

ψ **AUPI** *notizie*

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

2014

n. 2

- **AUPI 2014**
“un Sindacato più Forte per un Anno Difficile”
- **La nuova organizzazione delle attività di Psicologia nel SSR dell’Emilia-Romagna**
- **Effetti psicologici della perdita del lavoro**
- **Recesso per illecito utilizzo del permesso ex articolo 33 L. 104/1992**
- **Psicologi - “Prestazioni aggiuntive”.**
Una risposta alla domanda di psicologia ospedaliera

Notizie

SOMMARIO



1
AUPI 2014
"un Sindacato più Forte
per un Anno Difficile" - M. Sellini



7
Estratto Editoriale AUPI notizie n. 1 /2002
Estratto Editoriale AUPI notizie n. 3 /2003



10
La nuova organizzazione delle attività
di Psicologia nel SSR dell'Emilia-Romagna
- Bruno Taddei



12
Regione Emilia-Romagna / Linee Indirizzo
Psicologia



34
Effetti psicologici della perdita del lavoro -
Vito Tummino



37
Recesso per illecito utilizzo
del permesso ex articolo 33
L. 104/1992 - Rinaldo Perini



45
Il Dap "espelle" 450 psicologi, fatto di
una gravità estrema. Consiglio nazionale
dell'Ordine degli Psicologi e Sipp
chiedono incontro col ministro



46
La tutela del dipendente
pubblico che segnala illeciti



47
Psicologi - "Prestazioni aggiuntive".
Una risposta alla domanda di psicologia
ospedaliera - Domenico Putzolu



48
Il DEF / Sanità / Dipendenti Pubblici



50
Schede d'iscrizione

In copertina: "guazzo china su tela Paesaggi Romani".
Opera gentilmente concessa dalla Pittrice BIANCA GANDOLFO. <http://digilander.libero.it/biancagandolfo/>

AUPI 2014 “un Sindacato più Forte per un Anno Difficile”

Mario Sellini
Segretario Generale



Perché gli Psicologi hanno bisogno di un Sindacato (AUPI) più forte?

A questa domanda ci sono tante e ottime risposte da dare.

L'anno in corso è, e sarà, decisivo per le sorti del Servizio Sanitario Nazionale, per la Salute dei cittadini, per gli oltre 700.000 lavoratori della Sanità e per i circa 8.000 Psicologi che lavorano per la Salute dei cittadini.

Iniziamo dall'ultimo dei dati riportati. Sono più di 8.000 gli Psicologi che, a vario titolo, lavorano in ambito sanitario pubblico. Quasi 6.000 sono gli Psicologi dipendenti a tempo indeterminato, con la qualifica di Dirigenti. Poco meno di 3.000 sono gli Psicologi che lavorano in Sanità con tipologie contrattualistiche molto diverse tra loro. Dagli specialisti convenzionati, ai co.co.co., ai contratti libero-professionali ecc.

Per tutti gli 8.000 Psicologi, il 2014 è un anno decisivo. Per i 3.000 precari il 2014 è importante perché inizia il percorso che dovrà portare, gradualmente, al superamento del precariato nei modi in cui lo abbiamo vissuto in quest'ultimo decennio.

L'Europa ce lo impone e la situazione del Sistema Sanitario lo richiede. Il Sistema Sanitario è destinato al collasso se non si risolve il problema del precariato.

L'Europa ce lo impone e la situazione del Sistema Sanitario lo richiede. Il Sistema Sanitario è destinato al collasso se non si risolve il problema del precariato.

La demotivazione del personale sanitario ha raggiunto livelli preoccupanti. La disaffezione porta inevitabilmente a un depauperamento dell'impegno professionale dei professionisti. I Cittadini non dovrebbero dimenticare, ma sta a noi sottolineare la necessità di garantire la sopravvivenza di un Servizio Sanitario Efficiente e che sia Universale, capace cioè di erogare prestazioni Efficaci a chi Necessita di Cure.

RINNOVO DEL CONTRATTO e...NON SOLO

Il 2014 sarà un anno importante anche per i 6.000 Psicologi Dirigenti del SSN. In qualche modo, il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dovrà essere rinnovato. Non è più sostenibile il mancato rinnovo del contratto fermo da 5 anni. Troppi.

La demotivazione del personale sanitario ha raggiunto livelli preoccupanti. La disaffezione porta inevitabilmente a un depauperamento dell'impegno professionale dei professionisti. I Cittadini non dovrebbero dimenticare, ma sta a noi sottolineare la necessità di garantire la sopravvivenza di un

Servizio Sanitario Efficiente e che sia Universale, capace cioè di erogare prestazioni Efficaci a chi Necessita di Cure. Per noi cittadini italiani è normale e scontato avere accesso alle cure senza alcuna restrizione, se non quelle causate dai disservizi (lunghe file di attesa, strutture non adeguate ecc.) e dal pagamento del ticket (in base al reddito). Disservizi che non sono presenti in tutte le Regioni, che, in ogni caso, non impediscono l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie, e, per alcune patologie, l'esenzione dal pagamento del ticket.

Pur nell'estrema diversità delle realtà sanitarie, l'accesso ai servizi e la cura sono, sostanzialmente, garantite.

Per noi tutto ciò rientra nella norma. Siamo talmente abituati a questa normalità che, giustamente, protestiamo se il diritto alla cura non può essere esercitato con modalità e tempi ritenuti congrui.

Siamo disposti a fare la fila ai ristoranti (chi se lo può permettere), ai musei, in banca, allo stadio, negli aeroporti; affolliamo sale gioco e bingo, ma guai a chiedere un contributo (ticket) per una prestazione sanitaria. È giusto che sia così perché il diritto alla Salute è Costituzionalmente garantito.

Come tutti i Diritti, anche questo, va Difeso.

I Diritti, soprattutto quando hanno una valenza economica, non devono mai essere considerati "Per Sempre". Quello che oggi è un Diritto, domani potrebbe non essere più tale.

Nel corso degli ultimi anni di esempi ne abbiamo diversi. Dal Diritto alla Pensione, all'intangibilità degli assegni stipendiali e previdenziali, abbiamo assistito a una "strage" di "diritti acquisiti". Lavoratori che avevano maturato il diritto alla pensione si sono visti sfumare sotto gli occhi questa possibilità e hanno visto posticipare di 1, 2, fino a 8 anni il diritto ad andare in pensione.

Il Diritto alla Salute e alla Cura è, insieme al Diritto al Lavoro, certamente il più importante tra tutti i Diritti. È quello che qualifica maggiormente una società, che dà la misura della civiltà di un popolo e della società.

Lo stesso Diritto alla Libertà, principio cardine di ogni moderna

I Diritti, soprattutto quando hanno una valenza economica, non devono mai essere considerati "Per Sempre". Quello che oggi è un Diritto, domani potrebbe non essere più tale. Nel corso degli ultimi anni di esempi ne abbiamo diversi. Dal Diritto alla Pensione, all'intangibilità degli assegni stipendiali e previdenziali, abbiamo assistito a una "strage" di "diritti acquisiti". Lavoratori che avevano maturato il diritto alla pensione si sono visti sfumare sotto gli occhi questa possibilità e hanno visto posticipare di 1, 2, fino a 8 anni il diritto ad andare in pensione.

L'Europa ha la fortuna di vivere un periodo di pace pluridecennale. Un periodo di pace e di sviluppo come mai fino ad ora, anche se oggi è in atto una guerra finanziaria spietata ancorché non dichiarata e sanguinaria. La prima vittima di questa guerra è l'Assistenza Sanitaria; la Salute di una parte considerevole di Cittadini europei.

società, diventa un simulacro, se la società non è in grado di garantire il Diritto alla Salute.

Una Società che non è in grado di garantire l'Assistenza e a Cura a chi ha bisogno non può dirsi davvero Civile.

Come è possibile definire "Libero" un cittadino che non può accedere alla cura? L'unica Libertà di cui gode è quella di... "star male".

L'Europa ha la fortuna di vivere un periodo di pace pluridecennale. Un periodo di pace e di sviluppo come mai fino ad ora, anche se oggi è in atto una guerra finanziaria spietata ancorché non dichiarata e sanguinaria.

La prima vittima di questa guerra è l'Assistenza Sanitaria; la Salute di una parte considerevole di Cittadini europei.

La rivista inglese di medicina "The Lancet", la più prestigiosa e autorevole nel mondo, ha pubblicato un rapporto di ricercatori delle migliori Università del Regno Unito (Cambridge, Oxford e Londra) da brividi.

"La mortalità infantile nei primi mesi di vita dei bambini è aumentata del 43% in Grecia a seguito del dimezzamento del bilancio della Sanità."

Stiamo parlando di una vera strage degli innocenti, con cifre spaventose. Una strage provocata da una spietata "terapia" di risanamento imposta dalla famigerata "troika" (Fondo Monetario Internazionale, Banca Centrale Europea e Unione Europea).

Potremmo liquidare questi dati come elementi di una campagna elettorale di "euroscettici" se non

si trattasse di ricerche scientifiche pubblicate dalla più autorevole rivista di medicina e non da rivoluzionari contestatori dell'Unione Europea.

Quella che è stata la culla della Civiltà Occidentale, la Grecia, che ha dato i natali alla Democrazia, che ha fornito un contributo straordinario allo sviluppo della Cultura, delle Scienze, della Filosofia, della Matematica, è oggi ridotta a livelli di inciviltà impressionanti. Con la scusa di dover rientrare dal debito pubblico si fa strage di innocenti, dimenticando che il debito pubblico è, in gran parte, determinato anche da spese folli imposte dagli stessi (Francia e Germania) che, oggi, hanno preteso il dimezzamento delle spese per la Sanità in Grecia.

Se oggi la Grecia ha più aerei militari della Francia e più sommergibili dell'Italia, qualcuno li avrà pure venduti e guadagnato? E l'industria delle armi è tutta nelle mani degli Stati.

Che dire delle Olimpiadi di Atene? I Greci ci hanno messo i soldi; ma le industrie e le banche tedesche e francesi, ne hanno ricavato i guadagni e al popolo greco sono rimasti i debiti da pagare.

Sempre dalla rivista inglese The Lancet: *“La mortalità infantile appunto è quasi raddoppiata (aumento del 43 per cento come sopra), il numero dei bambini che nascono sottopeso è cresciuto del 19 per cento, il numero dei bimbi nati morti del 20 per cento. Costa troppo, anche per le mamme incinte, far seguire le gravidanze dai medici, la sanità pubblica copre molte meno prestazioni. Non è finita: i tagli estessissimi delle forniture di siringhe monouso e profilattici ai tossicodipendenti ha fatto crescere le infezioni di aids tra i drogati, da 15 nel 2009 a 484 tre anni dopo.”*

Con la scusa di dover rientrare dal debito pubblico si fa strage di innocenti, dimenticando che il debito pubblico è, in gran parte, determinato anche da spese folli imposte dagli stessi (Francia e Germania) che, oggi, hanno preteso il dimezzamento delle spese per la Sanità in Grecia.

In Inghilterra il tanto e giustamente osannato Servizio Sanitario Nazionale, SNH, è oggetto di stravolgimenti che limitano fortemente la possibilità per i cittadini di usufruire di adeguata Assistenza Sanitaria.

Che le cifre pubblicate siano spaventose è un dato oggettivo, incontrovertibile. Che la causa di questa situazione sia da ricercare, per intero, nella dissennata politica economica che la “troika” impone alla Grecia, e non solo alla Grecia, è anch'esso un dato scientificamente provato.

La prova “scientifica” è data dal confronto e dall'analisi del tipo di risposta fornita alla crisi economica e finanziaria che ha colpito un altro Paese europeo.

L'Islanda, è stato il primo Paese europeo a essere investito dalla crisi, che in seguito si è estesa a gran parte del continente europeo.

L'Islanda era tecnicamente fallita, ma non ha accettato nessun diktat proveniente dall'Europa, dagli organismi finanziari, europei e mondiali. E come avrebbe potuto accettare consigli, suggerimenti e imposizioni da quegli stessi organismi le cui scelte avevano generato la crisi?

Ha sopportato sacrifici durissimi, ma solidali e scelti sovranamente dal popolo. Ha rifiutato la Raccomandazione-Diktat dei creditori internazionali di tagliare le spese sanitarie. Conseguenza: a Reykjavik non si lamenta nessun aumento di mortalità infantile o malattie gravi.

Scusate se è poco.

La nostra (italiana) prospettiva è quella di vedersi imporre austerità così brutali far paura.

Ma l'Assistenza Sanitaria è sotto attacco anche in altri paesi.

In Inghilterra il tanto e giustamente osannato Servizio Sanitario Nazionale, SNH, è oggetto di stravolgimenti che limitano fortemente la possibilità per i cittadini di usufruire di adeguata Assistenza Sanitaria.

In Spagna una legge dello Stato ha eliminato il Diritto Universale alla Cura.

Solo chi lavora o ha un'assicurazione ha la garanzia di essere

curato. Tutti gli altri devono “acquistare” (polizza sanitaria) questa garanzia.

È un paradosso: chi lavora si paga l'assistenza; chi ha i soldi stipula una polizza sanitaria. Chi è escluso? Chi non ha un lavoro e chi non ha risorse economiche per pagarsi l'assicurazione.

È sistema perverso che crea ulteriori e più gravi ingiustizie. A chi è disoccupato e non ha soldi viene negato il Diritto a curarsi.

A ben vedere è il contrario di ciò che si intende per sistema SOLIDALE: non si dà a chi non ha mezzi e non può.

La Salute diventa un optional e la Sanità un prodotto di consumo. Chi ha soldi può comprare; chi non ha soldi ne deve fare a meno.

Eppure stiamo parlando di Salute. Il Portogallo, altro Stato che segue i Consigli/Diktat della “troika”, non vive una situazione migliore.

Ricordate qualche anno fa, quando circolava un acronimo “PIGS” (maiali), (Portogallo, Italia, Grecia e Spagna). Oggi, questi paesi sono accumulati da un destino comune. Tre di questi: Portogallo, Grecia e Spagna, hanno già “devastato” il loro Sistema Sanitario. È rimasta fuori, per adesso, l'Italia, la quale, nonostante un taglio di circa 30 miliardi di euro di finanziamento, conserva ancora (per quanto?) un Servizio Sanitario Pubblico.

Lo dobbiamo difendere. O finiremo come Portogallo, Grecia e Spagna. Il consulente del Governo per la Spending Review, Cottarelli, nel presentare il suo programma di tagli

A ben vedere è il contrario di ciò che si intende per sistema SOLIDALE: non si dà a chi non ha mezzi e non può.

La Salute diventa un optional e la Sanità un prodotto di consumo. Chi ha soldi può comprare; chi non ha soldi ne deve fare a meno.

Il consulente del Governo per la Spending Review, Cottarelli, nel presentare il suo programma di tagli ha riservato alla sanità un trattamento particolare.

La Sanità dovrà tagliare e molto. Il personale e i Dirigenti della Sanità, oltre ai tagli propri del settore, dovranno subire ulteriori tagli per il fatto di essere Dirigenti (stipendi, previdenza ecc.). Tutto ciò non è accettabile.

L'AUPI chiede di eliminare gli sprechi e utilizzare i risparmi per investire in Qualità; di utilizzare i risparmi anche per rinnovare il Contratto di lavoro, perché senza professionisti motivati, nessuna riforma sarà possibile.

ha riservato alla sanità un trattamento particolare.

La Sanità dovrà tagliare e molto. Il personale e i Dirigenti della Sanità, oltre ai tagli propri del settore, dovranno subire ulteriori tagli per il fatto di essere Dirigenti (stipendi, previdenza ecc.).

Tutto ciò non è accettabile.

ECCO UN OTTIMO MOTIVO PER AVERE UN SINDACATO, L'AUPI, ANCORA PIU' FORTE.

Non siamo contro il taglio degli sprechi in Sanità. Saremmo dei folli. L'AUPI chiede di eliminare gli sprechi e utilizzare i risparmi per investire in Qualità; di utilizzare i risparmi anche per rinnovare il Contratto di lavoro, perché senza professionisti motivati, nessuna riforma sarà possibile.

L'AUPI non vuole che i risparmi ottenuti in Sanità siano dirottati in sovvenzioni e favori per le banche.

ANCHE QUESTI SONO OTTIMI MOTIVI PER RENDERE PIU' FORTE L'AUPI.

Se il Servizio Sanitario Nazionale, in Italia, riesce ancora a resistere agli attacchi della “troika” è anche grazie alle lotte sindacali.

Per vincere queste battaglie c'è bisogno di un sindacato FORTE, coeso e in sinergia con tutte le altre Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Sanitaria.

La Forza di un Sindacato sono gli Iscritti, le Idee e la “visione” strategica della Professione all'interno della società italiana in evoluzione.

Il numero degli Iscritti indica e quantifica il “peso” del Sindacato e determina la forza e l'impatto delle lotte a difesa del Servizio Sanitario. Gli Psicologi che lavorano nel Servizio Sanitario devono contare di più. E per contare di più devono rafforzare il proprio sindacato di Categoria: l'AUPI.

Nessun altro Sindacato potrà mai difendere gli interessi degli Psicologi. Solo l'AUPI è in grado di farlo.

L'AUPI avrà mille difetti, ma non ha mai perso di vista i veri interessi degli Psicologi.

Lo stato giuridico raggiunto (Dirigenza), i buoni livelli stipendiali ottenuti, sono il frutto di un lungo e durissimo lavoro fatto dall'AUPI nei suoi trent'anni di vita.

Se oggi gli stipendi degli Psicologi della Sanità sono considerati elevati, è solo merito dell'AUPI.

Dimenticare tutto ciò o, peggio, sottovalutarlo, è molto rischioso e può costare caro. Senza un Sindacato Forte, gli Psicologi che lavorano nel Servizio Sanitario rischiano di perdere buona parte dei benefici e dei risultati raggiunti in questi anni.

L'AUPI per far valere le proprie proposte ha bisogno di avere TUTTI i Dirigenti Psicologi iscritti. Solo dimostrando alle nostre controparti che la Categoria è compatta e che gli Psicologi riconoscono e si riconoscono nel proprio Sindacato, riusciremo a difendere i nostri interessi e il Servizio Sanitario.

RIFORME COSTITUZIONALI

Mi si perdoni una piccola digressione su un tema di grande attualità politica: la Riforma dello Stato. Si parla tanto di abolire il Senato.

La Forza di un Sindacato sono gli Iscritti, le Idee e la “visione” strategica della Professione all'interno della società italiana in evoluzione. Il numero degli Iscritti indica e quantifica il “peso” del Sindacato e determina la forza e l'impatto delle lotte a difesa del Servizio Sanitario.

Gli Psicologi che lavorano nel Servizio Sanitario devono contare di più. E per contare di più devono rafforzare il proprio sindacato di Categoria: l'AUPI.

L'AUPI per far valere le proprie proposte ha bisogno di avere TUTTI i Dirigenti Psicologi iscritti. Solo dimostrando alle nostre controparti che la Categoria è compatta e che gli Psicologi riconoscono e si riconoscono nel proprio Sindacato, riusciremo a difendere i nostri interessi e il Servizio Sanitario.

Questa scelta è/sarebbe dettata dalla necessità di superare il bicameralismo perfetto/simmetrico che, a detta degli esperti, blocca e irrigidisce il sistema. Con l'attuale bicameralismo una legge, per diventare tale, deve essere approvata sia dalla Camera sia dal Senato. Eliminando il Senato si riducono i tempi e...si risparmia.

Che un sistema istituzionale con una sola Camera funzioni meglio che con due (Camera e Senato) è tutto da dimostrare.

Sembra più una previsione statistica del tipo: ci sono tre persone che mangiano tre polli. La statistica ci dice che ciascuno dei tre ha mangiato un pollo, anche se in realtà magari c'è chi, di polli, ne ha mangiati due e chi nessuno. Tant'è.

Una sola Camera non è detto che funzioni meglio di due. Basta vedere come funziona il Parlamento degli Stati Uniti. Funziona bene con Camera e Senato; soprattutto funziona anche quando le maggioranze politiche alla Camera e al Senato sono diverse.

Se proprio è necessario cancellare un ramo del Parlamento, perché non salvare il Senato e cancellare la Camera dei Deputati? Si risparmierebbero più soldi.

C'è qualcosa di strano e di incomprensibile nella proposta di abolire il Senato con le modalità previste nel disegno di legge costituzionale presentato dal Governo. Eppure non è questa la Riforma che ci preoccupa.

Siamo preoccupati perché questo progetto di Riforma Costituzionale, modifica l'assetto e l'equilibrio tra i “POTERI”. Il che potrebbe anche essere necessario.

Cosa non ci convince e anzi ci preoccupa moltissimo? È la nuova ripartizione dei “POTERI” che non tiene assolutamente conto di quanto è accaduto dal 2001 ad oggi.

La Riforma Costituzionale del 2001 ha assegnato alle Regioni un forte potere decisionale, legislativo e organizzativo su alcune materie; tra queste la Sanità e la Salute dei cittadini.

L'esperienza di questi anni ci insegna che le Regioni non sono state in grado di gestire il settore della Sanità. La spesa sanitaria ha raggiunto livelli abnormi e la qualità dell'assistenza non è certamente all'altezza dei costi economici.

Che la Riforma del Titolo V della Costituzione approvata nel 2001 portasse questi risultati, nefasti per l'economia e per la Salute dei cittadini, era già scritto, nero su bianco, su AUPI – Notizie nel numero 1/2002 e n. 3/2003.

Eppure siamo stati noi cittadini italiani a permettere questo stato di cose. La riforma costituzionale del 2001 è entrata in vigore perché il previsto Referendum Confermativo ha, appunto, confermato la legge di riforma. Noi cittadini ave-

L'esperienza di questi anni ci insegna che le Regioni non sono state in grado di gestire il settore della Sanità. La spesa sanitaria ha raggiunto livelli abnormi e la qualità dell'assistenza non è certamente all'altezza dei costi economici.

vamo la possibilità di impedire il degrado della Sanità così come è accaduto nell'ultimo decennio. Non abbiamo esercitato il potere che pure avevamo.

Non è di grande conforto poter affermare: “l'avevamo detto”.

Già nel 2002 era chiaro che la Riforma del Titolo V avrebbe procurato danni enormi. E così è stato.

E oggi il Governo Renzi cosa fa? Peggiora la situazione, almeno per quanto riguarda la Sanità.

Oltre 10 anni di fallimenti non hanno insegnato nulla.

Di seguito pubblichiamo gli estratti di due Editoriali che anticipavano i disastri che poi, puntualmente si sono verificati.

Speriamo che, almeno questa volta, qualcuno voglia ascoltare e mettere freno a questa deriva che rischia di azzerare completamente il “DIRITTO ALLA SALUTE”.

E se la politica non vorrà ascoltare le nostre argomentazioni, dovremo essere noi Cittadini a dire NO.

Dare più forza all'AUPI significa dare più forza alle Ragioni degli Psicologi, ai Diritti dei Cittadini.



LEGGE COSTITUZIONALE “MODIFICHE AL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE”

Parlare, oggi, di attività e di iniziative sindacali è alquanto difficile e complesso. La realtà politica e sociale del Sistema Italia è in rapida evoluzione ed i meccanismi di trasformazione dello Stato sono tutti in via di definizione. In primavera ed in autunno di quest'anno sono accaduti due fatti di straordinaria importanza che hanno determinato una radicale trasformazione del concetto stesso di Stato. Questi due fatti, approvazione della legge costituzionale recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione e referendum confermativo della stessa, sono passati quasi del tutto inosservati.

Basta dare un rapido sguardo alle percentuali di votanti al referendum confermativo e constateremo il grado di partecipazione, di conoscenza e di condivisione.

La riforma è stata approvata in pieno clima preelettorale e non ha ottenuto quegli spazi di discussione che pur meritava. Si ridisegna l'assetto complessivo dello Stato, si riscrive parte della Costituzione non usando il metodo della mediazione assolutamente indispensabile quando si fissano le regole basilari per il vivere civile, quando maggiore è la necessità della più ampia condivisione possibile. La mancanza di chiarezza nella definizione del nuovo assetto dello Stato con la precisa definizione, per ognuno dei soggetti coinvolti, dei propri ambiti di competenza rischia di produrre, nella migliore delle ipotesi, un vuoto di potere, e nella peggiore, un conflitto di competenze che andrebbe a gravare sulla Corte Costituzionale, con effetti inimmaginabili. Una prospettiva di tal genere starebbe a significare che la Costituzione, nella parte modificata, verrebbe riscritta dalle pronunzie della Suprema Corte. È una prospettiva a dir poco infausta. Ci troveremo con una Costituzione formale ed una materiale, costruita sulla base delle pronunzie della Suprema Corte.

Ogni equilibrio può essere modificato, a condizione che se ne crei un altro capace di compensare compiutamente la nuova ripartizione dei poteri.

La chiarezza è veramente molto poca e la soluzione trovata, “definizione delle materie di legislazione concorrente”, non risolve il problema.

Nelle “materie concorrenti” il potere legislativo spetta alle Regioni. Allo Stato è riservata la potestà legislativa relativa alla determinazione dei principi fondamentali.

E le materie a legislazione concorrente sono tante ed investono la vita di ogni cittadino.

Esiste poi il problema derivante dalla poca chiarezza tra le materie riservate allo Stato e quelle a “legislazione concorrente”. E la poca chiarezza, se non risolta, tende a prefigurare conflitti istituzionali imprevedibili.

Qualche esempio. La tutela dell'ambiente, dei beni culturali e dell'ecosistema è riservata allo Stato.

Il governo del territorio, le grandi reti di trasporto, la valorizzazione dei beni ambientali e culturali. La linea di confine è veramente troppo sottile.

È facile prevedere su questi, come su tanti altri settori, conflitti istituzionali che di volta in volta andranno a ridefinire gli ambiti entro i quali i diversi soggetti potranno esprimere la potestà legislativa.

Per venire ad un settore che ci interessa più da vicini, e non perché gli altri ci sono indifferenti, la tutela della salute è definita dalla riforma costituzionale materia a legislazione concorrente. Mentre è materia riservata allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio.

A questo punto, la salute che cosa è? È un diritto civile da garantire su tutto il territorio? Ed i LEA appena approvati? E l'istruzione?

Sono problemi di una portata enorme ai quali si aggiunge la proposta di una ulteriore modifica della Costituzione. È forte il rischio di creare un caos istituzionale.

Il Governo si è reso conto degli enormi problemi che ci sono sul tappeto ed ha istituito la cosiddetta "cabina di regia" che nel giro di pochi mesi dovrebbe, si spera, chiarire gli aspetti controversi.

E poi si sveglieranno tutti gli altri soggetti coinvolti dalla riforma della Costituzione: le Province, i Comuni, le città metropolitane, Roma capitale, ognuno cercherà i propri spazi.

Una premessa di tal fatta, la conoscenza e l'approfondimento degli aspetti legislativi che investono la Carta Costituzionale è assolutamente propedeutica a tutti gli argomenti, di stretta natura sindacale, che investono la nostra organizzazione.

Infatti, non ha molto senso parlare di piattaforma contrattuale se prima non saranno sciolti i problemi ed i dubbi interpretativi su "chi fa che cosa". Se la Sanità è e resta un settore disciplinato dalle leggi dello Stato, se ed in che misura le Regioni ottengono la piena potestà legislativa, ed in quali ambiti, i rispettivi soggetti conservano le prerogative legislative.

È a tutti chiaro che una applicazione della riforma che assegna in modo totale e completo alle Regioni la potestà legislativa in materia di Sanità, fa sì che non solo l'organizzazione del sistema sanitario, ma anche lo stato giuridico dei dipendenti potrebbe essere regolato dalle leggi regionali.

21 stati giuridici diversi potrebbero affacciarsi nel panorama della dipendenza. 21 contratti diversi tra loro ecc.

È una ipotesi, solo una ipotesi che tra l'altro si scontrerebbe con gli atti ultimi messi in campo dal Governo (LEA, Riforma Sanitaria ecc.). Ma è una ipotesi che è accarezzata da molti e trova numerosi e qualificati estimatori.

CODE CONTRATTUALI

Come Sindacato dobbiamo essere in grado di ragionare sul futuro, dobbiamo saper guardare avanti, ma, guardan-

do avanti, non dobbiamo correre il rischio di "inciampare" e non vedere quello che ci passa sotto gli occhi. E quello che ci passa in questo momento è la chiusura di alcune partite contrattuali importanti. È in fase di chiusura l'accordo sulle cosiddette code contrattuali, con le quali si completa l'applicazione del D. Lgs. 29/93 e successive modificazioni.

La trattativa si è interrotta perché la richiesta delle OO.SS. di dare applicazione alla norma legislativa che prevede il recupero del differenziale inflattivo tra inflazione programmata ed inflazione reale non è stata soddisfatta, volendo, il Comitato di Settore farne slittare la decorrenza di un anno. Ciò provocherebbe un danno economico per i dirigenti non indifferente. Si configurerebbe come una violazione di legge e cosa ancor più grave andrebbe a creare una disparità di trattamento assolutamente ingiustificata considerato che la norma è stata correttamente applicata per il contratto del comparto.

Questo è solo un altro dei comportamenti messi in atto dalle Confederazioni che continuano a dimostrare quanto la nostra area contrattuale gli stia a cuore.

E, non è l'unico episodio; è compito nostro far capire ai colleghi cosa potrebbe significare non avere un Sindacato di categoria che per statuto non può avere altri interessi se non quelli dei colleghi, o peggio iscriversi a sindacati diversi da quelli di categoria o addirittura alle Confederazioni.

Dobbiamo essere in grado di spiegare ai colleghi che una operazione come quella del mancato recupero del differenziale inflattivo per un anno, avallata fino ad oggi dalle Confederazioni che non hanno alzato un dito, provoca, solo al nostro tavolo di trattativa ed ai Dirigenti interessati, un danno di oltre 20 miliardi di lire.

Questo è quanto è oggi sul tavolo delle trattative. La situazione potrebbe sbloccarsi anche nelle prossime ore. In merito all'immediato futuro, il vigente Contratto di lavoro è scaduto il 31 dicembre 2001, a settembre abbiamo inviato all'ARAN, come è prassi, la disdetta del Contratto, riservandoci di inviare in tempi successivi la piattaforma contrattuale contenente le nostre richieste. È chiaro che non presenteremo una nostra piattaforma e non avizzeremo richieste se prima non sarà chiaramente delineato il quadro normativo.

Questo non ci esime dal lavorare su quelle che riteniamo essere le giuste richieste da avanzare per il rinnovo del contratto di lavoro.

Una ipotesi probabile è che per il 2002 il Governo autorizzi, per come prevede la norma, l'incremento della massa salariale di una percentuale pari all'inflazione programmata, facendo slittare a fine 2002 l'inizio delle trattative.

Contratto, Riforma del rapporto di lavoro, Ordine e Sindacato: costruire una strategia per la professione

MARIO SELLINI

Segretario Generale AUPI

Mercoledì 21 maggio il Presidente della Repubblica, Prof. Carlo Azelio Ciampi, ha ricevuto l'AUPI ed alcune altre organizzazioni sindacali della Dirigenza Sanitaria.

Al Presidente abbiamo espresso le nostre fortissime preoccupazioni sulle possibili conseguenze per la tutela del diritto alla salute, garantito dall'articolo 32 della Carta Costituzionale, nel caso in cui la nuova riforma del Titolo V della Costituzione non dovesse tener conto del fatto che il diritto alla Salute è uno degli elementi fondanti di un popolo che vuol essere anche nazione. Qualsiasi riforma dello Stato deve garantire ai propri cittadini, a tutti i cittadini, su tutto il territorio nazionale identiche opportunità di cura, fornendo livelli minimi di assistenza, nel rispetto di un altro principio costituzionale che è quello della capacità contributiva individuale.

Senza voler interpretare il pensiero del Presidente della Repubblica e con il rispetto dovuto alla più alta carica istituzionale, credo di poter affermare che abbiamo trovato un interlocutore attento ed interessato. Non ci sfugge un dato importante, collegato al ruolo che la Carta Costituzionale assegna al Presidente della Repubblica. Un ruolo di garanzia che non consente interventi "operativi". Altri poteri dello Stato, Governo, Parlamento e Regioni, hanno il potere di intervenire direttamente.

A questi Poteri l'AUPI insieme ad altre OO.SS. si rivolgerà affinché il bisogno di Salute dei cittadi-

ni possa trovare valida risposta in un Servizio Sanitario capace di porre al centro della propria attenzione e di quella che oggi è chiamata "mission", il cittadino/utente e non più e solo il cittadino/cliente.

Un Servizio Sanitario Efficace sotto il profilo della competenza professionale ed Efficiente sull'utilizzo delle risorse disponibili. Capace di coniugare Pubblico e Privato in una integrazione che garantisca il cittadino e capace di adottare le migliori soluzioni possibili.

Al Presidente della Repubblica abbiamo anche fatto presente che lo stato giuridico del personale, e della Dirigenza Sanitaria in particolare, incide enormemente sulla capacità dei Professionisti di erogare le prestazioni sanitarie.

Non a caso il nostro intervento non si è limitato al Presidente della Repubblica. Abbiamo chiesto, con forza, alla Presidenza del Consiglio, di ascoltare, insieme alle OO.SS. dell'area medica, anche tutte le altre OO.SS. della Dirigenza Sanitaria. La discussione sulla riforma del rapporto di lavoro della Dirigenza Medica, Indennità di Esclusività compresa, riguarda anche tutti gli altri Dirigenti Sanitari. Abbiamo presentato le nostre rimostranze all'on. Gianni Letta, Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio, il quale, dopo aver sentito il Ministro della Salute, ci ha assicurato che la eventuale soluzione riguarderà tutta la Dirigenza Sanitaria.

La nuova organizzazione delle attività di Psicologia nel SSR dell'Emilia-Romagna

Bruno Taddei

Fin dalla nascita del SSN, l'AUPI ha operato e spinto per una maggior valorizzazione del lavoro psicologico ma, nella nostra regione, ampia era la divisione, tra i colleghi ed anche tra i soli iscritti Aupi, tra chi voleva che gli psicologi restassero nei Servizi esistenti (quasi mai diretti da psicologi) e chi auspicava i Servizi di Psicologia, visti dai primi come le "riserve indiane" in cui avremmo finito per estinguerci. Inoltre, la nostra Regione si è sempre detta fortissimamente e pregiudizialmente contraria ai "Servizi monoprofessionali" (salvo crearne, e non pochi: quello di Farmacia, degli Infermieri, di tutte le altre professioni paramediche, il Servizio Legale, il Servizio Informatico, l'Ingegneria Clinica, la Fisica Sanitaria, ecc ecc; in pratica, gli unici Servizi che, nei fatti, non possono essere monoprofessionali, sono quelli già diretti dai medici).

Già il 28.2 e 16.3.2002 in pubblici convegni, a seguito di una propria indagine che aveva coinvolto tutte le aziende, l'AUPI avanzò precise richieste alla Regione: inquadrare gli psicologi in UO Complesse di Psicologia, da attivarsi, gestionali, non necessariamente monoprofessionali ma necessariamente dirette da uno psicologo; oppure lasciare gli psicologi nei Servizi esistenti, ma creando tra questi un coordinamento funzionale professionale ed aprendo loro la possibilità di sviluppo di carriera; ed istituire un gruppo di lavoro regionale che potesse giungere ad indicazioni generali verso l'uno o l'altro modello sulla base di paragoni di esperienze reali e dei loro risultati di gestione. Per molti anni tutto ciò è rimasto lettera morta, non ostante i molti solleciti ed alcune false partenze.

Per situazioni locali difficilmente ripetibili, nei primi anni del secolo in corso, sporadicamente nacquero alcuni "Servizi" di Psicologia, tra loro differenziati quanto a modalità organizzative e qualità del servizio reso:



- ex-AUSL Città di Bologna: venne creato un "Programma" aziendale di Psicologia, poi estintosi con la confluenza di quella azienda nell'attuale AUSL di Bologna (2004);
- AUSL di Reggio E.: inizialmente, un Programma aziendale di Psicologia fu di breve durata e si ridusse a Programma distrettuale a seguito del pensionamento del suo primo Direttore; anche quest'ultimo si estinse in seguito col pensionamento del successivo;
- AUSL di Modena: gradualmente negli anni, si è venuta organizzando la più valida esperienza regionale di UOC (Unità Operativa Complessa) aziendale di Psicologia, strutturalmente inserita nel DSMDP (Dip. Salute Mentale e Dipendenze Patologiche) ma comprendente tutti gli psicologi aziendali (salvo un paio di direttori di altre UOC esterne), compresi quelli dei Consulenti (tradizionalmente esterni al DSMDP) e l'Ospedaliera. Attualmente comprende 3 UOS (2 territori + Ospedali) e risponde efficacemente a tutte le "nuove richieste" (es: geriatria, neuropsicologia, emergenza, stress lavoro-correlato, ecc).
- AUSL di Rimini: si strutturò un Programma aziendale (UOC) in staff alla Direzione Sanitaria aziendale, a valenza funzionale ma molto efficace, che di fatto, pur non avendone gestione diretta, come la precedente governa tutte le attività aziendali di Psicologia, molte delle quali dirette in UOS (inserite in UOC tradizionali) da psicologi, comprese le "nuove richieste" (v. sopra).

Fu nel 2006, in occasione dell'ingresso di AUPI ed Ordine degli Psicologi nel folto Gruppo multiprofessionale regionale per la preparazione della 2° Conferenza Regionale di

Organizzazione sulla Salute Mentale (novembre 2006/genaio 2007), attuativa del nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale, che, progressivamente mutato il quadro come fin qui descritto, l'AUPI prese decisa posizione pubblica a favore dei Servizi gestionali (UOC o Dipartimenti) di Psicologia, necessariamente gestiti da psicologi. Durante quei lavori, che analizzarono criticamente tutte le esperienze esistenti, ed i progetti, della Salute Mentale, ci fu ampia occasione di esporre i positivi risultati di gestione ottenuti nelle ultime due esperienze sopra ricordate.

Il prodotto di quei giorni di lavoro si concretizzò in una proposta ufficiale di Piano Attuativo per la Salute Mentale 2008-2010, materialmente redatta dal Servizio regionale di Salute Mentale dopo il termine dei lavori del Gruppo, che venne pubblicamente presentata nella Conferenza Regionale sulla Salute Mentale (Bologna, 29 e 30.10.2007). In essa, a pag. 30, si leggeva, quale proposta ufficiale della Regione, la mediazione trovata fra le richieste AUPI ed i desiderata regionali:

“E' auspicabile un modello organizzativo tra quelli già esistenti: attualmente sono attivati sia programmi di Psicologia in staff alla Direzione Sanitaria che UO di Psicologia inserite nel DSMDP.”

Senza alcun ulteriore confronto o comunicazione in merito, il 18.1.2008 venne pubblicata sul BUR la DGR 2011/07 sull'organizzazione dei Dipartimenti, in cui, per la prima volta, le Regione dettò indicazioni riguardanti la Psicologia nel SSR; qui, a pag. 21, del tutto a sorpresa, si legge:

“Un discorso particolare merita l'attività di psicologia clinica. Le Aziende devono dotarsi di un modello organizzativo che dia il necessario coordinamento e garantisca appropriatezza. ... il modello che meglio sembra garantire appropriatezza e qualità è quello del Programma all'interno del DSM-DP o in staff alla Direzione Sanitaria”

A questo sono seguiti il nuovo Piano SocioSanitario Regionale 2008-2010, (pubbl. BUR 3.6.2008), e, finalmente, il “Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011” (DGR 313/23.3.2009): “nelle Aziende il modello che meglio sembra garantire appropriatezza e qualità è quello del Programma in staff alla Direzione Sanitaria”.

Come si vede, senza alcun confronto o spiegazione, la Regione ha “cestinato” le Unità Operative gestionali, preferendo un modello di vaga definizione, di fatto libera alle interpretazioni aziendali.

Conseguentemente, in Regione partì dapprima, nel 2009, un gruppo di lavoro preparatorio, composto dai Direttori delle strutture esistenti di Psicologia ed altri dirigenti psicologi designati a partecipare ai lavori regionali. Questo primo gruppo di lavoro si è chiuso presentando ufficialmente nel convegno “I bisogni psicologici in Emilia-Romagna: linee d'indirizzo per gli interventi nel SSN” (12.5.2011, al quale vennero invitati anche il Presidente CNOP Palma ed il Segretario Generale AUPI Sellini), il proprio prodotto finale – infarcito di errori non ostante le correzioni suggerite dall'AUPI – in cui vengono descritte le attività di psicologia in corso nel SSR e quelle che avrebbero dovuto essere implementate. In seguito, è stato istituito il Programma regionale di Psicologia vero e proprio, composto dai medesimi partecipanti con l'aggiunta di alcuni Direttori di Dipartimento, i cui lavori sono terminati nel 2013, e diffusi a tutte le Aziende Sanitarie della regione mediante la Circolare Regionale del 6.9.2013. In entrambi i casi, non ostante le ripetute richieste in tal senso, Ordine degli Psicologi ed AUPI sono stati esclusi dalla partecipazione ai lavori, senza alcuna giustificazione ufficiale. Per tale motivo, il CD Regionale AUPI ha regolarmente invitato durante il corso dei lavori (2009/13), presso l'Ordine degli Psicologi, tutti gli psicologi membri di entrambi i gruppi ad alcuni incontri di reciproco dialogo e confronto, nonché organizzato, all'inizio di tale percorso, il convegno regionale “La Psicologia nel SSR: modelli a confronto” (Bologna, 16.11.2009), con la partecipazione del Responsabile del Servizio regionale di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri.

In quest'ultimo, recentissimo, documento regionale, l'autonomia gestionale ed il modello organizzativo richiesti alle Aziende – ancora una volta, peggiorati senza spiegazione dopo averne sottoposto in revisione all'AUPI ed all'Ordine una versione più accettabile e più comprensibile – sono sempre più sfumati:

“Indipendentemente dalla collocazione del Servizio/Programma di Psicologia ritenuta più idonea da ogni AUSL (interna/esterna a singolo Dipartimento, in staff a Direzione Aziendale), si ritiene elemento strategico ai fini di governo clinico e appropriatezza della risposta, che la Direzione Sanitaria Aziendale svolga comunque una funzione di garanzia nel processo di allocazione delle risorse.”

Vedremo adesso, cosa le Aziende faranno seguire alle indicazioni regionali.



Regione Emilia-Romagna

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'Area " Psicologia clinica e di comunità"

Indice

1. Introduzione
2. Il gruppo di lavoro e gli obiettivi
3. Modelli organizzativi della Psicologia e risorse impiegate
 - 3.1 Modelli organizzativi e risorse impiegate nelle Aziende Sanitarie Locali
 - 3.2 Modelli organizzativi e risorse impiegate nelle Aziende Ospedaliere
4. Raccomandazioni generali alle Aziende USL e alle Aziende Ospedaliere
5. Raccomandazioni specifiche per aree tematiche e target
 - 5.1 *Target infanzia- adolescenza*
 - 5.2 *Target Adulti*
 - 5.3 *Target Anziani*
 - 5.4 *Psicologia Ospedaliera*
 - 5.5 *Salute Organizzativa e Qualità*
 - 5.6 *Promozione della Salute*
 - 5.7 *Salute nelle carceri*
 - 5.8 *Emergenza e Catastrofi*
6. Aree di miglioramento e approfondimento
 - 6.1 Il sistema informativo
 - 6.2 Percorsi di accesso e applicazione dei ticket
 - 6.3 Formazione e Supervisione
7. Attività di accompagnamento e monitoraggio

Allegati

Documento Regionale sulla Psicologia Clinica e di Comunità in Emilia-Romagna datato Dicembre 2010 e presentato il 12.5.2011 in occasione del convegno "I bisogni psicologici in Emilia-Romagna: linee di indirizzo per gli interventi nel SSR".

Riferimenti per consultazione

Linee di indirizzo per l'assistenza psicologica erogata dalle strutture organizzative complesse di psicologia territoriali e ospedaliere del SSN – Politeia, 2010 – A cura di SIPSOT (Società Italiana di Psicologi Servizi Ospedalieri e Territoriali).

1. Introduzione

Presso il Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali di questa Regione è stato attivato nel 2009 un Gruppo di lavoro, costituito da referenti per la psicologia clinica e di comunità designati dalle rispettive Aziende USL dell'Emilia-Romagna, con il mandato di condurre una ricognizione dell'esistente e di procedere alla costruzione di una proposta condivisa di indirizzi specifici per le Aziende Sanitarie Locali, finalizzata all'avvio e al consolidamento delle attività di psicologia clinica e di comunità con i dovuti requisiti di uniformità ed equità di accesso per tutti i cittadini residenti in Emilia-Romagna.

Nel corso del proprio mandato, tale gruppo ha prodotto un documento di proposta dal titolo "Psicologia Clinica e di Comunità in Emilia-Romagna" contenente le principali caratteristiche delle risposte della Psicologia clinica e di comunità per i bisogni di specifici target, con relativo glossario, codifica degli interventi e dei possibili prodotti. Per arricchire il documento con il contributo di rappresentanti della committenza interna, la Regione ha istituito un gruppo di lavoro multi professionale (determina n°13400/2011) che vede la presenza, accanto a professionisti psicologi, di rappresentanti delle Direzioni Aziendali delle attività sociosanitarie, delle Direzioni di Distretto, delle Direzioni di Presidio Ospedaliero, delle Direzioni dei Dipartimenti di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche e dei Dipartimenti di Cure Primarie.

2. Il gruppo di lavoro e gli obiettivi

Composizione del gruppo di lavoro:

Coordinamento

Mila Ferri (Responsabile Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri)

Per la Regione Emilia-Romagna

Marilena Durante (Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri)

Barbara Leonardi (Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri)

Per le Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere

Giordana Dordoni (Ausl Piacenza)

Piera Reboli (Direzione Distretto Ausl Piacenza)

Rossella Cocconi (Ausl Parma)

Francesca Tanzi (AO Parma)

Francesco Micella (Ausl Reggio Emilia)

Daniela Rebecchi (Ausl Modena)

Patrizia Guidetti/Massimo Marcon (Direzione Socio Sanitaria Ausl Modena)

Paola Vandelli (Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena)

Marco Chiappelli (Ausl Bologna)

Angelo Fioritti (Dir. DSM – DP Ausl Bologna)

Mara Morini (Dir. Cure Primarie Ausl Bologna)

Damiano Suzzi (Ausl Imola)

Ernesto Stoppa (Ausl Ferrara)

Vittorio Foschini (Ausl Ravenna)

Domenico Grandini / Claudio Ravani (Ausl Forlì)
Luigi Gualtieri (Ausl Cesena)
Maria Maffia Russo (Ausl Rimini)
Stefano Busetti (Direzione Sanitaria, Presidio Ospedaliero di Rimini-Santarcangelo)

Durante il suo mandato il gruppo si è inoltre interfacciato con altri professionisti e gruppi di lavoro regionali:

Claudia Zilioli Ausl Parma
Giacchino Pagliaro Ausl Bologna

Bruna Baldassarri Servizio Presidi Ospedalieri Regione ER, interfaccia per gruppo lavoro regionale "Relazioni empatiche e attività di counseling nella relazione operatore assistito".

Maura Forni Servizio Politiche familiari, Infanzia, Adolescenza Regione ER,
Monica Pedroni interfaccia con gruppo di lavoro "Integrazione socio-sanitaria minori" -
Gino Passarini (applicazione DGR 1904/2011)

Malvina Mazzotta Ausl Imola
Simona Licalzi Ausl Ravenna
Giovanna Campaniello AO Parma
Paolo Paolucci AOU Modena

Il gruppo si è posto l'obiettivo di approfondire alcune aree critiche e/o in espansione della Psicologia, nonché di integrare i contenuti tecnico-professionali del documento iniziale con indirizzi di tipo programmatico-gestionale che possano costituire uno standard minimo di riferimento per tutte le Aziende Sanitarie.

Obiettivi del presente Atto di Indirizzo sono quindi:

- ribadire e sottolineare il carattere trasversale delle risposte psicologiche ai bisogni dei cittadini, nel rispetto della mission dei diversi Servizi e Dipartimenti in cui gli Psicologi operano;
- sostenere le Aziende Sanitarie nella definizione organizzativa delle attività di Psicologia, al fine di salvaguardarne governo clinico ed appropriatezza;
- promuovere azioni innovative e di riorientamento in alcune aree di intervento della Psicologia.

3. Modelli organizzativi della Psicologia e risorse impiegate

3.1 Modelli organizzativi e risorse impiegate nelle Aziende Sanitarie Locali

I dati di seguito presentati sono un aggiornamento dell'indagine contenuta nel documento tecnico "Psicologia clinica e di comunità". La rilevazione è stata compiuta al 31.12.2011¹ e ha riguardato tutte le Ausl della Regione. Così come nell'analisi precedente si richiedeva di indicare la dotazione di risorse psicologiche nelle singole AUSL, la loro destinazione nelle diverse aree di principali competenze, le tipologie di rapporto di lavoro (dipendente, professionista ambulatoriale psicologo, libero professionista, dipendente cooperativa, borsista; questi ultimi due raggruppati nella categoria "altro" in tabella 3). Il dato quantitativo richiesto riguardava sia il numero di persone impiegato che le ore /settimana effettivamente impiegate per ogni area di riferimento. Le unità equivalenti (UE) di dotazione di personale psicologo sono la risultante della divisione totale del numero di ore/settimana/38. Ai referenti psicologi partecipanti al gruppo è stato chiesto inoltre di fornire informazioni sull'organizzazione aziendale della funzione psicologica, di mettere in evidenza criticità e fattori positivi e censire gli atti formali istituenti.

La tabella 1 evidenzia che sono tre le Aziende Usi che non hanno ancora formalizzato un'organizzazione della Psicologia (Piacenza, Bologna, Ravenna). Cinque Aziende USL hanno formalizzato invece "Programmi Aziendali di Psicologia" di tipo funzionale, di cui quattro in staff al DSM e uno in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale. In due Aziende USL il responsabile del Programma di Psicologia è titolare di UOC (Reggio Emilia e Rimini). Sono tre infine le Aziende USL che hanno formalizzato strutture gestionali con alcune specifiche differenze: la Ausl di Modena ha definito una UOC di Psicologia all'interno del DSM; l'Ausl di Forlì ha in corso l'istituzione di un Programma Gestionale in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale; l'Ausl di Cesena ha definito una Struttura Semplice Aziendale gestionale collocata nel DSM.

In tutte le Ausl che hanno previsto un'organizzazione della funzione psicologica, sia essa attraverso U.O. o Programma, la direzione è affidata ad uno Psicologo.

Tabella 1 - Situazione organizzativa della Psicologia nelle Ausl della Regione al 31.12.2011

AUSL	Situazione organizzativa	Atti istitutivi
Piacenza	Non vi è un'organizzazione della Psicologia a livello aziendale. E' però presente una U.O.S. (unità operativa semplice) di Tutela Minori afferente al DCP.	
Parma	Programma aziendale di Psicologia clinica e di comunità, di tipo funzionale e inserito nel DAISM (Dipartimento	<i>Il programma di Psicologia è istituito con deliberazione n. 937/2009, così come previsto dal regolamento del DAI SMDP</i>

¹ I dati si sono nel frattempo modificati e il quadro relativo agli anni 2012 e 2013 verrà analizzato e reso noto dalla istituenda commissione di monitoraggio.

	<p>Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche).</p> <p>Il Direttore del programma di psicologia è anche Direttore di Struttura Complessa "U.O. Riabilitazione", sempre afferente al DAISM-DP.</p> <p>Per quel che riguarda le attribuzioni sovradipartimentali, le funzioni del Programma, sono esplicate in esecuzione degli indirizzi della Direzione Sanitaria.</p>	<p><i>approvato con deliberazione DG n. 97 del 11/02/2011</i></p>
Reggio Emilia	<p>Struttura Organizzativa Complessa "Programma di Psicologia Clinica e di Comunità" afferente alla Direzione del DSMDP, che si rapporta funzionalmente con le Direzioni delle Strutture Complesse e Semplici del DSMDP e si interfaccia con le direzioni degli altri servizi dell'AUSL.</p>	<p><i>Atto Aziendale 2009 Articolazione Organizzativa del DSM-DP Ausl di Reggio Emilia – revisione del 20-08-2010</i></p>
Modena	<p>Unità Operativa Complessa di Psicologia clinica, di carattere gestionale, inserita nel DSM-DP.</p>	<p><i>Delibera del DG N° 159 del 29-07-2003 Oggetto: Definizione delle competenze e del modello organizzativo del servizio di psicologia clinica.</i></p>
Bologna	<p>Non vi è un'organizzazione della Psicologia a livello aziendale (è attivo un gruppo di lavoro sul tema). E' presente inoltre un'Unità Operativa Complessa di Psicologia Ospedaliera, con funzione gestionale, nel Dipartimento Oncologico del Presidio Ospedaliero.</p>	<p><i>Delibera della ex Ausl Città di Bologna n. 399 del 05-08-2003</i></p>
Imola	<p>Programma di Psicologia, di tipo funzionale, in staff alla Direzione Sanitaria aziendale.</p>	<p><i>Delibera DG n. 7 del 27 gennaio 2011</i></p>
Ravenna	<p>Non vi è un'organizzazione della Psicologia a livello aziendale (è presente una sperimentazione di psicologia ospedaliera).</p>	
Ferrara	<p>Programma di Psicologia, di tipo funzionale, in staff al DSM-DP.</p>	<p><i>Documento di Presentazione del Dipartimento di salute mentale. Revisione n. 03 del 13-12-2005</i></p>
Forlì	<p>Riorganizzazione in corso con prospettiva di istituire un Programma di Psicologia, di tipo gestionale, in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.</p>	
Cesena	<p>SSA Struttura semplice aziendale, di tipo gestionale, collocata nel DSM-DP.</p>	<p><i>Approvato dal Collegio di Direzione del 28/02/2012; Presentato alle OO.SS. della Dirigenza Medica e Sanitaria;- Integrato da osservazioni del Gruppo Tecnico indicato dal Tavolo della Dirigenza Sanitaria.</i></p>
Rimini	<p>Unità Operativa Complessa "Programma di Psicologia", di tipo funzionale, in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale.</p>	<p><i>Deliberazione del DG n.30 del 27/10/2006</i></p>

I principali dati quantitativi relativi all'indagine sono contenuti nelle tabelle 2, 3 e 4. Da questi possiamo riassumere che il numero totale di psicologi utilizzati nelle AUSL della Regione Emilia Romagna è di 616 unità, per un totale di 518,2 Unità Equivalenti di professionisti impegnati in 38 ore/settimana (vedi Tab. 3). Gli psicologi dipendenti e PAP sono 475 unità e corrispondono a circa 430 UE, ossia l'82,78% del totale della risorsa psicologo impegnata, con un range che va dal 96,83 di Piacenza al 66,05 di Parma.

Confrontando la dotazione di UE psicologi nelle singole AUSL con la popolazione residente di riferimento (n. Psicologi / 100.000 abitanti) è possibile rilevare alcune differenze. A fronte di una media regionale di 11,7 UE ogni 100.000 abitanti, le Asl di Bologna, Forlì e Rimini si attestano sulle 13 UE circa ogni 100.000 abitanti, mentre Modena presenta il valore più basso con le sue 9,5 UE per ogni 100.000 abitanti (tab 2).

Tab2 – Calcolo delle Unità Equivalenti (UE) di psicologo (personale strutturato e non strutturato) nelle AUSL dell'Emilia Romagna, anche in rapporto alla popolazione target alla dotazione totale.

AUSL	UE personale dipendente (dipendenti + PAP)	% UE dipendenti + PAP su totale	UE personale non dip (LP + altro)	% UE LP + altro su tot	UE TOTALI	Pop target	incidenza Ue su 100mila abitanti			
							UE dip /100.000 pop target	UE LP / 100.000 pop target	Tot UE / 100.000 pop target	Pop target /tot UE
PC	30,5	96,83	1,0	3,17	31,5	289.887	10,5	0,3	10,9	9.203
PR	34,7	66,05	17,8	33,95	52,5	442.070	7,8	4,0	11,9	8.427
RE	59,1	97,41	1,6	2,59	60,7	530.388	11,1	0,3	11,4	8.745
MO	61,8	92,78	4,8	7,22	66,6	700.914	8,8	0,7	9,5	10.523
BO	84,7	74,30	29,3	25,70	114,0	860.037	9,8	3,4	13,3	7.544
IMOLA	12,8	77,27	3,8	22,73	16,5	131.961	9,7	2,8	12,5	7.978
FE	34,0	88,89	4,3	11,11	38,3	359.994	9,4	1,2	10,6	9.412
RA	38,5	86,33	6,1	13,67	44,6	392.458	9,8	1,6	11,4	8.796
FO	19,5	78,31	5,9	23,69	24,9	187.698	10,4	3,1	13,3	7.538
Cesena	23,9	97,15	0,7	2,85	24,6	207.788	11,5	0,3	11,8	8.454
RN	29,6	67,08	14,51	32,92	44,1	329.244	9,0	4,4	13,4	7.465
RER	429,0	82,78	89,7	17,31	518,2	4.432.439	9,7	2,0	11,7	8.553

Tab 3 – Calcolo delle dotazioni di personale (numero persone e UE) per tipologia di contratto (PAP personale ambulatoriale psicologo; LP personale libero professionista; Altro borse di studio, rimborsi ore psicologo ad enti locali)

AUSL	Dipend N.	Dipend UE	PAP N.	PAP UE	% UE dipendenti + PAP su totale	LP N.	LP UE	Altro N.	Altro UE	% UE LP + altro su tot	Person Totale N.	TOT UE
PC	30	30,00	2	0,50	96,83	3	1	0	0,00	3,17	35	31,5
PR	36	33,68	3	0,97	66,05	12	5,71	24	12,10	33,95	75	52,5
RE	59	55,71	6	3,37	97,41	0	0	2	1,57	2,59	67	60,7
MO	64	60,20	3	1,6	92,78	2	0,75	4	4,06	7,22	73	66,61
BO	81	77,80	11	6,9	74,30	40	26,5	5	2,80	25,70	137	114,0
Imola	12	12,00	1	0,78	77,27	8	3,76	0	0,00	22,73	21	16,5
FE	34	34,00	0	0	88,89	4	3,07	3	1,18	11,11	41	38,3
RA	38	38,00	1	0,52	86,33	7	6,1	0	0,00	13,67	46	44,6
FO	20	19,50	0	0	78,31	6	5,4	1	0,50	23,69	27	24,9
Cesena	25	23,38	1	0,5	97,15	2	0,7	0	0,00	2,85	28	24,6
RN	47	28,63	1	0,94	67,08	14	11,34	4	3,17	32,92	66	44,1
RER	446	412,90	29	16,08	82,78	98	64	43	25,38	17,31	616	518,2

Tab 4 – Calcolo delle dotazioni di psicologo totale (UE dipendenti + PAP + LP) nelle principali aree di impegno per ogni azienda USL e relativa percentuale sul totale delle UE

AUSL	PC		PR		RE		MO		BO		Imola		FE		RA		FO		Cesena		RN		TOT UE	% TOT
	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%	UE	%		
NPIA	11,0	34,42	10,7	20,71	20,1	33,14	13,1	19,67	37,8	33,18	3,0	18,16	17,4	45,44	14,9	33,49	2,8	10,96	7,7	31,65	15,5*	35,16	154,0	29,7
Psichiatria	3,8	12,02	3,0	5,82	4,4	7,24	4,4	6,61	15,7	13,75	3,8	22,88	8,7	22,68	5,0	11,21	3,0	11,83	1,7	6,95	1,7	3,75	55,1	10,6
DP	3,5	10,95	8,5	16,54	9,1	14,92	8,2	12,30	10,7	9,34	0,4	2,66	8,2	21,43	9,0	20,17	3,8	14,91	5,0	20,58	2,9	6,68	69,3	13,4
Carceri	0,5	1,56	2,1	3,98	1,4	2,26	0,0*	0,00	1,4	1,22	0,0	0,00	1,0	2,61	0,5	1,17	3,0	11,83	0,0	0,00	0,9	2,14	10,8	2,1
DCA	1,0	3,13	1,8	3,45	1,9	3,12	1,2	1,80	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	1,2	2,58	0,0	0,00	0,0	0,00	0,3	0,70	7,3	1,4
Tutela minori	7,4	23,03	10,0	19,39	12,1	19,92	13,5	20,27	7,4	6,45	2,3	13,98	0,0*	0,00	0,0	0,00	4,7	18,65	0,0*	0,00	9,8	22,18	67,1	13,0
Consultorio Fam	0,6	1,97	2,0	3,88	1,7	2,87	7,0	10,51	22,5	19,70	4,0	24,21	0,0	0,00	7,0	15,69	2,0	7,89	6,2	25,60	5,1	11,48	58,1	11,2
Consultorio Gio	0,7	2,13	3,5	6,83	1,0	1,70	0,0*	0,00	5,4	4,69	0,0*	0,00	1,0	2,61	0,0	0,00	2,0	7,89	0,0	0,00	0,2	0,45	13,8	2,7
Ospedale	0,8	2,44	4,6	8,98	2,6	4,25	5,7	8,56	8,0	7,01	2,6	15,92	0,0	0,00	4,0	8,97	3,3	13,05	1,0	4,12	2,8	6,36	35,4	6,8
H adulto - fis	0,3	0,97	0,0	0,00	0,0	0,00	0,8	1,14	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	1,7	7,00	1,5	3,34	4,2	0,8
H adulto - ment	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,3	1,03	0,0	0,00	2,1	4,84	2,4	0,5
sanità pub	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	1,8	1,56	0,0	0,00	1,0	2,61	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,5	1,14	3,3	0,6
Anziani	0,4	1,13	5,4	10,43	3,5	5,82	2,0	2,94	1,3	1,12	0,4	2,18	0,0	0,00	2,0	4,48	0,0	0,00	0,0	0,00	0,8	1,77	15,7	3,0
Altro	2,0	6,26	0,0	0,00	2,9	4,77	2,8	4,20	2,3	1,98	0,0	0,00	1,0	2,61	1,0	2,24	0,5	1,97	1,0	4,12	0,0	0,00	13,5	2,6
C. adolescenza	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	1,7	2,55	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	1,7	0,3
C. Psi adulti e Ter. Fam	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	6,3	9,46	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	6,3	1,2
tot UE ASL	32,0	100,00	31,6	100,00	69,7	100,00	68,6	100,00	134,1	100,00	16,5	100,00	36,3	100,00	44,6	100,00	25,4	100,00	24,3	100,00	45,8	100,00	517,9	100

I dati della tabella 4, che vedono la distribuzione delle UE totali di psicologo nelle diverse aree di intervento, presentano un ampio margine di approssimazione in quanto le diverse organizzazioni aziendali non hanno sempre favorito una raccolta omogenea dei dati, soprattutto per quel che riguarda le UE dedicate al carcere (incline spesso nelle UE Dipendenze Patologiche), alla Tutela Minori (in alcune Aziende comprese nelle UE della NPIA; in altre nelle Cure Primarie) e al Consultorio Giovani, il più delle volte conteggiate all'interno del consultorio familiare². Va inoltre precisato che il Centro Adolescenza e Centro Psicologia Adulti e Terapia Familiare, afferiscono direttamente al Servizio di Psicologia Clinica dell'Azienda Ausl di Modena e non trovano un corrispettivo organizzativo nelle altre realtà.

²

Modena Le UE per il Carcere sono incluse nelle UE delle DP
Le UE dello Spazio Giovani sono comprese in quelle del Consultorio Familiare

Bologna Le UE di Tutela Minori sono comprese sia nelle CP che NPIA

Imola Le UE dello Spazio Giovani sono incluse nelle UE del Consultorio Familiare

Ferrara Le UE dedicate alla Tutela Minori sono incluse nelle UE della NPIA

Forlì Le UE dedicate al DCA sono incluse nelle UE dedicate al Consultorio Giovani

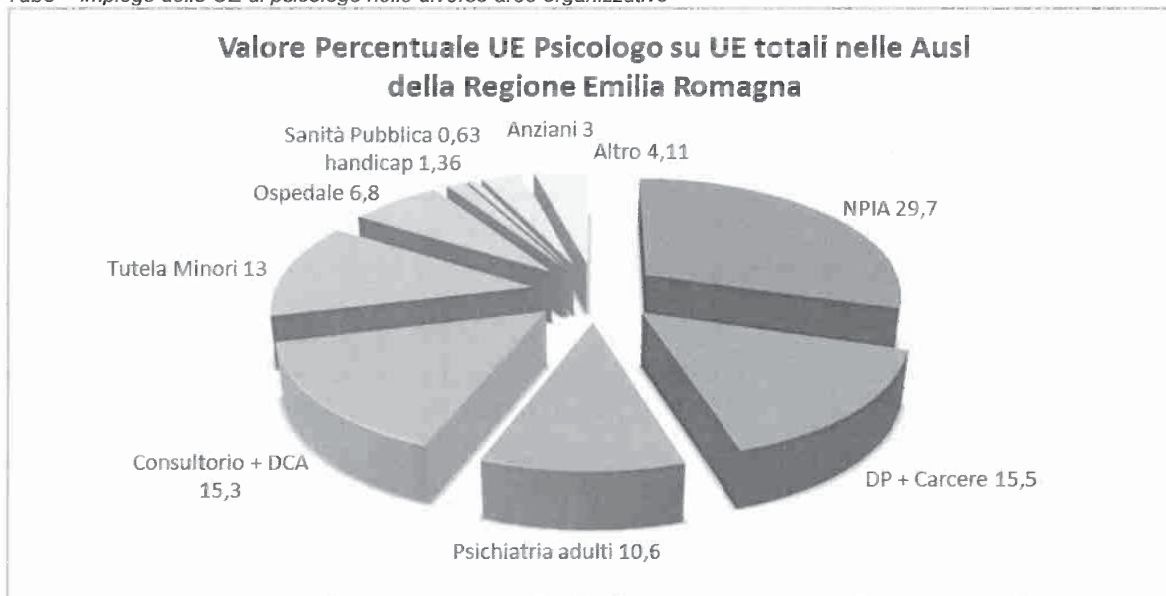
Cesena La tutela minori è compresa nella NPIA e assorbe circa il 40% delle risorse

Rimini Le UE della NPI sono comprensive del personale del Centro Autismo HUB Vasta Romagna

La tabella 5 evidenzia il grado di assorbimento delle UE di psicologo nei diversi settori di intervento, rispetto la dotazione globale. In ordine decrescente, le aree maggiormente coinvolte dalla presenza degli psicologi sono la Neuropsichiatria (29,7%), le Dipendenze patologiche (15,5%), il Consultorio familiare (15,3) e la Psichiatria adulti (10,6).

Particolarmente significativi sono i dati relativi all'area Tutela Minori e Psicologia Ospedaliera.

Tab5 - impiego delle UE di psicologo nelle diverse aree organizzative



Come già rimarcato, il dato relativo all'area **tutela minori** è probabilmente sottostimato. La rilevazione evidenzia che circa il 13% delle UE di psicologo vengono dedicate a questo ambito, con forti differenze territoriali, sia per quel che riguarda il tasso di assorbimento (spicca il 20,27% di UE utilizzate nell'Ausl di Modena contro il 6,45 dell'Ausl di Bologna), le collocazioni dipartimentali, gli accordi con gli Enti locali per la gestione delle deleghe e l'utilizzo di personale più o meno strutturato.

Per quel che concerne invece la **psicologia ospedaliera**, la rilevazione evidenzia come pressoché tutte le Ausl dedichino risorse psicologiche ai presidi ospedalieri presenti sul proprio territorio. A livello regionale sono impiegate 36,7 UE che rappresentano il 7,1% delle UE totali di risorsa psicologo, con un range che va dal 15,9 % di Imola al 2,4 di Piacenza. Le situazioni organizzative sono molto disomogenee

Nella Ausl di Piacenza, ad esempio, la Psicologia Ospedaliera è inserita nell'Unità Operativa Complessa di Emergenza/Urgenza il cui responsabile è uno Psichiatra; a Reggio Emilia invece la Psicologia Ospedaliera si limita agli incarichi PAP indicati in tabella per reparti di oncologia e a un incarico a tempo indeterminato nel reparto riabilitazione. La Ausl di Bologna rappresenta

un'eccezione disponendo di U.O.C. gestionale di Psicologia Ospedaliera nel Dipartimento Oncologico del Presidio Ospedaliero. Vanno segnalate infine le Ausl di Ravenna e Ferrara: nella prima esiste dal 2010 un progetto sperimentale che impegna psicologi liberi professionisti e che fornisce un servizio di psicologia ospedaliera ai reparti di tutti e tre gli ospedali del territorio; a Ferrara è invece attivo un progetto di psico-oncologia in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera e l'Università.

3.2 Modelli organizzativi e risorse impiegate nelle Aziende Ospedaliere.

In Regione sono presenti cinque Aziende Ospedaliere. La tabella 6 presenta un quadro sintetico della situazione organizzativa della funzione psicologica in ognuna di esse ed evidenzia le risorse dedicate al 31.12.2011. Sono due le Aziende Ospedaliere che dispongono di un Servizio di Psicologia a carattere gestionale (Parma e Modena); in tutti gli altri casi la funzione psicologica afferisce a diversi Dipartimenti senza un coordinamento formalizzato, con problemi di frammentazione e dispersione delle risorse.

Tab 6 – situazione organizzativa della psicologia nelle aziende ospedaliere della Regione

Azienda Ospedaliera	Situazione organizzativa	Risorse psicologo
AO Parma	<p>Il Servizio di Psicologia inserito in una UOS e coordinato da un Medico della Direzione Sanitaria. E' allocato in staff alla direzione sanitaria ed ha carattere gestionale.</p> <p>Esiste un protocollo che regola gli accordi tra gli psicologi del servizio e i diversi reparti. I principali ambiti di intervento sono: Neurologia, Oncologia, Clinica chirurgica e Trapianti d'organo, Rianimazione.</p> <p>Lo psicologo è inoltre una presenza stabile in equipe multiprofessionali.</p> <p>Dal 2001 su determinazione della direzione sanitaria è attivo anche un progetto su gestione del rischio ed eventi sentinella. Gli psicologi sono nei gruppi di lavoro aziendali e collaborano alla stesura di linee guida e nei percorsi formativi rivolti ai professionisti. Il servizio di Medicina Preventiva dell'Azienda ha messo inoltre in evidenza il bisogno di intervento psicologico per i propri dipendenti.</p> <p>Nel 2012 il servizio rischia la sospensione delle attività.</p>	<p><i>5 psicologi a contratto libero professionale.</i></p>
AOU Reggio Emilia	<p>La funzione psicologica è distribuita in diversi dipartimenti. Non esiste un governo clinico unitario. Il personale strutturato (1 psicologo a tempo pieno) è principalmente impegnato nel Dipartimento Ostetrico-ginecologico-pediatico nelle aree: ostetricia, neonatologia, centro sterilità, genetica, pediatria, NPI, Ugee.</p> <p>Le UE dell'Azienda USL sono impegnate in Neuropsichiatria, DCA e Nefrologia.</p>	<p><i>1 UE dipendente 2,6 UE ASL 9 LP, UE non pervenute 1 LP da associazione 4 borse di studio aziendali e di associazioni</i></p>
AO Universitaria Policlinico di	<p>Il Servizio di Psicologia ospedaliera è inserito nella Struttura Operativa Complessa (S.O.C.) Formazione e Aggiornamento che afferisce al Dipartimento</p>	<p><i>6 psicologi dipendenti a tempo pieno e 6 collaboratori, per un totale di 12</i></p>

Modena	<p>Amministrativo della Direzione Amministrativa, ha carattere gestionale. Il Direttore del Servizio è uno Psicologo.</p>	<p>professionisti in servizio. UE tot=8 Di queste, 2,7 UE sono finanziate con budget non aziendale (associazioni, borse di studio, finanziamento ministeriale, ecc)</p>
AOU di Bologna Policlinico Sant'Orsola-Malpighi	<p>Non esiste un'organizzazione formalizzata della psicologia ad eccezione di una articolazione funzionale "Psicologia clinica specialistica" (di cui è responsabile uno Psicologo) all'interno dell'U.O. Pediatria. Nel 2012 e' stata inoltre avanzata una proposta per un Programma dipartimentale di "Psicologia dell'età evolutiva" presso il Dipartimento Salute della donna, del bambino e dell'adolescente.</p> <p>Tutti i professionisti operano all'interno delle U.O. di afferenza senza collegamenti formalizzati tra di loro.</p>	<p><i>2 psicologi dipendenti a tempo pieno e 18 collaboratori, per un tot di 20 professionisti in servizio.</i></p> <p>Gli psicologi LP sono distribuiti su diverse U.O (prevalentemente pediatria, neonatologia ed età evolutiva) per un totale di n295 ore settimana (7,7 UE).</p>
A.O.U Sant'Anna di Ferrara	<p>Non esiste un'organizzazione formalizzata della funzione psicologica. I due psicologi afferiscono al Dipartimento Neuroscienze Riabilitazione.</p>	<p>Due psicologi, una dipendente a 38 ore e una libera professionista a 30 ore (tot UE 1,7) . Esistono poi diversi incarichi su ambiti di ricerca e interventi molto specifici, frammentati nei diversi Dipartimenti ed affidati in maniera discontinua su fondi gestiti dai professori ordinari e/o in collaborazione con associazioni di famigliari.</p>

Lo stato della Psicologia all'interno delle 5 Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie rispecchia la situazione delle Ausl per quel che riguarda sia l'eterogeneità organizzativa che il governo clinico delle prestazioni psicologiche. Esistono tuttavia buone prassi in cui l'articolazione organizzativa e l'autonomia gestionale garantiscono risposte qualificate ed appropriate diventando un elemento di qualità dei Reparti/ Dipartimenti visti come committenti.

4. Raccomandazioni generali alle Aziende USL e alle Aziende Ospedaliere

1. I Servizi di Psicologia e le attività svolte dagli psicologi si confermano trasversali alle Aziende Sanitarie coinvolgendo, sia nell'ambito ospedaliero che territoriale, settori strategici afferenti la clinica, la promozione della salute, la formazione e l'organizzazione.
2. Da parte dei diversi committenti invitati al Tavolo regionale è stata condivisa la necessità che l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera decidano l'assetto organizzativo delle funzioni di Psicologia. Tale scelta è a garanzia del governo clinico e dell'appropriatezza della prestazione, aspetti particolarmente significativi in presenza di risposte trasversali ai diversi Dipartimenti, con spiccate caratteristiche di integrazione pluriprofessionale, ma anche di specifica competenza da salvaguardare.
3. Le esperienze in corso suggeriscono che un'organizzazione di tipo funzionale, ossia senza il governo delle risorse, permette solo in parte il lavoro su appropriatezza, competenza clinica, formazione e supervisione. Al contrario, l'esperienza in campo in diverse Aziende Sanitarie, in cui la Psicologia è organizzata in Unità Operative o Programma con proprietà gestionali, evidenzia una maggiore efficacia, efficienza e coerenza tra governo clinico ed appropriatezza degli interventi. Il governo delle risorse garantisce inoltre la possibilità di orientare e riorientare le scelte al mutare dei bisogni, favorendo una maggiore tempestività e flessibilità nelle risposte. Dal punto di vista organizzativo, infatti, la Psicologia, come altre discipline, si colloca a metà tra la committenza e la produzione. L'analisi della domanda è una parte integrante dell'elaborazione della risposta e quindi del servizio erogato. Tale processo di "analisi e negoziazione" che si verifica abitualmente nel rapporto con l'utenza, dovrebbe poter essere garantito anche nei confronti della committenza interna a salvaguardia, quindi, dell'appropriatezza delle risposte. A questo proposito è opportuno ricordare che il profilo multidisciplinare di diverse equipe di lavoro (Consultori Familiari, Servizi per le Dipendenze, NPPIA, ecc) contempla la figura dello psicologo come costitutiva dell'equipe stessa. Questa appartenenza va necessariamente coniugata con l'identità culturale e professionale di cui il Servizio/ Programma di Psicologia è garante e polo di orientamento in ciascuna Azienda.
4. Indipendentemente dalla collocazione del Servizio/Programma di Psicologia ritenuta più idonea da ogni Ausl (interna/esterna a singolo Dipartimento, in staff a Direzione Aziendale), si ritiene elemento strategico ai fini di governo clinico e appropriatezza della risposta, che la Direzione Sanitaria Aziendale svolga comunque una funzione di garanzia nel processo di allocazione delle risorse.

5. Raccomandazioni specifiche per aree tematiche e target

Il continuo evolvere dei bisogni psicologici e l'emersione di nuove aree di intervento ha portato il gruppo di lavoro ad approfondire l'analisi presentata nel documento **Psicologia clinica e di comunità in Emilia Romagna**, che rimane base di lettura necessaria per la comprensione del presente atto di indirizzo e ne costituisce parte fondamentale. I seguenti paragrafi vanno quindi ad integrare il documento "Psicologia clinica e di comunità in Emilia Romagna", di cui ricalcano la scansione per target e ambiti disciplinari, e offrono un'indicazione per possibili riconversioni e ri-orientamento di risorse per i Programmi/Servizi di Psicologia.

5.1 Target infanzia- adolescenza.

La tutela minori è un'area particolarmente complessa perché più di altre incrocia i cambiamenti della società: la cultura dell'infanzia, i rapporti tra generazioni, l'organizzazione dei servizi, l'atteggiamento della politica, l'idea stessa di società.

In questi anni i servizi hanno assistito ad un aumento delle richieste di prestazioni per questa area di intervento e molti dispositivi organizzativi sono stati messi in crisi. Nel capitolo 4 si è già fatto riferimento alla difficoltà di rilevare in modo preciso le risorse (UE unità equivalenti) di psicologi utilizzati in questo delicato settore di intervento e all'eterogeneità dei diversi assetti organizzativi (diverse collocazioni dipartimentali, diversi accordi con Enti locali per la gestione delle deleghe, utilizzo di personale non strutturato, ecc). Le criticità maggiori si manifestano nelle aree d'incontro tra organizzazioni e professioni: l'integrazione tra sociale, sanitario ed educativo, è ancora un obiettivo ed un processo da presidiare con attenzione. La questione centrale è come tenere insieme due livelli di responsabilità (sanitaria e sociale) con la necessaria specificità d'intervento professionale, nelle sfere dell'assistenza, sostegno e aiuto e nella vigilanza, protezione e tutela.

In base alla normativa attuale l'integrazione socio-sanitaria deve essere garantita su più livelli.

1. presa in carico e intervento integrato attraverso le equipe territoriali (LR14/2008 - Norme in materia di politiche per le giovani generazioni, art. 17; LR 2/2003);
2. valutazione dei casi complessi e accoglienza fuori famiglia (DGR 1904/2011-Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari; DGR 911/2007-Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza: requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico- assistenziali; DGR 313/2009, Piano attuativo salute mentale 2009-2011).

3. Presa in carico di situazioni che risultano più compromesse, sia sul piano dello sviluppo psicofisico del bambino o adolescente, sia sul piano dell'adeguatezza genitoriale attraverso equipe specialistiche (LR14/2008, art. 18).

E' evidente come la funzione di Tutela Minori comprenda una componente sanitaria per la quale le Aziende USL debbono prevedere un governo in grado di garantire competenza specifica, procedure adeguate all'entità della domanda, gestione delle interfacce e formazione continua agli operatori impegnati. Le esperienze in corso hanno evidenziato che il governo clinico dell'area è fondamentale per un'armonizzazione delle risorse e una maggiore appropriatezza della risposta. Si è dimostrato inoltre di più difficile gestione il governo di professionisti psicologi alle dipendenze di Enti Locali o ASP/ASC con spesa a rimborso delle AUSL.

5.2 Target Adulti

Esiste una criticità per quel che riguarda l'equità nella modalità di accesso al servizio di consultazione psicologica rivolto ad adulti, soprattutto là dove la funzione psicologica non è organizzata in modo formale. Coerentemente con il Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011 che invita già le Aziende a definire un proprio piano di garanzia dell'accesso e declinarlo concretamente nella propria pianificazione annuale delle azioni, l'indicazione è quella di pensare percorsi di accesso al servizio di consultazione psicologica più efficaci e chiari, interfacciati con i diversi servizi/UO e con i MMG.

Viene ribadita la necessità, soprattutto nei casi di bisogni complessi con eziologia multifattoriale, di definire procedure integrate mediante protocolli tra tutti i servizi afferenti all'area dell'assistenza distrettuale.

5.3 Target Disabili Adulti e Anziani

Il gruppo di lavoro regionale ha evidenziato una discrepanza tra bisogni emergenti in questa area e le risorse di psicologo impegnate nelle diverse Ausl. L'intervento dello psicologo con la persona anziana va declinato avendo come riferimento il continuum normalità-patologia conclamata, sapendo che l'area grigia può presentare sia condizioni pre-cliniche che, se non affrontate adeguatamente in termini preventivi, si tramutano presto in condizioni patologiche, sia condizioni di fragilità, che possono virare verso i poli della normalità o della patologia a seconda della presenza o meno di interventi di promozione della salute.

Le aree di miglioramento riguardano sicuramente gli interventi nelle aree grigie sopra citate, mentre per quel che riguarda il tema della disabilità, che è trasversale a diversi Dipartimenti, si profila la necessità di armonizzare i percorsi, ancora troppo disomogenei a livello regionale (es. DCP per disabilità acquisita, DSM per disabilità mentale ecc.)

Di fronte all'aumento progressivo di bisogni legati alla non autosufficienza e alla cronicità, maggiore attenzione deve essere quindi dedicata all'ambito socio assistenziale e alla gestione integrata della cronicità, sia per quel che riguarda i pazienti che i loro famigliari, con gli strumenti propri della professione (valutazione neuropsicologica, counseling motivazionale, formazione degli operatori socio-sanitari, pratiche supportive delle reti contestuali e dei caregiver).

5.4 Psicologia ospedaliera

Il gruppo regionale ha evidenziato la necessità di una regia degli interventi psicologici in ospedale che affianchi al modello organizzativo della consulenza per affermare quello dell'integrazione dei saperi medico e psicologici in particolare. Come ribadito anche nel documento regionale "Raccomandazioni alle Aziende sanitarie e alle Strutture private accreditate per lo sviluppo di relazioni empatiche e attività di counseling nella relazione operatore assistito", lo psicologo interviene nell'équipe non perché esperto cui demandare la comunicazione con il paziente, bensì quale professionista che offre il suo apporto insieme agli altri professionisti coinvolti nel processo di cura.

Una regia unitaria e trasparente eviterebbe l'eccessiva frammentazione e dispersione del personale psicologo che agisce in ospedale (borsisti, stagisti, psicologi a contratto libero professionale incaricati dalle associazioni di utenti e/o caregiver...) a vantaggio di una maggiore tutela del paziente e dei suoi famigliari, di un governo clinico unitario e quindi di una maggiore qualità della prestazione erogata.

L'intervento psicologico nel contesto ospedaliero va disposto come servizio integrato nel sistema di cura e sviluppato lungo diverse direttrici operative in risposta a bisogni e attese differenziate per tipologie di destinatari. Così come già indicato nel documento Psicologia clinica e di comunità in ER" questi sono: pazienti/famiglie, operatori sanitari, l'Istituzione sanitaria, e l'associazionismo, che sempre di più gioca un ruolo importante nelle diverse fasi del percorso di cura e assistenza.

Pazienti e famiglie: Gli interventi volti ad alleviare la sofferenza psichica, prevenire e gestire lo stress conseguente allo sviluppo di malattie acute o croniche, a condizioni di disabilità congenita o acquisita; i trattamenti psicoterapeutici non sono considerati bisogno elettivo e vanno preferibilmente erogati in ambito territoriale dopo la dimissione ospedaliera. Importanti sono altresì gli interventi di counseling motivazionale finalizzati a promuovere cambiamenti nello stile di vita e gli interventi di presa in carico precoce in diversi ambiti e gruppi target.

Gli interventi volti a supportare il nucleo familiare lungo tutte le fasi del percorso di cura, dalla prima comunicazione di diagnosi fino a momenti successivi la dimissione del paziente, quando necessario. L'attenzione posta ai familiari del paziente si basa sul presupposto che la malattia di un componente della famiglia influisca in modo inevitabile su tutto il nucleo familiare modificandone

l'equilibrio interno e rendendo dunque ancora più delicata la gestione di un momento complesso quale quello della malattia.

operatori sanitari: sviluppare percorsi formativi e fornire strumenti e conoscenze psicologiche che consentano di gestire, a partire da una visione olistica della persona, il processo assistenziale in modo globale e in tutte le sue fasi;

istituzione sanitaria, sviluppare percorsi per sostenere la continuità assistenziale ospedale/territorio, soprattutto nei casi di malattia cronica;

associazionismo, favorire un maggiore coinvolgimento dello stesso nei percorsi assistenziali, specie ad alta complessità al fine di promuovere l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale.

Posto che il contributo della psicologia è stato ritenuto trasversale alle diverse specializzazioni e organizzazioni dipartimentali, il gruppo evidenzia un suo particolare ruolo strategico in alcune aree quali cardiologia, cure palliative, emergenza, fisiopatologia della riproduzione, genetica, neurologia, oncologia, terapia intensiva, trapiantologia, traumatologia³.

Il gruppo evidenzia inoltre la necessità che le suddette attività vengano svolte in applicazione a quelle che sono le linee guida e le pratiche del programma Health Literacy che prevede, attraverso una specifica formazione preventiva, una accresciuta capacità dell'operatore di comprendere il paziente e di instaurare con lui una relazione che abbia come fondamento una migliore e più fluida comunicazione oltre a una più elevata attenzione alla gestione degli aspetti emotivi e cognitivi, consentendo così all'assistito di avere maggiore chiarezza di tutto il processo terapeutico.

5.5 Salute organizzativa e qualità

Tra le novità introdotte dal D. Lgs. 81/08, un ruolo di primo piano assume la definizione, mutuata dall'OMS, del concetto di "salute" intesa quale "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità" (art. 2, primo comma, lettera o) che rappresenta la premessa per la garanzia di una tutela dei lavoratori anche attraverso un'adeguata valutazione del rischio stress lavoro correlato.

³ Per un approfondimento sulla psicologia ospedaliera vedi:

Carta dei diritti dei bambini ed elle bambine in ospedale – UNESCO;

Decreto 28 settembre 1999 - Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative;

Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita art. 7 - legge 40/2004;

Linee guida per test genetici, rapporto del gruppo di lavoro del 19 maggio 1998 Istituto Superiore di Sanità;

Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con sclerosi laterale amiotrofica (SLA) – Assessorato Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna;

Global idfispad guideline for diabetes in childhood and adolescence - International Diabetes Federation 2011

Diagnosi e terapia del carcinoma ovarico – Documento di indirizzo n.7dell'Istituto Superiore Sanità - marzo 2004

Piano oncologico nazionale 2010/2012 Istituto Superiore di Sanità

Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica - Società Italiana di Psico-oncologia, 1998

L'assistenza psicologica nei trapianti d'organo. Ann. Istituto Superiore Sanità vol. 36 n.2 (2000).

La valutazione dei rischi diventa elemento centrale per l'approntamento di un'adeguata attività di prevenzione. L'oggetto della valutazione fa riferimento a "tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004" (art. 28, primo comma).

Da diverso tempo la ricerca e le più recenti evidenze empiriche hanno indicato che la salute e la sicurezza dei lavoratori possono essere compromesse da "fattori di rischio trasversali" o psicosociali, individuabili, per loro natura, all'interno della complessa articolazione che caratterizza il rapporto fra il professionista e l'organizzazione in cui questi è inserito (ILO, 1986). L'Organizzazione Internazionale del Lavoro (1986) ha definito i rischi psicosociali in termini di interazioni tra contenuto del lavoro, gestione ed organizzazione del lavoro, condizioni ambientali e organizzative da un lato, e le competenze e le esigenze dei lavoratori dipendenti dall'altro. Quelle interazioni che risultano essere pericolose influenzano la salute dei lavoratori attraverso le loro percezioni e la loro esperienza (ILO, 1986).

Le competenze psicologiche nei campi delle relazioni, gestione delle risorse umane, comunicazione, modificazione degli atteggiamenti e dei comportamenti, assegnano una specifica rilevanza alla professionalità psicologica all'interno del Servizio Sanitario anche per il ruolo che essa può ricoprire rispetto alla salute organizzativa, al management e all'incremento della qualità.

Pur non esistendo all'oggi modelli operativi univoci di intervento relativo allo stress lavoro correlato, le esperienze della nostra regione e le valutazioni della comunità scientifica convergono verso un modello in grado di prevenire lo stress lavoro-correlato non solo predisponendo un sistema di regole, ma promuovendo lo sviluppo della salute organizzativa, integrando il sistema normativo con azioni rivolte al miglioramento del benessere organizzativo, riguardanti la struttura, i ruoli organizzativi, l'innovazione, i processi e la cultura organizzativa, le politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane, la comunicazione interna ed esterna, la valorizzazione e diffusione di buone prassi. Affinché questo tipo di azioni risultino efficaci si suggerisce di andare verso una stretta collaborazione e alleanza della Psicologia con la Direzione e con i Servizi che si occupano di Amministrazione, Organizzazione e Sviluppo del Personale.

5.6 Promozione della salute

In diversi documenti internazionali viene oramai da decenni affermato il profondo legame tra promozione della salute e promozione del benessere. Nel quadro strategico sottostante al Piano regionale della Prevenzione 2010/2012 viene ribadito che *"le condizioni di vita giocano un ruolo fondamentale sulla salute della popolazione e che le stesse condizioni e il benessere dei cittadini sono il risultato dell'azione dell'intera società, non solo quindi del mondo sanitario"*.

Promuovere il benessere significa superare il modello del deficit, non negando il disagio ma assumendone la complessità e orientare l'intervento alla valorizzazione delle capacità e allo sviluppo delle potenzialità. Questo cambiamento di paradigma implica un cambiamento radicale nei metodi e nelle tecniche che gli operatori sono chiamati ad adottare: per favorire processi di empowerment le persone, i gruppi, le comunità, non sono più fruitori ma devono diventare protagonisti attivi degli interventi. I contesti possono essere diversi (scuole, luoghi di lavoro, luoghi di cura, ecc) così come il momento del ciclo di vita che le persone stanno attraversando.

La Psicologia, attraverso alcune sue articolazioni disciplinari - Psicologia di comunità e Psicologia della salute in primis - dispone di conoscenze e strumenti capaci di coniugare aspetti soggettivi interni con aspetti del contesto ed è in grado di attivare risorse gruppali e collettive finalizzate al cambiamento individuale e sociale. In un processo quindi, che coinvolge necessariamente competenze differenziate e un ampio numero di operatori, lo psicologo può giocare un ruolo importante attraverso sue competenze specifiche, quali:

- attivazione di processi partecipati e di ricerca azione;
- conoscenza dei processi psicologici correlati ai comportamenti a rischio e ai comportamenti di salute;
- connessione tra operatori, servizi, agenzie;
- formazione (linguaggi appropriati al contesto e ai destinatari, autoefficacia, strategie di coping, approccio motivazionale ecc).

Il gruppo di lavoro regionale ha avviato una collaborazione con il Servizio Regionale di Sanità Pubblica, che ha la titolarità del Piano Regionale della Prevenzione, finalizzata ad una maggiore reciproca conoscenza e alla possibilità di integrare nella proroga al Piano prevista per il biennio 2013/2014 alcuni punti significativi, che coinvolgono direttamente le conoscenze e competenze della Psicologia. A titolo esemplificativo si è condivisa l'opportunità di coinvolgere maggiormente gli psicologi negli interventi di counselling motivazionale utilizzati nei programmi che promuovono cambiamenti nello stile di vita (prevenzione generale), negli interventi di presa in carico precoce (prevenzione selettiva) in diversi ambiti e gruppi target (bambini sovrappeso e obesi, adolescenti con DCA, con consumo di sostanze, fallimenti adottivi, sessualità a rischio).

5.7 Salute nelle Carceri

Dal 2008 l'assistenza sanitaria in carcere - fino ad allora in carico al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia - è affidata al Servizio Sanitario Regionale. Nel 2010 la Giunta Regionale ha approvato il primo programma che definisce gli standard clinico assistenziali che ogni Azienda Sanitaria deve garantire negli istituti del proprio territorio. Il secondo Programma Regionale "Salute nelle Carceri" in corso di approvazione tramite apposito DGR, contiene una riflessione sul Servizio Psicologico presente all'interno delle carceri della Regione.

Viene affermato come la figura dello psicologo, all'interno dell'Area Sanitaria del Carcere, è di fondamentale importanza in quanto, ponendosi come "esperto della relazione", il clinico può accompagnare e sostenere il paziente durante la carcerazione, con un'attenzione alla persona e alla sua storia, favorendo la promozione del benessere individuale.

Lo psicologo clinico affianca gli altri specialisti dell'Area Sanitaria nella definizione dei bisogni di cura e assistenza del soggetto, favorendo una presa in carico personalizzata e la compliance del soggetto della cura. Ciò avviene in accordo con il P.A.I. previsto nelle linee guida del percorso clinico assistenziale per le persone detenute elaborato dalla Regione Emilia Romagna (circolare n. 15 del 2012).

Lo psicologo coordina e integra i propri interventi con gli operatori delle altre aree del servizio sanitario nazionale, in particolare con il Servizio Cure Primarie, in modo da garantire continuità di percorsi assistenziali all'interno e all'esterno del Carcere.

E' disponibile a strutturare, nel rispetto della privacy del paziente, e in sinergia con l'equipe multidisciplinare, momenti di interfaccia con gli operatori dell'Area Sicurezza e dell'Area Trattamento, con particolare attenzione alla pianificazione di progetti di cura, atti a favorire e implementare le risorse dei soggetti, e prevenire il rischio suicidario.

Le funzioni dello psicologo sono così riassunte:

- attività di valutazione dello stato mentale del detenuto e della presenza del disagio psichico, sia al momento dell'ingresso in istituto, sia in qualsiasi altro momento dell'iter detentivo, su richiesta del medico, per evidenziare eventuali aree di vulnerabilità o la presenza di rischio suicidario;
- percorsi psicologici individuali di supporto, attivabili in qualsiasi momento dell'iter detentivo;
- percorsi psicologici di gruppo per rivalorizzare dinamiche interpersonali orientate alla consapevolezza, al mutuo aiuto e al rinforzo del cambiamento.

A queste, si aggiungono alcune specificità legate al regime di custodia attenuata per tossicodipendenti attivo presso gli Istituti di Castelfranco Emilia, Forlì e Rimini. In queste sezioni a custodia attenuata le valenze di programma terapeutico sono in primo piano rispetto quelle di custodia e ciò permette una presa in carico del detenuto con obiettivi terapeutici più ampi. Tali obiettivi si articolano in una presa in carico psicologica di tutti i detenuti in custodia attenuata con la modalità del trattamento grupppale che si affianca ai colloqui individuali e agli interventi rivolti ai familiari.

Infine, con l'emanazione della Legge 9 del 2012, che prevede il superamento degli OPG, la Regione, che a Reggio Emilia ospita uno dei 6 OPG italiani, ha messo in campo diversi interventi per assicurare l'assistenza necessaria alle persone e superare i reparti chiusi. Oltre all'individuazione delle nuove strutture (REMS - Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza – che saranno tre per un totale di circa 40 posti suddivisi per genere e tipologia di funzione) la Regione si sta attrezzando per rispondere anche al comma 4 dell'articolo 3 ter della legge che prevede che "le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico dai DSM". E' evidente che la funzione psicologica avrà un ruolo importante nella realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi in cui tutti i servizi sanitari territoriali saranno coinvolti, in integrazione con i servizi sociali comunali, per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza.

5.8 Emergenza e catastrofi

Nell'ultima direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri emanata il 13 giugno 2006 "Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi (G.U. n. 2000 del 29 agosto 2006) per la prima volta vengono indicati alle Regioni ed alle Province Autonome precisi modelli organizzativi per una presenza effettiva sugli scenari dell'emergenza delle professioni psicologiche del S.S.N. e del Volontariato professionale. In particolare nella direttiva si prevede la costituzione di una "equipe psicosociale per l'emergenza, E.P.E." con proprio personale e responsabile che deve inquadrarsi "all'interno dell'organizzazione sanitaria delle maxi emergenze "per operare in prossimità del posto medico avanzato P.M.A., e presso i luoghi di raccolta, smistamento e accoglienza della popolazione".

Tra i destinatari degli interventi psicologici oltre alle vittime sopravvissute vengono chiaramente indicati "i testimoni diretti di fatti gravemente lesivi che hanno minacciato o compromesso la sopravvivenza di un essere umano; i familiari delle vittime, i soccorritori, volontari e professionisti che a qualsiasi titolo abbiano prestato aiuto alle vittime ed ai sopravvissuti. Oltre che i singoli individui destinatari di intervento possono essere interi gruppi sociali quali famiglie, squadre di soccorso, team operativi ed altri gruppi."

La professionalità richiesta per lo psicologo dell'emergenza prevede, insieme alle competenze di base di "soccorritore", a quelle specifiche di psicologo, delle competenze specialistiche di gestione emotivo-relazionale delle situazioni di crisi e una approfondita conoscenza del sistema dei

soccorsi per poter operare sul campo nelle situazioni di crisi. Oltre alla competenza clinica prevista negli approcci tradizionali è necessaria, secondo le linee guida internazionali di settore, un'attenzione forte alle dimensioni psicosociali, comunitarie e interculturali dell'intervento.

I diversi tipi di attività cui lo psicologo è chiamato a rispondere possono essere individuati in:

- a) coordinamento e addestramento dell'Equipe Psicosociale
- b) triage psicologico presso il PMA
- c) sostegno psicosociale nel centro di raccolta
- d) colloquio psicologico di sostegno individuale, familiare o di gruppo
- e) tecniche di stabilizzazione emotiva in situazioni acute
- f) debriefing psicologico per i soccorritori
- g) assessment psicologico per casi a rischio di disturbo post traumatico e attivazione dei servizi territoriali per trattamenti psicologici
- h) formazione dei soccorritori

In applicazione del citato DPCM 2006, considerato anche quanto già sperimentato in occasione dell'evento sismico del maggio 2012, si dispone la costituzione in ogni programma/servizio di Psicologia delle diverse Ausl della Regione Emilia Romagna di un'equipe di personale dipendente competente che costituisca il riferimento organizzativo per il responsabile dell'EPE al fine di:

- coordinare la stesura del Piano degli interventi in collaborazione con le istituzioni presenti nei territori in applicazione alla "Funzione2";
- pianificare e allocare le risorse necessarie, anche su indicazione dei COM e COC;
- coordinare e monitorare gli interventi e le attività tra personale psicologico dipendente del SSN e le ulteriori risorse identificate nell'Ambito delle associazioni di volontariato, Ordine Professionale;
- coordinare gli interventi a carattere psicosociale e clinici.

6. Aree di miglioramento e approfondimento

Il gruppo di lavoro ha infine evidenziato come aree di criticità e quindi di approfondimento tecnico per l'individuazione di strategie orientate all'uniformità e all'armonizzazione, il sistema informativo, i percorsi di accesso e l'applicazione dei ticket, le funzioni di supervisione, tutoraggio e formazione svolte dagli psicologi.

6.1 Il sistema informativo

Il Sistema informativo (SI) è parte integrante della psicologia clinica, in quanto si ritiene fondamentale poter disporre di informazioni finalizzate a rispondere in maniera funzionale ai bisogni di trattamento e di salute dei cittadini che si rivolgono ai diversi servizi aziendali. Il sistema informativo è base essenziale di gestione delle informazioni utili alla pianificazione e programmazione aziendale. Per tale ragione non deve essere inteso solo come sistema meramente descrittivo dell'attività clinica degli psicologi nei Servizi delle AUSL, bensì come strumento di condivisione e integrazione con i diversi servizi e con le altre professionalità.

All'oggi nelle AUSL la base fondamentale – ma non l'unica – su cui si basa il sistema informativo è costituita dai sistemi gestionali che consentono di conservare e archiviare le informazioni sui trattamenti erogati nei confronti dei pazienti.

Attualmente vi è una situazione differenziata tra i diversi servizi delle Aziende USL in merito ai sistemi informatici/informativi per la gestione delle informazioni cliniche sui pazienti. Alcuni di questi servizi già dispongono di sistemi informativi specifici, organizzati anche a livello regionale e già

pienamente funzionanti ed utilizzati da tutta l'équipe terapeutica anche come strumento di comunicazione. Ad esempio presso il DSM-DP sono già operative Logo '80 ed Elea per la Neuropsichiatria infanzia e adolescenza; SistER per le dipendenze; Efeso, Infoclin, Logo '80 e SIT per la Psichiatria adulti; EOS per alcune attività della Psicologia.

Fermo restando il principio di evitare la proliferazione dei sistemi informatici a livello locale, valorizzando quelli già esistenti eventualmente potenziati con l'utilizzo di interfacce, il Sistema informativo deve poter garantire informazioni utili, di qualità, sintetiche, condivise e, possibilmente, tempestive, al fine di poter programmare in maniera efficace ed efficiente le azioni e gli interventi degli psicologi nelle Aziende USL.

Le aree di miglioramento del sistema informativo sono riassumibili in due punti.

1. Definizione delle informazioni utili alla programmazione

E' necessario definire quali sono le informazioni utili, di base e fondamentali per la programmazione della psicologia all'interno delle Aziende USL. Il SI non deve solo basarsi sull'analisi delle prestazioni e attività svolte dagli psicologi nei confronti dell'utenza (utenti e prestazioni) - che comunque rappresenta il core della programmazione - bensì è necessario anche individuare altre informazioni utili alla programmazione.

2. Valorizzazione della specificità della professione psicologica e dell'integrazione professionale

Consapevoli del fatto che il concetto di "valorizzazione della specificità professionale" dovrebbe essere esteso a tutte le figure professionali, è necessario che nei sistemi gestionali locali vengano comprese le specificità della psicologia in termini di strumenti (es. risultati dei test psicologici), prestazioni/prodotti erogati e di percorsi di integrazione.

6.2 Percorsi di accesso e applicazione dei ticket

L'equità di accesso al sistema sanitario è un'importante determinante della salute e una pietra miliare sul difficile percorso che conduce alla giustizia sociale. Affermato con forza nella Legge 833 del 1978, ribadito nel Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale 2008, ripreso come priorità dal primo Piano Sociale e Sanitario della nostra Regione rimane ancora un'area di miglioramento.

La riflessione degli ultimi anni ha evidenziato come tutte le organizzazioni sanitarie debbano dotarsi di un sistema di accesso, valutazione e prescrizione il più possibile semplificato, efficiente e facilmente riconoscibile dall'Utenza. Altrettanto importante è l'omogeneità del modello organizzativo per tutte le popolazioni considerate: da quella pediatrica a quella anziana, dalla disabilità fisica a quella psichica. In questo contesto l'accesso alla consultazione psicologica, in particolare per l'area adulti come evidenziato nel paragrafo 5.2, segue percorsi ancora non sufficientemente chiari e molto disomogenei nelle diverse Aziende. Collegato al tema dell'accesso, un'altra area di approfondimento e impegno riguarda l'applicazione dei ticket alle prestazioni offerte dai dirigenti psicologi del SSR. Ogni Azienda sembra deliberare in maniera autonoma rispetto a tale applicazione che risulta, quindi, non in linea con il principio di equità di accesso e trattamento.

6.3 Formazione e Supervisione

Come evidenziato già nel documento “Psicologia clinica e di Comunità in Emilia-Romagna”, gli psicologi svolgono un ruolo importante sia nella formazione dei giovani professionisti che nella formazione continua dei colleghi. A quanto già espresso a proposito del ruolo dei professionisti nei confronti di tirocinanti e frequentatori volontari e sulla necessità di regolamentare, là dove non sia stato ancora fatto, l’attività “sul campo” di questi giovani colleghi, si aggiunge anche la necessità di valorizzare maggiormente la competenza psicologica nei percorsi di supervisione e formazione interna.

Sul versante organizzativo, infatti, la funzione organizzata della Psicologia è funzionale nel fornire risposte ai bisogni dei servizi dell’Azienda Sanitaria con: attività di supporto relative alla formazione psicologica e di sostegno al personale sanitario per favorire il processo terapeutico e contenere il disagio psichico del personale coinvolto nell’assistenza; attività di studio e analisi dei processi orientati allo sviluppo del clima e della salute organizzativa (come sottolineato anche nel paragrafo 5.5). Inoltre, come già ribadito nel documento regionale “Raccomandazioni alle Aziende sanitarie e alle Strutture private accreditate per lo sviluppo di relazioni empatiche e attività di counseling nella relazione operatore assistito”, lo psicologo può fornire un importante contributo nella promozione dei fattori protettivi nelle organizzazioni sanitarie con l’obiettivo di diminuire i rischi psicologici trasversali (stress, burn out, mobbing), umanizzare l’assistenza, favorire la relazione di cura tra equipe curante, familiari e malato.

7. Attività di accompagnamento e monitoraggio

Viene nominato un gruppo di accompagnamento e monitoraggio al fine di verificare la ricaduta del documento nelle diverse Aziende Sanitarie, aggiornare la mappa delle risorse e la loro collocazione organizzativa, valorizzare esperienze pilota (ad esempio il Centro LDV-Liberiamoci dalla Violenza centro di accompagnamento al cambiamento per uomini della Ausl di Modena), e loro diffusione, approfondire le aree critiche e suggerire strategie per il loro miglioramento.

Faranno parte del gruppo funzionari regionali e professionisti delle Aziende Sanitarie (AUSL ed Ospedaliere) che hanno partecipato al gruppo di lavoro regionale, in rappresentanza delle tre Aree Vaste. Rappresentanti della committenza verranno invitati ad hoc su tematiche specifiche.

Effetti psicologici della perdita del lavoro

Vito Tummino

Scrivendo Charles-Louis de Montesquieu nello *Lo spirito delle leggi* pubblicato nel 1748: “Un uomo è povero non già quando non ha niente, ma quando non lavora”.

Siamo di fronte a un periodo di forte crisi economica e molte persone disoccupate o in cerca di occupazione sono particolarmente esposte a pressioni e aspettative sia interne (motivazione, desiderio di realizzazione, intraprendenza, stima di sé) sia esterne (relazione con familiari, richieste dei conoscenti, riduzione del lavoro e rischio di perderlo, conflittualità nel posto di lavoro, tasse ecc.) che mettono a dura prova la capacità di gestire la complessità degli eventi. Trovare l'equilibrio tra queste condizioni è difficile e in tempi di crisi come quello che stiamo attraversando può accadere a volte di non riuscirci o comunque di avere la sensazione di non essere in grado di farcela: ciò può generare emozioni negative che riducono le capacità positive di reazione (resilienza) e di messa in atto di tutte le risorse emotive utili ad affrontare la realtà.

Le risposte disfunzionali che ne possono derivare comportano una maggior vulnerabilità alle difficoltà e la possibilità di intraprendere o di aumentare le condotte a rischio (fumo, abuso di sostanze alcoliche e droghe, cattiva alimentazione, gioco d'azzardo, abuso di ansiolitici ecc.). Sul versante psicologico individuale i rischi maggiori sono demotivazione, disinvestimento psicologico dall'attività lavorativa, ansia e depressione.

La crisi economica genera stress individuale e collettivo: è tangibile la preoccupazione di coloro che pur avendo un lavoro si sentono minacciati dalla sua possibile perdita di fronte ad amici e colleghi licenziati, o nella condizione di chiudere la propria attività.

Lo stress è una condizione che può essere positiva – alti impegni richiesti dal lavoro e alta soddisfazione nel realizzarli – oppure negativi, come la perdita del lavoro o disoccupazione che sono, quando subite per responsabilità non



proprie, accompagnate da sofferenze e disfunzioni fisiche e psichiche.

Quando lo stress è negativo scaturisce dalla sensazione individuale di non essere in grado di rispondere alle richieste, e non essere all'altezza delle aspettative.

La persona può adattarsi e reagire quando è esposta alla pressione per poco tempo, ma tutti hanno maggiore difficoltà a sostenere un'esposizione prolungata.

I singoli individui possono reagire diversamente a una stessa situazione, e a situazioni simili in momenti diversi della propria vita, e dipende da molti fattori quali età, genere - le donne reagiscono meglio degli uomini -, istruzione e storia personale.

La realtà dello stato di salute mentale dei cittadini europei evidenziava segnali di allarme già nel 2010 in un rapporto pubblicato nel luglio 2013 (*European profile of prevention and promotion of mental health*). I dati indicano che l'incidenza dei disturbi mentali per anno sull'intera popolazione dei Paesi europei è del 38,2% e interessa circa 164,8 milioni di abitanti (Wittchen et al., 2011). I disturbi più frequenti riguardano per il 14,0% gli stati d'ansia, per il 7,0% l'insonnia, la depressione per il 6,9%, i disturbi psicosomatici per il 6,3%, l'abuso di alcool e droghe per il 4%, i disturbi dell'attenzione e i deficit cognitivi e l'iperattività per il 5% nell'infanzia, il deterioramento mentale nell'1% delle persone di età compresa tra 60-65 e il 30% in quelli di età superiore a 85 anni. Si tratta di tassi molto elevati. Sono passati tre anni da questa indagine e la perdita di posti di lavoro è fortemente aumentata; ne consegue che il danno

maggiore va a pesare sui gruppi sociali più fragili. Questi dati non si distanziano, nella sostanza, da quanto succede a Como.

Nel contesto sociale attuale gli psicologi possono dare il loro contributo nel promuovere il benessere a partire dalle competenze che la psicologia mette a disposizione della collettività.

Risulta fondamentale investire e rafforzare le politiche per la salute mentale perché è stato osservato che i potenziali effetti negativi della recessione possono essere ridotti se i governi fanno scelte politiche di aiuto alle persone nel conservare un'attività lavorativa e/o trovare un'occupazione in tempi brevi (Stückler et al., 2011).

Per fare fronte agli effetti della crisi economica sul benessere dei cittadini l'Organizzazione Mondiale della Sanità - Europa nel 2011 ha pubblicato un documento per stimolare diverse azioni in grado di attenuarli. Vi si afferma che il successo di ripresa delle economie europee dipende anche da come si riuscirà a incidere sulla salute mentale della popolazione più esposta.

Queste sono le raccomandazioni alle autorità dei vari Paesi UE per ridurre l'impatto negativo:

1) la promozione della salute mentale e la resilienza (risorse psicologiche di adattamento) che vanno affrontate nella direzione non solo sanitaria ma coinvolgendo e potenziando l'area dei servizi sociali;

2) presa consapevolezza che la crisi si abbatte su chi già vive in condizione di vulnerabilità, con i redditi bassi e sulla soglia della povertà, attivare il mercato del lavoro e offrire programmi di sostegno familiare per le categorie più esposte alla crisi;

3) potenziare le risposte di protezione sociale, come il rafforzamento della spesa per il welfare per tamponare gli effetti negativi attesi, come per esempio la disoccupazione, l'aumento dei suicidi e l'aumento delle richieste di cure sanitarie;

4) offrire programmi di riduzione del debito, controllo sui prezzi degli alcolici, potenziamento dell'assistenza primaria per le persone ad alto rischio di problemi di salute mentale.

Nel documento citato si raccomanda altresì la disponibilità dell'offerta di servizi di psicologia clinica e psicoterapia, sia

nella fase della promozione della salute, sia nella fase terapeutica integrata con gli altri servizi.

È proprio questo l'obiettivo che ha portato alla nascita di un progetto innovativo, articolato sull'intero territorio comasco. L'Azienda Ospedaliera S. Anna, in collaborazione con la Camera di Commercio di Como, ha messo a disposizione un servizio ideato per rispondere con sollecitudine alle situazioni di disagio lavorativo. Oggetto dell'intervento sono la promozione del benessere ed il ripristino delle risorse dell'individuo.

Un primo momento di accoglienza e valutazione della richiesta è fondamentale per orientare il trattamento. Lo studio dello psicologo rappresenta infatti un luogo sicuro, discreto e rispettoso dove poter portare la propria sofferenza, forse l'unico a disposizione in una situazione in cui la famiglia è coinvolta di riflesso. Viene in seguito proposto un approfondimento volto a comprendere quali sono le aree critiche, ma soprattutto le risorse residue, così da orientare il focus dell'intervento. Scopo del percorso è proprio attivare le risorse che l'individuo ha nascosto così bene da essere convinto di non avere più. Data l'importanza del lavoro nel processo di definizione e presentazione di se stessi non è infatti raro che di fronte a problematiche lavorative la persona stessa non si riconosca più. Il rispetto dei propri valori morali, l'attivazione della rete sociale e lo sviluppo dell'autoefficacia e la stima di sé sono pertanto le prime "leve" su cui agire.

Effetti psicologici della crisi

I soggetti possono anche descrivere dolorosi sentimenti di colpa per il fatto di essere sopravvissuti a differenza degli altri o per ciò che hanno dovuto fare per sopravvivere, oltre che a una diminuzione delle prospettive future.

La sintomatologia che può svilupparsi a seguito di un evento traumatico può, inoltre, includere:

- depressione
- comportamenti auto/etero aggressivi
- difficoltà relazionali
- abuso di alcool e di altre sostanze
- dissociazione
- altri disturbi d'ansia

Le persone maggiormente a rischio di stress da perdita di lavoro sono quelle che:

- sono state sottoposte a *richieste emozionali intense*
- si sono trovate in *pericolo di vita*, hanno subito violenze o hanno perso improvvisamente qualcuno;
- hanno subito *perdite estreme*;
- hanno già avuto *problemi psichiatrici o familiari/coniugali* in passato;
- hanno subito *perdite importanti*.

Quattro sono i tipi di supporto e sostegno che le persone hanno: emotivo, strumentale, informativo e amicale.

Il **supporto emotivo** comprende la rete di persone con cui si possono condividere paure e preoccupazioni, persone con cui si può parlare senza impedimenti dei propri problemi e che fanno sentire compresi ed accettati. Generalmente lo spazio elettivo di questa esperienza è la famiglia,

il gruppo amicale più intimo, e in caso di problemi sociali e sanitari gli operatori se ne occupano in modo continuativo (ad es. assistenza sociale, domiciliare, servizi consultoriali per la famiglia, servizi di salute mentale).

Il **supporto concreto** comprende la rete di persone e servizi in grado di procurare aiuto in caso di difficoltà economiche, sociali, sanitarie, disoccupazione, oltre che per lavori di casa e la cura dei figli (welfare, baby sitter, scuole, servizi sociali).

Il **supporto informativo** comprende le persone in grado di fornire utili informazioni e che possono consigliare su servizi e risorse disponibili.

Il **supporto amicale** comprende la presenza di amici disponibili con cui svolgere attività del tempo libero, come andare al cinema, fare sport, scampagnate, vacanze.

Recesso per illecito utilizzo del permesso ex articolo 33 L. 104/1992

Rinaldo Perini



Commento

La Corte di Cassazione con la sentenza 04 marzo 2014, n. 4984, che si riporta di seguito sostanza dei principi, che in considerazione della natura privatistica del rapporto dei pubblici dipendenti paiono consentire una verifica documentale della effettiva destinazione agli specifici fini per cui è concesso del permesso ex articolo 33 e degli altri benefici L. 104/1992.

In particolare quello che rileva e che ha una portata più generale rispetto all'utilizzo dell'Agenzia Investigativa è il fatto che "stante quanto ribadito dalla giurisprudenza di legittimità in ordine alla portata delle disposizioni (artt. 2 e 3 della legge n. 300 del 1970), che delimitano – a tutela della libertà e dignità del lavoratore, in coerenza con disposizioni e principi costituzionali," non risulta precluso il diritto/dovere in Capo al Datore di Lavoro, ovvero al Dirigente sovraordinato, di **"controllare l'adempimento delle prestazioni lavorative e quindi di accertare mancanze specifiche dei dipendenti, ai sensi degli artt. 2086 e 2104 cod. civ., direttamente o mediante la propria organizzazione gerarchica."**

Assumono un rilievo particolare i seguenti assunti che la Corte di Cassazione pone a fondamento della decisione:

"Ove l'esercizio del diritto soggettivo non si ricollegli alla attuazione di un potere assoluto e imprescindibile, ma presupponga un'autonomia comunque collegata alla cura di interessi, soprattutto ove si tratti – come nella specie – di interessi familiari tutelati nel contempo nell'ambito del rapporto privato e nell'ambito del rapporto con l'ente pubblico di previdenza, il non esercizio o l'esercizio secondo criteri diversi da quelli richiesti dalla natura della funzione può considerarsi abuso in ordine a quel potere pure riconosciuto dall'ordinamento.

L'abuso del diritto, così inteso, può dunque avvenire sotto forme diverse, a seconda del rapporto cui esso inerisce, sicché, con riferimento al caso di specie, rileva la condotta contraria alla buona fede, o comunque lesiva della buona fede altrui, nei confronti del datore di lavoro, che in presenza di un abuso del diritto al permesso si vede privato ingiustamente della prestazione lavorativa del dipendente e sopporta comunque una lesione (la cui gravità va valutata in concreto) dell'affidamento da lui riposto nel medesimo, mentre rileva l'indebita percezione dell'indennità e lo sviamento dell'intervento assistenziale nei confronti dell'ente di previdenza erogatore del trattamento economico. **In base al descritto criterio della funzione, deve ritenersi verificato un abuso del diritto potestativo allorché il diritto venga esercitato, come nella specie, non per l'assistenza al familiare, bensì per attendere ad altra attività.** La condotta del ricorrente si è posta in contrasto con la finalità della norma su richiamata, e pertanto la sua connotazione di abuso del diritto e la idoneità, in forza del disvalore sociale alla stessa attribuibile, a ledere irrimediabilmente il rapporto fiduciario correttamente sono state ritenute dal giudice del gravame **capaci di integrare il comportamento posto dal datore a fondamento della sanzione disciplinare."**

"In tale modo il N. – come condivisibilmente osservato dal giudice del merito – ha violato, attraverso l'abuso del relativo diritto, la finalità assistenziale allo stesso connessa e la condotta posta in essere è stata, pertanto, coerentemente ritenuta capace di integrare anche sotto il profilo dell'elemento intenzionale un comportamento idoneo alla ravvisabilità della giusta causa del recesso, sia perché le eventuali convinzioni personali del ricorrente di potere fare affidamento in una prassi consolidata o nella collaborazione di una badante sono del tutto irrilevanti in presenza di comportamento che ha compromesso irrimediabilmente il vincolo fiduciario, sia perché la sospensione dell'attività lavorativa era consentita, come chiarito in sentenza, solo per la finalità assistenziale garantita dal permesso.

Peraltro, deve anche aversi riguardo al fatto che, come, affermato dalla giurisprudenza di questa Corte, **l'intensità della fiducia richiesta è differenziata a seconda della natura e della qualità del singolo rapporto, della posizione parti, dell'oggetto delle mansioni e del grado di affidamento che queste richiedono** e che il fatto deve valutarsi nella sua portata oggettiva e soggettiva, attribuendo rilievo determinante alla potenzialità del medesimo a porre in dubbio la futura correttezza dell'adempimento (cfr., tra le altre, Cass. 10.6.2005 n. 12263)."

Alla luce di quanto esposto pare che se è legittimo il ricorso ad una Agenzia Investigativa a fronte del ragionevole sospetto dell'utilizzo per fini diversi dei permessi ex art. 33 l. 104/1992 a maggiore ragione è legittima e doverosa la richiesta del datore di lavoro al dipendente di documentare l'effettiva destinazione alle finalità assistenziali, questo a fronte dell'obbligazione ad operare diligentemente in capo al prestatore d'opera "Né a ciò ostano sia il principio di buona fede sia il divieto di cui all'art. 4 dello Statuto dei lavoratori, ben potendo il datore di lavoro decidere autonomamente come e quando compiere il controllo, anche occulto, ed essendo il prestatore d'opera tenuto ad operare diligentemente per tutto il corso del rapporto di lavoro (cfr. Cass. 10 luglio 2009 n. 16196)."

CORTE DI CASSAZIONE - Sentenza 04 marzo 2014, n. 4984
Lavoro - Contestazione disciplinare - Illecito utilizzo del permesso ex articolo
33 l. 104/1992 - Licenziamento - Agenzia investigativa

Svolgimento del processo

Con sentenza del 30.12.2010, la Corte di appello di Milano, in riforma della decisione impugnata, respingeva le domande proposte da N.D. intese alla declaratoria di invalidità del licenziamento intimato al predetto dall'A. s.p.a. il 30.4.2008 ed alla condanna di quest'ultima alla reintegrazione nel posto di lavoro, disposta dal Tribunale, sul presupposto dell'illegittimità del controllo operato dalla società ai fini dell'accertamento del fatto poi contestato in sede disciplinare e della conseguente inutilizzabilità della prova, in assenza di un illecito che giustificasse l'attività investigativa. La Corte del merito osservava che la contestazione disciplinare verteva sull'illecito utilizzo di un permesso ex art. 33 l. 104/92 per fini del tutto estranei a quelli previsti dalla legge, tenuto conto della gravità del contegno del N. alla luce della qualifica direttiva posseduta, e rilevava che i fatti non erano stati contestati, essendone stata negata solo la rilevanza disciplinare nonché la liceità delle metodologie di accertamento. Pur convenendo con il primo giudice sul fatto che il controllo a mezzo di agenzia investigativa fosse consentito solo se indispensabile per l'accertamento di un illecito e se privo di alternative, osservava la Corte che, tuttavia, non poteva negarsi la natura illecita dell'abuso del diritto di cui all'art. 33 l. 104/92 citata, tanto ai danni dell'INPS che erogava l'indennità relativa ai giorni di permesso, sia ai danni del datore di lavoro a cui carico restavano per tali giornate l'accantonamento per il t.f.r. ed i disagi per fare fronte all'assenza. Peraltro, per giustificare il ricorso al controllo occulto "difensivo" era sufficiente che vi fosse il ragionevole sospetto che il lavoratore tenesse comportamenti illeciti e che non vi fosse la finalità di ampliare l'oggetto della contestazione disciplinare. I testimoni escussi avevano riferito che il N. in due occasioni, alla loro presenza, aveva dichiarato di avere trascorso una vacanza in week end lungo e che, in quanto svolgenti compiti attinenti al rilascio di permessi, essi erano al corrente che in quei giorni il N. era in permesso per la legge 104. Era, dunque, al cospetto di tali dichiarazioni, ragionevole il sospetto da parte dell'azienda che i permessi non fossero utilizzati per l'assistenza alla madre e quindi doveva ritenersi giustificato il controllo difensivo occulto per l'accertamento dell'illecito. Dalla liceità dell'accertamento difensivo conseguiva, pertanto, secondo il giudice del gravame, l'utilizzabilità in giudizio degli esiti dello stesso, non essendo stata contestata la veridicità dei fatti, la cui gravità era connessa non solo all'allontanamento temporaneo dall'abitazione materna, ma al fatto che il N., nel giorno di permesso chiesto per il venerdì 11 aprile 2008, alle 7,55 fosse partito con amici e valigia mettendo tra sé e la finalità di assistenza del permesso una distanza ed una previsione di rientro non prossimo, che rendevano evidente come lo stesso fosse stato utilizzato per altre finalità che la legge garantiva con l'istituto delle ferie. La Corte territoriale considerava, poi, la posizione del N. all'interno dell'azienda, quadro del Servizio Legale, e le competenze specifiche di laureato in giurisprudenza, che escludevano ogni possibilità di errore circa la finalità dei permessi e creavano un specifico pericolo di discredito dell'organizzazione aziendale ove gli altri lavoratori fossero venuti a conoscenza di week end allungati dal permesso per assistenza alla madre. L'abuso del diritto veniva, pertanto, ritenuto tale da integrare una condotta idonea a ledere irrimediabilmente il vincolo di fiducia posto a fondamento del rapporto di lavoro.

Per la cassazione di tale decisione ricorre il N., affidando l'impugnazione a cinque motivi, illustrati nella memoria depositata ai sensi dell'art. 378 c.p.c.

Resiste, con controricorso l'A. s.p.a, che espone ulteriormente le proprie difese nella memoria illustrativa.

Motivi della decisione

Con il primo motivo, il ricorrente denuncia violazione e falsa applicazione degli artt. 2, 3 ed 8 l. 300/70, ai sensi dell'art. 360, n. 3, c.p.c., osservando che il controllo dell'agenzia investigativa non può riguardare in nessun caso né l'adempimento, né l'inadempimento dell'obbligazione contrattuale di prestare la propria opera, essendo l'inadempimento stesso riconducibile, come l'adempimento, alla attività lavorativa, che è sottratta alla vigilanza altrui, ma deve limitarsi agli atti illeciti del lavoratore non riconducibili al mero inadempimento dell'obbligazione contrattuale prospettata. Secondo il ricorrente, appare, quindi, violativo degli artt. 2 e 3 Statuto avere ritenuto legittimi i pedinamenti che hanno determinato la contestazione disciplinare prodromica al licenziamento, in quanto certamente non finalizzati a rilevare illeciti a danno del patrimonio aziendale, attenendo, invece, all'adempimento dell'obbligazione di fornire la propria prestazione lavorativa a fronte della percezione della retribuzione. Occorre che i controlli occulti fossero disposti contro attività fraudolente o penalmente rilevanti, laddove la Corte del merito aveva introdotto il tema dell'abuso del diritto che esulava completamente dall'interpretazione delle norme citate dello Statuto, collegando a tale ipotesi di abuso la possibilità di controllo difensivo occulto e scardinando la consolidata acquisizione interpretativa che ritiene legittima tale forma di controllo solo ove finalizzata alla tutela del patrimonio aziendale, ovvero alla verifica di comportamenti delittuosi del lavoratore. Assume il ricorrente che, se l'esercizio di un diritto potestativo in caso di sviamento della sua propria funzione può rifluire nell'abuso del diritto stesso, il controllo verte sulle modalità di esercizio di un diritto, non finalizzato assolutamente a quei soli scopi che legittimano i controlli occulti. Peraltro, la fattispecie, diversamente da quanto ritenuto dalla Corte di appello, non avrebbe integrato l'ipotesi delittuosa di cui all'art. 640, comma 2, n. 1, c.p., in assenza di ogni artificio o raggirò posto in essere dal suo autore.

Con il secondo motivo, il N. lamenta violazione dell'art. 342 c.p.c. e del d. lg.vo 30.6.2003, n. 196, e deduce la nullità della sentenza, ex art. 156 e 161 c.p.c., ai sensi dell'art. 360, n. 4 c.p.c., rilevando come la Corte territoriale abbia completamente omesso di considerare la circostanza, evidenziata dal giudice di primo grado, dell'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili da parte degli investigatori privati laddove l'A. non aveva mai riferito alcunché a proposito dell'esistenza dell'atto di incarico e che ciò doveva indurre la Corte a dichiarare l'inammissibilità dell'impugnazione ex art. 342 c.p.c.. Ed invero, era richiesta la conformità dell'incarico alle autorizzazioni del garante, conformità che costituiva presupposto indispensabile ai fini della legittimità dell'investigazione e della legittimità del controllo e quindi della contestazione (in tale senso era la pronuncia del Tribunale). Poiché la inesistenza di un incarico conforme alle disposizioni del Garante non era controverso, non era invocabile l'art. 360, n. 5, c.p.c., atteso che la totale mancanza di motivazione sul punto determinava la nullità della sentenza, deducibile ai sensi dell'art. 360, n. 4, c.p.c..

Con il terzo motivo, viene dedotta l'insufficienza e contraddittorietà della motivazione circa un fatto controverso e decisivo per il giudizio, ex art. 360, n. 5, c.p.c. e la violazione degli artt. 246, 416, 3° comma, 257 c.p.c. e dei principi in ordine alla testimonianza de relato, assumendo il N. che non vi sarebbe stata la prova del ragionevole sospetto che avrebbe legittimato il ricorso ad un controllo occulto, ma che, in base al tenore delle testimonianze di F. e V., doveva ritenersi che il preteso viaggio fosse proprio quello di cui al pedinamento e che la fonte fosse stata proprio l'Agenzia Investigativa, sicché la circostanza della vacanza riferita dal N. alla persona addetta alla segreteria costituiva dichiarazione priva di significato univoco, potendo la vacanza essersi realizzata in giorni estranei al permesso. Aggiunge, quale ulteriore considerazione a fondamento dell'impugnazione, che neanche sarebbe dato comprendere, alla luce dei risultati dell'investigazione, in quale data sarebbe stato ef-

fettuato il viaggio in Svizzera al quale si sarebbe riferito il N. conversando con le segretarie e la ragione per cui il predetto si sia indotto a confidare proprio alle stesse l'uso improprio del permesso ai sensi della legge 104. Peraltro, il M., firmatario della contestazione, aveva un interesse in causa che avrebbe potuto giustificare un suo intervento adesivo, atteso che, in caso di definitivo accertamento dell'illegittimità del licenziamento, l'A. avrebbe potuto rivalersi su di lui. La mancanza di motivazione sull'attendibilità del teste, una volta ritenuta la sua capacità a deporre, si traduceva, poi, in un vizio censurabile ai sensi dell'art. 360 n. 5 c.p.c., ed anche la F. e la V. non potevano essere considerate testi di riferimento. Infine, si assume che il G., indicato de relato dal M., rappresentando l'A., non era persona estranea alla controversia, per cui non era possibile acquisirne la deposizione.

Con il quarto motivo, il N. deduce la nullità della sentenza ai sensi degli artt. 156 e 161 c.p.c., ex art. 360 n. 4 c.p.c.) ed ascrive alla decisione violazione dell'art. 5 L. 604/66 ed omessa motivazione, evidenziandone la totale assenza con riguardo a fatti controversi e decisivi per il giudizio, tra i quali l'aver prestato cure alla propria madre in data 11.4.2008, non potendo ritenersi che non vi sia stata contestazione della veridicità dei fatti contestati.

Con il quinto motivo, il ricorrente si duole della violazione degli artt. 1 L. 604/66, 2119 e 2106 c. c. e rileva ancora la nullità della sentenza, ex art. 156 e 161 c.p.c. oltre che l'omissione od insufficienza della motivazione circa un fatto controverso e decisivo per il giudizio, sostenendo che la contestazione relativa a fattispecie analoga a quella di abuso di congedo parentale non era in linea con i principi in materia di proporzionalità del licenziamento disciplinare ed alla valutazione della condotta secondo i criteri applicativi di norme elastiche, da condursi con giudizio di valore adeguato al contesto storico sociale. Assume che il giudizio della Cassazione deve ritenersi esteso alla sussunzione del fatto nell'ipotesi normativa, con valutazione di un contegno che nelle finalità del permesso contempli anche l'esigenza dalla persona che assiste di avere ulteriore occasione di riposo o di stacco e ciò anche nella prospettiva di un giudizio sulla proporzionalità della sanzione.

Il ricorso è infondato.

Il primo motivo deve essere disatteso stante quanto ribadito dalla giurisprudenza di legittimità in ordine alla portata delle disposizioni (artt. 2 e 3 della legge n. 300 del 1970), che delimitano – a tutela della libertà e dignità del lavoratore, in coerenza con disposizioni e principi costituzionali – la sfera di intervento di persone preposte dal datore di lavoro a difesa dei propri interessi – e cioè per scopi di tutela del patrimonio aziendale (art. 2) e di vigilanza dell'attività lavorativa (art. 3) –, ma non precludono il potere dell'imprenditore di ricorrere alla collaborazione di soggetti (quale, nella specie, un'agenzia investigativa) diversi dalla guardie particolari giurate per la tutela del patrimonio aziendale, né, rispettivamente, **di controllare l'adempimento delle prestazioni lavorative e quindi di accertare mancanze specifiche dei dipendenti, ai sensi degli artt. 2086 e 2104 cod. civ., direttamente o mediante la propria organizzazione gerarchica.**

Ciò non esclude che il controllo delle guardie particolari giurate, o di un'agenzia investigativa, non possa riguardare, in nessun caso, né l'adempimento, né l'inadempimento dell'obbligazione contrattuale del lavoratore di prestare la propria opera, essendo l'inadempimento stesso riconducibile, come l'adempimento, all'attività lavorativa, che è sottratta alla suddetta vigilanza, ma deve limitarsi agli atti illeciti del lavoratore non riconducibili al mero inadempimento dell'obbligazione (cfr. , in tali termini, Cass. 7 giugno 2003, n. 9167). Tale principio è stato ribadito ulteriormente, affermandosi che le dette agenzie per operare lecitamente non devono sconfinare nella vigilanza dell'attività lavorativa vera e propria, riservata, dall'art. 3 dello Statuto, direttamente al datore di lavoro e ai suoi collaboratori, restando giustificato l'intervento in questione non solo per l'avvenuta perpetrazione di illeciti e l'esigenza di verificarne il contenuto, ma anche in ragione del solo sospetto o della mera ipotesi che illeciti siano in corso di esecuzione (v. Cass. 14 febbraio 2011, n. 3590). **Né a ciò ostano sia il principio di buona fede sia il divieto di cui all'art. 4 dello Statuto dei lavoratori, ben potendo il datore di lavoro decidere autonomamente come e quando compiere il controllo, anche occulto, ed essendo il prestatore d'opera tenuto ad operare diligentemente per tutto il corso del rapporto di lavoro (cfr. Cass. 10 luglio 2009 n. 16196).**

Nel caso considerato il controllo finalizzato all'accertamento dell'utilizzo improprio dei permessi ex art. 33 L. 104/92 (susceptibile

di rilevanza anche penale) non ha riguardato l'adempimento della prestazione lavorativa, essendo stato effettuato al di fuori dell'orario di lavoro ed in fase di sospensione dell'obbligazione principale di rendere la prestazione lavorativa. Deve, pertanto, ritenersi che la decisione impugnata sia conforme ai principi sanciti in materia ed in linea con gli orientamenti giurisprudenziali richiamati.

Quanto al secondo motivo di ricorso, che evidenzia la nullità della decisione per avere superato, omettendo ogni motivazione al riguardo, quanto affermato nel capo della sentenza di primo grado con riguardo alla mancanza di un atto di incarico conforme alle specifiche autorizzazioni del Garante per la protezione dei dati personali, occorre considerare che in realtà l'affermazione, costituendo un mero inciso di motivazione, reso ad abundantiam, non necessitava di espressa impugnazione, e quand'anche si ritenesse diversamente, la fattispecie implicava il coinvolgimento di dati personali non sensibili e chiaramente pertinenti rispetto allo scopo perseguito dalla società che, come sopra detto, era del tutto rispettoso delle norme dello Statuto poste a tutela del lavoratore. Non si poneva, pertanto, una questione di acquiescenza ad un capo di decisione autonomo, idoneo anche da solo a sorreggere la decisione, sicché l'asserita violazione dell'art. 342 c.p.c. risulta, in definitiva, destituita di giuridico fondamento.

Il terzo motivo è ugualmente infondato. Nella prima parte della censura si assume che le circostanze riferite dalle testi F. e V. sarebbero le stesse di cui all'accertamento investigativo, sicché sostanzialmente non vi era stato il sospetto ingenerato da circostanze preventivamente acquisite da tali testi, ma il datore avrebbe affidato il mandato all'agenzia a scopo meramente esplorativo. La censura mira in tale maniera a sollecitare una non consentita valutazione del merito, in contrasto con l'insegnamento di questa Corte, secondo cui il ricorso per cassazione, con il quale si facciano valere vizi della motivazione della sentenza, deve contenere la precisa indicazione di carenze o di lacune nelle argomentazioni sulle quali si basano la decisione (o il capo di essa) censurata, ovvero la specificazione di illogicità, o ancora la mancanza di coerenza fra le varie ragioni esposte, e quindi l'assoluta incompatibilità razionale degli argomenti e l'insanabile contrasto degli stessi, mentre non può farsi valere il contrasto dell'apprezzamento dei fatti compiuto dal giudice di merito con il convincimento e con le tesi della parte, poiché, diversamente opinando, il motivo di ricorso di cui all'art. 360 n. 5 cod. proc. civ. finirebbe per risolversi in una richiesta di sindacato del giudice di legittimità sulle valutazioni riservate al giudice di merito (v. tra le altre, Cass. 5 marzo 2007 n. 5066, Cass. 5274/2007 e, precedentemente, Cass. 15693/2004). La seconda parte della censura verte, invece, sulla ritenuta incapacità a deporre del teste M., ma in primo luogo deve rilevarsi che nessun accenno viene fatto ai termini ed ai modi in cui una tale eccezione era stata tempestivamente sollevata nella fase del merito. Vero è, poi, che ove la capacità a deporre del teste non possa essere messa in discussione per non essere stata la relativa questione tempestivamente sollevata, il giudice del merito non è esonerato dal potere - dovere di esaminare l'intrinseca attendibilità di detto testimone, specialmente in caso di contrasto tra le risultanze di prove diverse, e legittimamente può tener conto dell'interesse del teste all'esito del giudizio, anche là dove tale interesse non sia formalmente tale da legittimare la sua partecipazione allo stesso, (cfr. Cass. 18 marzo 2003 n. 3956). Nel caso considerato non si ravvisano, tuttavia, errori di valutazione idonei a legittimare la censura come prospettata anche con riguardo al profilo dell'attendibilità delle deposizioni acquisite, essendo state le testi di riferimento legittimamente escuse sulla base dell'indicazione di conoscenza dei fatti ad esse attribuita.

Il quarto motivo solleva una critica avulsa dalle risultanze processuali laddove si contesta l'iter argomentativo in relazione alla circostanza che la contestazione da parte del ricorrente vi era stata anche con riguardo all'effettivo verificarsi dei fatti contestati. Ed invero, posta la rilevanza probatoria attribuibile per quanto sopra detto ai risultati dell'investigazione, non rilevano circostanze ulteriori riferite alla assistenza comunque prestata alla madre dal N. prima di partire per il week end, permanendo l'abuso del diritto connesso all'utilizzo improprio del permesso ex art. 33 L. 104/92.

Ove l'esercizio del diritto soggettivo non si ricollegi alla attuazione di un potere assoluto e imprescindibile, ma presupponga un'autonomia comunque collegata alla cura di interessi, soprattutto ove si tratti - come nella specie - di interessi familiari tutelati nel contempo nell'ambito del rapporto privato e nell'ambito del rapporto con l'ente pubblico di previdenza, il non eser-

cizio o l'esercizio secondo criteri diversi da quelli richiesti dalla natura della funzione può considerarsi abuso in ordine a quel potere pure riconosciuto dall'ordinamento.

L'abuso del diritto, così inteso, può dunque avvenire sotto forme diverse, a seconda del rapporto cui esso inerisce, sicché, con riferimento al caso di specie, rileva la condotta contraria alla buona fede, o comunque lesiva della buona fede altrui, nei confronti del datore di lavoro, che in presenza di un abuso del diritto al permesso si vede privato ingiustamente della prestazione lavorativa del dipendente e sopporta comunque una lesione (la cui gravità va valutata in concreto) dell'affidamento da lui riposto nel medesimo, mentre rileva l'indebita percezione dell'indennità e lo sviamento dell'intervento assistenziale nei confronti dell'ente di previdenza erogatore del trattamento economico. In base al descritto criterio della funzione, deve ritenersi verificato un abuso del diritto potestativo allorché il diritto venga esercitato, come nella specie, non per l'assistenza al familiare, bensì per attendere ad altra attività. La condotta del ricorrente si è posta in contrasto con la finalità della norma su richiamata, e pertanto la sua connotazione di abuso del diritto e la idoneità, in forza del disvalore sociale alla stessa attribuibile, a ledere irrimediabilmente il rapporto fiduciario correttamente sono state ritenute dal giudice del gravame capaci di integrare il comportamento posto dal datore a fondamento della sanzione disciplinare.

Il quinto motivo verte sulla correttezza del giudizio di proporzionalità espresso dalla Corte territoriale con riguardo alla condotta del N.. In ordine ai criteri che il giudice deve applicare per valutare la sussistenza o meno di una giusta causa di licenziamento, la giurisprudenza è pervenuta a risultati sostanzialmente univoci, affermando ripetutamente (come ripercorso in Cass., n. 5095 del 2011 e da ultimo ribadito da Cass. 26.4.2012 n. 6498) che, per stabilire in concreto l'esistenza di una giusta causa di licenziamento, che deve rivestire il carattere di grave negazione degli elementi essenziali del rapporto di lavoro, ed in particolare di quello fiduciario, occorre valutare, da un lato, la gravità dei fatti addebitati al lavoratore, in relazione alla portata oggettiva e soggettiva dei medesimi, alle circostanze nelle quali sono stati commessi ed all'intensità dell'elemento intenzionale, dall'altro la proporzionalità fra tali fatti e la sanzione inflitta, stabilendo se la lesione dell'elemento fiduciario su cui si basa la collaborazione del prestatore di lavoro sia in concreto tale da giustificare o meno la massima sanzione disciplinare. È stato, altresì, precisato (Cass., n. 25743 del 2007) che il giudizio di proporzionalità o adeguatezza della sanzione dell'illecito commesso – istituzionalmente rimesso al giudice di merito – si sostanzia nella valutazione della gravità dell'inadempimento imputato al lavoratore in relazione al concreto rapporto e a tutte le circostanze del caso, dovendo tenersi al riguardo in considerazione la circostanza che tale inadempimento deve essere valutato in senso accentuativo rispetto alla regola generale della "non scarsa importanza" di cui all'art. 1455 c.c., sicché l'irrogazione della massima sanzione disciplinare risulta giustificata soltanto in presenza di un notevole inadempimento degli obblighi contrattuali (L. n. 604 del 1966, art. 3) ovvero addirittura tale da non consentire la prosecuzione neppure provvisoria del rapporto (art. 2119 c.c.).

In tema di ambito dell'apprezzamento riservato al giudice del merito, è stato condivisibilmente affermato (cfr. fra le altre, Cass. n. 8254 del 2004 e, da ultimo Cass. 6498/2012 cit.) che la giusta causa di licenziamento, quale fatto che non consente la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto, è una nozione che la legge, allo scopo di un adeguamento delle norme alla realtà da disciplinare, articolata e mutevole nel tempo, configura con una disposizione (ascrivibile alla tipologia delle c.d. clausole generali) di limitato contenuto, delineante un modello generico che richiede di essere specificato in sede interpretativa mediante la valorizzazione sia di fattori esterni relativi alla coscienza generale, sia di principi che la stessa disposizione tacitamente richiama. Tali specificazioni del parametro normativo hanno natura giuridica e la loro disapplicazione è quindi deducibile in sede di legittimità come violazione di legge, mentre l'accertamento della concreta ricorrenza, nel fatto dedotto in giudizio, degli elementi che integrano il parametro normativo e le sue specificazioni, e della loro concreta attitudine a costituire giusta causa di licenziamento, si pone sul diverso piano del giudizio di fatto, demandato al giudice di merito e incensurabile in cassazione se privo di errori logici o giuridici. A sua volta, Cass. n. 9266 del 2005 ha ulteriormente precisato che l'attività di integrazione del precetto normativo di cui all'art. 2119 c.c., (norma c.d. elastica) compiuta dal giudice di merito – ai fini della individuazione della giusta causa di licenziamento – mediante riferimento alla "coscienza generale", è sindacabile in cassa-

zione a condizione, però, che la contestazione del giudizio valutativo operato in sede di merito non si limiti ad una censura generica e meramente contrappositiva, ma contenga, invece, una specifica denuncia di non coerenza del predetto giudizio rispetto agli "standards", conformi ai valori dell'ordinamento esistenti nella realtà sociale.

Al riguardo deve rilevarsi che la decisione impugnata dal lavoratore sotto tale profilo appare rispettosa dei principi di diritto enunciati in materia da questa Corte, in quanto il giudice dal gravame ha dato conto delle ragioni poste a fondamento della stessa, valorizzando, ai fini della valutazione della gravità della condotta, non solo e non tanto l'allontanamento temporaneo dall'abitazione materna "quanto il fatto che N. nel giorno del permesso ex art. 33 chiesto per la giornata di venerdì 11 aprile, alle 7,55 sia partito con amici e valigia al seguito, così mettendo fra sé e la finalità di assistenza del permesso una distanza e una previsione di rientro non prossimo che rendono del tutto evidente che il permesso ... è stato utilizzato per altra finalità, che la legge garantisce con l'apposito istituti delle ferie". In tale modo il N. – come condivisibilmente osservato dal giudice del merito – ha violato, attraverso l'abuso del relativo diritto, la finalità assistenziale allo stesso connessa e la condotta posta in essere è stata, pertanto, coerentemente ritenuta capace di integrare anche sotto il profilo dell'elemento intenzionale un comportamento idoneo alla ravvisabilità della giusta causa del recesso, sia perché le eventuali convinzioni personali del ricorrente di potere fare affidamento in una prassi consolidata o nella collaborazione di una badante sono del tutto irrilevanti in presenza di comportamento che ha compromesso irrimediabilmente il vincolo fiduciario, sia perché la sospensione dell'attività lavorativa era consentita, come chiarito in sentenza, solo per la finalità assistenziale garantita dal permesso.

Peraltro, deve anche aversi riguardo al fatto che, come, affermato dalla giurisprudenza di questa Corte, l'intensità della fiducia richiesta è differenziata a seconda della natura e della qualità del singolo rapporto, della posizione parti, dell'oggetto delle mansioni e del grado di affidamento che queste richiedono e che il fatto deve valutarsi nella sua portata oggettiva e soggettiva, attribuendo rilievo determinante alla potenzialità del medesimo a porre in dubbio la futura correttezza dell'adempimento (cfr., tra le altre, Cass. 10.6.2005 n. 12263).

Per tutte le esposte considerazioni, il ricorso deve essere respinto.

Le spese del presente giudizio, in forza del principio della soccombenza, cedono a carico del ricorrente, e vanno liquidate nella misura di cui al dispositivo.

P.Q.M.

Rigetta il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese del presente giudizio, liquidate in euro 100,00 per esborsi ed in euro 3000,00 per compensi professionali, oltre accessori come per legge.



Il Dap “espelle” 450 psicologi, fatto di una gravità estrema. Consiglio nazionale dell’Ordine degli Psicologi e Sipp chiedono incontro col ministro

“Siamo in presenza di un vero e proprio processo di espulsione all’interno delle carceri italiane le cui conseguenze, sulla pelle dei detenuti, sono di una gravità estrema: lo stanno subendo – venendo di fatto cancellati dagli istituti carcerari italiani – i criminologi e gli psicologi penitenziari che con grande fatica e con mezzi ridotti all’osso cercano da anni di avviare quel percorso – previsto dalla stessa Costituzione – di rieducazione dei detenuti”. L’allarme viene lanciato dalla Sipp, Società italiana di psicologia penitenziaria, dal Coordinamento Criminologi Clinici Penitenziari oltre che dal Consiglio nazionale dell’Ordine degli Psicologi. “Mentre si sta riducendo molto lentamente la popolazione dei detenuti che – non lo si dimentichi – vivono in condizioni molto spesso insopportabili, il DAP, il Dipartimento per l’amministrazione penitenziaria del ministero della Giustizia sta – a tappe forzate – azzerando in modo velocissimo l’esperienza di criminologi e psicologi penitenziari che, a partire dal 1978, lavorano con impegno e passione nelle carceri”, spiegano Alessandro Bruni, presidente della Sipp e Giuseppe Luigi Palma, Presidente del Consiglio nazionale degli psicologi. Il DAP – dice ancora Bruni – non ritiene più utile l’esperienza fin qui maturata in oltre 35 anni dai circa 450 tra criminologi e psicologi penitenziari, cancella una idoneità acquisita con selezione pubblica, non valuta la formazione avuta prima del 2005, non valuta

neanche il lavoro svolto, ma solo il tirocinio/stage; stabilisce che – in futuro – si potrà lavorare in un carcere al massimo per quattro anni al termine dei quali sarà obbligatorio cambiare istituto carcerario: dunque, psicologi e criminologi diventeranno ‘ad orologeria’, o meglio, come ipocriticamente sostiene il Dap, ‘a rotazione’. Il tutto dopo aver lavorato ‘a cottimo’ e a ‘partita iva obbligata’.

“Ma per essere ‘esperti’ – si chiedono gli psicologi penitenziari – come veniamo chiamati in base all’art. 80 dell’Ordinamento Penitenziario, non bisogna avere “esperienza? Non è interesse di ogni ente tenersi ben stretto chi ha maturato una positiva esperienza al proprio interno e, in modo particolare, in un sistema complesso come quello penitenziario?”. Rivendicano: “Noi abbiamo fatto la storia e costruito l’identità della psicologia e della criminologia penitenziaria che ora il DAP, in modo confuso, dannoso e cinico, vuole cancellare interrompendo in tal modo il lavoro di circa 450 esperti: da sempre precari e sottopagati, per 35 anni, abbiamo dato dignità e risposte al disagio della popolazione detenuta. Oggi siamo ripagati con l’estromissione”. Un appello lanciamo al ministro della Giustizia, Andrea Orlando “a cui abbiamo chiesto un incontro urgente – e a quanti ritengono utile la nostra esperienza, concludono Bruni e Palma: si fermi immediatamente.

La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti



Il comma 51 ha previsto l'inserimento dell'articolo 54-bis al D.lgs. n.165/2001 e s.m.i. concernente la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti. La nuova disciplina prevede una particolare tutela in favore del pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui abbia saputo in ragione del rapporto di lavoro.

È ribadito che il dipendente non può essere sanzionato licenziato o sottoposto a una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetto sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente ovviamente fuori dai casi di calunnia e/o diffamazione.

La norma ha la finalità di tutelare i dipendenti pubblici che denunciano illeciti alle autorità competenti o ai propri superiori gerarchici.

La tutela è assicurata mediante il divieto di rivelare il nome del denunciante, mediante la sottrazione della nota contenente la denuncia all'accesso e mediante il divieto di sanzionare, licenziare e sottoporre a misure discriminatorie il denunciante. L'identità del denunciante può essere resa nota solo ove ciò sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

LEGGE

6 novembre 2012, n. 190

Recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"

Normativa in materia di prevenzione della corruzione

51. Dopo l'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è inserito il seguente: «Art. 54-bis. - (Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti). - 1. Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia. 2. Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato. 3. L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento.

Psicologi “Prestazioni aggiuntive”. Una risposta alla domanda di psicologia ospedaliera

Domenico Putzolu

L'ASL di Oristano – 167.000 abitanti – è una piccola Azienda ma con tutti i problemi delle grandi ASSLL del SSN, tra questi la carenza cronica di psicologi. Ha un Ospedale con circa 270 posti letto con una sola psicologa strutturata, dedicata prevalentemente alla psiconcologia. Pur avendo una Direzione Generale e Sanitaria (Aziendale e di Presidio) sensibili alle tematiche psicologiche, ancora non siamo riusciti ad incrementare la presenza dello psicologo in ospedale. Problemi finanziari e di bilancio. Motivazioni concrete ma che hanno offerto l'opportunità per una riflessione fondata sui recenti studi in tema di sanità/economia (vedi i lavori di D. Lazzari).

Avevamo l'esigenza di dare evidenza alla domanda di psicologia ospedaliera (dal Pronto Soccorso alle cure chirurgiche, dall'Ostetricia-Ginecologia alla Pediatria ecc., passando per gli operatori e i familiari dei ricoverati) che quotidianamente restava inascoltata.

Con i colleghi abbiamo provato, pertanto, a percorrere strade alternative alla “solita rivendicazione sindacale per incrementare la dotazione organica”. Tra le altre, ci è sembrata percorribile la strada della presenza in ospedale, in orario extra lavorativo, degli psicologi strutturati. Ciò avrebbe permesso:

- a) intercettare e dare evidenza alla domanda di psicologia in evasa,
- b) avere dati numerici certi e certificare che l'intervento psicologico produceva minori ricoveri o la riduzione dei ricoveri impropri;
- c) dimostrare che un differente utilizzo di risorse finanziarie può tradursi in prestazioni appropriate.



Anche per l'aspetto economico della presenza extra-orario si è individuata una possibile soluzione.

Ogni anno in Asl, il “fondo del trattamento accessorio legato alle condizioni lavoro” della dirigenza sanitaria, presentava dei residui che, da CCNL, transitavano al fondo di risultato e distribuiti come “produttività”. Abbiamo abbozzato un'idea, condivisa con le altre OO.SS e presentata, infine, alla direzione aziendale.

Le economie del fondo del disagio anziché transitare al risultato ed essere sommate alle scarse risorse presenti, sarebbero state utilizzate per remunerare le presenze extra orario di servizio (4 ore x turno), in regime di “Prestazioni aggiuntive” e con costi a carico del fondo di risultato. In questo modo l'Azienda, praticamente a costo zero, avrebbe erogato prestazioni psicologiche, “pagate” con fondi propri degli psicologi, anche il fine settimana, garantendo un servizio alla cittadinanza. Al progetto hanno aderito 9 psicologi su 15. La proposta è stata accolta positivamente dalla direzione e approvato con deliberazione del D.G. ed ha preso avvio il 25 dicembre 2013.



IL DEF e la Sanità “Ripensare il modello di assistenza, garantire le prestazioni a chi ne ha effettivamente bisogno”

Le soluzioni del DEF:

“In questo comparto vi sono gli spazi per la riduzione di aree di spreco e per l’allineamento delle spese ai costi standard”.

“La sostenibilità finanziaria del SSN nel medio-lungo periodo, anche in relazione alle tendenze demografiche in atto, ha come punto di partenza lo sviluppo del modello di governance del settore sanitario”.

“Allo stesso tempo (la sostenibilità, ndr.) si basa sul ripensamento dell’attuale modello di assistenza, con l’obiettivo di garantire prestazioni rivolte a chi ne ha effettivamente bisogno”.

“garantire le prestazioni a chi ne ha effettivamente bisogno” cosa significa?

**dare solo prestazioni appropriate a chi ne ha effettivamente bisogno, eliminando esami,
cure e prescrizioni mediche non appropriati.**

0

significa che il Diritto alla Salute non è compatibile con la situazione economica ed un Servizio Sanitario Nazionale, una sanità per tutti i Cittadini non ce la possiamo più permettere.

IL DEF i Dipendenti Pubblici sono un peso non una risorsa

Le soluzioni del DEF:

“Ulteriori risorse, dal lato delle spese, derivano dal rafforzamento del Patto di Stabilità Interno per le Regioni (4,0 miliardi nel periodo 2014-2017). In materia di pubblico impiego, è previsto il defanziamento dell’indennità di vacanza contrattuale per il periodo 2015-2017, la proroga al 2014 della limitazione delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale – con il contestuale consolidamento dei relativi risparmi di spesa per gli anni successivi – e la limitazione del turnover¹⁹, con risparmi complessivamente valutati in circa 5,7 miliardi fino al 2018. Ulteriori minori spese derivano dalla revisione delle percentuali di indicizzazione delle pensioni superiori a tre volte il minimo INPS (0,6 miliardi nel 2014, 1,4 miliardi nel 2015 e poco più di 2,0 miliardi a partire dal 2016) e dal differimento del trattamento di fine rapporto dei dipendenti pubblici (2,5 miliardi nel quinquennio).”

Se lo Stato deve chiudere, lo dicano chiaramente e soprattutto lo si dica ai cittadini italiani.

Ma il Governo pensa che sia possibile riformare la Pubblica Amministrazione, renderla efficiente punendo e maltrattando i Pubblici Dipendenti?

Credo sia solo miopia e stupidità politica.

Qualcuno lo dovrà spiegare al Governo e noi, anche perchè Psicologi, proveremo a spiegare che: maltrattare non è MAI un buon investimento per chi maltratta.

Chi viene considerato "suddito", e non cittadino/lavoratore con diritti e doveri, non farà gli interessi del "padrone".

Maltrattare così i propri dipendenti farà sì che la rabbia, la delusione e il rancore si rivolteranno per intero contro lo Stato/datore di lavoro.

Con quale animo noi operatori della Sanità potremmo continuare a prendere in carico i pazienti, per conto di uno Stato/padrone che non riconosce i nostri diritti?

Il senso etico che ci contraddistingue potrebbe non essere più sufficiente.

Con quale animo potremmo garantire e migliorare la Qualità dell'assistenza se il nostro "datore di lavoro" (lo Stato) ci umilia, considerandoci un peso e non una risorsa?

Il Governo forse dimentica che le riforme devono "camminare sulle gambe" dei Pubblici Dipendenti.

Da oggi i Dipendenti Pubblici hanno una grande opportunità: possono, se vogliono, dimostrare la forza che hanno.

Mario Sellini
Segretario Generale

Fassid dichiara lo stato di agitazione

Roma, 10 aprile 2014

Il susseguirsi di notizie imprecise e frammentarie circa l'adozione di provvedimenti ingiusti nei confronti di una categoria già vessata da anni come quella dei Dirigenti Medici e Sanitari dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale non può lasciare indifferenti.

A fronte della mancata risoluzione di gravissimi problemi come quelli del precariato e della responsabilità professionale, si interverrebbe da indiscrezioni solo con tagli, prelievi e blocchi della contrattazione addirittura fino al 2020.

Ognuno deve fare sacrifici ma i nostri sono già da anni in tutte le statistiche europee: la spesa per la sanità è andata calando ed è sotto la media europea.

Ogni provvedimento iniquo continuerà a distruggere un SSN che continua ad esistere e funzionare a dispetto di chi vuole smantellarlo.

Per questo dichiariamo lo stato di agitazione pronti alle lotte più aspre per impedire manovre utili solo ad affondare il SSN sulla pelle dei cittadini e non a superare la crisi.

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

SEGRETERIA NAZIONALE

MARIO SELLINI
 SEGRETARIO GENERALE
 Tel. 0968/76244 - 348/4112553
 e.mail: mariosellini@gmail.com

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

RINALDO PERINI
 Tel. 06/8860828 - 348/3701599
 e.mail: perini_aupi@yahoo.it

CHIARA GUELLA
 333/4419094
 e.mail: chiara.guella@apss.tn.it

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

ELISABETTA CORTI
 334/6783363
 e.mail: betta.corti@virgilio.it

DOMENICO PUTZOLU
 Tel. 0783/290326
 e.mail: narbo.domenico@gmail.com

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

MEMBRI

ACETO CLAUDIA	0141/487651	GARAU TULLIO	347/5278967	PEIS RINALDO	347/2727886
ALBIERO DAVIDE	0445/313811	GATTI RITA	339/3844751	PERINI RINALDO	0774/357209
ARCICASA ANGELO	335/5995602	GENTILE SALVATORE	0835/986450	POLI GIACOMO	0376/919155
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714	GIAMBUZZI ROBERTO	085/9173275	PUTZOLU DOMENICO	0783/290326
BELLANCA RITA	349/3323542	GIOSSI PAOLA	031/370243	RASSU MARIA ROSA	079/9959809
BERNARDINI ENRICO	0746/483073	GUELLA CHIARA	333/4419094	RICCIO DOMENICO	339/4864048
BINI LAURA	339/5324246	INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580	RIPPA ARTURO	329/6505673
CALLONI GIOVANNI	329/7509118	INNEO GIUSEPPE	338/4678461	ROSSINI MARIO	335/5995603
CALVANI ROBERTO	0432/553571	LAZZARI DAVID	0744/423871	RUBINO VINCENZO	349/7923121
CANNIZZARO CATERINA	393/2050574	LIO SONIA	335/6677205	SALINO PAOLA	349/5624609
CARSANA ANTONELLA	329/2185930	LETTINI GIANFRANCO	0972/39239	SALTARINI DORIS	335/6301874
CARTISANO ORLANDO	0963/591650	LOMBARDO ARMODIO	338/1429311	SANTORO LUCIA	347/5737814
CASSELLA SERGIO	349/8823605	LUCCHI ADELE	0547/302689	SARTORELLI MARIA CHIARA	347/5142566
CASULA SEVERINO	388/6154491	MANGIFESTA ANNA	333/4690308	SCACCIONI RAFFAELLA	0161/250097
CERIONI ANNA GRAZIA	0721/882849	MANNA PAOLA	347/3677796	SCARDILLI SALVO	095/894367
CIRACÌ CARMELO	340/9383794	MARENCO GIANCARLO	0141/392729	SELLINI MARIO	0968/76244
COLOMBARI MANUELA	051/6838432	MARTIN MARIA ROSA	347/2592282	SERRA LETIZIA	0131/443370
CONTARDI M.CLEOFE	0721/739722	MEGNA FRANCESCO	0962/924262	SOLARI SILVANO	0187/732772
CORDARO ENZO	06/65104301	MERCURI EUGENIO	0968/25331	SOPPELSA ALESSIO	0471/907470
CORTI M. ELISABETTA	0341/482387	MERLINI FRANCO	02/58013132	SPITALE GIUSEPPE	0931/582458
D'ANGELO ANNA	0885/781776	MICOZZI MAURIZIO	0734/965752	TADDEI BRUNO	051/6224285
D'ANGELIS ERMENEGILDO	0824/313790	MIGLIO VIRGINIA	347/3173998	TAGLIAMONTE MARIA	338/2137311
DE LUCA VERA	039/2717478	NARDO GIAMPIETRO	348/9335893	TRIGLIA ANGELO L.	328/6231685
DE PASQUALE AMELIA	339/2753414	NOVAGA ANNA ROSA	0541/698772	TRISTAINO FRANCESCO	0984/73392
DI GIAMMARCO GILDA	0861/591737	NOVELLI STEFANO	0385/582902	TUMMINO VITO	031/523327
D'IMPORZANO AGOSTINO	349/8339603	PAINI GIANCARLA	347/2211654	TURCO LUIGI	338/7752577
DORDONI GIORDANA	338/7404609	PALMA G. LUIGI	0836/554819	ZAVAGLIA SALVATORE	328/4188758
FLARA' NATALIO	0861/8020305	PALMIERI GIOVANNI	0835/253952		
FRATTI FULVIO	349/0775079	PASCALI FERRUCCIO	340/4073885		
GAETA NICOLA	0883/483439	PAZZAGLIA ANTONELLA	0733/900316		

PROBIVIRI

ACETO CLAUDIA	0141/487651	cla.aceto@gmail.com
ABAZIA LEONARDO	335/7406044	leonardoabazia@libero.it
GHIANI MARIA CARMEN	338/3700477	mariacarmen.ghiani@tin.it
MANIGLIA RAFFAELE	0832/661083	raffaelemaniglia@gmail.com
TIENGO GIOVANBATTISTA	335/6082191	giovanbattistatiengo@gmail.com

REVISORI DEI CONTI

ARCICASA ANGELO	335/5995602	arcicasa@gmail.com
CAMPOLO FORTUNATO	0964/20494	fortunatocampo@virgilio.it
CHIAVARO CLAUDIO	0874/409389	cchiavaro@libero.it
MENGHINI GIACOMO	06/98340888	giacomomenghini@libero.it
POLI GIACOMO	0376/919155	giacomopoli53@tiscali.it

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

CONFERENZA DELLE REGIONI

MARENCO GIANCARLO

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

SALINO PAOLA

SEGRETARIO REGIONALE VAL D'AOSTA
Tel. 349/5624609
salino.p@tiscali.it

ZAVAGLIA SALVATORE

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

SOPPELSA ALESSIO

SEGRETARIO PROVINCIALE BOLZANO
alessio.soppelsa@asbz.it

GUELLA CHIARA

SEGRETARIO PROVINCIALE TRENTO
Tel. 333/4419094
chiara.guella@apss.tn.it

ARCICASA ANGELO

SEGRETARIO REGIONALE FRIULI
Tel. 335/5995602
arcicasa@tiscali.it

NARDO GIAMPIETRO

SEGRETARIO REGIONALE VENETO
Tel. 348/9335893
giampietronardo@interfree.it

SOLARI SILVANO

SEGRETARIO REGIONALE LIGURIA
Tel. 0187/732772
silvanus49@gmail.com

TADDEI BRUNO

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

CERIONI ANNA GRAZIA

SEGRETARIO REGIONALE MARCHE
Tel. 0721/882849
annagrazia.cerioni@gmail.com

SANTORO LUCIA

SEGRETARIO REGIONALE TOSCANA
Tel. 347/5737814
firsir@teletu.it

LAZZARI DAVID

SEGRETARIO REGIONALE UMBRIA
Tel. 0744/423871
lazzarid@aospertni.it

INNEO GIUSEPPE

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

BALDASSARRE GIROLAMO

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

RIPPA ARTURO

SEGRETARIO REGIONALE CAMPANIA
Tel. 329/6505673
arturo.rippa@fastwebnet.it

PALMA GIUSEPPE LUIGI

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

GENTILE SALVATORE

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

LOMBARDO ARMODIO

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

SCARDILLI SALVATORE

SEGRETARIO REGIONALE SICILIA
Tel. 095/320955
salvo_scardilli@virgilio.it

PUTZOLU DOMENICO

SEGRETARIO REGIONALE SARDEGNA
Tel. 0783/290326
narbo.domenico@gmail.com

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

PIEMONTE

Segretario Regionale

MARENCO Giancarlo 0141/487651

Segretari Provinciali

AL SERRA Letizia 0131/443370
 AT ACETO Claudia 0141/487651
 CN DI VITA Miriam 338/5700322
 NO PROTTI Antonella 333/2026402
 VC SCACCONI Raffaella 0161/250097
 BI ACQUADRO Loredana 015 /9899853
 VB LIO Sonia 335/6677205
 TO PERETTI Paolo 335/6127875

VAL D'AOSTA

Segretario Regionale

AO SALINO Paola 349/5624609

LOMBARDIA

Segretario Regionale

ZAVAGLIA Salvatore 328/4188758

Segretari Provinciali

MI città MERLINI Franco 02/58013132
 MI Nord DE LUCA Vera 039/2717478
 MI Sud CALLONI Giovanni 329/7509118
 BG RUBINO Vincenzo 349/7923121
 BS CARSANA Gabriella 329/2185930
 CO GIOSSI Paola 031/370243
 LC CORTI M. Elisabetta 0341/482387
 LO CANNIZZARO Caterina 393/2050574
 CR POLI Giacomo 0376/919155
 MN BINI Laura 339/5324246
 PV NOVELLI Stefano 0385/582902
 SO GIANATTI Daniela 328/2865763
 VA ROSSINI Mario 335/5995603
 LP/CO PAINI Giancarla 347/2211654
 LP/CO SALTARINI Doris 335/6301874

PROV. BOLZANO

BZ SOPPELSA Alessio 0471/907470

PROV. TRENTO

TN GUELLA Chiara 333/4419094

VENETO

Segretario Regionale

NARDO Giampietro 348/9335893

Segretari Provinciali

BL TURCO Luigi 338/7752577
 TV CASSELLA Sergio 349/8823605
 VR BRONZATO Gigliola 348/5118270
 VI ALBIERO Davide 0445/313811
 PD BONAMICI Marco 349/2410485
 RO POZZATO Patrizia 347/8172010
 VE SERRA Emilia 347/6443810

FRIULI

Segretario Regionale

ARCICASA Angelo 335/5995602

Segretari Provinciali

UD CALVANI Roberto 0432/553571
 PN MASCI Silvia 0434/553631

LIGURIA

Segretario Regionale

SOLARI Silvano 0187/732772

Segretari Provinciali

GE SOLARI Silvano 0187/732772
 IM PRIVITERA Angela 347/4251121
 SP D'IMPORZANO Agostino 349/8339603
 SV MARTIN Rosa Maria 347/2592282

EMILIA ROMAGNA

Segretario Regionale

TADDEI Bruno 051/6224285

Segretari Provinciali

FE COLOMBARI Manuela 051/6838432
 MO SGARBI Cinzia 347/2738044
 FO LUCCHI Adele 0547/302689
 PC DORDONI Giordana 338/7404609
 RA MACCOLINI Diana 0544/213421
 RE BENEDETTI Annalisa 0522/850418
 PR FRATI Fulvio 349/0775079
 BO TADDEI Bruno 051/6224285
 RI NOVAGA Annarosa 0541/698772

MARCHE

Segretario Regionale

CERIONI Anna Grazia 0721/882849

Segretari Provinciali

AN GATTI Rita 339/3844751
 AP ALESSANDRONI Vinicio 0736/844413
 PS CONTARDI M. Cleofe 0721/739722
 MC PAZZAGLIA Antonella 0733/900316
 FM MICOZZI Maurizio 348/2630003

TOSCANA

Segretario Regionale

SANTORO Lucia 347/5737814

Segretari Provinciali

AR FARNETANI Edi 0575/658158
 GR PETRUZZIELLO M. Grazia 328/8250551
 FI SANTORO Lucia 347/5737814
 LI ARTICO Nicola 0586/614258
 LU TOCCHINI Stefania 0583/700132
 PT/PI TIMPANO Marco 0587/273378
 SI MANNA Paola 347/3677796

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

PO DEGLI INNOCENTI Dario 0574/21135
MS TIMPANO Marco 0587/273378

UMBRIA

Segretario Regionale

LAZZARI David 0744/205332

Segretari Provinciali

PG ANGELUCCI Paola 347/3360618
TR BELLANCA Rita 349/3323542

LAZIO

Segretario Regionale

INNEO Giuseppe 338/4678461

Segretari Provinciali

RM Nord CORDARO Enzo 06/65104301
RM Centro GASPA Piero 335/8281510
RM Sud-Est INNEO Giuseppe 338/4678461
FR MACIOCIA Lucio 338/5674638
LT SANAPO Aldo 338/2687293
RI BERNARDINI Enrico 0746/278927
VT CAVASINO Sergio 0761/339232

ABRUZZO

Segretari Provinciali

CH GIAMBUZZI Roberto 085/9173275
TE DI GIAMMARCO Gilda 338/9078463
PE SARTORELLI M. Chiara 347/5142566

MOLISE

Segretario Regionale

BALDASSARRE G. 0874/823714

Segretari Provinciali

IS DE PASQUALE Amelia 339/2753414
CB MANGIFESTA Anna 333/4690308

CAMPANIA

Segretario Regionale

RIPPA Arturo 329/6505673

Segretari Provinciali

NA ZULLO Claudio 081/2546455
AV SEMENTA Stefania 328/4134609
BN D'ANGELIS E. 0824/313790
CE RICCIO Domenico 339/4864048
SA TAGLIAMONTE Maria 338/2137311

PUGLIA

Segretario Regionale

PALMA Giuseppe 348/7719657

Segretari Provinciali

BA MIGLIO Virginia 347/3173998
BR CIRACÌ Carmelo 340/9383794
FG D'ANGELO Anna 0885/781776
LE PASCALI Ferruccio 340/4073885
TA PICCINNI Anna 392/0924688
BT GAETA Nicola 0883483439

BASILICATA

Segretario Regionale

GENTILE Salvatore 0835/986450

Segretari Provinciali

PZ LETTINI Gianfranco 0972/39239
MT PALMIERI Giovanni 0835/253952

CALABRIA

Segretario Regionale

LOMBARDO Armodio 338/1429311

Segretari Provinciali

RC TRIGLIA A. Luigi 328/6231685
CZ MERCURI Eugenio 0968/25331
CS TRISTAINO Francesco 0984/464048
KR MEGNA Francesco 0962/962568
VV CARTISANO Orlando 0963/591650

SICILIA

Segretario Regionale

SALVO Scardilli 095/320955

Segretari Provinciali

AG INFURCHIA Giuseppe 0922/832757
CL SAMMARTINO Giuseppina 333/5942289
CT SCARDILLI Salvo 095/320955
EN CASTROGIOVANNI Filippo 0935/697061
ME PIROMALLI Carlo 090/2224925
RG GUASTELLA Salvatore 335/5713051
SR SPITALE Giuseppe 0931/582458
TP NOCERA Giacomo 0923/472259
PA MUSCATO Rino 335/6944998

SARDEGNA

Segretario Regionale

PUTZOLU Domenico 0783/290326

Segretari Provinciali

CA GARAU Tullio 347/5278967
NU CASULA Severino 388/6154491
OR PEIS Rinaldo 347/2727886
SS RASSU M. Rosa 079/9959809

DIPENDENTI / AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

AREA A U P I

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Al Sig. Direttore generale

Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. _____)

dell'Ente: _____

Alla Segr. Iscritti F.A.S.S.I.D. Area AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE F.A.S.S.I.D. Area AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt _____

dipendente con la qualifica di:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dirigente Psicologo | <input type="checkbox"/> Dirigente Fisico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Biologo | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Chimico | |

Servizio o Presidio _____

Tel. Servizio _____ / _____

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore di F.A.S.S.I.D. Area 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 F.A.S.S.I.D. Area 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
F.A.S.S.I.D. Area 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
o Bonifico postale con cod. IBAN:
IT68M076010320000072492028

intestato a

AUPI
Via Arenula 16 - 00186 ROMA

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

per i 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 Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla. Va evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni necessarie.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

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

ADESIONE 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 _____.

La quota associativa è di: € 50,00 per chi ha un reddito annuo inferiore a € 15.000,00
 € 100,00 per chi ha un reddito annuo superiore a € 15.000,00

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € _____ per la quota associativa relativa all'anno solare 2014 dovuta in qualità di:

LP Libera/o Professionista, tel. studio: ____/____/____ fax _____

ADESIONE CONVENZIONATI E DIPENDENTI PRIVATI:

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 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € _____ per la quota d'adesione relativa all'anno solare 2014 dovuta in qualità di:

La quota associativa è di: € 50,00 per chi ha un reddito annuo inferiore a € 15.000,00
 € 100,00 per chi ha un reddito annuo superiore a € 15.000,00

CO Convenzionata /o con GeG con Min. Difesa con altro _____
(Dati Ente tel. lavoro ____/____)

SP Dipendente da Ente Sanitario Privato (*non Aris/Aiop*)
(Dati Ente tel. lavoro ____/____)

DP Laureato in Psicol. Dipendente da ditta Privata/Ente non Sanitario
(Dati Ditta/Ente tel. lavoro ____/____)

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 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € _____ per la quota d'adesione relativa all'anno solare 2014 dovuta in qualità di:

XD € 50,00 Laureato in Psicologia non occupato con un reddito annuo non superiore a € 15.000,00 Data di nascita _____

ST € 50,00 Studente in Psicologia con un reddito annuo non superiore a € 15.000,00 Università di _____

RICHIESTA DI ABBONAMENTO per l'anno 2014:

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

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

Riportare sulla causale se si tratta di rinnovo o di nuova iscrizione.

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).

firma: _____

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 _____

Convenzionato ACN 8/7/10 per n° _____ ore/sett
Dichiaro di essere titolare per complessive n° _____
ore/settimanali presso le altre seguenti Aziende Sanitarie:

Servizio o Presidio _____

Tel. Servizio _____ / _____

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

La/il sottoscritt _____ dichiara che la presente delega:

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

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

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

Data _____

FIRMA

Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

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

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

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

mediante versamento su c.c.p. n° 72492028
o Bonifico postale con cod. IBAN:
IT68M076010320000072492028
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 Aziende Sanitarie il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dalla ASL 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 Aziende Sanitarie 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

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:

- a) promuovere nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia;
- b) stimolare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici;
- c) promuovere, implementare e finalizzare il contatto fra le Società scientifiche ed i loro associati su comuni temi di interesse scientifico e culturale;
- d) divulgare le notizie riguardanti la ricerca psicologica attraverso appropriati strumenti di comunicazione;
- e) 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;
- f) 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 2014



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

*pubblicazione
informativa
no profit*

Omologato

Posteitaliane