	*	50
10328-192004 Psicologi	L'esame clinico delle funzioni cognitive nell'adulto:una batteria breve per la valutazione neuropsicologica	Dott. M. Lepore	Grand Hotel Lamezia	Lamezia Terme	17/06/2005	17/06/2005	€ 110,00	€ 80,00	*	40
10328-191900 Psicologi	L'intervento psicologico nei minori vittime di maltrattamento e di abuso sessuale	Dott.ssa Cerioni Anna Grazia, Dott.ssa Tossichetti Valeria,Dott.ssa Bruno Daniela	AULE FORMAZIONE E ASL JESI VIA GUERRI	Jesi Ancona	17/06/2005	18/06/2005	€ 100,00	€ 90,00	14	40
10328-192004 Psicologi	L'esame clinico delle funzioni cognitive nell'adulto:una batteria breve per la valutazione neuropsicologica	Dott. M. Lepore	Casa delle Culture Corso Telesio	Cosenza	18/06/2005	18/06/2005	€ 110,00	€ 80,00	*	40
10328-192004 Psicologi	L'esame clinico delle funzioni cognitive nell'adulto:una batteria breve per la valutazione neuropsicologica	Dott. M. Lepore	Consiglio Regionale della Calabria	Reggio Calabria	20/06/2005	20/06/2005	€ 110,00	€ 80,00	*	40
10328-131667 Psicologi	Il sistema di verifica e di valutazione della dirigenza sanitaria	Dott. Luigi Spadarotto	Via Melchiorre Gioia 75	Milano	24/06/2005	24/06/2005	€ 150,00	€ 90,00	8	40

Form-Aupi: Qualità nella formazione



 Form – AUPI SOCIETÀ SCIENTIFICA Associazione Unitaria Psicologi Italiani	SCHEDA DI ISCRIZIONE	Mod. SDI
	Modulistica	

TITOLO CORSO _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO _____ **DATA** _____

HO PARTECIPATO PRECEDENTEMENTE AI CORSI ECM FORM-AUPI SI
 NO

- Il numero dei partecipanti è limitato.
- Le iscrizioni saranno accettate seguendo l'ordine cronologico di arrivo delle domande.
- Le iscrizioni si intendono perfezionate al ricevimento della scheda di iscrizione e della ricevuta dell'avvenuto pagamento che dovranno pervenire per fax al n°06/68803822, almeno venti giorni prima della data di inizio del corso. Si prega di chiedere conferma dell'arrivo del fax al n. 06/6867536.
- Il corso sarà effettuato solo ed esclusivamente al raggiungimento del numero minimo previsto di iscritti.
- Agli iscritti verrà comunicata la conferma dell'iscrizione raggiunto il numero minimo previsto ed inviato il programma dettagliato del corso.
- I dati personali inviati saranno utilizzati a questo fine, ai fini di ricerca, elaborazione statistica e non utilizzabile da terzi. La cancellazione degli stessi può essere richiesta ai sensi della legge sulla privacy.

Cognome* _____ Nome* _____

Data di nascita* _____ Luogo di nascita* _____ PR _____

Codice fiscale _____

Indirizzo di residenza* _____ Città* _____ PR _____ CAP _____

Tel/casa _____ Tel/lavoro _____ cell. _____

Professione _____ Settore Attività _____

Indirizzo Lavoro _____

(*campi obbligatori)

Quota di iscrizione: ISCRITTO AUPI € _____
 (da consultare il Planning) NON ISCRITTO AUPI € _____

Pagamento tramite:
 Bonifico bancario intestato a Form-AUPI Via Arenula 16 00186 Roma
 Unicredit Banca ag. Como Cavour c/c 40212247 ABI: 02008 CAB: 10900 CIN: X

Modalità di disdetta
 E' attribuito a ciascun partecipante il diritto di recesso ai sensi dell'art. 1378 C.C., che dovrà essere comunicato con disdetta da inviare via Fax al n° 06/68803822 e potrà essere esercitato con le seguenti modalità:
 Fino a 20 giorni prima dell'inizio del corso, il partecipante potrà recedere senza dovere alcun corrispettivo all'Istituto di formazione, che, pertanto, provvederà al rimborso dell'intera quota versata. Oltre il termine di cui sopra e fino al giorno di svolgimento del corso, il partecipante potrà recedere pagando un corrispettivo pari al 50% della quota di iscrizione.

Firma _____

Data di compilazione ____/____/____

Via Arenula 16, 00186 Roma Tel. 066867536-fax: 0668803822
 Sito web: <http://www.aupi.it> E-mail: formaupi@aupi.it

Mod SDI-Scheda di Iscrizione rev0



Form-AUPI

Società Scientifica

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

Via Arenula 16/a - 00186 Roma

tel. 06 6867536 - fax 06 68803822

Sito web <http://www.aupi.it> - www.serviziaupi.it

E-mail: formaupi@aupi.it

PI: 04989701000

Indicatori di conoscenza - Gli psicologi scolastici devono:

1. Conoscere le leggi professionali, etiche e legali che regolamentano i servizi.
2. Conoscere le implicazioni delle leggi federali, regionali, statali e locali sui servizi psicologici ed educativi per gli studenti.
3. Conoscere la storia della psicologia e della psicologia scolastica.
4. Conoscere come la pratica della psicologia scolastica possa influenzare gli studenti e le famiglie.
5. Conoscere l'importanza di un continuo sviluppo professionale.
6. Conoscere l'importanza di un coinvolgimento attivo e della partecipazione alle organizzazioni professionali a livello locale, regionale, nazionale e internazionale (ISPA).

Indicatori di performance - Gli psicologi scolastici devono:

1. Lavorare in accordo con i codici etici dell'ISPA o di altre fonti autorevoli.
2. Fornire servizi di psicologia scolastica (assessment, con-

sultazione, intervento e risorse) coerenti con gli standard legali e professionali vigenti.

3. Lavorare in accordo con gli standard legali quando sono in conflitto con quelli etici o professionali.
4. Possedere un certificato o una licenza per lavorare secondo standard che assicurino una certificazione continua e un'autorizzazione idonea.
5. Conformarsi ai requisiti legali per la pratica professionistica.
6. Rispettare i diritti e il benessere delle persone con cui si lavora.
7. Supportare le politiche pubbliche e le pratiche che migliorano i servizi educativi e mentali per bambini, basati sulla scuola e sulla comunità.
8. Partecipare continuativamente allo sviluppo professionale.
9. Aiutare lo sviluppo professionale dei colleghi.
10. Mantenere contatti con le associazioni professionali di psicologia scolastica e, quando possibile, cercare una posizione di guida al loro interno.

Applicazione del contratto dei convenzionati in Piemonte: il lavoro della Commissione ex Art. 12

GIANCARLO MARENCO

A decorrere dal gennaio 2003 la Regione Piemonte, ha individuato e formalizzato presso l'ASL 2 di TORINO, una struttura poi denominata Commissione Regionale Psicologi, che ha il compito di occuparsi dell'applicazione del D.P.R. 446/01, ovvero degli psicologi ambulatoriale convenzionati, con rapporti a tempo indeterminato e determinato.

La stessa è composta da:

dott.ssa Maria Pia MUSCI ASL 2 Torino
dott.ssa Fiorella ORLANDI Ordine Psicologi Piemonte
dott. Giancarlo MARENCO Aupi Piemonte
dott. Ezio MACOCCO ASL 2 Torino

Questa Commissione, che si riunisce con frequenza mensile, sta adempiendo a queste specifiche competenze:

- Tenuta di elenco regionale dei professionisti, comprensivo di variazioni di orari, sedi, modalità di svolgimento attività; pubblicazione annuale dello stesso sul B.U.R.P., previa verifica delle situazioni con le AA.SS.LL. Regionali.
- Ricezione annuale delle domande finalizzate all'inserimento in graduatoria.
- Formazione delle graduatorie, con valutazione dei titoli, pubblicazione provvisoria, esame eventuali richieste di riesame, pubblicazione definitiva.
- Trasmissione ai professionisti del foglio notizie, verifica del ricevimento dello stesso debitamente compilato, e suo controllo con particolare riferimento alle incompatibilità ed eventuali conseguenti provvedimenti.
- Gestione del rapporto unico dei professionisti, finalizzato anche alla corresponsione del premio di operosità, istituito dal nuovo Accordo.
- Verifica delle eventuali incompatibilità e del massimale orario.
- Tenuta ECM
- Valutazione tecnico scientifica corsi formazione.
- Pubblicazione, a richiesta di AA.SS.LL. ed Enti firmatari, dei turni a tempo indeterminato, riservati ai titolari compresi nell'elenco regionale dei professionisti.
- Individuazione dell'avente diritto, e proposta di contratto e conseguente segnalazione all'A.S.L.

- Pubblicazione, a richiesta di AA.SS.LL. ed Enti firmatari, dei turni a tempo determinato, di cui al Protocollo aggiuntivo, riservata ai professionisti inseriti nella citata graduatoria regionale.
- Ricevimento delle domande di partecipazione ai turni, stesura di apposite graduatorie di branca, convocazione, individuazione dell'avente diritto, proposta di contratto e conseguente segnalazione all'A.S.L.

In riferimento a questi ultimi quattro punti, considerate anche le difficoltà delle AASSLL a bandire concorsi per dipendenti viste anche le ultime Leggi Finanziarie, e le indicazioni Regionali del Piemonte in materia di drastica limitazione delle consulenze, si è potuto avviare un interessante percorso di assegnazione di incarichi di convenzione, così riassumibili:

Novembre 2003 Pubblicazione e assegnazione di n° 1 incarico per un totale di n° 4 ore tempo indet. ASL 7 CHIVASSO

Novembre 2003 Pubblicazione e assegnazione di n° 2 incarichi per un totale di n° 32 ore tempo indet. ASL 2 TORINO

Gennaio 2004 Pubblicazione e assegnazione di n° 1 incarichi per un totale di n° 15 ore tempo indet. ASL 4 TORINO

Febbraio 2004 Pubblicazione e assegnazione n° 1 incarico per un totale di n° 10 ore tempo det. Comando RFC TORINO

Febbraio 2004 Pubblicazione e assegnazione n° 3 incarico per un totale di n° 46 ore tempo det. ASL 2 TORINO

Agosto 2004 Pubblicazione e assegnazione di n° 1 incarichi per un totale di n° 15 ore tempo det. ASL 5 – BUSSOLENO

Novembre 2004 Pubblicazione e assegnazione di n° 8 incarichi per un totale di n° 127 ore tempo det. ASL 8 MONCALIERI – CHIERI

Dicembre 2004 Pubblicazione e assegnazione di n° 2 incarichi per un totale di n° 30 ore tempo det. ASL 5 – GIAVENO

Dicembre 2004 Pubblicazione e assegnazione di n° 1 incarichi per un totale di n° 26 ore tempo det. ASL 19 ASTI

In totale a tutt'oggi sono quindi stati conferiti (o sono comunque in via di conferimento) n° 20 incarichi per un totale di ore n° 291,5.

Appunti dal seminario con l'Avvocato Federico Gualandi

Trascritto da Manuela Colombari con revisione dell'Avv. Gualandi

A . U . P . I .

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

**Segreteria Regionale
Emilia-Romagna**

1 - La privatizzazione delle ASL

In questi anni, per indicare la trasformazione del regime giuridico dei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, si utilizza molto spesso il termine "privatizzazione"; tuttavia, è più esatto parlare di "contrattualizzazione", per alludere alla relazione, paritaria ed antagonista (anziché autoritaria e protezionistica), che ora – cioè dopo la riforma – si instaura tra Pubblica Amministrazione e singolo dipendente.

Negli ultimi 10 anni si è cercato, cioè, di assimilare il rapporto di lavoro del dipendente della Pubblica Amministrazione a quello del dipendente privato con passi successivi che si possono richiamare:

- 1) D. Lgs. 29/93
- 2) L. n. 59/1997 e L. 127/1997 (Bassanini 1 e 2)
- 3) D. Lgs. 396/97
- 4) D. Lgs. 80/98
- 5) D. Lgs. 387/98
- 6) infine, la Legge 165/2001 (*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche* - c.d. Testo unico del pubblico impiego), che ha avuto l'obiettivo di armonizzare e riordinare tutti i problemi insorti dopo il D. Lgs. n. 29/93 (che ha dato avvio alla riforma) e coordinare tutte le diverse disposizioni succedutesi nel tempo in materia; si trattava, cioè, di mettere insieme e collegare fonti normative di diritto pubblico (leggi e regolamenti), con fonti contrattuali e con il Codice Civile.

Il D. Lgs. n. 165/2001 (che possiamo definire come il "capo" e contiene le regole generali, mentre tutti gli altri precedenti decreti sono "subordinati" e si collocano all'interno di quanto previsto dal "capo") è intervenuto anche in ottemperanza

all'art. 97 della Costituzione, che stabilisce che l'organizzazione della P. A. dev'essere disciplinata esclusivamente da disposizioni di legge (*"I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione"*). In base a tale articolo, la configurazione strutturale (c.d. "macroorganizzazione") deve, cioè, essere definita da fonti normative ("riserva di legge"); così, ad esempio per quanto riguarda gli uffici di maggiore rilevanza, il conferimento della titolarità degli stessi, le dotazioni organiche complessive; gli atti di c.d. "microorganizzazione" sono invece lasciati alla determinazione della contrattazione collettiva.

Nella riforma dell'organizzazione della P. A. e del rapporto di pubblico impiego – riforma avviata dalla Legge-delega n. 421 del 23 ottobre 1992 – il D. Lgs. n. 29/93 ha attuato il disegno di valorizzare la distinzione tra organizzazione della P. A., affidata alla legge, e rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici, demandato alla contrattazione collettiva. Il D. Lgs. n. 29/1993, poi ripreso con le successive modifiche nel D. Lgs. n. 165/2001 ha, quindi, rovesciato l'impostazione tradizionale, che aveva contraddistinto la disciplina delle fonti dell'impiego pubblico dal 1968 fino alla Legge quadro del 1983, stabilendo che **tutto compete alla contrattazione, salvo ciò che è espressamente riservato alla disciplina unilaterale, cioè alla legge.**

Il legislatore pare insomma aver preso atto del fatto che la pubblica amministrazione è divenuta ormai erogatrice di servizi alla collettività ed ha, pertanto, incentrato la sua riforma su un modello di organizzazione "imprenditoriale", ritenuto capace di attuare, nello svolgimento dell'azione amministrativa, i criteri di economicità, efficienza e produttività tipici dell'impresa privata, razionalizzando al contempo il costo del lavoro pubblico e contenendo la spesa per il personale.

La Corte Costituzionale, nella nota sentenza n. 313/1996, ha stabilito che la soluzione adottata dal Decreto sulla privatizzazione non contrasta con il principio costituzionale della riserva di legge (art. 97 Cost.) in materia di organizzazione dei pubblici uffici: è stata rigettata la tesi che solo lo statuto pubblicistico

della dirigenza sia necessario a garantire l'imparzialità dell'amministrazione, affermandosi invece che **il principio di imparzialità impone una regolamentazione pubblicistica dell'organizzazione, ma non anche del rapporto di lavoro**, e che i sistemi di bilanciamento con il principio di buon andamento dell'amministrazione sono affidati alla discrezionalità dell'amministrazione. **Con la "privatizzazione", infatti, la disciplina dell'organizzazione è rimasta nell'ambito del diritto pubblico, mentre si è trasferito nell'ambito del diritto privato soltanto il rapporto di lavoro.** La stessa Corte Costituzionale, nella più recente sentenza n. 309/1997 ha ribadito la distinzione tra organizzazione della pubblica amministrazione, la cui disciplina viene normata in primo luogo dalla legge, e rapporto di lavoro, che può essere assoggettato a regime privatistico, senza che ciò si traduca in lesione del principio di imparzialità sancito dall'art. 97 Cost.

Pertanto, agli organi politici vengono riservati i poteri di indirizzo, di programmazione e di verifica dei risultati dell'attività, mentre alla dirigenza è affidata la piena responsabilità per il funzionamento delle strutture e il conseguimento degli obiettivi. Si realizza così la distinzione tra indirizzo politico-amministrativo e gestione.

Con la "privatizzazione" è stata, quindi, introdotta la **distinzione tra indirizzo politico e gestione amministrativa.**

A seguito della riforma, le P. A. sono state assimilate al datore di lavoro privato e, quindi, il dipendente non ha più interessi legittimi¹, ma interessi soggettivi. Il diritto soggettivo contrappone un privato ad un altro privato e vi è tutela piena e diretta (es. diritto di proprietà), mentre con l'interesse legittimo c'è una tutela indiretta che passa attraverso la pretesa alla legittimità dell'azione amministrativa, concetto esclusivamente italiano, che ha ripercussioni notevoli quali la distinzione tra TAR e Giudice Ordinario. In concreto, quando si controverte in materia di interessi legittimi, la competenza a giudicare spetta al Giudice Amministrativo (TAR), mentre quando si controverte di diritti soggettivi la competenza spetta al Giudice Ordinario.

Questo stato di cose ingenera molta confusione su quale tipo di Giudice adire. Nel rapporto di lavoro privato non esistono inte-

ressi legittimi, ma soltanto diritti soggettivi; si ragiona, cioè, in posizione di parità fra datore di lavoro e dipendente. Con la privatizzazione del pubblico impiego, anche i dipendenti delle pubbliche amministrazioni vantano posizioni di diritto soggettivo e questo è il motivo per cui è cambiato il giudice cui fare riferimento, non più TAR, ma Giudice Ordinario (Tribunale Civile) in funzione di Giudice del lavoro.

Altro effetto della privatizzazione è stato il **diverso ruolo attribuito alla contrattazione collettiva**: infatti, mentre prima del D. Lgs. n. 29/93 – con cui ha avuto inizio il processo di privatizzazione della P.A. – le fonti che disciplinavano il rapporto di lavoro erano i Decreti del Presidente della Repubblica che recepivano gli accordi siglati tra OO. SS. e Governo, ora, a seguito della "privatizzazione", il rapporto di lavoro è normato, a livello nazionale, dai Contratti Collettivi Quadro (CCNQ), dai Contratti Collettivi nazionali (CCNL), dai Contratti Collettivi integrativi, poi dai Contratti Collettivi nazionali di interpretazione autentica ed infine dal contratto di lavoro individuale. Tutti questi contratti sono gerarchicamente ordinati a cascata: il CCNQ definisce gli ambiti ed i settori a cui faranno riferimento i CCNL, i CCNL sono i più conosciuti, i CC integrativi sono fatti nelle singole realtà e devono rispettare il CCNL, pena la loro invalidità.

2 - Contrasto fra CCNL e contratto individuale

Questo è un problema recente e non ci sono ancora pronunce di giudici sull'argomento, quindi bisogna fare riferimento a quanto dicono gli esperti di diritto.

Se il contratto individuale è in contrasto con il CCNL (per esempio peggiorativo in termini economici), anche sottoscrivendolo **non** viene a configurarsi una vera e propria rinuncia dal punto di vista "giuridico", quindi non si perde il diritto a fare causa e non si rinuncia definitivamente ai propri diritti. Infatti, la rinuncia è un atto unilaterale, e non frutto della sottoscrizione di un contratto. Fra gli altri riferimenti, a questo proposito, esistono:

- art. 2, L. 165/2001;
- art. 45, comma 2, D. Lgs. 29/1993;
- art. 13, comma 12, CCNL;
- art. 2077 del Codice Civile.

I contratti individuali devono uniformarsi alle disposizioni del CCNL, altrimenti sono nulli: le aziende, pertanto, non possono inserire nella stipula dei contratti individuali clausole peggiorati-

¹ Nell'interesse legittimo, il rapporto tra cittadino e P.A. è costruito sull'interesse che l'attività dell'Amministrazione sia legittima, cioè non violi regole e norme che disciplinano lo svolgimento dell'attività stessa.

ve rispetto ai CCNL. È particolarmente importante che questo principio sia stato riaffermato dal D. Lgs. 165/2001 poiché, se il contratto individuale viola una norma di legge (qual è l'art. 45 del D. Lgs. n. 165/2001 che recepisce e fa proprio detto principio), è, a maggior ragione, nullo.

Il contratto individuale, però, è poco "contratto" e, dopo essere stato introdotto, è stato fortemente svalutato dalla Legge 145/2002 che ha spostato il fulcro dell'attenzione dal contratto al provvedimento amministrativo di conferimento dell'incarico. È, cioè, un contratto con "poca libertà contrattuale", sia per le Amministrazioni, sia per l'individuo. Il contenuto del contratto individuale non è, cioè, oggetto di negoziazione fra il lavoratore e il datore di lavoro – come accade nel settore privato – in quanto allo stesso è attribuita sostanzialmente solo la definizione degli aspetti economici, trovando tutti gli altri aspetti del rapporto (qualifica, mansioni, orario di lavoro, etc.) disciplina nel provvedimento di conferimento dell'incarico, che rimane un provvedimento unilaterale. Nel procedere ad attribuire un incarico dirigenziale occorre che l'Amministrazione espliciti chiaramente perché quel soggetto è idoneo a quell'incarico; tale motivazione non è di tipo comparativo (tipo concorsuale: "a contro b"), ma deve essere molto chiara sulle competenze del dirigente anche in base ai risultati precedentemente ottenuti dal dirigente stesso.

Diventa necessario, quindi, dopo aver eventualmente firmato un contratto peggiorativo rispetto al CCNL, non rimanere inerti per 3 o 4 anni, in quanto il giudice potrebbe poi interpretare il silenzio prolungato come comportamento acquiescente, quindi come una rinuncia implicita. Dopo la firma del contratto individuale, bisogna subito contestare il trattamento economico ivi stabilito se esso non è conforme a quanto previsto dal CCNL, il quale è derogabile solo *in melius* e cioè per dimostrare che non ci si adegua e che non vi è rinuncia implicita. Nel caso si sia sicuri di avere ragione, e soltanto in questo caso, conviene fare una lettera all'amministrazione e chiedere quanto dovuto, poi se l'amministrazione costringe ad adire le vie legali per ottenere quanto dovuto, si può invocare a suo carico anche la responsabilità amministrativa contabile.

Anche i contratti collettivi integrativi, ex art. 40, comma 3, D. Lgs. 165/2001 sono tenuti al RISPETTO dei vincoli provenienti dalla contrattazione nazionale. Poiché l'obbligo di conformità al contratto nazionale è assistito dalla sanzione della nullità, l'operazione di

ermeneutica contrattuale, nella quale un tale controllo si risolve, pare destinata più appropriatamente alla sede giurisdizionale. In definitiva, le **pubbliche amministrazioni non possono sottoscrivere "in sede decentrata" contratti integrativi in contrasto con i vincoli risultanti dai contratti nazionali, o che comportino oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale** (art. 40, c. 3, quarto alinea, D. Lgs. n. 165/2001). **Le clausole dei contratti integrativi "difformi" sono nulle e non possono essere applicate** (art. 40, c. 3, quinto alinea, D. Lgs. n. 165/2001).

Nel sistema delineato, il legislatore ha, cioè, inteso garantire la conformità e la coerenza del livello inferiore a quello superiore incidendo direttamente sull'atto difforme mediante il meccanismo sanzionatorio della nullità. Questa è la differenza principale rispetto al settore privato.

In tale disciplina trova conferma il principio che il livello nazionale di contrattazione è considerato come il *perno* del sistema contrattuale nel settore pubblico ed al contempo la *cerniera* che consente di mettere in relazione l'ordinamento intersindacale con quello statale.

Circa la questione su quali siano i **possibili margini di difformità del contratto individuale rispetto al CCNL** in tema di trattamento economico e quali le conseguenze di una sua sottoscrizione in termini di perdita di diritti (acquiescenza), si sono esaminate le seguenti disposizioni:

- 1) Innanzitutto, il nuovo art. 2, c. 3, del D. Lgs. n. 29/1993 (oggi art. 2, comma 3, D. Lgs. n. 165/2001), come riscritto dall'art. 2 del D. Lgs. n. 80/1998. Esso dispone che "*l'attribuzione di trattamenti economici può avvenire esclusivamente mediante contratti collettivi o, alle condizioni previste, mediante contratti individuali*". Il che significa sicuramente escludere interventi della fonte legislativa od unilaterale, ma anche, e ben più significativamente, concedere spazio a patteggiamenti a livello individuale.
- 2) Tuttavia, sempre l'art. 2, c. 3, pone anche un obbligo di conformazione dei contratti individuali all'art. 49, c. 2 (oggi art. 45, T.U. approvato con D. Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001), il quale a sua volta stabilisce: "**Le amministrazioni pubbliche garantiscono ai propri dipendenti parità di trattamento contrattuale e comunque trattamenti non inferiori a quelli previsti dai rispettivi contratti collettivi**". Le amministrazioni hanno cioè l'obbligo di

garantire ai propri dipendenti parità di trattamento contrattuale e comunque trattamenti non inferiori a quelli previsti dai contratti collettivi. È chiaro, pertanto, il vincolo imposto al contratto individuale: **la clausola del contratto individuale difforme rispetto al CCNL è perciò nulla per contrarietà a norma imperativa e non può essere applicata.**

3 - Patologia dei rapporti di lavoro - Diritti sindacali

La Legge 165/2001 afferma che i CCNL governano i diritti anche con riferimento agli atti di organizzazione che hanno riflesso sul rapporto di lavoro; quindi, anche su questo, le OO. SS. hanno diritto ad interloquire.

Gli articoli del CCNL sanciscono che le OO.SS. hanno diritto di informazione, consultazione, concertazione e contrattazione.

- ❖ L'**informazione** deve essere periodica e tempestiva sugli atti organizzativi.
- ❖ L'informazione deve essere preventiva per quanto riguarda concertazione e contrattazione.
- ❖ **Consultazione**: è obbligatoria per la variazione delle piante organiche.
- ❖ **Concertazione**: viene fatta su richiesta scritta e non c'è obbligo di accordo, ci si parla, ma se non si trova una linea comune ognuno va per la sua strada.

Se l'Azienda comprime i diritti sindacali o non ottempera a questi adempimenti si configura un **comportamento antisindacale** e si può ottenere dal Giudice la condanna dell'Amministrazione.

L'art. 28 ("*Repressione di condotta antisindacale*") dello Statuto dei Lavoratori (L. n. 300/1970) ha svolto un ruolo estremamente pervasivo nell'evoluzione del diritto sindacale. Dal punto di vista del diritto sostanziale, l'art. 28 ha arricchito le tradizionali categorie civilistiche, introducendo una causa generale di anti giuridicità di atti e comportamenti, anche omissivi: l' "**anti-sindacalità**". Essa vizia qualunque condotta del datore di lavoro diretta ad impedire o a limitare l'esercizio della libertà e dell'attività sindacale, nonché del diritto di sciopero.

La disposizione legale non stabilisce una nozione rigida ed analitica di comportamento antisindacale; individua, invece, il comportamento illegittimo non in base alle sue caratteristiche strutturali, ma alla sua idoneità a ledere i beni protetti. L'art. 28

Stat. Lav. contempla una forma di tutela avente carattere cautelare e sommario, a salvaguardia appunto del libero esercizio dell'attività sindacale e del diritto di sciopero. Al giudice l'art. 28 attribuisce il potere, previa convocazione delle parti ed assunte sommarie informazioni e qualora ritenga sussistente la violazione denunciata, di provvedere con decreto motivato impugnabile, ordinando la cessazione del comportamento che ritiene illegittimo e la rimozione degli effetti. Trattasi pertanto di un **provvedimento di urgenza diretto a ripristinare provvisoriamente lo status quo**, in attesa che, su ricorso degli interessati, si svolga avanti l'autorità giudiziaria il giudizio ordinario per accertare la legittimità del comportamento contestato e le sue conseguenze giuridiche.

Emanato in tempi stretti (entro due giorni, ma il termine non è perentorio), sulla base di "sommarie informazioni" e, comunque, nel rispetto del principio del contraddittorio, lo speciale procedimento di repressione del comportamento antisindacale è immediatamente esecutivo; esso diventa definitivo in mancanza di tempestiva (entro quindici giorni) opposizione del soccombente davanti al medesimo giudice e, comunque, è irrevocabile fino alla sentenza emanata da quest'ultimo, anch'essa immediatamente esecutiva.

Se favorevole all'attore, la pronuncia giudiziale avrà contenuti correlati al tipo di lesione denunciata e accertata. Infatti, non consisterà soltanto nell'ordine di cessazione del comportamento antisindacale, bensì anche nella rimozione dei suoi effetti, nessuno escluso.

La legittimazione a promuovere il decreto, mediante ricorso al giudice ordinario in funzione di giudice del lavoro territorialmente competente, incontra limiti di varia natura:

- ❖ La denuncia di comportamento antisindacale è solo uno strumento immediato per fare smettere un comportamento in atto: la legittimazione processuale attiva postula che il comportamento di cui si chiede di accertare l'antisindacalità – "comportamento continuato con effetti permanenti" (tale lo ha qualificato la Corte Costituzionale nella sentenza n. 244/1996) – debba essere *attuale* al momento della proposizione del ricorso;
- ❖ la legittimazione spetta esclusivamente agli organismi *locali* delle associazioni sindacali nazionali di categoria.

Anche nel caso in cui vengano convocati sempre prima i medici si potrebbe configurare un comportamento antisindacale.

Se si vogliono registrare le riunioni, va chiesto prima il permesso in modo trasparente.

Le convocazioni devono essere fatte con congruo preavviso affinché si possa andare preparati ed informati sugli argomenti in discussione, diversamente, le decisioni assunte sono illegittime. È compito dell'Amministrazione avvertire tutti i partecipanti. Se la convocazione è fatta regolarmente, ma con preavvisi troppo brevi, si può comunicare l'impossibilità a partecipare e diffidare l'Amministrazione dal prendere qualunque decisione perché illegittima.

Se durante un incontro sindacale viene redatto un verbale non conforme si può fare una querela di falso ideologico (reato penale). I verbali delle riunioni devono essere fatti non in tempi lunghi, ma devono essere quasi contestuali (Cassazione). La redazione dei verbali non è obbligatoria per tutte le riunioni, lo è sicuro per gli incontri di concertazione.

È un reato penale grave se l'azienda protocolla Determinazioni in realtà consistenti in solo titolo, il cui contenuto viene scritto in un secondo tempo.

Il recupero delle ore straordinarie non è previsto dal CCNL, che definisce chiaramente che il dirigente è tenuto a garantire un risultato anche con un impegno di ore superiore a quanto definito (34 + 4). Nulla è possibile invocare, quindi, se un'ASL non vuole riconoscere tale istituto, migliorativo del CCNL; nel caso lo straordinario venga pagato si può configurare anche il "danno erariale".

4 - Accesso agli atti

Il diritto di accesso è uno strumento utile perché consente di avere copia degli atti o documenti, fisicamente già esistenti – e non informazioni che non sono contenute in nessun documento e devono essere ricostruite apposta per rispondere (in tale caso si esercita il diritto di informazione e non l'accesso) – fatti dall'Amministrazione e si realizza in due modi: informale e formale.

Il primo di questi consiste nella richiesta orale del documento che possiamo considerare come la richiesta standard perché le Amministrazioni sanno ormai molto bene quali sono le loro competenze di legge, mentre la seconda, che è scritta e molto formale, dovrebbe essere riservata a quei casi in cui l'Amministrazione ha dubbi sulla legittimità della richiesta, cioè sul fatto che il soggetto richiedente abbia un diritto giuridicamente rilevante.

A fronte di una richiesta formale, l'Amministrazione ha 30 giorni di tempo per rispondere; la mancata risposta è un diniego di accesso e si hanno altri 30 giorni di tempo per ricorrere al TAR (in questo caso, al TAR, che non ha cessato di esistere). È un ricorso molto semplice per cui non è indispensabile il patrocinio dell'Avvocato.

Secondo una sentenza della Cassazione la non risposta dell'Amministrazione ad una richiesta di accesso si configura come omissione di atti di ufficio ed è quindi un reato penale, ma alcuni giudicano questa sentenza come molto punitiva.

Il diritto di accesso non può essere fatto valere da tutti su richieste generalizzate ed indiscriminate, ma vige solo in caso di situazioni giuridicamente rilevanti; in qualità di delegati sindacali non esiste ostacolo, poiché le richieste di una O.S. sono, di per sé, giuridicamente rilevanti. Nei casi in cui c'è una valutazione comparativa in cui tutti quanti accedono a un fondo (beni limitati che vengono ripartiti), il singolo partecipante ha diritto di verificare che le regole siano state applicate correttamente. In tal caso sarebbe corretto fare richiesta formale specificando le motivazioni.

Attenzione a non farsi intimidire dal falso problema della privacy rispetto all'accesso; la privacy è spesso una scusa per non dare informazioni dovute. Sia il Garante della Privacy, sia il Consiglio di Stato con una sentenza del 30.7.2002, hanno sancito che il diritto di accesso prevale contro il diritto alla riservatezza nei confronti di terzi, quando la conoscenza di tali atti serve per difendere i propri interessi giuridici in giudizio; addirittura, c'è il diritto a chiedere dati definiti sensibili se ciò serve per adire in giudizio. Di conseguenza, si possono ottenere anche accordi firmati dai Medici o dal Comparto, dati riguardanti i non iscritti se questi vengono giudicati pertinenti dalle OO.SS. In tali casi, se le Amministrazioni non forniscono le delibere richieste, si può fare un ricorso con rito accelerato in base alla Legge 241 (usualmente il TAR condanna l'Amministrazione nel giro di pochissimo tempo non solo a dare gli atti richiesti, ma anche a pagare l'avvocato del danneggiato ricorrente).

5 - Responsabilità (penale, amministrativa e contabile)

Leggere con accuratezza il Codice di comportamento del Pubblico dipendente perché ci sono regole che possono determinare problemi seri se vengono infrante:

- ❖ Timbrare il cartellino/badge e non essere poi presenti in ufficio o in altro posto precedentemente dichiarato è un reato penale;
- ❖ Il rifiuto di effettuare le proprie mansioni di servizio può costituire una omissione di atti d'ufficio;
- ❖ Un ingiustificato formalismo burocratico può diventare omissione di atti d'ufficio;
- ❖ L'utilizzo del telefono del servizio per scopi propri può costituire peculato;

Ecc.

La responsabilità amministrativa e contabile è la responsabilità che lega il dipendente al proprio datore di lavoro, mentre la responsabilità civile regola il rapporto tra il paziente ed il curante.

Se la responsabilità amministrativo-contabile viene infranta si può configurare un'azione della Procura della Corte dei Conti: per esempio, nei casi in cui un dipendente causi un danno erariale alla propria Amministrazione, danno che può essere costituito da un'uscita (maggiore spesa) o da una mancata entrata (non applicare ticket). Di danno erariale si risponde soltanto se è per dolo (volontario) e se è per colpa grave.

La responsabilità amministrativo-contabile non è assicurabile, quindi converrebbe sempre che, se un cittadino subisca danni per un colpa di un intervento di tipo sanitario, il medesimo fac-

cia richiesta di risarcimento danni direttamente allo specialista perché questa è una responsabilità civile che può essere coperta tramite Assicurazioni, mentre se il cittadino chiede il rimborso danni direttamente all'ASL questa dopo aver liquidato il danno può chiedere il risarcimento al dipendente che lo ha causato, il quale non ha, in questo caso, copertura assicurativa, trattandosi di responsabilità amministrativo-contabile, quindi non assicurabile.

6 - Varie

- ❖ Farsi fare un ordine di servizio è un modo in cui un dipendente si fa esimere dalla responsabilità per un atto che ritiene non corretto; in tal modo colui che firma l'ordine si assume la responsabilità dell'azione: l'ordine di servizio non deve avere una struttura formale particolare, è importante che sia molto chiara la volontà del responsabile.
- ❖ Non esiste l'esercizio delle funzioni superiori nella Pubblica Amministrazione, in quanto sarebbe uno scivolamento costante verso l'alto senza nessun argine, diversamente da quanto avviene nel settore privato dove il proprietario dell'Azienda mette vincoli precisi e decide pagando in prima persona tali situazioni.

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Emilia-Romagna
 BOLLETTINO UFFICIALE

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 92 - BOLOGNA

Parte prima - N. 35

Spedizione in abbonamento postale - Filiale di Bologna
 art. 2, comma 20/c - Legge 662/96

Euro ...

Anno 35

28 dicembre 2004

N. 178

**LEGGI
 E REGOLAMENTI REGIONALI**

LEGGE REGIONALE 23 dicembre 2004, n. 29

**NORME GENERALI SULL'ORGANIZZAZIONE ED
 IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO
 REGIONALE**

*IL CONSIGLIO REGIONALE HA APPROVATO
 IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE PROMULGA*

la seguente legge:

SOMMARIO

- Art. 1 - Tutela della salute e Servizio sanitario regionale
- Art. 2 - Principi di organizzazione del Servizio sanitario regionale
- Art. 3 - Organizzazione e finanziamento delle Aziende sanitarie
- Art. 4 - Distretti sanitari
- Art. 5 - Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Enti locali
- Art. 6 - Bilancio, patrimonio ed investimenti delle Aziende sanitarie
- Art. 7 - Sperimentazioni gestionali
- Art. 8 - Personale del Servizio sanitario regionale
- Art. 9 - Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Università
- Art. 10 - Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
- Art. 11 - Promozione della ricerca e della formazione in sanità
- Art. 12 - Modifiche alla legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50
- Art. 13 - Entrata in vigore

Art. 1

Tutela della salute e Servizio sanitario regionale

1. Il Servizio sanitario regionale (di seguito denominato "Ssr") è costituito dalle strutture, dalle funzioni e dalle attività assistenziali rivolte ad assicurare, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (di seguito denominato "Ssn") e nel rispetto dei suoi principi fondamentali, la tutela della salute come diritto fondamentale della persona ed interesse della collettività ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione, degli articoli 1 e 2 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) e dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992,

n. 502, (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421) nel testo introdotto dall'articolo 1 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419) e modificato dall'articolo 1, comma 5, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405.

2. Il Ssr si ispira ai seguenti principi:

- a) la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione;
- b) la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della persona e delle comunità locali;
- c) l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessità di ciascuna persona presente nel territorio regionale, in base alle regole di accesso determinate dalla normativa statale e dagli accordi internazionali;
- d) la globalità della copertura assistenziale, quale garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, in quanto complesso delle prestazioni e dei servizi garantiti secondo le necessità di ciascuno, nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità di accesso ai servizi, della qualità dell'assistenza, dell'efficacia ed appropriatezza dei servizi e delle prestazioni, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- e) il finanziamento pubblico dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, mediante stanziamenti a carico del fondo sanitario regionale, alimentato attraverso l'imposizione tributaria generale; l'eventuale ricorso alla partecipazione alla spesa da parte degli utilizzatori dei servizi e delle prestazioni si ispira a principi di equità e di progressività;
- f) la valorizzazione delle responsabilità individuali e collettive nella promozione di stili di vita e di ambienti di vita e di lavoro idonei a mantenere lo stato di salute degli individui e delle collettività;
- g) la libera scelta del luogo di cura, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con cui sono stati stipulati accordi contrattuali;
- h) la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, la loro partecipazione alle attività di ricerca e di formazione continua, nonché il loro coinvolgimento nei processi decisionali, anche attraverso le loro organizzazioni di rappresentanza;
- i) la valorizzazione della funzione delle formazioni sociali e dell'autonoma iniziativa delle persone, singole

o associate, per lo svolgimento di attività d'interesse generale e di rilevanza sociale, in attuazione dell'articolo 118 della Costituzione;

- l) la compartecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute;
- m) la leale collaborazione con le altre Regioni e con lo Stato, attraverso la promozione delle opportune forme di coordinamento, anche al fine di assicurare la portabilità dei diritti dei cittadini della Regione Emilia-Romagna e la reciprocità di trattamento;
- n) la collaborazione con le Università, per il loro ruolo fondamentale nella formazione e nella ricerca, con la finalità di promuovere in particolare la formazione del personale del Ssr e di sviluppare la ricerca biomedica e sanitaria, valorizzando i risultati come strumento di innovazione gestionale ed organizzativa del sistema sanitario.

Art. 2 Principi di organizzazione del Servizio sanitario regionale

1. La Regione assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza attraverso:
 - a) le Aziende Unità sanitarie locali, (di seguito denominate 'Aziende Usl' o 'Azienda Usl');
 - b) le Aziende ospedaliere, nonché, in connessione con specifiche esigenze assistenziali, didattiche o di ricerca scientifica, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (di seguito denominati 'IRCCS') e, secondo le modalità di cui all'articolo 9 della presente legge, le Aziende ospedaliere-universitarie, già Aziende ospedaliere integrate con l'Università. La costituzione di Aziende ospedaliere è disposta dalla Regione motivando sulla base della complessità della casistica trattata e del ruolo di ospedale di riferimento per specifici programmi regionali di assistenza individuati dal Piano sanitario regionale;
 - c) altri soggetti pubblici e privati accreditati, con i quali le Aziende e gli Istituti di cui alle lettere a) e b) – di seguito denominati 'Aziende Sanitarie' – abbiano stipulato accordi contrattuali.
2. L'organizzazione del Ssr prevede:
 - a) l'obbligo di qualità tecnica, professionale e relazionale per tutti i servizi e le prestazioni resi da parte delle Aziende sanitarie e delle altre strutture che forniscono prestazioni e servizi al Ssr;
 - b) la trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze organizzate e la loro partecipazione alla valutazione dei servizi, secondo le indicazioni contenute nella Carta dei servizi e nell'atto aziendale;
 - c) la programmazione a rete e la regolazione dell'offerta pubblica e privata delle prestazioni e dei servizi;
 - d) la partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria regionale e locale, nonché alla verifica dei risultati di salute ottenuti dalle Aziende sanitarie;
 - e) la partecipazione delle Aziende sanitarie all'elaborazione, da parte degli Enti locali, dei Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale;
 - f) il governo clinico delle Aziende sanitarie e la partecipazione organizzativa degli operatori;
 - g) il confronto e la concertazione quali metodi di relazione con le organizzazioni sindacali;
 - h) l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanita-

ria e tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, secondo i principi di cui all'articolo 3-septies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, ed in base alla legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), favorendo in particolare l'integrazione sociale delle persone con patologie psichiatriche e con dipendenze da droga, alcool e farmaci, secondo i principi di libertà e di dignità umana alla base della legge 13 maggio 1978, n. 180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori).

3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie sono subordinate alle relative autorizzazioni; l'esercizio di attività sanitarie per conto del Ssr è subordinato all'accreditamento istituzionale, e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Ssr è subordinato alla definizione degli accordi contrattuali, secondo quanto previsto dalla legge regionale 12 ottobre 1998, n. 34 (Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio 1997) e successive modifiche e dalla legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 (Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517) e successive modifiche.

4. La Regione, con riferimento alle attività ed agli oggetti attinenti all'organizzazione ed al funzionamento del Ssr, assicura il coordinamento delle autonomie funzionali operanti nel territorio regionale, secondo il criterio di favorire l'esercizio concertato delle funzioni tra loro omogenee e nel rispetto dell'autonomia ad esse garantita.

5. I rapporti tra il Ssr e le Università sono disciplinati nel rispetto dei principi fondamentali dettati dalle leggi dello Stato, dalle disposizioni della presente legge, nonché attraverso la stipulazione del protocollo d'intesa di cui all'articolo 9.

6. La Regione promuove le opportune forme di autoordinamento fra le Regioni e di coordinamento con lo Stato, nonché, nell'ambito dell'attuazione degli obblighi comunitari, il collegamento con le scelte di protezione della salute effettuate dall'Unione europea.

Art. 3 Organizzazione e finanziamento delle Aziende sanitarie

1. Le Aziende Usl hanno autonomia imprenditoriale. La loro organizzazione ed il loro funzionamento sono determinati nell'atto aziendale, adottato dal direttore generale ai sensi della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche. Le Aziende Usl assicurano, nell'esercizio unitario delle loro funzioni di prevenzione, incluse quelle relative alla sicurezza alimentare ed alla sanità animale, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività dei propri servizi con quelle degli altri soggetti pubblici e privati accreditati erogatori delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali. L'atto aziendale disciplina l'articolazione distrettuale delle Aziende Usl e l'organizzazione delle Aziende sanitarie secondo il modello dipartimentale, nonché i compiti e le responsabilità dei dirigenti di dipartimento e di distretto.

2. Le Aziende Usl sono finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione

residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi.

3. Sono organi delle Aziende Usl: il direttore generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione; il Collegio di direzione, con compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori; il Collegio sindacale, con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile.

4. Gli atti aziendali di cui al comma 1 sono adottati dai direttori generali in coerenza con le direttive emanate dalla Giunta regionale, ai sensi di quanto previsto all'articolo 4 della legge regionale n. 19 del 1994, come modificato dall'articolo 4 della legge regionale 25 febbraio 2000, n. 11 (Modifiche della L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e della L.R. 20 dicembre 1994, n. 50 "Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" ai sensi del DLgs 19 giugno 1999, n. 229). Tali direttive sono emanate previo parere della Commissione consiliare competente. La Giunta regionale trasmette altresì, prima della verifica di conformità di cui al comma 9 dell'articolo 4 della legge regionale n. 19 del 1994, come modificato dall'articolo 4 della legge regionale n. 11 del 2000, gli atti aziendali alla Commissione consiliare competente. Gli atti aziendali, tra l'altro, stabiliscono:

- a) la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la presenza del personale medico convenzionato;
- b) le forme e le modalità delle relazioni tra il Collegio di direzione e gli altri organi dell'Azienda;
- c) la partecipazione del Collegio di direzione all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente ed alla formulazione di proposte in materia di libera professione, ivi compresa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramuraria;
- d) la composizione e le forme di rappresentanza del Collegio aziendale delle professioni sanitarie.

5. La Regione nomina il direttore generale ed i componenti del Collegio sindacale. Il Collegio sindacale è composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione, con funzioni di Presidente, ed uno designato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. È assicurata allo Stato la possibilità di designare un componente all'interno del Collegio sindacale. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 1-quater e 1-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche. L'atto aziendale di cui al comma 1 disciplina la presenza di un direttore delle attività socio-sanitarie.

6. Le Aziende e gli Istituti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b) sono organizzati in analogia con le Aziende Usl, fatto salvo quanto previsto dagli articoli 9 e 10. La remunerazione delle loro attività assistenziali è definita nell'ambito di accordi da essi stipulati con l'Azienda o le Aziende Usl interessate, salvo gli eventuali trasferimenti regionali connessi a specifiche funzioni assistenziali, nonché i trasferimenti collegati alle procedure della mobilità sanitaria interregionale. Per le Aziende ospedaliere

ro-universitarie e gli IRCCS la remunerazione è effettuata in base alle tariffe stabilite ai sensi del comma 8 dell'articolo 9, tenendo conto dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca.

7. Le Aziende sanitarie si uniformano al principio della partecipazione organizzativa degli operatori ai processi di sviluppo e miglioramento organizzativo per il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Art. 4

Distretti sanitari

1. I distretti sanitari, individuati dall'atto aziendale secondo le modalità stabilite dall'articolo 5, costituiscono l'articolazione territoriale delle Aziende Usl allo scopo di:

- a) promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni, nonché con la popolazione e con le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento;
- b) assicurare l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi sociosanitari di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, nonché il coordinamento delle proprie attività fra di loro e con i servizi aziendali a valenza sovradistrettuale;
- c) favorire la partecipazione dei cittadini.

2. Nell'ambito delle risorse assegnate, i distretti sono dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. I distretti attuano, con riferimento a ciascun ambito territoriale, le strategie aziendali sulla base dei Programmi delle attività territoriali, di cui all'articolo 3-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche, che comprendono in particolare:

- a) i servizi e le prestazioni di assistenza primaria assicurati a livello di distretto;
- b) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da specifica ed elevata necessità d'integrazione, nonché, se delegate dai Comuni, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

3. L'atto aziendale stabilisce le forme e le modalità d'integrazione fra l'attività distrettuale ed i dipartimenti di sanità pubblica e salute mentale.

Art. 5

Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Enti locali

1. L'Ufficio di presidenza della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, di cui all'articolo 11 della legge regionale n. 19 del 1994, come modificato dall'articolo 7 della legge regionale 20 ottobre 2003, n. 21 (Istituzione dell'Azienda unità sanitaria locale di Bologna - Modifiche alla legge regionale 12 maggio 1994, n. 19), esprime parere sulla nomina del direttore generale da parte della Regione. La Conferenza esprime altresì parere ai fini della verifica di cui all'articolo 3-bis, comma 6 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche. La Conferenza può chiedere alla Regione di procedere alla verifica del direttore generale, anche al fine della revoca dell'incarico, qualora la gestione presenti una situazione di grave e persistente disavanzo, in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità

della amministrazione, ovvero nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del piano attuativo locale, di cui all'articolo 17, comma 1, lettera f) della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche.

2. La Conferenza promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli enti territoriali, la partecipazione dei Consigli comunali e dei Consigli provinciali alla definizione dei piani attuativi locali, nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei Servizi sanitari.

3. La Conferenza promuove, con il supporto delle Aziende sanitarie, strategie ed interventi volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche attraverso i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale.

4. Fermi restando i compiti e le funzioni di cui all'articolo 11 della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche, la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, d'intesa con i direttori generali, individua i distretti e modifica i loro ambiti territoriali. Il direttore generale adotta i provvedimenti conseguenti, trasmettendoli alla Giunta regionale per la verifica di conformità alla programmazione regionale. La Conferenza assicura altresì l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali, in rapporto agli obiettivi di programmazione, alla distribuzione ed alla accessibilità dei servizi ed ai risultati di salute.

5. Per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni proprie, la Conferenza può istituire un apposito ufficio, avvalendosi anche delle risorse delle Aziende sanitarie interessate. L'organizzazione ed il funzionamento di tale ufficio è disciplinato dalla Conferenza, di concerto con le Aziende sanitarie interessate per le risorse di loro competenza.

6. In ogni ambito distrettuale comprendente più Comuni o più circoscrizioni comunali è istituito il Comitato di distretto, composto dai sindaci dei Comuni, o loro delegati, e, ove previsto dalla legge e nel rispetto degli statuti comunali, dai presidenti delle circoscrizioni facenti parte del distretto. Tale Comitato opera in stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e disciplina le forme di partecipazione e di consultazione alla definizione del Programma delle attività territoriali.

7. Fermi restando i poteri di proposta e di verifica delle attività territoriali di cui all'articolo 9, comma 5 della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche, il Comitato di distretto esprime parere obbligatorio sul Programma delle attività territoriali, sull'assetto organizzativo e sulla localizzazione dei servizi del distretto e verifica il raggiungimento dei risultati di salute del Programma delle attività territoriali. Qualora tale parere risulti negativo, il direttore generale procede solo previo parere dell'Ufficio di presidenza della Conferenza. Il direttore generale adotta altresì, d'intesa con il Comitato di distretto, il Programma delle attività territoriali, limitatamente alle attività sociosanitarie.

8. La Conferenza territoriale sociale e sanitaria, attraverso il proprio regolamento, e l'Azienda Usl, attraverso l'atto aziendale, disciplinano rispettivamente le relazioni con il Comitato di distretto e con i distretti.

9. Il direttore generale nomina i direttori di distretto, d'intesa con il Comitato di distretto. Quando ricorrano gravi motivi, il Comitato può avanzare motivata richiesta al direttore generale di revoca della nomina.

Art. 6

Bilancio, patrimonio ed investimenti delle Aziende sanitarie

1. Il piano programmatico, il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio economico preventivo ed il bilancio d'esercizio sottoposto a revisione contabile costituiscono gli strumenti della programmazione economico-finanziaria per il governo delle Aziende sanitarie. Gli strumenti contabili documentano l'impegno delle risorse relative ai livelli essenziali di assistenza. Il bilancio di missione, presentato unitamente al bilancio d'esercizio, rende conto del perseguimento degli obiettivi di salute assegnati alle Aziende sanitarie dalla Regione e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

2. Entro il 30 aprile di ogni anno, la competente Commissione consiliare esprime parere sulla proposta di finanziamento delle Aziende sanitarie predisposta dalla Giunta regionale, sul quadro generale degli obiettivi loro assegnati, nonché sul bilancio economico preventivo di ciascuna Azienda sanitaria. La Giunta regionale approva i bilanci consuntivi delle Aziende sanitarie, previo parere della competente Commissione consiliare, e riferisce annualmente al Consiglio sullo stato del Ssr e dei bilanci delle Aziende sanitarie per le opportune valutazioni.

3. I beni mobili ed immobili delle Aziende sanitarie destinati al perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile delle stesse, ai sensi dell'articolo 828, comma 2, del Codice civile. La sottrazione di tali beni al regime di proprietà pubblica può avvenire esclusivamente previa espressa autorizzazione regionale, sulla base di un analitico programma di riqualificazione dei servizi sanitari.

4. La Regione può, ai sensi dell'articolo 119, ultimo comma, della Costituzione, autorizzare l'indebitamento delle Aziende sanitarie allo scopo di finanziare spese di investimento anche oltre i limiti di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera g), numero 1 e numero 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, previa motivata ed analitica valutazione dell'idoneità delle Aziende stesse a sostenerne gli oneri conseguenti.

5. La Regione promuove il rispetto dei tempi di pagamento nei contratti fra imprese ed Aziende sanitarie, anche attraverso il coordinamento delle stesse.

Art. 7

Sperimentazioni gestionali

1. La sperimentazione di nuove modalità gestionali ed organizzative nell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, attinenti alla gestione del personale o ad innovazioni di prodotto e di processo, è autorizzata dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente. L'autorizzazione può essere concessa, in misura comunque non superiore a cinque anni, su proposta dell'Azienda sanitaria interessata che motivi analiticamente le ragioni dell'atteso miglioramento della qualità dei servizi, della convenienza economica e della funzionalità rispetto alla programmazione regionale. Alle sperimentazioni gestionali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 9-bis, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, nel testo aggiunto dall'articolo 11 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Modificazioni al DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421), come sostituito

dall'articolo 10 del decreto legislativo n. 229 del 1999 e modificato dall'articolo 3 del decreto legge n. 347 del 2001 convertito dalla Legge n. 405 del 2001.

2. Le disposizioni di cui al comma 1 si applicano alle partecipazioni societarie delle Aziende sanitarie di cui all'articolo 7, comma 3, della legge regionale n. 19 del 1994, nel testo introdotto dall'articolo 57 della legge regionale n. 2 del 2003, nonché alla partecipazione da parte delle medesime alle forme di gestione di attività e servizi sociosanitari costituite dagli Enti locali, ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale n. 19 del 1994, nel testo introdotto dall'articolo 57 della legge regionale n. 2 del 2003.

Art. 8

Personale del Servizio sanitario regionale

1. Il rapporto di lavoro del personale del Ssr è di dipendenza, regolato ai sensi del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche). Eventuali previsioni speciali sono stabilite dalla Regione, nell'ambito dei principi della normativa statale. Le Aziende sanitarie esercitano, nei confronti del personale del Ssr, le capacità ed i poteri del privato datore di lavoro.

2. La dirigenza sanitaria ha rapporto di lavoro esclusivo, disciplinato da disposizioni regionali e dalla contrattazione collettiva, ad eccezione di quanto stabilito dall'articolo 15-sexies del decreto legislativo n. 502 del 1992, nel testo introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo n. 229 del 1999, e tenendo conto del principio fondamentale di reversibilità desumibile dall'articolo 2-septies del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138.

3. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa ai dirigenti sanitari è effettuata dal direttore generale ai sensi dell'articolo 15-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, sulla base di una rosa di tre candidati selezionati fra i soggetti idonei dalla commissione di cui al medesimo articolo.

4. L'esclusività del rapporto di lavoro costituisce criterio preferenziale per il conferimento ai dirigenti sanitari di incarichi di direzione di struttura semplice e complessa, nonché di quelli previsti dall'articolo 5 del decreto legislativo 29 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'articolo 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419). La validità dei contratti individuali relativi agli incarichi di cui al periodo precedente operanti alla data di entrata in vigore della presente legge è condizionata all'esclusività del rapporto di lavoro.

5. La Regione stabilisce le disposizioni sull'esercizio della libera professione intra ed extramuraria della dirigenza sanitaria, curando di prevenire l'instaurarsi di condizioni di conflitto di interessi fra attività istituzionale ed attività libero professionale e di garantire il superamento delle liste di attesa ed il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi nonché della efficienza generale del servizio. La Regione disciplina, in coerenza con quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 2000 (Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del

Servizio sanitario nazionale), l'utilizzo del proprio studio professionale da parte dei dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo nello svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria in regime ambulatoriale.

6. Il rapporto di lavoro del personale medico convenzionato con il Ssn è disciplinato dall'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992. La Regione detta le opportune disposizioni affinché le attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nonché delle professioni sanitarie di cui all'articolo 8, comma 2-bis, del decreto legislativo n. 502 del 1992, nel testo introdotto dall'articolo 6 del decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254 (Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari), siano raccordate con le attività e le funzioni delle Aziende Usi, con particolare riferimento al livello distrettuale.

7. La Regione promuove e conclude accordi integrativi al fine di conformare ai principi di cui agli articoli 1 e 2 della presente legge gli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), relativamente al personale medico convenzionato ed alle farmacie pubbliche e private. Tali accordi integrativi sono finalizzati all'integrazione professionale ed organizzativa dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale con i servizi distrettuali e con gli altri servizi aziendali, anche favorendo forme associative tra il personale medico convenzionato.

Art. 9

Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Università

1. La Regione determina, ai sensi dell'articolo 6-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, il fabbisogno di personale sanitario del Ssr.

2. Le Università degli studi di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio Emilia e di Parma concorrono, per gli aspetti concernenti le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, all'elaborazione della programmazione sanitaria regionale. Le Università partecipano altresì alla programmazione sanitaria regionale mediante parere obbligatorio:

- sulla proposta di Piano sanitario regionale approvato dalla Giunta;
- sugli atti di programmazione regionale concernenti la definizione degli indirizzi di ricerca del Ssr e degli interventi che interessano le strutture sanitarie destinate all'esercizio di attività formative.

3. Il protocollo d'intesa fra la Regione e le Università individua l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università, determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale, assicurandone la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca. Il protocollo disciplina altresì la programmazione della formazione del personale del Ssr e le modalità con cui gli accordi attuativi locali definiscono l'organizzazione dei dipartimenti integrati ed individuano le strutture essenziali per l'esercizio dei compiti istituzionali dell'Università.

4. La collaborazione fra Ssr ed Università si realizza attraverso le Aziende ospedaliero-universitarie di Bologna, di Ferrara, di Modena e di Parma, che costituiscono le

Aziende di riferimento, rispettivamente, per le Università di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio Emilia e di Parma per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca delle Facoltà di medicina.

5. Fermo restando quanto stabilito dal comma 4, la programmazione sanitaria regionale individua le ulteriori sedi nelle quali si realizza la collaborazione tra la Regione e le Università, con particolare riguardo alle scuole di specializzazione mediche o ad altre Facoltà. A tal fine, il protocollo d'intesa, di cui al comma 3, è integrato da specifici accordi stipulati tra la Regione e l'Università interessata, aventi ad oggetto la disciplina, in coerenza con la programmazione attuativa locale, delle forme di integrazione delle attività assistenziali con le funzioni di didattica e di ricerca.

6. La Regione, previa intesa della Conferenza Regione-Università di cui alla legge regionale 24 marzo 2004, n. 6 (Riforma del sistema amministrativo regionale e locale. Unione europea e relazioni internazionali. Innovazione e semplificazione. Rapporti con l'università), disciplina le Aziende ospedaliere-universitarie in analogia alle Aziende Usl e secondo i principi del decreto legislativo n. 517 del 1999, assicurando la partecipazione della componente universitaria al governo delle Aziende e garantendo all'Università la nomina di un componente del Collegio sindacale. Il Direttore generale delle Aziende ospedaliere-universitarie è nominato dalla Regione, acquisita l'intesa con il rettore dell'Università. Il protocollo d'intesa disciplina la verifica dei risultati dell'attività dei direttori generali, sulla base dei principi di cui all'articolo 3-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 e di quanto previsto dall'articolo 5 della presente legge.

7. L'atto aziendale disciplina, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nel protocollo d'intesa di cui al comma 3, la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata ed individua le strutture complesse a direzione universitaria. L'atto aziendale è adottato dal direttore generale d'intesa con il rettore dell'Università limitatamente ai dipartimenti ed alle strutture di cui al presente comma.

8. Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dalle Aziende di riferimento concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università, con particolare riferimento a beni mobili ed immobili, sia dal Ssr. La Giunta regionale classifica tali Aziende, limitatamente all'attività direttamente svolta, nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale, riconoscendo altresì i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca. Il protocollo d'intesa disciplina le modalità per la compartecipazione della Regione e delle Università, per quanto di rispettiva competenza, ai risultati di gestione delle Aziende.

9. La Regione promuove e valorizza le attività di ricerca svolte dalle Aziende ospedaliere-universitarie e nelle altre sedi di collaborazione di cui al comma 5, concorrendo al finanziamento di programmi di ricerca e di formazione di comune interesse, definiti d'intesa tra la Regione e le singole Università nell'ambito degli indirizzi formulati dalla Conferenza Regione-Università.

Art. 10

Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Gli IRCCS aventi sede nel territorio regionale sono arte integrante del Ssr, nel cui ambito svolgono funzioni

di alta qualificazione relativamente alle attività assistenziali, di ricerca e di formazione, partecipando altresì al sistema della ricerca nazionale ed internazionale.

2. Gli Istituti svolgono la loro attività assistenziale nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale e sono organizzati in analogia con le Aziende Usl, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, salvo quanto previsto dal presente articolo.

3. Il direttore generale ed i componenti del Collegio sindacale sono nominati dalla Regione ai sensi degli articoli 3-bis e 3-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche. Per quanto attiene ai direttori amministrativo e sanitario si applica quanto previsto all'articolo 3, comma 1-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992. Il Collegio sindacale è composto da cinque membri, di cui due nominati dalla Regione, uno dei quali con funzioni di presidente, ed uno nominato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. È assicurata allo Stato la possibilità di designare due componenti all'interno del Collegio sindacale. Il presidente del Consiglio di indirizzo e verifica, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1 della Legge 16 gennaio 2003, n. 3), è nominato dal Presidente della Regione, d'intesa con lo Stato. L'Università partecipa al Consiglio di indirizzo e verifica degli IRCCS secondo i criteri stabiliti negli accordi integrativi del protocollo d'intesa di cui al comma 5 dell'articolo 9 della presente legge. È previsto un direttore scientifico, nominato dallo Stato d'intesa con la Regione.

4. Al fine di assicurare il coordinamento delle attività di ricerca corrente e finalizzata, nonché il collegamento con gli analoghi Istituti aventi sede in altre regioni, la Regione promuove l'auto coordinamento fra le Regioni e la collaborazione con lo Stato.

Art. 11

Promozione della ricerca e della formazione in sanità

1. Al fine di favorire lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica e la formazione continua del personale del Ssr, la Regione può promuovere, previa opportuna intesa con l'Università, forme di organizzazione che integrino le competenze scientifiche, tecniche e professionali presenti, anche attraverso l'istituzione di fondazioni per la promozione della ricerca e della formazione in sanità, cui possono partecipare, con propria determinazione, le Aziende sanitarie della provincia interessata.

2. Le risorse destinate a strutture, servizi ed interventi nell'ambito del Ssr da parte delle fondazioni di cui al decreto legislativo 17 maggio 1999, n. 153 (Disciplina civilistica e fiscale degli enti conferenti di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto legislativo 20 novembre 1990, n. 356, e disciplina fiscale delle operazioni di ristrutturazione bancaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 dicembre 1998, n. 461) sono deliberate secondo il principio della leale collaborazione, tenendo conto delle priorità e degli obiettivi determinati dalla programmazione regionale e locale.

Art. 12

Modifiche alla legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50

1. L'articolo 25 della legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50 (Norme in materia di programmazione, conta-

bilità, contratti e controllo delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere) è abrogato.

2. L'articolo 37 della legge regionale n. 50 del 1994 è sostituito dal seguente:

«Art. 37

Il controllo regionale sugli atti delle Aziende sanitarie

1. Il controllo sugli atti delle Aziende sanitarie è esercitato dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica).

2. Il termine di quaranta giorni per l'esercizio del controllo sugli atti delle Aziende sanitarie previsto dalla suddetta legge è interrotto qualora il direttore generale competente in materia di sanità richieda chiarimenti o elementi integrativi di giudizio.

3. Il termine per l'esercizio del controllo è sospeso dall'1 al 20 agosto e dal 24 dicembre al 6 gennaio.

4. L'Albo per la pubblicazione degli atti, istituito presso ogni Azienda sanitaria, è collocato nella sede dell'Azienda stessa, in luogo di transito o comunque agevolmente accessibile al pubblico negli orari di apertura degli uffici.

5. Gli atti adottati dai direttori generali delle Aziende sanitarie sono pubblicati mediante affissione, anche per estratto, all'Albo di cui al comma precedente per quindici giorni consecutivi. Tali atti diventano esecutivi dal giorno della loro pubblicazione.

6. Gli atti soggetti a controllo preventivo della Regione, ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della Legge n. 412 del 1991 sono pubblicati in forma integrale contestualmente al loro invio al controllo. Nelle more del controllo regionale, ad essi non può essere data esecuzione.

7. La Giunta regionale nomina i commissari per l'adozione degli atti obbligatori per legge, in caso di ritardo od omissione da parte del direttore generale.

8. La nomina dei commissari avviene previa diffida a provvedere nel termine di trenta giorni, rimasta senza esito.»

3. Il comma 10 dell'articolo 4 della legge regionale n. 19 del 1994, come modificato dall'articolo 4 della legge regionale n. 11 del 2000, è abrogato.

4. Dopo l'articolo 43 della legge regionale n. 50 del 1994 è inserito il seguente articolo:

«Art. 43 bis
*Incompatibilità dei componenti
del Collegio sindacale delle Aziende sanitarie*

1. Non possono essere nominati sindaci-revisori e, se nominati, decadono dall'ufficio:

- a) coloro che ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo di Azienda sanitaria;
- b) coloro che hanno ascendenti o discendenti, ovvero parenti od affini fino al secondo grado che nella Azienda sanitaria ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, oppure svolgano funzioni dirigenziali nell'Istituto di credito tesoriere dell'Azienda sanitaria;
- c) i dipendenti dell'Azienda sanitaria;
- d) i fornitori dell'Azienda sanitaria;
- e) gli amministratori, i dipendenti ed, in generale, chi, a qualsiasi titolo, svolge in modo continuativo un'attività retribuita presso istituzioni sanitarie di carattere privato che abbiano rapporti convenzionali o contrattuali con l'Azienda sanitaria;
- f) coloro che abbiano lite pendente per questioni attinenti all'attività dell'Azienda sanitaria, ovvero, avendo un debito liquido ed esigibile verso di essa, siano stati regolarmente costituiti in mora, ai sensi dell'articolo 1219 del Codice civile, oppure si trovino nelle condizioni di cui al comma 2 dello stesso articolo.»

Art. 13

Entrata in vigore

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti dell'articolo 31 dello Statuto ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Emilia-Romagna.

Bologna, 23 dicembre 2004

VASCO ERRANI

LAVORI PREPARATORI

rogetto di legge, d'iniziativa della Giunta regionale: deliberazione n. 334 del 23 febbraio 2004; oggetto consiliare n. 5373 (VII legislatura);
pubblicato nel Supplemento Speciale del Bollettino ufficiale della Regione n. 286, in data 5 marzo 2004;
assegnato alla IV Commissione consiliare permanente "Sanità e Politiche so-

ciali" in sede referente.

Testo licenziato dalla Commissione referente con atto n. 5 del 6 dicembre 2004, con relazione scritta della consigliera Silvia Bartolini;

— approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 22 dicembre 2004, atto n. 153/2004.

9° Congresso europeo di psicologia 3-8 Luglio 2005 - Granada - Spagna

a cura di **DANILA MORO**

Programma scientifico

Temi del convegno

Assessment psicologico	Invecchiamento e ciclo di vita	Psicologia militare e della pace
Apprendimento, memoria e cognizione	Neuropsicologia	Psicologia interculturale
Comportamento animale	Personalità	Psicologia del lavoro e delle organizzazioni
Condotta sessuale e abuso sessuale	Psicobiologia e psicofisica	Psicologia del linguaggio
Counseling psicologico	Psicologia ambientale	Psicologia politica
Differenze individuali	Psicologia clinica	Psicologia della salute
Dipendenze	Psicologia cognitiva	Psicologia della sicurezza viaria
Disturbi dell'apprendimento	Psicologia di comunità	Psicologia sociale
Emozione e motivazione	Psicologia economica	Psicologia sportiva
Ergonomia	Psicologia dell'età evolutiva	Psicologia statistica e matematica
Etica della psicologia	Psicologia forense	Psicometria
Genere e diversità	Psicologia della formazione	Storia della psicologia
Immigrati e rifugiati	Psicologia dei mezzi di comunicazione di massa	Turismo e tempo libero
Insegnamento della psicologia		Violenza e terrorismo

Conferenze

Psicologia clinica		
Richard Bentall	Università di Manchester	Spiegando la follia
Larry E. Beutler	Università di Stanford	Ritorno alle origini: la ricerca dei principi base del cambiamento e la loro applicazione alla psicoterapia
Amparo Belloch	Università di Valenza	Ossessioni e compulsioni: lo stato dell'arte
Dipendenze		
Stephen Higgins	Università di Vermont	Implicazioni del rinforzo come determinante dei disturbi da uso di sostanze
Psicologia della salute		
Rosario Valdés	Consiglio nazionale del Messico per l'insegnamento e la ricerca in psicologia	Credenze sulla salute e prevenzione del cancro nelle aree urbane e rurali del Messico settentrionale

Walter Vandereycken	Università cattolica di Leuven	Trattamento dei disturbi dell'alimentazione: dall'evidenza all'esperienza
Ronald F. Levant Ed.D., M.B.A., A.B.P.P.	Nova Southeastern University	Approcci psicologici alla gestione della salute e della malattia: l'attenzione alla salute dell'intera persona
Psicologia del lavoro e delle organizzazioni		
José M. Peirò	Università di Valenza	Lo stress da lavoro e il coping: un approccio collettivo e proattivo
José m. Prieto	Università C di Madrid	Le basi psicologiche della fiducia
Psicologia dei mezzi di comunicazione di massa		
Wilson López	Università javeriana e Università cattolica	I mass-media e la costruzione delle culture della pace: una sfida per la psicologia del XXI secolo
Psicologia politica		
Torgny Danielsson	Associazione svedese di psicologia	Il ruolo dello psicologo in politica
Psicologia interculturale		
Rainer Silbereisen	Università di Jena	Acculturazione dei giovani immigrati: una prospettiva di scienza evolutiva
Psicologia sociale		
Miriam Erez	Technion – Istituto israeliano di tecnologia	Dalle conseguenze della cultura agli antecedenti del cambiamento culturale: un approccio dinamico alla comprensione del cambiamento culturale nel contesto lavorativo globale
Psicologia della formazione		
Leandro Almeida	Università di Miño	Transizione accademica e completamento dell'università: contributi dell'indagine e della pratica psicologica

Psicologia e professione		
Ype Poortinga	Università di Tilburg	Verso una psicologia sostenibile
Tuomo Tikkanen	Federazione europea dell'Associazione degli Psicologi	Lo stato attuale, gli sviluppi recenti e le prospettive future della professione di psicologo in Europa
Ingrid Lunt	Università di Londra	Lo psicologo europeo come scienziato professionista: lo sviluppo di una formazione europea etica per psicologi
Invecchiamento e ciclo di vita		
Rocío Fernández-Ballesteros	Università autonoma di Madrid	Psicologia e invecchiamento
Assessment psicologico		
José Muñiz	Università di Oviedo	Test e strumenti di valutazione in Europa Rolf Stayer Università di Jena Stati e tratti: due concetti fondamentali e come impiegarli nel modellamento delle variabili latenti
Psicologia di comunità		
Fernando Chacón	Università C di Madrid	La partecipazione sociale e il volontariato
Apprendimento, memoria e cognizione		
Lars-Göran Nilsson	Università di Stoccolma	Possono i geni insegnarci qualcosa sulla memoria umana?

Norme per l'organizzazione di simposi, sessioni parallele, poster, workshop e tavole rotonde

Simposi

I simposi sono sessioni incentrate su di un tema o problema di interesse comune sui quali i partecipanti presenteranno i propri contributi. Il coordinatore farà un riassunto e fornirà una panoramica sul tema del simposio..

Le proposte per la presentazione di simposi devono includere:

- Titolo
- Tema del congresso
- Nome, indirizzo postale ed elettronico del coordinatore

- Riassunto del contenuto (non più di 300 parole)
- Nome e abstract dei partecipanti (non più di 300 parole)
- Durata totale del simposio: 1 ora e 30 minuti.
- Durata massima di ogni comunicazione: 15 minuti
- Scadenza per inviare gli abstract: 31 dicembre 2004

Sessioni parallele

Le sessioni parallele raggrupperanno le comunicazioni verbali in base a un criterio stabilito dal Comitato Scientifico. Il criterio fondamentale della ripartizione sarà la somiglianza tematica tra le comunicazioni. La durata di ogni sessione parallela sarà di 1 ora e 30 minuti. Il pubblico che assiste avrà uno spazio per il dibattito.

Le proposte per le comunicazioni da presentare nelle sessioni parallele devono includere:

- Titolo
- Tema del congresso
- Nome, indirizzo postale ed elettronico degli autori
- Nome dell'istituzione
- Abstract (non più di 300 parole)
- Durata massima di ogni comunicazione: 15 minuti
- Tempo da dedicare alla discussione: 10-15 minuti
- Scadenza per inviare gli abstract: 31 dicembre 2004

Poster

I poster sono presentazioni grafiche di lavori scientifici. Le loro dimensioni massime devono essere di 90 cm di larghezza per 190 di altezza. Almeno uno degli autori del poster dovrà essere presente per illustrare e discutere il contenuto del poster col pubblico presente.

Le proposte per i poster devono includere:

- Titolo
- Tema del congresso
- Nome, indirizzo postale ed elettronico degli autori
- Nome dell'istituzione
- Abstract (non più di 300 parole)
- Scadenza per inviare gli abstract: 31 dicembre 2004

Workshop

I workshop sono piccoli incontri dedicati al training e al dibattito su di un tema specifico. Il loro scopo è fornire a ricercatori, studenti e professionisti informazioni e dati su risultati significativi in aree importanti della disciplina e identificare direttrici future per la pratica e la ricerca.

Le proposte per i workshop devono includere:

- Titolo
- Riassunto del contenuto
- Numero massimo dei partecipanti
- Nome, indirizzo postale ed elettronico del proponente

Tavole rotonde

Sono sessioni monografiche di discussione su di un tema di interesse attuale. Le tavole rotonde sono formate da specialisti e verrà dedicato uno spazio specifico per il dibattito tra le persone che assistono.

Le proposte per le tavole rotonde devono includere:

- Titolo
- Tema
- Nome, indirizzo postale ed elettronico del chairman
- Nome dei partecipanti

Istruzioni per la presentazione degli abstract

Gli abstract potranno essere inviati esclusivamente via Internet, scrivendo il testo direttamente nel modulo disponibile.

1. Collegatevi al sito <http://www.ecp2005.com>
2. Selezionate "abstract/proposal".
3. Fate la spunta sull'intervento desiderato: poster, comunicazione per le sessioni parallele, simposio, workshop o tavola rotonda.
4. Riempite i campi. Per inviare l'abstract dovete scrivere il testo (non più di 300 parole) direttamente nel campo a ciò predisposto.
5. Selezionate il tasto "invio".
6. Se non avrete compilato tutti i campi obbligatori (appositamente segnalati) comparirà un messaggio di errore. Una volta compilati tutti i campi indicati, selezionate di nuovo il tasto "invio".

Gli abstract devono essere strutturati in base a obiettivi, metodi (disegno sperimentale, procedure, misurazioni), risultati e conclusioni.

Si prega di non inviare più di due abstract.

Inviando il vostro abstract, acconsentite alla sua pubblicazione in formato elettronico e cartaceo.

Il Comitato Scientifico esaminerà il vostro abstract e vi comunicherà la sua accettazione o rifiuto entro febbraio 2005.

Una volta che il vostro abstract è stato accettato dal Comitato Scientifico, la vostra partecipazione al Congresso sarà confermata se la Segreteria del Congresso riceverà il pagamento della quota di iscrizione entro il 30 aprile del 2005. Gli abstract verranno pubblicati nel volume degli abstract solo se saranno soddisfatte le condizioni su menzionate.

Gli abstract saranno disponibili online una volta approvati dal Comitato Scientifico e avvenuto il pagamento della quota di iscrizione da parte dell'autore.

Vi invitiamo a porre attenzione alle scadenze per l'iscrizione e il pagamento.

Non inviate due volte lo stesso abstract.

Scadenza per inviare gli abstract (comunicazioni, poster, simposi): 31 dicembre 2004.

Quota di iscrizione

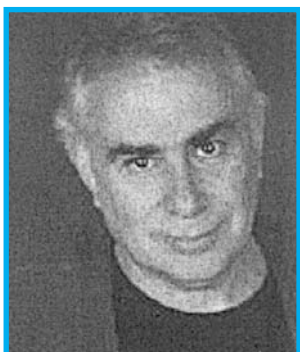
Categoria	Prima del 30 Aprile 2005	Dopo il 30 Aprile 2005	Sul posto
Partecipanti	249.00 €	300.00 €	320.00 €
Studenti	120.00 €	120.00 €	120.00 €
Accompagnatori	100.00 €	100.00 €	100.00 €

La quota di iscrizione per i partecipanti e gli studenti include l'ammissione a tutte le sessioni scientifiche, l'accesso alle esposizioni commerciali, la documentazione del Congresso (programma finale e libro degli abstract), la cerimonia di apertura, il cocktail di benvenuto e l'accoglienza da parte del sindaco (da confermare).

La quota di iscrizione per gli accompagnatori include: la cerimonia di apertura, il cocktail di benvenuto, l'accoglienza da parte del sindaco (da confermare) e la visita guidata alla città.

In ricordo di...

a cura di GIOVANNI CAVADI



ALDO CAROTENUTO (Napoli 1933 – Roma 2005)

Ultimogenito di quattro fratelli, ma primo di due gemelli, è figlio di un impiegato e di una maestra elementare.

Nel 1936 la famiglia si trasferisce a Roma dove, nel 1944, muore il padre durante un bombardamento.

A dieci anni si ammala di endocardite acuta, disturbo che peserà sul suo stato di salute anche da adulto.

Terminati gli studi superiori si iscrive all'Università presso la facoltà di lettere all'Università di Roma, ma poi prosegue gli studi a Firenze dove si laurea nel 1956 con Remo Cantoni. Dopo quattro anni si sposa e si trasferisce per tre anni a New York dove frequenta i corsi di psicologia dinamica e psicologia sperimentale.

Tornato in Italia nel 1963 inizia l'analisi personale prima con E. Bernhard e poi con C. Modigliani.

Entra a far parte dell'AIPA (Associazione Italiana per lo studio della Psicologia Analitica) di cui diventerà membro ordinario e didatta.

Nel 1968 si specializza in Psicologia a Torino presso la Scuola diretta dalla Masucco Costa.

Dieci anni dopo diviene professore incaricato dell'insegnamento di Teorie della personalità presso l'Università di Roma. Fonda e dirige la Rivista di Psicologia analitica e il Giornale storico di psicologia dinamica.

In seguito sarà ordinario dell'insegnamento di Psicologia della personalità e delle differenze individuali presso la facoltà di Psicologia della Sapienza. Lavora come analista junghiano a Roma.

La sua vasta produzione scientifica testimonia una ricca ricerca che si concentra attorno alle tematiche della psicologia clinica e dei rapporti tra psicoanalisi e letteratura. Per quanto si riferisce alla clinica psicoanalitica concentra la sua attenzione al problema dell'amore di transfert, sottolineando l'inautenticità del concetto di 'neutralità' nei rapporti tra analista e paziente: "Solo la consapevolezza della forza degli affetti che circolano all'interno della coppia analitica rende l'analista capace di fronteggiare le sofferenti richieste del paziente, laddove la negazione del coinvolgimento rende l'analista vulnerabile e cieco".

Una tesi centrale della ricerca di Carotenuto è "il primato assoluto della creatività nell'esistenza umana, sorretta dall'idea che la sofferenza psicologica genera un destino che della ricerca artistica fa la sua ragion d'essere". Ciò è testimoniato dalle analisi sulle opere di Kafka, Dostoevskij, Pasolini, Bousquet e di poeti e pittori.

Bibliografia

Antonelli G. (1993) *Forme di sapere in psicologia. Saggi su Aldo Carotenuto*, Bompiani, Milano.

I principali scritti di A. Carotenuto.

Non vengono riportati le decine di articoli pubblicati sulle riviste e ripresi nei libri.

1977. *Senso e contenuto della psicologia analitica*. Boringhieri, Torino.

Jung e la cultura italiana. Astrolabio, Roma.

1978. *Psiche e inconscio*. Marsilio, Venezia.

1979. Psicologia della liberazione. Moizi, Milano.
La scala che scende nell'acqua. Storia di una terapia analitica. Boringhieri, Torino.
1980. Diario di una segreta simmetria. Sabina Spielrein tra Jung e Freud. Astrolabio, Roma.
1981. Il labirinto verticale. Astrolabio, Roma
1982. Discorso sulla metapsicologia. Boringhieri, Torino.
1985. L'autunno della coscienza. Boringhieri, Torino.
1986. La colomba di Kant. Transfert e controtransfert nella relazione analitica. Bompiani, Milano.
1987. Eros e pathos. Margini dell'amore e della sofferenza. Bompiani, Milano.
1988. La nostalgia della memoria. Il paziente e l'analista. Bompiani, Milano.
1989. La chiamata di Dai mon. Gli orizzonti della verità e dell'amore in Kafka. Bompiani, Milano.
1990. Le rose nella mangiatoia. Metamorfosi e individuazione nell'Asino d'oro di Apuleio. Raffaello Cortina, Milano.
1991. Amare Tradire. Quasi un'apologia del tradimento. Bompiani, Milano.
Trattato di psicologia della personalità e delle differenze individuali. Raffaello Cortina, Milano.
1992. Integrazione della personalità Bompiani, Milano.
Trattato di psicologia analitica. UTET, Torino.
1993. I sotterranei dell'anima. Bompiani, Milano.
1994. Riti e miti della seduzione. Bompiani, Milano.
1995. Jung e la cultura del XX secolo. Bompiani, Milano.
La strategia di Peter Pan. Bompiani, Milano.
1996. Le lacrime del male. Bompiani, Milano.
La mia vita per l'inconscio. Di Renzo, Roma.
1997. Il fascino discreto dell'orrore. Bompiani, Milano.
L'eclissi dello sguardo. Bompiani, Milano
1998. Lettera aperta ad un apprendista stregone. Bompiani, Milano.
Vivere la distanza Bompiani, Milano.
1999. Attraversare la via. Bompiani, Milano
Breve storia della psicoanalisi. Bompiani, Milano.
2000. Il fondamento della personalità Bompiani, Milano.
Pensare l'invisibile. Bompiani, Milano.
2001. L'ultima medusa. Psicologia della fantascienza. Bompiani, Milano.
L'anima delle donne. Bompiani, Milano.
2002. Il gioco delle passioni. Bompiani, Milano.
Freud il perturbante. Bompiani, Milano.
2003. Nel mondo dei sogni. Di Renzo, Roma.
L'ombra del dubbio. Bompiani, Milano.
Il tempo delle emozioni. Bompiani, Milano.

Recensioni

a cura di GIOVANNI CAVADI

CRINALI, associazione di ricerca, cooperazione e formazione interculturale tra donne. SGUARDI A CONFRONTO. Mediatrici culturali, operatrici dell'area materno infantile, donne immigrate. A cura di Giovanna Sestetti. F. Angeli, Milano, 2000, pp. 176, € 11,36 (L. 22.000).

Questa pubblicazione, curata da tre psicopedagogiste A. Arcari, G. Sestetti e R. Sada, e da una psicologa L. Cattaneo, vicepresidente di CRINALI, è stata prodotta nell'ambito del progetto "La mediazione culturale nei servizi socio-sanitari dell'area materno infantile". E' una ricerca su gravidanza, parto e primi anni di vita del bambino che, secondo le Autrici, sono "esperienze profondamente legate alla propria storia e alla propria cultura. Le donne immigrate portano le operatrici italiane dei servizi materno infantili a confrontarsi con diverse visioni rispetto alla maternità e a interrogarsi su modelli culturali differenti, riconoscendo la relatività del proprio".

Su tale tema si sviluppa la complessità del lavoro della mediatrice culturale.

L'inchiesta che viene riportata per esteso, si è sviluppata mediante un questionario di 17 item (una intervista semistrutturata) e delle interviste libere.

L'indagine tocca quattro aree di competenza professionale, oltre le dirette interessate che sono le donne immigrate, e cioè: la mediatrice culturale, le operatrici dei consultori familiari e pediatrici, le operatrici dei servizi ospedalieri e le assistenti sociali. E' anche una indagine sul lavoro di rete, quando vi sono le condizioni per realizzarlo.

Come è riferito nella conclusioni l'indagine ha messo in luce una serie di problemi che è opportuno segnalare, data l'importanza e l'urgenza del tema.

1. Il lavoro con le donne straniere da parte delle operatrici socio-sanitarie espone "ad un obiettivo aumento dei carichi di lavoro e dei carichi emotivi" dato che non vi sono dei percorsi istituzionali precisi e quindi è "possibile creare dei percorsi assistenziali ad hoc".
2. Le questioni che le operatrici affrontano riguardano la vita di coppia, l'identità di genere e di ruolo, e il problema di "gene-

rare in terra straniera, con il forte significato che questo assume al tempo stesso di affermazione e di strappo delle proprie radici "porta inevitabilmente ad una rivisitazione culturale della consapevolezza dei propri modelli di maternità, paternità, famiglia, bambino ed educazione.

3. La necessità di un nuovo tipo di formazione orientato alla interculturalità e alla transculturalità degli operatori socio-sanitari.

Per quanto riguarda gli psicologi, non possiamo non segnalare il grave gap della nostra disciplina rispetto a tale problematica. (G.C.)

Ricci Carlo. Il computer insegna. Un software multi-scopo per l'insegnamento individualizzato. Con un CD allegato. Prefazione di Giuseppe Mascioni. Edizioni Erickson, Trento, 1999, pp.130, € 25,31 (49.000).

L'agile libretto presenta i risultati di una ricerca-intervento condotta dall'Autore, quale responsabile scientifico del gruppo di ricerca, su commissione della Regione Marche chiamata "Computer ed handicap 2000".

Vengono sintetizzati gli studi e le ricerche condotte nell'arco di cinque anni per la diffusione dell'uso delle nuove tecnologie nella scuola per migliorare la qualità dell'integrazione scolastica e lavorativa delle persone portatrici di handicap.

Come ricorda l'Autore, nell'introduzione, il testo "si rivolge sia a quelle persone che affrontano per la prima volta l'utilizzazione del computer nella didattica, sia a quelle che hanno già esperienza in questo senso e che vogliono allargare il campo dei loro interessi".

Il volume descrive le basi psicopedagogiche su cui si fonda un software didattico, curato dallo stesso Ricci, e il manuale d'uso del software a cura del gruppo di ricerca formato da F. Vetranò, D. Tamburo, R. Corradetti, L. Cottini e M. Giampieri.

Vengono riportati anche gli applicativi presenti del CD-ROM con spunti per esercitarsi. Tre brevi appendici ed un bibliografia specifica del tema completano il volume.

Pensiamo che l'opera possa risultare utile non solo agli psicologi scolastici, ma anche a quei colleghi che lavorano nel settore della riabilitazione psichiatrica e neuropsicologica. (G.C.)

Monasteri Pier Giuseppe, Bona Marco, Oliva Umberto. MOBBING. Vessazioni sul lavoro. Giuffrè editore, Milano, 2000, pp. 334, € 23,24 (L. 45.000).

Questo libro è stato scritto da tre giuristi di Torino, due accademici ed un legale. Ha una stesura abbastanza accessibile anche ai profani del diritto ed è ricco di spunti per gli psicologi che si occupano del problema.

Il mobbing è innanzitutto “inefficiente...e un'organizzazione in cui esso si istaura è destinata al fallimento e alla disgregazione... Sono le condizioni del lavoro che mutano oggettivamente in peggio, sia per la vittima che per gli aggressori... Combattere il mobbing è quindi l'imperativo di ogni organizzazione intelligente”. Da questa premessa socioculturale ne deriva una prospettiva prettamente psicologico-giuridica dato che dal mobbing “si riflette in un danno soggettivo per le vittime di esso, che è soggettivo in quanto ‘sentito dal soggetto’, ma che ammonta ad un vero danno ‘esistenziale’ in quanto danno da peggioramento oggettivo, e come tale verificabile, delle condizioni di esistenza”.

Viene puntualizzato anche il significato del bossing (mobbing verticale) che nella realtà lavorativa italiana trova un congeniale sviluppo nella rigidità del sistema dato che “il bossing può rivelarsi strumento appetibile per allontanare persone ben precise: i disabili o le donne, oppure i dipendenti con troppa personalità, o troppo zelo, o con un'anzianità che è divenuta troppo onerosa da un punto di vista stipendiale”!

Gli autori si spingono oltre ed ipotizzano, in prospettiva giurisprudenziale, anche un mobbing familiare e persino uno scolastico (il child o school bullying).

Il volume si sviluppa su una serie di tematiche giuridiche che è opportuno riferire:

- l'azione di responsabilità contro il mobber, che va dalla tutela della vittima verso un nuovo sistema di responsabilità civile per la lesione della personalità del lavoratore, all'azione contro l'azienda promotrice del mobbing;
- i danni da mobbing aziendale in cui si analizzano le lesioni della salute e quelle della personalità “ciò che invece è sempre presente nelle ipotesi di mobbing è la lesione della sfera morale, della personalità, della dignità, di quell'interesse, che trova le sue radici nel rapporto contrattuale, a vedere tutelata la propria ‘personalità morale’” (art. 2087 c.c.). La recente sentenza della Cassazione 8835/1991 recita infatti

che ‘Il lavoro non è solo un mezzo di guadagno, ma costituisce un mezzo prevalentemente di estrinsecazione della personalità di ciascun cittadino’.

- I danni da mobbing e l'INAIL, dato che l'Istituto, come sancito dal D.L. 28-2-2000 n° 38, pur indennizzando il danno biologico (art.13) non contempla il danno morale e esistenziale;
- il mobbing in famiglia e cioè le molestie morali familiari e nei rapporti amorosi.

Il volume si completa con una appendice piuttosto nutrita che riporta: i disegni e i progetti di legge sul mobbing nel nostro Paese, i siti di internet sul mobbing, le sentenze pre-mobbing (per esteso) e quelle sul mobbing aziendale e, per concludere, il bullying e il mobbing nel diritto anglosassone (common law) (a cura di Elena Cavadi).

Ministero della Pubblica Istruzione. Progetto nazionale NETFORM. Formazione a distanza in rete telematica. Atti e documenti. Mantova, marzo 2000. Microart's, Recco (GE) 2001, pp. 209, s.i.di.p.

Il volume, curato dalla Direzione Generale Istruzione Secondaria di I grado del M.P.I., raccoglie gli atti del progetto Netform che intende promuovere la formazione del personale scolastico nella gestione delle nuove tecnologie utilizzandole come “strumento privilegiato di trasmissione di conoscenze e competenze”.

La formazione a distanza assume oggi una valenza fortemente innovativa e di necessità, come è previsto e sollecitato anche dai progetti ECM del Ministero della Sanità, e come ci ricorda ripetutamente il presidente di FormAUPI, Mario Sellini.

Il volume riporta alcune tematiche di attualità quali le metodologie e i modelli didattici che si configurano con la formazione a distanza, dato che è possibile identificare alcune specifiche “funzioni di amplificazione che la tecnologia può assumere in ambito didattico: l'amplificatore cognitivo e l'amplificatore cooperativo”.

L'amplificatore cognitivo, cioè l'utilizzazione della tecnologia per imparare meglio o di più, quello di cui si ha bisogno o che interessa, per imparare dove, quando e come si vuole, in modo

autonomo, più efficace e più motivante, e nel caso oggetto del volume per dare sostegno al docente nel processo di insegnamento”.

L'amplificatore cooperativo, dato che operare in isolamento “sarà sempre meno possibile nella società delle comunicazioni e dell'informazione... come da molti anni la psicologia cognitiva ha sottolineato il ruolo e l'importanza dell'interazione con gli altri per lo sviluppo cognitivo degli allievi”. La dimensione collaborativa viene ritenuta di particolare significato didattico anche nei processi di formazione a distanza.

Vengono quindi presentati i progetti delle scuole. All'interno del volume sono pure riportati alcuni questionari e schede di valutazione e autovalutazione, griglie di valutazione del clima di apprendimento, test di ingresso e finale di informatica, e delle schede di rilevazione dei comportamenti di lavoro; le ritengono degli utili suggerimenti per coloro che si occupano di formazione degli educatori.

Il volume manca di una dovuta bibliografia per opportuni approfondimenti.

Voglio, infine, ricordare che la rivista Rassegna di Psicologia, quadrimestrale dell'Università 'La Sapienza' di Roma, dedicò un numero speciale di 'Rassegna di psicologia su computer e processi cognitivi' a cura di E. De Grada e C. Pontecorvo (vol. 4, n°2/3, 1987, pp. 207). (G.C.)

ASL Brescia. Adolescenti d'oggi nella realtà bresciana. Atti della giornata di studio 23 novembre 2001, a cura di Pasquale Cirigliano. Italgraf, Castellanza, pp. 102, 2001. s.i.d.p.

Vengono presentati gli atti degli interventi della giornata di studio dedicata al bilancio decennale del Consultorio dell'adolescente dell'ASL di Brescia.

Partendo dall'evoluzione della domanda dell'adolescente in difficoltà, vengono analizzate le attività preventive svolte dagli psicologi del Centro nelle scuole cittadine valutando le potenzialità trasformative che si incontrano nel gruppo di pari.

Curioso e stimolante il contributo di A. Valli su “Interventi di prevenzione e di riduzione del danno nelle discoteche”.

(Per chi fosse interessato alla pubblicazione la può richiedere al Consultorio Adolescenti dell'ASL Brescia, vicolo Rizzardo, 25100 Brescia). (G.C.)

Renato A. Rozzi, Giusi Messetti e Donato De Silvestri. Essere docenti. Una cattedra di Psicologia dello Sviluppo nella formazione di studenti e insegnanti. Cierre Edizioni, Verona, 1999, pp.134 (L. 20.000).

Questo agile libretto tratta dell'attività della Cattedra di psicologia dello Sviluppo del corso di laurea in Scienze dell'educazione presso l'Università di Verona. Il tema che accomuna gli argomenti trattati individualmente dai tre autori riguarda l'atteggiamento di ricerca-insegnamento in cui l'università e le istituzioni scolastiche si sono incontrate e si sono interrogate sui fondamenti e le finalità della propria attività: ciò a partire dall'applicazione dell'"infant observation" in cui si riflette sul ruolo fondamentale che può avere nella formazione psicologica degli insegnanti della scuola elementare un training sull'osservazione del bambino secondo Bick, nell'ambito dei programmi delle attività didattiche della Tavistock Clinic di Londra. Il secondo contributo tratta il tema della problematica giovanile attraverso l'analisi di un corso universitario ed infine, il terzo, sviluppa il tema della formazione di chi opera nella scuola e perciò degli insegnanti in quanto adulti in formazione permanente. (G.C.)

Alberto Siracusano e Cinzia Niolu. La paura di volare. Perché viene e come si supera l'ansia di prendere l'aereo. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1999, pp. 167, s.i.d.p.

Il volume affronta l'aerofobia, cioè la paura di volare “ un timore molto diffuso ,sia tra coloro che utilizzano l'aereo come abituale mezzo di trasporto, sia tra coloro che non hanno mai volato”. Il libretto, steso con domande e risposte arricchite da una casistica clinica, è il risultato dei seminari svolti dagli Autori su un gruppo di oltre trecento persone che soffrivano di aerofobia. (G.C.)

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
 Tel. 06/8860828 - 348/3701599
 e.mail: rinperi@libero.it

GIORGIO FACCIOLI
 0425/715000 - 347/3649464
 email aupi.veneto@libero.it

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

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

MEMBRI

ALBANESE GABRIELLA	0382/727839	FORCELLINO VINCENZO	089/695174	PASTORE RAFFAELE	0324/491328
ARCICASA ANGELO	0434/736234	GAMBARDILLA GABRIELLA	0371/448772	PERAZZA FRANCO	0481/592009
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714	GENTILE SALVATORE	0835/986450	PERINI RINALDO	0774/357209
BELLISARIO PIER PAOLO	0872/706498	GIOSSI PAOLA	0344/43060	PIERUCCI FERNANDO	0585/45913
BERNARDINI ENRICO	0746/483073	GOLLO ISIDORO	0835/243704	PIROMALLI CARLO	090/2224925
BERTINI ANTONIO	075/5280761	GRAVILI ROSALBA	0586/223103	POLI GIACOMO	0376/919155
BOZZARO PAOLO	095/7716706	INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580	PUPULIN GIORGIO	049/9324988
BRIVIO ROBERTA	02/98230479	INNEO GIUSEPPE	338/4678461	PUTZOLU DOMENICO	0783/81828
BRUSATI ANNA	0321/3734838	LAVARINO PIERO	011/7094711	SCARDILLI SALVO	095/894367
CALVANI ROBERTO	0432/553571	LAZZARI DAVID	0744/423871	RASSU MARIA ROSA	079/9959809
CARTISANO ORLANDO	0963/591650	LETTINI GIANFRANCO	0972/39239	REITANO FRANCESCO	0464/554743
CASTELLI GIUSEPPE	039/464885	LOMBARDO ARMODO	338/1429311	RIPPA ARTURO	081/5001275
CAVADI GIOVANNI	030/2410140	MACCOLINI DIANA	0546/602440	ROSSI RITA	041/5294655
CAVION ROBERTO	0444/511113	MANFREDA PAOLO	0863/441720	ROSSINI MARIO	0332/277260
CERIONI ANNA GRAZIA	0721/882849	MANGLIA RAFFAELE	0832/606931	SARTORELLI MARIA CHIARA	085/8543817
CHIAVARO CLAUDIO	0874/60267	MARENCO GIANCARLO	0141/392729	SCACCIONI RAFFAELLA	0161/250097
COLOMBARI MANUELA	051/6838432	MAURIZIO POLIERI	347/3808741	SCOLLO SALVATORE	0932/768606
CONTARDI M.CLEOFE	0721/739722	MARTELLI CARMINE	035/363551	SELLINI MARIO	0968/76244
D'ANGELO ANNA	0885/781776	MARTIN MARIA ROSA	347/2592282	SERRA LETIZIA	0131/443370
D'IMPORZANO AGOSTINO	0187/533791	MASCI SILVIA	0434/553627	SIGNORI LINO	045/8015471
DE BORTOLI VIRGINIO	0437/931375	MAZZOLDI MARIANTONIETTA	0471/908594	SANTORO LUCIA	055/483010
DE DONATO COSIMO	099/9727423	MEGNA FRANCESCO	0962/924262	SOLARI SILVANO	0187/732772
BINI LAURA	339/5324246	MELILLO ANNA ROSA	080/3254940	SPITALE GIUSEPPE	0931/724292
DEL RIO FRANCO S.	0784/38962	MELIS CATERINA	0781/660206	TIENGO G.BATTISTA	02/6944277
DI GIAMMARCO GILDA	0861/591737	MERCURI EUGENIO	0968/25331	TIMPANO MARCO	0587/273378
DI LIBERTO CARLA	0783/317901	MERLINI FRANCO	02/58013132	TOSSICHETTI VALERIA	071/5963813
FACCIOLI GIORGIO	0425/715000	MICHELIN PAOLO	0423/819534	TRIGLIA ANGELO L.	0965/774339
FELACO RAFFAELE	081/5768240	MICOZZI MAURIZIO	0734/965752	TRISTAINO FRANCESCO	0984/73392
FLARA' NATALIO	0861/8020305	MOSCARA PAOLO	0832/753500	TUMMINO VITO	031/523327
FRATI FULVIO	0521/393108	FEDELE MARIA	338/5983877	VACCA LUCIANA	338/2688737
FUSARI PAOLO	347/1500460	PALMA G. LUIGI	0836/554819	VENTURELLA ELVIRA	0165/256885
				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	0874/409401
MENGHINI GIACOMO	06/98340888
POLI GIACOMO	0376/919155

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

PIEMONTE		
	Segreteria Regionale	
	MARENCO Giancarlo	0141/392729
	Segreteria Provinciali	
TO	LAVARINO Piero	347/6981846
AL	SERRA Letizia	0131/443370
AT	MARENCO Giancarlo	0141/392729
CN	MICCA Carla	0174/723760
NO	BRUSATI Anna Maria	0321/3734838
VB	PASTORE Raffaele	0324/491328
VC	SCACCIONI Raffaella	0161/250097
BI	ACQUADRO Loredana	015 /9899853
VAL D'AOSTA		
AO	Segreteria Regionale	
	VENTURELLA Elvira	0165/256885
LOMBARDIA		
	Segreteria Regionale	
	TIENGO Giovanni B.	039/883631
	Segreteria Provinciali	
MI città	MERLINI Franco	02/58013132
MI Nord	CASTELLI Giuseppe	039/464885
MI Sud	BRIVIO Roberta	02/98230479
BG	MARELLI Carmine	035/360776
BS	CAVADI Giovanni	030/3732358
CO	GIOSI Paola	0344/43060
LC	CORTI M. Elisabetta	0341/482387
LO	GAMBARDELLA G.	0371/32074
CR	POLI Giacomo	0376/919155
MN	BINI Laura	339/5324246
PV	ALBANESI Gabriella	0382/727839
SO	CORTI M. Elisabetta	0341/482387
VA	ROSSINI Mario	0332/312134
PROV. BOLZANO		
BZ	MAZZOLDI Maria A.	0471/908594
PROV. TRENTO		
TN	REITANO Francesco	0464/554743
VENETO		
	Segreteria Regionale	
	FACCIOLI Giorgio	0425/715000
	Segreteria Provinciali	
VE	ROSSI Rita	041/5227825
BL	DE BORTOLI Virginio	0437/83500
RO	FACCIOLI Giorgio	0425/715000
TV	MICHELIN Paolo	0423/819534
VR	SIGNORI Lino	045/8015471
VI	CAVION Roberto	0444/5111113
PD	PUPULIN Giorgio	049/9324988
FRIULI		
	Segreteria Regionale	
	ARCIKASA Angelo	0434/736234
	Segreteria Provinciali	
UD	CALVANI Roberto	0432/553571
GO	PERAZZA Franco	0481/592009
TS	FUSARI Paolo	347/1500460
PN	MASCI Silvia	0434/553631
LIGURIA		
	Segreteria Regionale	
	SOLARI Silvano	0187/732772
	Segreteria Provinciali	
GE	MACCHI Marco	335/6181892
IM	PRIVITERA Angela	0347/4251121
SP	D'IMPORZANO A.	0187/504286
SV	MARTIN Rosa Maria	347/2592282
EMILIA ROMAGNA		
	Segreteria Regionale	
	COLOMBARI Manuela	051/6838432
	Segreteria Provinciali	
FE	COLOMBARI Manuela	051/6838432
MO	GALLI Gabriella	059/437469
FO	LUCCHI Adele	0547/302689
PC	FINETTI Gianni	0523/989727
RA	MACCOLINI Diana	0546/602440
RE	BENEDETTI Annalisa	0522/850418
PR	FRATI Fulvio	0521/393108
BO	TADDEI Bruno	051/6224285
RI	NOVAGA Annarosa	0541/698772
MARCHE		
	Segreteria Regionale	
	CERIONI Anna Grazia	0721/882849
	Segreteria Provinciali	
AN	TOSSICHELLI Valeria	071/2862935
AP	MICOZZI Maurizio	0734/965752
PS	CONTARDI M. Cleofe	0721/739722
TOSCANA		
	Segreteria Regionale	
	SANTORO Lucia	055/483010
	Segreteria Provinciali	
AR	FARNETANI Edi	0575/658158
GR	PAPA Margherita	0564/869524
FI	SANTORO Lucia	055/483010

LI	GRAVILI Rosalba	0586/223103
LU	POLIERI Maurizio	347/3808741
MS	PIERUCCI Ferdano	0585/42157
PI	TIMPANO Marco	0587/273378
PT	MAIONCHI Emilio	0573/352489
SI	MANNA Paola	347/3677796
PO	DEGLI INNOCENTI Dario	0574/21135
UMBRIA		
	Segreteria Regionale	
	BERTINI Antonio	075/5280761
	Segreteria Provinciali	
PG	BENEDETTI Mauro	075/5736802
TR	LAZZARI David	0774/205332
LAZIO		
	Segreteria Regionale	
	INNEO Giuseppe	338/4678461
	Segreteria 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		
	Segreteria Regionale	
	SARTORELLI M. Chiara	085/8543817
	Segreteria Provinciali	
AQ	MANFREDA Paolo	0863/509071
CH	BELLISARIO PPaolo	0872/706498
TE	DI GIAMMARCO Gilda	0861/591737
PE	SARTORELLI M. Chiara	085/8543817
MOLISE		
	Segreteria Regionale	
	BALDASSARRE G.	0874/823714
	Segreteria Provinciali	
CB	CHIAVARO Claudio	0874/60267
IS	VACCA Luciana	338/2688737
CAMPANIA		
	Segreteria Regionale	
	ZULLO Claudio	081/2546455
	Segreteria Provinciali	
NA	FELACO Raffaele	335/7406045
AV	AQUINO Giuseppe	0825/38787
BN	D'ANGELIS E.	0824/313790
CE	RIPPA Arturo	081/5001275
SA	FORCELLINO Vincenzo	089/695174
PUGLIA		
	Segreteria Regionale	
	PALMA Giuseppe	348/7719657
	Segreteria Provinciali	
BA	MELILLO Anna Rosa	080/3254940
BR	FEDELE Maria	338/5983877
FG	D'ANGELO Anna	0885/781776
LE	MANIGLIA Raffaele	0832/327565
TA	DE DONATO Cosimo	099/9727423
BASILICATA		
	Segreteria Regionale	
	GENTILE Salvatore	0835/986450
	Segreteria Provinciali	
PZ	LETTINI Gianfranco	0972/39239
MT	GOLLO Isidoro	0835/243717
CALABRIA		
	Segreteria Regionale	
	LOMBARDO Armodio	338/1429311
	Segreteria 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		
	Segreteria Regionale	
	BOZZARO Paolo	095/7716706
	Segreteria Provinciali	
AG	INFURCHIA Giuseppe	0922/832757
CL	BOZZARO Paolo	095/7716706
CT	SCARDILLI Salvo	095/320955
EN	VACCARO Maria	0935/520818
ME	PIROMALLI Carlo	090/2224925
PA	MUSCATO Rino	091/8620156
RG	SCOLLO Salvatore	0931/502593
SR	SPITALE Giuseppe	0931/724292
TP	MORICI Sebastiana	0923/717715
SARDEGNA		
	Segreteria Regionale	
	PUTZOLU Domenico	0783/290326
	Segreteria Provinciali	
CA	MELIS Caterina	070/655883
NU	DEL RIO Salvatore	0784/240870
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 UOSSL:

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 comuniciamo 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 AAUOSSL 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 2005 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 2005 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 2005:

€ 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 2005**, 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:

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**

AUPI
Associazione Unitaria Psicologi Italiani

CNPPI – SIPP
Coordinamento e Società Psicologi Penitenziari Italiani

Modulo di iscrizione congiunta alle due Associazioni

Il/La Sottoscritto/a _____,

- visto l'Accordo sottoscritto tra AUPI e CNPPI/SIPP finalizzato al sostegno delle iniziative in favore degli Psicologi che operano nel Ministero della giustizia e al miglioramento delle condizioni professionali e contrattuali;

- chiede con la presente l'iscrizione congiunta alle due Associazioni per l'anno _____; chiede di ricevere AUPI-Notizie e ogni altra pubblicazione sindacale e scientifica, edita da AUPI e CNPPI/SIPP, e di vedere tutelata la sua posizione di psicologi all'interno delle strutture del Ministero della Giustizia.

- Autorizza AUPI e CNPPI/SIPP al trattamento dei dati per i legittimi fini sindacali, di informazione, coinvolgimento e sensibilizzazione. Si riserva di limitare o revocare in qualsiasi momento tale autorizzazione.

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo (dove ricevere la corrispondenza) _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel Abitazione _____ Studio _____ Cell. _____

Email _____

Sede di Lavoro _____

Firma _____

Allega alla presente (da seguire per fax all'AUPI: 06/68803822) ricevuta del versamento di Euro 100,00 sul ccp n. 72492028, intestato AUPI Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula 16, 00186 ROMA.

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 aprile 2005



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

