

DALLA DEFINITIVA SENTENZA
DEL CONSIGLIO DI STATO
SULLA PSICOLOGIA CLINICA
ALL'OSTRUZIONISMO DEI MEDICI
SULLA DIRIGENZA NEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE

SALUTE, NUOVI ORIZZONTI VECCHI POTERI

di Marialori Zaccaria

Alla fine ce l'abbiamo fatta! La ripresa di Settembre inizia sotto ottimi auspici per tutta la nostra comunità scientifica.

Dunque: **“La Psicologia Clinica in quanto specializzazione della psicologia, non può che essere riservata ai soli psicologi”**. Questo, tra le altre cose, ha sentenziato - il 23 agosto scorso - la sesta sezione del Consiglio di Stato”. Ora non siamo più solo noi psicologi a sostenere questo principio, ora lo stabilisce - in modo **incontrovertibile e definitivo** - la Sentenza n. 4483/07 del Consiglio di Stato.

Si chiude finalmente a nostro completo favore una querelle che era iniziata dodici anni fa, nel 1995, quando la Facoltà di medicina dell'Università di Padova aveva istituito il corso di Psicologia Clinica, ed il nostro Consiglio Nazionale aveva impugnato quella decisione.

Ma veniamo ai fatti più recenti, ricapitolando brevemente i passaggi di questa vicenda così importante per la nostra professione.

Il Decreto del MIUR del 5 agosto 2005, avente come oggetto il “Riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria”, reinsertisce la Psicologia Clinica tra gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area medica, noncurante della sentenza del Consiglio di Stato n. 981 del 2 marzo 2004, emessa dopo ben nove anni di attesa da parte del CNOP.

Contro il suddetto decreto, l'Ordine degli Psicologi del Lazio, con delibera n. 307/05, avvia un ricorso al TAR nei confronti del MIUR, del Mi-

nistero della Salute, e della FNOM, affidando l'incarico al Prof. Avv. Franco Gaetano Scoca.

Il 19 settembre 2006, la III sez. del TAR del Lazio sancisce che il ricorso presentato dal nostro Ordine regionale è fondato in quanto l'equipollenza tra medicina e psicologia può sussistere solo ed esclusivamente nella disciplina di psicoterapia. Pertanto il ricorso viene accolto, con il conseguente annullamento del Decreto ministeriale impugnato nei sensi e nei limiti di cui alla motivazione.

A questo punto, in data 29 novembre 2006 il MIUR, il Ministero della Salute, e la FNOMCeO, con l'intervento ad adiuvandum dell'Università di Roma “La Sapienza”, ricorrono contro l'Ordine degli Psicologi del Lazio impugnando la sentenza del TAR davanti al Consiglio di Stato.

Finalmente, il 23 agosto 2007, il Consiglio di Stato (Sezione Sesta), con sentenza n. 4483/2007, decreta che **l'appello contro l'Ordine degli Psicologi del Lazio è infondato**, ribadendo l'orientamento già manifestato nella pronuncia n. 981 del 2 marzo 2004, e mettendo così la parola fine a questa vicenda.

Una vittoria epocale, ottenuta contro molti ed agguerriti avversari.

Ricapitolando, la Specializzazione in Psicologia Clinica, che era rimasta sequestrata tra le scuole di specializzazione dell'Area Medica, rientra - come è giusto che sia - nelle Facoltà di Psicologia.

Dall'Ordine degli Psicologi del Lazio va un ringraziamento al Prof. Avv. Franco Gaetano Scoca ed anche - perché no - alla Sesta Sezione del Consi-

glio di Stato che con la sua sentenza mette la parola fine ad una guerra che si protraveva, attraverso una infinità di battaglie legali, appunto dal 1995.

Tra l'altro, la sentenza del Consiglio di Stato non afferma solo che:

“la psicologia clinica, in quanto specializzazione della psicologia, non può che essere riservata ai soli psicologi”, ribadisce anche che la **“Psicologia clinica consente l'accesso alla professione di psicoterapeuta, ma consente anche l'accesso a differenti aree dell'intervento psicologico”**.

Di conseguenza respinge con assertività anche **“il principio espansivo della professione medica”** (menzionato nel ricorso degli appellanti) **“alla quale afferirebbe qualsiasi contenuto professionale, in qualche modo assimilabile ai suoi contenuti tipici, salva diversa disposizione espressa”**.

**Psicologia clinica
una splendida sentenza
una splendida vittoria**

Una splendida sentenza, una splendida vittoria, non solo per il nostro Ordine - lo ripeto - ma per tutta la comunità professionale. Una terribile battuta di arresto per chi - basando la sua forza sul “principio espansivo” - non è stato in grado di fare un passo indietro.

Ora restiamo in attesa anche delle motivazioni dei ricorsi del CNOP, che comunque non potranno essere dissimili in quanto era stata richiesta e ottenuta la unificazione delle due cause che, sullo stesso argomento, vedevano implicati sia il regionale che il

nazionale. Infatti per ambedue le cause l'udienza si è svolta lo stesso giorno, davanti alla stessa Sezione Sesta del Consiglio di Stato.

Dunque, dopo una messa all'angolo della psicologia da parte della cultura dominante, durata per quasi tutto lo scorso secolo, nel nostro paese qualcosa inizia finalmente a muoversi. Che si stia uscendo da un periodo imperialista per andare verso una fase di democrazia professionale? E se questo avviene perché avviene?

Per comprenderlo, per capire meglio perché oggi c'è più domanda di psicologia, forse è necessario vedere cosa accade intorno a noi, nella nostra società, percepire cosa ribolle nella nostra cultura, sempre più stritolata da un tempo che pensa solo all'immediato, al "tutto e subito".

Quella che ci impregna tutti è una cultura che sembra rivolgersi sempre di meno alla complessità degli accadimenti, che semplifica, che frammenta, che brucia i tempi.

Una cultura che non ha più etica, che sempre più vede tutti contro tutti, che perde di vista la visione e il bene comune, e la condivisione delle "cose", che rifugge dalla diversità e punta verso il perfezionismo, arroccata com'è sull'apparire più che sull'essere.

Questo tipo di cultura in cui siamo immersi come individui, produce un enorme senso di solitudine, di malessere e di insoddisfazione. Ma perché? Forse perché il benessere psichico passa attraverso la complessità, la curiosità, la condivisione ed il confronto con gli altri, ed ha ritmi fatti anche di pause e di vuoti.

La politica, in particolare quella economica, ha delle responsabilità per questo stato di cose. Negli anni del dopoguerra, si è interessata ed ha spinto esclusivamente verso il benessere materiale e fisico degli individui, per scoprire oggi che il benessere passa attraverso altro, passa attraverso il benessere psichico: "la felicità", come la chiama Daniel Kahneman, premio Nobel per l'economia, che come Ordine del Lazio abbiamo avuto l'onore di invitare nel giugno scorso a Roma. Kahneman sradica uno dei concetti basilari dell'economia, il PIL (prodotto interno lordo), trasformandolo in FIL (felicità interna lorda).

Il malessere strisciante della nostra società è un lamento, un segnale della esclusione (che mettiamo in atto in ogni gesto quotidiano) della nostra parte psichica. Non siamo più "persone" ma solo una parte del tutto.

Per questo c'è oggi sempre più domanda di psicologia, di una psicologia competente, capace ed in grado di ridare "senso" al confronto ed alla condivisione con l'altro da sé, e quindi al vivere, che lascia spazio al pensiero, alle emozioni, alle sensazioni, agli affetti, che rispetta i ritmi delle persone.

Psicoterapia a convenzione e rischio psicosociale: la politica ci ascolta

Per la Psicologia non è solo la giustizia a rimettere le cose a posto, anche dalla politica giungono segnali importanti.

Sono state elaborate da tre diverse parti politiche, proposte di legge sulla **Psicoterapia convenzionata**, ar-

gomento che vedeva impegnato il nostro Ordine già dal 2001. Il 20 giugno scorso sono stata invitata - in qualità di Presidente dell'Ordine (è la prima volta che accade) - dal Presidente Luca della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati per essere "audita" sulla materia. Ho rappresentato le nostre perplessità e i nostri dubbi, ed ho suggerito delle soluzioni, alcune delle quali sono state ampiamente inserite in un testo unificato delle tre proposte di legge. Ora dobbiamo attendere che il testo venga definitivamente approvato e diventi esecutivo, ma continueremo a seguirne l'iter.

Come ho già avuto modo di scrivere nella relazione inviata alla Commissione Affari sociali, la promulgazione di una legge che convenziona la psicoterapia avrà un valore culturale enorme per il nostro paese, poiché riconoscerà finalmente la pari dignità tra la psiche e il soma, restituendo così dignità alla "Persona" (quella con la P maiuscola), come l'aveva intesa l'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel lontano 1946.

Le novità positive non finiscono qui. Come Ordine - anche per merito del solerte sollecito da parte di alcuni nostri iscritti - abbiamo portato avanti - con successo - un intervento molto importante in merito alla legge delega - già approvata dal Senato - in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

Le cose sono andate così. Nella legge - in via di approvazione anche alla Camera dei Deputati - non era stato inserito il **rischio psicosociale**, nonostante le ripetute condanne all'Italia da parte della Corte di Giustizia Eu-

ropea. Come Ordine del Lazio abbiamo proposto una serie di emendamenti che estendessero la tutela della salute e della sicurezza agli aspetti psicologici e relazionali che caratterizzano la vita dei lavoratori, dando risalto alle tipologie di rischio legate all'organizzazione, agli orari, alle modalità del lavoro, ai rapporti gerarchici, alla precarietà ed a tutti gli altri fattori di carattere psico-sociale.

Il primo agosto la Camera ha approvato in via definitiva la legge delega sul tema della salute e della sicurezza sul lavoro, e l'On. Cancrini, assieme agli Onorevoli Zanotti e Dioguardi, hanno accolto i nostri rilievi - e quelli del Nazionale - inserendoli in un ordine del giorno approvato dalla Camera. Il Governo avrà adesso nove mesi di tempo per adottare i nuovi decreti attuativi della legge delega ed il voto della Camera lo impegnerà ad inserirvi anche il rischio psicosociale. Quando quest'iter sarà andato a buon fine, si realizzerà un cambiamento di importanza cruciale non solo per la Psicologia e per la comunità professionale, ma per tutti i lavoratori ed i contesti lavorativi, e per il Paese intero, che in questo modo si adeguerà sempre più agli standard dei paesi europei più avanzati. Possiamo quindi affermare che con i suoi provvedimenti, negli ultimi tempi, la Politica sta restituendo dignità alla "persona".

Ma sul S.S.N. i medici aprono un contenzioso sterile e perdente

Forse proprio per questo oggi ci troviamo invischiati in un contenzioso sterile e soprattutto dannoso perché giocato sulla pelle degli utenti della sanità pubblica.

È accaduto che di recente, l'Ordine provinciale dei Medici di Roma ed il Sindacato CGIL regionale medici hanno sferrato un attacco contro la Dirigenza degli psicologi nel S.S.N.

Il 10 luglio, un atto di invito ed avvertenza stilato dall'Ordine provinciale dei Medici di Roma e firmato dal Presidente Mario Falcone diffidava, il Presidente, l'Assessore, la Commissione e la Direzione alla Sanità della Regione Lazio, tutte le direzioni Gene-

rali delle ASL ed in più il nostro Ordine regionale, ad affidare incarichi ai dirigenti psicologi iscritti nel ruolo sanitario. Un Ordine - quello dei medici di Roma - ed un Sindacato - quello della CGIL regionale medici - che concepiscono ancora la psicologia come subalterna alla medicina. Un Ordine ed un Sindacato che ribadiscono in modo a dir poco arrogante la loro supremazia sulle altre componenti delle Dirigenza sanitaria.

In questi anni, più volte ho dovuto sentir dire, e ho dovuto leggere, che la diagnosi possono farla solo gli psichiatri, mi è capitato di udire queste parole anche di recente nella seduta di audizione alla Commissione Sanità della Camera e le ho lette in una delle proposte di legge sulla psicoterapia a convenzione in discussione in quella sede. Pur volendo tralasciare cosa c'è scritto al riguardo sulla legge istitutiva del nostro Ordine - la 56/89 - non è paradossale pensare che uno psicoterapeuta psicologo possa svolgere psicoterapia senza poter effettuare una diagnosi funzionale? Non è forse proprio attraverso la diagnosi funzionale che si avvia il processo terapeutico, recuperando le parti sane del paziente, le sue potenzialità per uno sviluppo del benessere psicofisico?

Ancora. Nonostante la legge consenta al professionista psicologo di dirigere le strutture semplici e complesse del SSN, l'Ordine e il Sindacato dei medici, che ho sempre pensato come una parte importante della nostra società, non si fanno nessuno scrupolo a definire "incompetenti" dei colleghi professionisti: noi psicologi. Evidentemente pensano ai dirigenti psicologi come a dei "minus habens" incapaci di dirigere quegli stessi servizi in cui magari lavorano da trent'anni, e che spesso hanno ampiamente contribuito a formare e sviluppare.

Molto probabilmente temono che la direzione di un servizio da parte di psicologi possa modificare la visione di un servizio. Temono un cambiamento che non può che portare giovamento all'utenza. Siamo sdegnati per questi comportamenti e per questi giudizi, in primis come persone, poi come potenziali utenti e poi come apparte-

menti ad un ordine professionale. Troviamo che ciò che è stato scritto sull'argomento - sia da membri dell'Ordine dei medici che da parte della CGIL medici - è a dir poco vergognoso ed offensivo. Quelle parole non fanno onore a chi le ha scritte o pronunciate. Come Ordine ci siamo sempre battuti con vigore per avere giustizia e far valere i nostri diritti, quasi sempre calpestati, mai però ci siamo permessi di denigrare ed offendere altri professionisti, tantomeno i medici.

Temono forse di perdere prestigio e potere nel momento in cui venissero diretti da un dirigente sanitario psicologo? Qualunque siano comunque i loro calcoli, le loro paure, in realtà si stanno comportando come una vecchia lobby conservatrice barricata a difesa dei propri interessi, senza curarsi degli interessi generali. Queste persone non disprezzano solo la psicologia e la dirigenza psicologica, quel che è peggio, disprezzano - non avendoli ancora metabolizzati dopo trent'anni - i principi riaffermati nella Legge istitutiva del SSN del 1978 n. 833. Ci riferiamo in particolare al punto 1 della legge, che recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il SSN. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana".

In tutta questa vergognosa vicenda, che temiamo non si concluderà in breve tempo, ma che abbiamo fiducia ci darà ancora una volta ragione, l'Ordine del Lazio vede al suo fianco l'intero Consiglio Nazionale che attraverso il Presidente Pinluigi Palma ha difeso in modo solerte le posizioni assunte dal nostro Ordine. Di questo lo ringraziamo. Vogliamo sperare che questi - sia pure fastidiosi - siano solo gli ultimi fuochi e che stia finalmente finendo l'era imperialista ed egemonica della medicina.

Vogliamo pensare che si stiano aprendo nuovi stabili orizzonti per la psicologia e per i professionisti psicologi. Un cambiamento importante per il nostro Paese. E la vicenda Psicologia Clinica ne è un esempio. ■

IN PRIMO PIANO/I

*Con una sentenza definitiva
il Consiglio di Stato
ha messo fine
a una battaglia
lunga e difficile
La vittoria
dell'Ordine degli
Psicologi del Lazio
è la vittoria
dell'intera
comunità
scientifica
degli psicologi*

LA PSICOLOGIA CLINICA È... PSICOLOGIA!



*Il testo integrale
della sentenza
del Consiglio di Stato
che mette la parola fine
alla vicenda*

“LA PSICOLOGIA CLINICA NON PUÒ CHE ESSERE RISERVATA AI SOLI PSICOLOGI”

REPUBBLICA ITALIANA In nome del popolo italiano

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Sesta) ha pronunciato la seguente

DECISIONE

sul ricorso in appello n. 10192/06 proposto dal Ministero dell'Università e della Ricerca in persona del Ministro in carica e dal Ministero della Salute in persona del Ministro in carica, rappresentati e difesi dall'Avvocatura Generale dello Stato e domiciliati presso i suoi uffici in Roma, via dei Portoghesi, n.12;

contro

l'Ordine degli Psicologi del Lazio, in persona del Presidente, rappresentato e difeso dall'avv. Franco Gaetano Scoca, ed selettivamente domiciliato in Roma, via G. Paisiello n. 5;

e nei confronti

di FNOMCeO - Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, in persona del Presidente, rappresentata e difesa dall'avv. Alessandro Ierardi ed selettivamente domiciliato in Roma, via Giovanni Nicotera n. 29;

con l'intervento

ad adiuvandum dell'Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, in persona del Rettore Magnifico, rappresentata e difesa dall'Avvocatura Generale dello Stato e domiciliati presso i suoi uffici in Roma, via dei Portoghesi n. 12;

per l'annullamento

della sentenza n. 8780 in data 19 settembre 2006 del Tribunale Ammini-

strativo per il Lazio, sede in Roma, sezione III, resa inter partes.

Visto il ricorso con i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio delle parti appellate;

Viste le memorie prodotte dalle parti a sostegno delle proprie difese;

Visti gli atti tutti della causa;

Designato relatore per la pubblica udienza del 22 maggio 2007 il Consigliere Manfredo Atzeni ed uditi altresì l'avv. dello Stato Spina, l'avv. Colagrande per delega dell'avv. Scoca e l'avv. Ierardi;

Ritenuto e considerato in fatto e in diritto quanto segue,

FATTO

Con ricorso al Tribunale Amministrativo per il Lazio, sede di Roma, l'Ordine degli Psicologi del Lazio in persona del Presidente impugnava il decreto in data 1 agosto 2005 con il quale il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca aveva provveduto al riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria, nella parte in cui inserisce la psicologia clinica tra gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area medica, unitamente agli atti connessi.

Lamentava violazione degli artt. 1, 2 e 3 della legge n. 56/1989, in relazione agli artt. 1, 2 e 3 del D.P.R. 10 marzo 1982 ed ai DD.MM. 3 novembre 1999, n. 509 e 22 ottobre 2004 n. 270, ed all'art. 16 della legge 168/1989; eccesso di potere per difetto di presupposto e contraddittorietà; violazione e falsa applicazione del D. Lgs. 257/1991, di recepimento della direttiva 82/76/CEE, della direttiva 93/16/CEE e del D.Lgs.

368/1999 di recepimento della medesima, della direttiva 2001/1/19/CEE e del del D.lgs. 277/2003 di suo recepimento, della legge 168/1989 del D.P.R. 162/1982 e del D.M. 270/1/19/CEE e del D. Lgs. 277/2003 di recepimento, violazione delle norme in tema di autonomia universitaria, violazione delle legge 241/1990, violazione del regolamento sull'autonomia didattica degli atenei, illogicità.

Con la sentenza in epigrafe i primi giudici hanno accolto il ricorso per l'effetto annullando gli atti impugnati.

Avverso la predetta sentenza il Ministero dell'Università e della Ricerca in persona del Ministro propone l'appello in epigrafe contestando gli argomenti addotti dal giudice di prime cure e chiedendo il suo annullamento.

Si è costituito in giudizio l'Ordine degli Psicologi del Lazio, chiedendo il rigetto dell'appello.

Si sono costituiti in giudizio ad adiuvandum l'Università degli Studi di Roma “La Sapienza” in persona del Rettore Magnifico e la FNOMCeO, Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in persona del Presidente, chiedendo l'accoglimento dell'appello.

Alla pubblica udienza del 22 maggio 2007 la causa è stata trattata in decisione.

DIRITTO

L'appello è infondato.

Con il provvedimento impugnato il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, ora Ministero dell'Università e della Ricerca, ha riordi-

(segue a pag. 10)

IL "BOLLETTINO DELLA VITTORIA"

Ordine degli Psicologi del Lazio

Comunicato Stampa 7 settembre 2007

La "Psicologia Clinica" è della Psicologia. Con una sentenza definitiva, il Consiglio di Stato ribadisce che la Psicologia Clinica è riservata esclusivamente agli Psicologi

L'Ordine degli Psicologi del Lazio vince un'importante battaglia a nome dell'intera comunità scientifica degli psicologi per la tutela della professione

"Abbiamo vinto! La lunga lotta sulla Psicologia Clinica intrapresa con determinazione dal nostro Ordine è finalmente giunta al suo epilogo: **"la psicologia clinica, in quanto specializzazione della psicologia, non può che essere riservata ai soli psicologi"**.

Marialori Zaccaria, Presidente dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, commenta così la sentenza del Consiglio di Stato depositata lo scorso 23 agosto. "Non possiamo che esprimere la nostra più viva soddisfazione per un risultato che è stato raggiunto grazie alla grande esperienza dei legali che ci hanno sostenuto e alla tenace volontà dell'Ordine di esigere la chiarezza normativa necessaria a depotenziare ogni tentativo di "incursione" da parte delle Istituzioni o dell'Ordine dei Medici in un ambito di specializzazione come quello della Psicologia Clinica di esclusiva competenza della nostra professione. Per una 'causa giusta', a tutela dell'intera comunità scientifica degli psicologi, abbiamo impegnato grandi energie e oggi, dopo quasi dodici anni di battaglie legali, abbiamo avuto ragione".

La sentenza definitiva emessa dal Consiglio di Stato mette la parola fine ad una lunga querelle che ha visto contrapposte differenti interpretazioni della normativa esistente riguardo alle peculiarità dei profili formativi di

medici e psicologi iniziata - com'è noto - con il **Decreto del MIUR del 5 agosto 2005, sul "Riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria"**, che reinseriva la **Psicologia Clinica tra gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area medica, in contrasto con la precedente sentenza del Consiglio di Stato n. 981 del 2 marzo 2004.**

L'Ordine degli Psicologi del Lazio con delibera n. 307 del 21/11/05 avvia il ricorso avverso il suddetto Decreto nei confronti del MIUR, del Ministero della Salute, e della FNOMCeO, affidando l'incarico al Prof. Avv. Franco Gaetano Scoca.

La III sez. del TAR del Lazio, il 19 settembre 2006 riconosce che il ricorso è fondato e va accolto in quanto l'equipollenza tra medicina e psicologia può sussistere solo ed esclusivamente nella disciplina di psicoterapia.

MIUR, Ministero della Salute, e FNOMCeO con l'intervento ad adiuvandum dell'Università "La Sapienza" ricorrono a loro volta in appello al Consiglio di Stato avverso la sentenza del TAR, contro l'Ordine degli Psicologi del Lazio.

Il Consiglio di Stato (Sezione Sesta) con sentenza n. **4483/2007**, dispone che **l'appello è infondato** ribadendo l'orientamento già manifestato nella pronuncia 2 marzo 2004 n. 981 e mettendo così la parola fine a questa vicenda. Siamo a tutt'oggi in attesa di conoscere il dispositivo della sentenza che la stessa VI Sezione del Consiglio di Stato emetterà nei confronti del CNOP.

Il testo integrale della sentenza è disponibile anche sul sito www.ordinepsicologilazio.it

Ufficio Stampa Francesca de Seta
ufficiostampa@ordinepsicologilazio.it

(segue da pag. 8)

nato le scuole di specializzazione di area sanitaria includendo, tra le scuole di specializzazione dell'area medica, la scuola di specializzazione in psicologia clinica.

L'Ordine degli Psicologi del Lazio ha contestato tale determinazione, sostenendo che in tal modo è stato aperto ai laureati in medicina un settore di attività di competenza esclusiva dei laureati in psicologia.

La sentenza appellata ha condiviso l'impugnazione, ritenendo il provvedimento in questione in contrasto con la legge 18 febbraio 1989, n. 56 che regola l'esercizio della professione di psicologo.

Il ragionamento dei giudici di prime cure è condiviso dal collegio.

L'accesso all'esercizio della professione di psicologo è regolato dall'art. 2 della richiamata legge 18 febbraio 1989, n. 56.

La norma riserva l'esercizio della professione di psicologo ai laureati in psicologia i quali abbiano conseguito la necessaria abilitazione superando l'esame di Stato e siano iscritti al relativo albo professionale.

Solo la specializzazione in psicoterapia è aperta, congiuntamente, ai laureati in psicologia ed ai laureati in medicina (art. 3 della medesima legge).

Il dato normativo è, in realtà univoco, e su tale base questa Sezione ha già affermato l'illegittimità dell'istituzione di scuole di specializzazione in psicologia clinica nell'ambito della facoltà di medicina, in vista della loro apertura

ai medici (decisione 2 marzo 2004, n. 981) sostenendo, in particolare che "ai laureati in medicina non è consentito acquisire specialità psicologiche diverse dalla psicoterapia".

La Sezione ha aggiunto, in quella occasione, che la psicologia clinica rappresenta una specializzazione della psicologia e consente anche, ma non solo, l'esercizio della psicoterapia.

Essa, in quanto specializzazione della psicologia, non può che essere riservata ai soli psicologi.

L'appellante e gli interventori ad adiuvandum, contestano tale impostazione, sostenendo che la legge predetta non esaurisce il sistema normativo che regola l'accesso alla professione di psicologo.

In particolare, ad avviso dell'appellante, l'ordinamento generale degli studi del corso di laurea in medicina e chirurgia disegna il profilo formativo del medico secondo obiettivi del tutto compatibili con quelli degli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione in psicologia clinica, mentre la legge 18 febbraio 1989, n. 56, non contiene affatto il divieto, per i professionisti medici, di esercitare la psicologia clinica; soggiunge l'Avvocatura che un divieto di tale contenuto risulterebbe di dubbia costituzionalità.

La tesi dell'Avvocatura non può essere condivisa.

Soprattutto, non può essere condiviso il fulcro del suo ragionamento, secondo il quale occorre una previsione espressa per escludere i laureati in medicina dall'esercizio della psicologia cli-

nica.

Il sistema seguito dal legislatore è, invece, opposto.

La legge 18 febbraio 1989, n. 56, individua il contenuto dell'attività professionale dello psicologo, lo attribuisce agli psicologi, delinea il percorso formativo che consente di ottenere detta qualificazione professionale, ed individua una sola area afferente a tale ambito professionale nella quale è possibile esercitare sulla base della formazione propria dello psicologo e sulla base della formazione del medico.

Solo tale area, la psicoterapia, è aperta ai laureati in entrambe le discipline.

Ritiene il collegio che il dettato normativo, quanto mai compiuto e specifico, non possa essere superato sulla base di normativa dalla quale la difesa erariale ricava una sorta di principio espansivo della professione medica, alla quale afferirebbero qualsiasi contenuto professionale, in qualche modo assimilabile ai suoi contenuti tipici, salva diversa disposizione espressa.

Inoltre, anche a voler seguire la linea di ragionamento proposta dall'amministrazione dovrebbe essere osservato che il combinato disposto degli artt. 2 e 3 della legge 18 febbraio 1989, n. 56 nello stabilire che la professione di psicologo può essere esercitata solo dagli psicologi, mentre solo la psicoterapia può essere esercitata anche dai medici, chiaramente individua un ambito professionale dal quale la regola generale esclude i medici, mentre la norma speciale li ammette al più ristretto ambito professionale delle psicoterapie, in tal modo individuando uno specifico ambito nel quale l'affermata forza espansiva della legittima-

COSÌ SUL "SOLE 24 ORE"

**Sulla materia esiste
una competenza esclusiva**

**PSICOLOGIA CLINICA,
NO AI MEDICI**

La psicologia clinica va riconosciuta come materia riservata esclusivamente agli psicologi. Il principio è stato confermato dal Consiglio di Stato (sezione sesta) con la sentenza 4483/2007, depositata lo scorso 23 agosto.

Un orientamento già manifestato dal massimo organo di giustizia amministrativa con la pronuncia 981/2004 che tuttavia non aveva placato la querelle che ha visto contrapposti, anche in quest'ultimo procedimento, l'Ordine degli psicologi del Lazio, da un lato, e il ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione e della Ricerca

scientifica e la Fnomceo (la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri), dall'altro.

Secondo l'Ordine degli psicologi del Lazio, in effetti, il Ministero dell'Istruzione - con il decreto del 5 agosto 2005 sul «Riaspetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria» che reinseriva la Psicologia clinica tra gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area medica - aveva finito per dettare una disciplina in contrasto con la decisione espressa dal Consiglio di Stato nel 2004.

L'Ordine degli psicologi laziale (con la delibera 307 del 21 novembre 2005) si è subito opposto al decreto, rivolgendosi al Tar del Lazio che - con la sentenza 8780 del 19 settembre 2006 - ha riconosciuto fondato il ricorso, in quanto l'equipollenza tra medicina e psicologia può sussistere solo ed esclusivamente nell'ambito della psicoterapia.

Decisione che ora è stata fatta propria dal Consiglio di Stato con la sentenza 4483/07 che, di conseguenza, ha chiuso la porta del settore ai laureati in Medicina.

«Non possiamo che esprimere soddisfazione per un risultato che è stato raggiunto grazie alla tenace volontà di esigere la chiarezza normativa - sottolinea Marialori Zaccaria, presidente dell'Ordine degli Psicologi del Lazio - necessaria a depotenziare ogni tentativo di "incursione" da parte delle istituzioni o dell'Ordine dei medici in un ambito di specializzazione come quello della psicologia clinica di esclusiva competenza della nostra professione. Per una causa giusta, a tutela dell'intera comunità scientifica degli psicologi, abbiamo impegnato grandi energie e oggi, dopo quasi dodici anni di battaglie legali, abbiamo avuto ragione».

(dal "Sole 24 ore" dell'8/9/2007)

zione professionale dei medici troverebbe un ostacolo espresso.

Alla luce di tali considerazioni, il collegio ribadisce l'orientamento già manifestato dalla Sezione con la richiamata pronuncia 2 marzo 2004, n. 981, secondo il quale solo la dimostrata riconducibilità della psicologia clinica, all'ambito della psicoterapia consentirebbe di aprire tale ambito professionale ai medici.

Tale dimostrazione è peraltro, nel caso di specie, totalmente mancata, ed anzi tale assimilazione può essere elusa sulla base del fatto, non contestato, che la specializzazione in psicologia clinica consente l'accesso alla professione di psicoterapeuta, ma consente anche l'accesso a differenti aree di intervento psicologico.

L'ultima osservazione consente anche di superare la questione di costitu-

zionalità adombrata dall'appellante, pur senza precisare i necessari parametri, in relazione al combinato disposto degli artt. 2 e 3 della legge 18 febbraio 1989, n. 56 interpretato come appena riassunto, in quanto solo la dimostrata assimilabilità della psicologia clinica alla psicoterapia ovvero ad altra area professionale nella quale possono operare i medici consentirebbe di dubitare della razionalità della scelta di eludere i medici dal suo esercizio.

L'appello deve, in conclusione, essere respinto.

In considerazione della complessità della controversia le spese possono essere integralmente compensate.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, Sezione Sesta, respinge l'appello.

Compensa integralmente spese ed onorari del giudizio fra le parti costituite.

Ordina che la presente decisione sia eseguita dell'Autorità amministrativa.

Così deciso in Roma, il giorno 22 maggio 2007 dal Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Sesta) nella Camera di Consiglio con l'intervento dei Signori:

Gaetano Trotta, *Presidente*
Carmine Volpe, *Consigliere*
Giuseppe Romeo, *Consigliere*
Luciano Barra Caracciolo,
Consigliere
Manfredo Atzeni *Consigliere, est.*

*All'esame
del legislatore
le nostre osservazioni
sulle tre proposte
di legge
sulla psicoterapia
convenzionata.*

*Il Presidente
dell'Ordine del Lazio
alla Commissione
Affari Sociali della
Camera dei Deputati*

PSICOTERAPIA A CONVENZIONE LA LEGGE FA PASSI AVANTI



*Ecco che cosa abbiamo detto
a chi deve decidere
su un tema così delicato
e spesso oggetto
di dannosi conflitti*

LA "SALUTE PSICHICA" SI DIFENDE ANCHE CON PROPOSTE CHIARE

Marialori Zaccaria

*All'Onorevole Presidente
Mimmo Lucà
Commissione Affari Sociali
della Camera dei Deputati*

Oggetto: Osservazioni sulle proposte di legge C. 439 Cancrini, C. 1856 Di Virgilio e C. 2486 Giulio Conti e Meloni, recanti "Disposizioni per l'accesso alla psicoterapia" sottoposte all'esame della XII Commissione Permanente Affari sociali della Camera dei Deputati.

Vorrei innanzitutto ringraziare il Presidente della Commissione Affari Sociali, l'onorevole Mimmo Lucà, per avermi invitato a partecipare all'odierna audizione informale, finalizzata ad approfondire questioni di notevole rilevanza per l'Ente che rappresento.

L'Ordine degli Psicologi del Lazio iniziò infatti ad interessarsi alle tematiche connesse all'accesso alla psicoterapia già nel 2001, attraverso la raccolta di firme per una petizione popolare diretta a promuovere un intervento legislativo sulla "Psicoterapia a Convenzione". In ogni modo come presidente dell'ordine spero che possa essere promulgata al più presto una legge in materia, che riconoscendo pari dignità tra la psiche ed il soma della persona/cittadino/utente/consumatore, consenta al nostro paese di adeguarsi sul piano culturale alle indicazioni emanate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1946.

La psicoterapia, in ogni sua applicazione, familiare, di coppia, individuale e di gruppo - rivolta all'infanzia, all'adolescenza ed agli adulti - ha apportato numerosi benefici tanto per la soluzione del disagio psichico o per la prevenzione al cronicizzarsi delle patologie psico-fisiche, che per evitare la riospedalizzazione delle gravi patologie psichiche trattate anche farmacologicamente. Tali benefici sono stati

LE LETTERE DI CONVOCAZIONE

Camera dei Deputati XII Commissione Affari Sociali

*Alla Dott.ssa Marialori Zaccaria
Presidente dell'Ordine
degli Psicologi del Lazio*

Egregio Presidente,
la XII Commissione (Affari sociali), da me presieduta, sta esaminando le proposte di legge C. 439 Cancrini, C. 1856 Di Virgilio e C. 2486 Giulio Conti e Meloni, recanti "Disposizioni per l'accesso alla psicoterapia", consultabili sul sito internet www.camera.it.

La Commissione, pertanto, ha convenuto sull'opportunità di svolgere, nell'ambito del Comitato ristretto nominato dalla stessa, alcune audizioni informali volte ad approfondire le tematiche oggetto delle proposte di legge citate.

La prossima audizione, alla quale La invito a partecipare, avrà luogo mercoledì 20 giugno 2007, alle ore 15, presso l'aula della Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati (ingresso da piazza del Parlamento 24).

A tal fine, Le chiedo gentilmente di voler dare conferma della Sua partecipazione alla segreteria della Commissione (tel. 0667603850/4738, fax 0607602546), entro la giornata di martedì 19 giugno 2007.

Le faccio inoltre presente che sarebbe di particolare utilità per la Commissione una sintetica memoria scritta sulle questioni oggetto dell'audizione.

RingraziandoLa anticipatamente, colgo l'occasione per inviarLe i miei più cordiali saluti

Mimmo Lucà
Il Presidente

confermati da un recente studio a livello europeo apparso sulla rivista "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" dal titolo "Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto Esemmed-Wmh²" (monografia supplemento 8 - edizione Il Pensiero Scientifico anno 2005), nonché dal libro "La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti", pubblicato nel 2006 (a cura di Dazzi, Lingiardi, Colli - Ed. R. Cortina), che racchiude le innumerevoli ricerche effettuate a livello internazionale sull'argomento. Vorrei aggiungere che le ultime ricerche delle neuroscienze hanno dimostrato come attraverso l'esperienza di un trattamento psicoterapeutico ci siano delle modificazioni a livello della struttura cerebrale. (H. Kandel, "Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited" - J. Ledoux, "Il cervello emotivo. All'origine delle emozioni" - J.M. Edelman, "Il presente ricordato" - A. Damasio, "Emozione e Coscienza" - D. Siegel, "La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale").

È superfluo sottolineare che, incentivando attraverso una simile legge l'utilizzo della psicoterapia, si otterrebbe un enorme vantaggio in termini di risparmio sulla spesa sanitaria, oltre ad un guadagno di benessere psico-fisico da parte dell'utenza. Ancora più rilevante risulterebbe essere il riscontro in termini di parità democratica, considerato che attualmente le persone con un basso reddito - diversamente da quelle agiate - non possono permettersi di contrarre delle assicurazioni che rimborsino la psicoterapia, così come già accade per tutte le prestazioni sanitarie riguardanti la sfera organica, che sono convenzionabili, mentre la psicoterapia è rimasta esclusa sino ad oggi.

Inoltre, essendo il Servizio Sanitario Nazionale in affanno, poichè da decenni non

si assumono professionisti psicologi in grado di svolgere prestazioni psicoterapeutiche, con la nuova normativa subentrerebbe la necessità sia di rafforzare il personale della sanità pubblica sia di fornire delle risposte concrete all'utenza in una situazione di libero mercato, proprio come si verifica per le altre prestazioni sanitarie.

Procedendo con le osservazioni sulle proposte di legge, a mio avviso nei testi si avverte ancora la dicotomia tra mente e corpo, se non addirittura un conflitto - che definirei sterile - tra la psichiatria e la psicologia, ai danni della valenza della legge e soprattutto ai danni dell'utente. Infatti vorrei ricordare che in base all'art. 3 della Legge n. 56 del 18 febbraio 1989, la psicoterapia può essere svolta indifferentemente sia da medici che da psicologi, che abbiano frequentato corsi di specializzazione quadriennali. Perché creare dunque contrapposizioni lì dove non devono esserci?

Nell'**articolo 1** delle tre proposte di legge, a mio parere sarebbe opportuno utilizzare la definizione di *salute psichica*, anziché quella di *salute mentale (o salute psicologica)*, considerando che mentale riporta ad un concetto strettamente organico, mentre la *psiche* è la mente nel suo complesso, comprendente sia la parte conscia che quella inconscia. Conseguentemente ogni qualvolta si usa il termine *psichiatrico* o *psicologico* dovrebbe adoperarsi invece il termine *psichico*.

Nell'**articolo 2** si menzionano le strutture del Servizio Sanitario Nazionale che vagliano l'accesso alla psicoterapia a convenzione. Ritengo sia corretto specificare "*qualora i presidi ASL non possano provvedervi direttamente*".

Per quanto concerne la definizione della figura abilitata a emettere la diagnosi si dovrebbe parlare correttamente di "*Dirigente Sanitario, psicologo o psichiatra*", in quanto il professionista psicologo

inquadrate nel ruolo di Dirigente Sanitario deve comunque possedere la specializzazione in psicoterapia, e quindi è abilitato a fare la diagnosi. Non è quindi accettabile la dizione "*diagnosi formulate da uno specialista in psichiatria*", poiché l'art. 1 della Legge n. 56 del 18 febbraio 1989 sancisce - lo ribadiamo - che il professionista psicologo possa svolgere diagnosi o meglio psicodiagnosi.

Tra l'altro sarebbe un vero paradosso pensare che uno psicoterapeuta psicologo possa svolgere psicoterapia senza poter effettuare una diagnosi funzionale. Occorre considerare infatti che proprio attraverso la diagnosi funzionale si avvia il processo terapeutico, recuperando le parti sane del paziente e le sue potenzialità per uno sviluppo del benessere psicofisico.

Nell'**articolo 3** si indicano i requisiti necessari per richiedere l'accreditamento. In linea con la Legge n. 248 del 4 agosto 2006, ritengo che oltre ai singoli professionisti, debbano essere accreditate le associazioni tra professionisti, così come menzionato nell'art. 7 della suddetta legge. Naturalmente sono da escludere tutte le strutture private convenzionate, ovvero quelle che hanno già nei loro compiti l'erogazione della psicoterapia.

Suggerisco comunque di non determinare dei parametri di accesso alle convenzioni per i professionisti e per le associazioni, in modo da salvaguardare i giovani professionisti. Sarebbe comunque opportuno per motivi di trasparenza verso l'utente che vi fosse l'obbligo per ogni psicoterapeuta di pubblicare l'anno di iscrizione all'Ordine di appartenenza, l'anno di annotazione nell'elenco degli psicoterapeuti, il modello teorico di riferimento e la formazione continua.

Il punto 3 del suddetto articolo non dà facoltà all'accreditamento ai dipendenti delle strutture del SSN e delle strutture

private accreditate. Penso che questo comma si scontri con il principio - indicato nella Legge n. 662 del 23 dicembre 1996 - che consente al dipendente di svolgere attività professionale intra o extramoenia. C'è da dire peraltro che in conformità con quanto previsto dal D.M. 28 novembre 2000 - Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni - per il dipendente pubblico è già fatto divieto di svolgere attività libero professionale con la stessa tipologia di utenti, del servizio in cui opera.

Sul tema della supervisione sussistono da parte mia le seguenti perplessità:

1. Può essere tenuto alla supervisione clinica il giovane professionista, ma non si può pretendere altrettanto da un professionista di comprovata esperienza.
2. Non è pensabile sancire in modo rigido per legge chi è autorizzato a compiere la supervisione dei casi clinici. In questa materia è consigliabile lasciare spazio alla discrezionalità dei regolamenti delle scuole di specializzazione private riconosciute dal Miur, che normalmente prevedono che il supervisore abbia concluso il suo training e sia di provata esperienza.
3. Quanto alle scuole di specializzazione universitarie che abilitano alla psicoterapia è da rilevare che non prevedono dei training psicoterapeutici.
4. Appare inopportuno e contraddittorio porre dei paletti rigidi attorno alla figura del supervisore - a tutela del professionista psicoterapeuta - e non inserire invece alcun limite per l'accesso alle convenzioni per la psicoterapia, che invece andrebbe a tutela dell'utente e dello stesso professionista.

Ulteriormente, alcuni punti delle proposte di legge parlano di relazioni trimestrali da inviare al servizio pubblico. Ritengo che una prassi del genere sia poco congrua per la psicoterapia, in quanto a fronte di modelli teorici di riferimento di

ECCO I TRE TESTI ALLEESAME DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

versi si potrebbero determinare problemi tra chi ha fatto la diagnosi e chi svolge l'intervento psicoterapeutico. Forse sarebbe più utile e giusto parlare di coordinamento e discussione dei casi clinici.

Credo invece che sia da condividere e da supportare il discorso sulle valutazioni di processo e degli esiti in psicoterapia.

Penso anche che sia opportuno lasciare all'utente la libera scelta del professionista o dell'associazione di professionisti convenzionati, poiché potrebbe rappresentarsi - da parte del dipendente pubblico - un conflitto di interessi qualora si indirizzasse l'utente verso una determinata scelta.

Per quanto concerne i costi delle prestazioni psicoterapeutiche, si precisa che la Legge n. 248 del 4 agosto 2006 ha abolito il minimo tariffario.

È completamente da condividere che il professionista convenzionato possa certificare, al pari del Dirigente Sanitario, l'astensione dal lavoro dei pazienti in trattamento, così come è corretto prevedere la possibilità di revoca dell'accreditamento, però considerandone anche il reintegro.

Concordo infine sul fatto che il libero professionista possa svolgere le funzioni di tutor per i tirocinanti. È necessario tuttavia precisare che ogni tutor non potrà seguire in supervisione più di due tirocinanti per volta. Questo limite posto nel SSN si rivela fondamentale non solo per evitare che si svolgano esclusivamente prestazioni di tutoring a discapito dei compiti a cui si è principalmente preposti, ma soprattutto per evitare - a tutela dell'utente - l'inconveniente che i servizi siano tenuti in piedi da tirocinanti.

Dott.ssa Marialori Zaccaria
Il Presidente dell'Ordine degli Psicologi del Lazio

PROPOSTA DI LEGGE N. 439

d'iniziativa dei deputati

Cancrini, Bafle, Boato, Bucchino, Burtone, Dato, De Zulueta, Fasciani, Francescato, Grassi, Grillini, Lo Monte, Orlando, Palomba, Pellegrino, Sanna, Zanotti

Disposizioni per l'accesso alla psicoterapia

Presentata il 4 maggio 2006

ONOREVOLI COLLEGHI!

L'Organizzazione mondiale della sanità ha più volte sottolineato in questi ultimi anni l'importanza crescente degli interventi psicoterapeutici nei programmi e nelle scelte di politica sanitaria. Sempre più numerosi sono, infatti, gli studi internazionali che dimostrano l'utilità del lavoro psicoterapeutico in tutte le situazioni di disagio psichiatrico e in molte altre condizioni di sofferenza come la tossicodipendenza e i disturbi del comportamento alimentare, l'antisocialità e i disturbi del bambino abusato o maltrattato che arrivano abitualmente ad altri tipi di servizio sociale o sanitario. Nel campo delle psicosi schizofreniche, prima di tutto, quello che viene dimostrato con chiarezza da ricerche compiute su molte migliaia di casi è il fatto per cui il fattore di prevenzione più importante delle ricadute è quello del sostegno psicoterapeutico alle famiglie: integrato con l'utilizzo delle strutture intermedie di tipo comunitario e con un accorto

impiego di farmaci neurolettici, esso contribuisce, infatti, più di qualsiasi altro intervento ad evitare nuove ospedalizzazioni e le evoluzioni più gravi delle psicosi. Per ciò che riguarda la sindrome depressiva, le ricerche anamnestiche dimostrano ugualmente con chiarezza che, a breve termine, i risultati dell'intervento farmacologico sono analoghi a quelli della psicoterapia ma delle ricadute sono comunque evidenti. Le stesse valutazioni sono state fatte del resto nel trattamento delle nevrosi e dei disturbi di personalità, soprattutto quelli all'origine delle tossicodipendenze e dei disturbi di comportamento alimentare, dove la psicoterapia si rivela molto più efficace di qualsiasi farmaco. Un valore preventivo e terapeutico straordinario viene riconosciuto alla psicoterapia, infine, quando chi manifesta disagio è il bambino o l'adolescente: nel caso in particolare dei disturbi post-traumatici legati all'abuso ed ai maltrattamenti, la necessità di utilizzare strumenti di livello psicoterapeutico nella cura delle vittime e l'impossibilità di affidare queste ultime esclusivamente a dei trattamenti medici risulta con grande chiarezza dall'esperienza dei clinici e dei ricercatori. Una volta chiarita l'utilità degli interventi psicoterapeutici, quella che va valutata con grande attenzione è la situazione, tuttavia, dei servizi chiamati ad erogarli. L'osservazione più banale, a questo proposito, è quella per cui, salvo lodevoli eccezioni, la maggior parte delle

strutture pubbliche non può permettersi di offrire interventi psicoterapici strutturati ai soggetti che ne hanno bisogno. Il che viene implicitamente riconosciuto, in fondo, dalle assicurazioni di alcune categorie privilegiate (parlamentari, giornalisti e dirigenti d'azienda) che riconoscono ai loro clienti la possibilità di essere rimborsati per le spese sostenute usufruendo della professionalità di uno psicoterapeuta privato. Il paradosso che ne risulta è quello per cui la psicoterapia viene rimborsata a quelli che avrebbero la possibilità di pagarsela da sé mentre nessun rimborso è previsto per quelli che non hanno la possibilità di pagarsela. Lo scopo fondamentale della presente proposta di legge sta in effetti tutto qui: nel riconoscimento del diritto d'accesso alle prestazioni offerte dagli psicoterapeuti per tutti quelli che possono trarne un vantaggio significativo. Un diritto che viene assicurato istituendo un sistema di accreditamento dei professionisti con specializzazione in psicoterapia ai quali i servizi delle aziende sanitarie locali (ASL) invieranno i soggetti bisognosi di diagnosi e cura solo nei casi in cui non possono garantire adeguata assistenza. Proponendo una scelta, quella del professionista privato convenzionato, che è importante prima di tutto per motivi di bilancio, perché l'assunzione di un numero adeguato di psicoterapeuti avrebbe costi insostenibili per il Sistema sanitario nazionale, ma anche per motivi, ancora più importanti, di efficacia, perché la persona con cui si istituisce un rapporto psicoterapeutico va scelta e perché la privacy di questo rapporto è una componente importante del lavoro terapeutico. I compiti che vengono attribuiti alle regioni e ai dipartimenti di salute mentale sono, d'altra parte, quello essenziale di decidere se l'intervento psicoterapeutico richiesto deve essere effettivamente erogato, quello di definire la quota di

partecipazione alla spesa da parte dell'assistito e quello, altrettanto importante, di monitorare e verificare l'efficacia e la qualità di un servizio che dovrà essere reso, comunque, al livello tariffario minimo stabilito dagli ordini professionali. Una considerazione importante da fare, a questo punto, è quella che riguarda i costi di questa innovazione che sarà comunque a carico del Fondo sanitario nazionale. Partendo dal presupposto per cui l'accesso alla psicoterapia è proposto come alternativo ad altre più costose forme di intervento basate soprattutto sul farmaco e sul ricovero, i costi degli interventi psicoterapici saranno compensati con il parallelo risparmio in termini di calo della spesa farmaceutica e degli interventi di ospedalizzazione. Il farmaco, infatti, tende a cronicizzare il paziente e ad essere più costoso, nel tempo, di una terapia capace di prevenire e curare. Quello che è stato documentato da alcuni anni, ormai, in diversi Länder tedeschi, dove il cittadino trova un elenco di psicoterapeuti accreditati dal Servizio pubblico sanitario ai quali lo stesso Servizio invia i pazienti, sobbarcandosi la parte di costo che il cittadino non può sostenere, è una diminuzione importante della spesa sanitaria destinata ai problemi psichiatrici. Quello che va benche, tenuto presente di fronte a chi si ponesse il problema di un aumento indiscriminato della spesa per la psicoterapia, d'altra parte, è che, a garanzia stessa del suo funzionamento, il trattamento psicoterapeutico dovrebbe comunque far leva sul sistema di partecipazione al costo legato al reddito, definito dal decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124. L'articolo 1 della proposta di legge afferma prima di tutto il diritto per tutti i cittadini che ne possono trarre giovamento di accesso a un trattamento psicoterapeutico. L'articolo 2 attribuisce ai servizi delle ASL la valutazione delle richieste di accesso al trattamento e altresì il compito di indicare la prestazione che è possibile erogare

in convenzione. L'articolo 3 indica i requisiti per l'accREDITAMENTO dei professionisti e delle strutture interessate ad erogare trattamenti psicoterapici in convenzione e sottolinea, in particolare, la necessità di utilizzare criteri specifici, da parte delle regioni, per l'individuazione delle strutture abilitate all'intervento da effettuare a favore dei minori vittime di abuso sessuale, di maltrattamento o di abbandono. L'articolo 4 segnala la necessità di considerare le prestazioni di assistenza psicoterapeutica come prestazioni al cui costo l'utente partecipa e affida alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano il compito di organizzare il sistema delle convenzioni, della loro utilizzazione e del loro controllo. L'articolo 5 propone una regolamentazione delle attività di tirocinio previste per gli allievi delle scuole di specializzazione in psicoterapia riconosciute dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca ampliando, anche per questa via, la possibilità di offrire risposte psicoterapeutiche strutturate nei servizi pubblici e privati accreditati.

La proposta di legge

ART. 1

- I. Il Servizio sanitario nazionale assicura il diritto dei cittadini alla prevenzione e alla cura nel campo della tutela della salute mentale, assicurando fra l'altro, a tutti coloro che possono trarne giovamento, l'accesso ad un trattamento psicoterapeutico.

ART. 2

- I. Le richieste di un trattamento psicoterapico formulate direttamente dall'utente o, in suo nome, dai servizi sociali dei comuni o da quelli penitenziari sono vagliate dai dipartimenti di salute mentale, dai servizi per le tossicodipendenze, dai servizi materno-infantili, dalle unità operative di biologia e dalle altre strut-

ture delle aziende sanitarie locali (ASL). Nel caso in cui le richieste siano ritenute valide, gli assistiti sono indirizzati, se i presîdi delle ASL non possono provvedervi direttamente, presso strutture private e professionisti accreditati ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, per le seguenti prestazioni:

- a) valutazione, in collaborazione con i responsabili del servizio, della motivazione al trattamento psicoterapeutico;
- b) trattamento psicoterapeutico.

ART. 3

1. Ad esclusione dei casi di cui al comma 2, possono accedere all'accreditamento di cui all'articolo 2:
 - a) i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:
 - 1) iscrizione all'Ordine degli psicologi o all'Ordine dei medici chirurghi;
 - 2) annotazione, negli albi professionali degli psicologi e dei medici chirurghi, dell'abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica riconosciuta ai sensi degli articoli 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, e successive modificazioni;
 - 3) assenza di rapporti di lavoro con le strutture del Servizio sanitario nazionale o con strutture private accreditate;
 - b) le strutture private, quali le associazioni senza scopo di lucro, le cooperative sociali e le organizzazioni non lucrative di utilità sociale che operano quali centri di psicoterapia e che si avvalgono di professionisti in possesso dei requisiti di cui alla lettera a).
2. Possono accedere all'accreditamento per le valutazioni ed i trattamenti di minori maltrattati o abusati e delle loro famiglie:
 - a) le strutture pubbliche e private, quali le associazioni senza scopo di lucro, le cooperative sociali e le organizzazioni non lucrative di utilità sociale che si avvalgono di professionisti in possesso dei requisiti di cui alla lettera a) del comma 1 e che sono in grado di documentare di svolgere, nell'ambito della regione o del-

la provincia autonoma in cui hanno sede, una adeguata attività professionale nel settore specifico del trattamento dei minori;

b) i professionisti dotati dei requisiti di cui alla lettera a) del comma 1 che abbiano ricevuto una adeguata formazione professionale nell'ambito delle strutture di cui alla lettera a) del presente comma.

3. I centri di psicoterapia e i singoli professionisti di cui ai commi 1 e 2 per accedere all'accreditamento debbono documentare il ricorso alla supervisione clinica, effettuata da didatti delle scuole di specializzazione in psicoterapia universitarie o riconosciute dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. I professionisti accreditati ai sensi del presente articolo si devono, inoltre, attenere alle disposizioni vigenti in materia di educazione continua in medicina.

ART. 4

1. Le prestazioni di assistenza psicoterapeutica presso i centri di psicoterapia e i professionisti accreditati rientrano nel sistema di partecipazione al costo di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, e possono essere prescritte singolarmente o per cicli. Gli assistiti partecipano al costo delle prestazioni pagando l'importo indicato nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specifiche ambulatoriali ammesse per il Servizio sanitario nazionale, di cui al decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 216 del 14 settembre 1996, direttamente ai centri di psicoterapia o ai singoli professionisti presso i quali effettuano il trattamento. Sono esclusi dal pagamento delle prestazioni di cui al presente articolo gli assistiti che hanno diritto all'esenzione totale.
2. La remunerazione ed il rimborso dei centri di psicoterapia e dei singoli professionisti accreditati, sono definiti dalle regioni e dalle province autonome, sentiti gli ordini professionali, nell'ambito della procedura di cui agli articoli 8-*quinquies* e 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive

modificazioni, comunque in misura non superiore al minimo delle tariffe indicate dagli ordini professionali.

3. I presîdi delle ASL che indirizzano i pazienti presso i centri di psicoterapia privati ed i professionisti accreditati attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla qualità delle prestazioni di assistenza psicoterapeutica offerte ai pazienti dalle medesime strutture private o dagli stessi professionisti accreditati, assicurando nel contempo la valutazione dei programmi terapeutici ed il coordinamento con le strutture territoriali del Servizio sanitario nazionale. Le regioni, in collaborazione con le ASL, possono istituire osservatori regionali finalizzati alla raccolta dei dati sui trattamenti psicoterapeutici realizzati presso i centri di psicoterapia e i singoli professionisti accreditati.
4. Le certificazioni valide ai fini dell'astensione dal lavoro relative ai pazienti in trattamento psicoterapeutico possono essere rilasciate oltre che dai professionisti dipendenti del Servizio sanitario nazionale, anche dagli psicoterapeuti convenzionati.

ART. 5

1. I presîdi delle ASL, i servizi sociali e psicosociali delle pubbliche amministrazioni, le strutture private accreditate o, nei casi in cui il sistema di accreditamento non sia attivo, convenzionate, che svolgono attività di tipo psicoterapico, ai sensi della legge 18 febbraio 1989, n. 56, provvedono, nei limiti delle loro possibilità, all'organizzazione dei tirocini su richiesta delle scuole di specializzazione in psicoterapia universitarie o riconosciute dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, con le quali stipulano apposite convenzioni, definendo il monte ore ed il numero degli allievi da ospitare. Le attività di tirocinio svolte dagli allievi delle scuole di psicoterapia sono supervisionate da professionisti del servizio con competenze psicoterapiche o dai didatti delle scuole.

PROPOSTA DI LEGGE N. 1856

d'iniziativa dei deputati

Di virgilio, Baiamonte, Barbieri, Bocciardo, Brusco, Campa, Cstellani, Ceccacci, Rubino, Ciccio, Giulio Conti, Crimi, D'Ippolito Vitale, Fabbri, Fallica, Ferrigno, Filipponio Tatarella, Forlani, Franzoso, Gardini, Grimaldi, Mazzaracchio, Palmieri, Palumbo, Pedrizza, Rivolta, Romagnoli, Testoni

Disposizioni per l'accesso alla psicoterapia

Presentata il 25 ottobre 2006

ONOREVOLI COLLEGHI!

Le condizioni di disagio psichiatrico e di turbe del comportamento alla base di molte situazioni patologiche che mettono a dura prova l'equilibrio della persona interessata e, spesso, della sua famiglia, sono in aumento e quindi non possono non richiedere interventi sempre più mirati e personalizzati non solo con farmaci adeguati ma, come riportato da numerosi studi internazionali, con un intervento psicoterapeutico adeguato, individuale o di gruppo, finalizzato al paziente e anche alla sua famiglia. Tra l'altro, con interventi mirati e appropriati di un lavoro psicoterapeutico efficiente si evitano ricorsi inopportuni alla ospedalizzazione mentre si attua un vero atto di prevenzione verso forme più gravi che arrivano fino alla psicosi. Assistiamo sempre più frequentemente alla comparsa di disturbi della personalità legati alle tossicodipendenza e ai disturbi del comportamento alimentare, campi nei quali la psicoterapia si è rivelata più efficace di qualsiasi trattamento farmacologico. Tutto ciò è ancora più evidente quando questi quadri si manifestano in età infantile. La crescente frequenza di queste situazioni viene a pesare sui servizi e sulle strutture pubblici-sanitari che nella maggior parte dei casi, non sono sempre in

grado né di supportare il numero delle richieste di accesso, in forte aumento, né di offrire interventi psicoterapeutici strutturati. Scopo di questa proposta di legge è quello, sulla base dei presupposti accennati, di predisporre norme per il riconoscimento del diritto di accesso alle prestazioni psicoterapeutiche nell'ambito di strutture sanitarie private accreditate che dovranno richiedere l'autorizzazione a fornire prestazioni di assistenza psicoterapeutica, a carico del servizio sanitario nazionale, alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. La procedura di accreditamento deve rispondere a criteri di rigidità e di restrizione e deve essere valutata dalle aziende sanitarie nazionali, in collaborazione con le cattedre di psichiatria. Inoltre il rilascio della relativa autorizzazione deve essere a carattere temporaneo e revisionabile. Deve, quindi, essere individuato un sistema di monitoraggio e di controllo sulla qualità delle prestazioni di assistenza psicoterapeutica offerta ai pazienti dalle medesime strutture private e dagli stessi professionisti accreditati, assicurando nel contempo la valutazione dei programmi terapeutici e il coordinamento con le strutture territoriali del Servizio sanitario nazionale. Tale sistema di monitoraggio deve essere supervisionato da un professionista di comprovata esperienza che abbia la qualifica riconosciuta di psicoterapeuta. I centri di psicoterapia all'interno di strutture sanitarie private accreditate possono fornire interventi psicoterapeutici secondo piani stabiliti in accordo con le ASL e che individuano sin dall'inizio i tempi, gli obiettivi specifici e le relative modalità di intervento. Inoltre tali interventi devono essere forniti da psicoterapeuti che abbiano una pratica certificata di almeno cinque anni in questo campo. L'articolo 1 della presente legge afferma il diritto di tutti i cittadini che possono trarne giovamento, a scegliere la via più

idonea del trattamento psicoterapeutico.

L'articolo 2 attribuisce ai servizi delle ASL l'erogazione del trattamento e la verifica della indicazione alla psicoterapia nonché la responsabilità di concedere l'autorizzazione all'accesso a tale trattamento presso strutture private accreditate.

L'articolo 3 indica le condizioni per l'accREDITAMENTO dei professionisti e delle strutture interessate ad erogare trattamenti psicoterapeutici in convenzione.

L'articolo 4 segnala la necessità di considerare le prestazioni di assistenza psicoterapeutica come prestazioni al cui costo l'utente partecipa e affida alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano il compito di organizzare il sistema delle convenzioni, della loro utilizzazione e del loro controllo.

L'articolo 5 propone una regolamentazione delle attività di tirocinio previste per gli allievi delle scuole di specializzazione in psicoterapia riconosciute dal Ministero dell'università e della ricerca ampliando, anche per questa via, la possibilità di offrire risposte psicoterapeutiche strutturate nei servizi pubblici e privati accreditati.

L'articolo 6, in fine, indica la copertura finanziaria della proposta di legge.

La proposta di legge

ART. 1

Diritto al trattamento psicoterapeutico

- I. Il Servizio sanitario nazionale riconosce il diritto dei cittadini alla prevenzione e alla cura nel campo della tutela della salute mentale assicurando tra l'altro, a tutti coloro che possono trarne giovamento, l'accesso ad un trattamento psicoterapeutico.

ART. 2

Modalità di accesso al trattamento psicoterapeutico

- I. Le richieste di un trattamento psicoterapeutico formulate dalle strutture alle quali il cittadino si rivolge

per la prestazione, in particolare i servizi sociali dei comuni e quelli penitenziari, sono vagliate dai dipartimenti di salute mentale, dai servizi per le tossicodipendenze, dai servizi materno-infantili e dalle altre strutture delle aziende sanitarie locali ASL. Sono ritenute valide le richieste presentate previa diagnosi formulate o confermate da uno specialista in psichiatria. Nel caso in cui le richieste siano ritenute valide, gli assistiti sono affidati ai presidi della ASL o, esclusivamente quando le ASL non possono soddisfare rapidamente direttamente le richieste, sono indirizzati presso strutture private e professionisti accreditati ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, per le seguenti prestazioni:

- a) valutazione, in collaborazione con i responsabili del servizio, della motivazione al trattamento psicoterapeutico;
- b) trattamento psicoterapeutico.

ART. 3

Modalità di accreditamento delle strutture di psicoterapia e dei professionisti privati

1. Possono accedere all'accreditamento per tutte le attività di cui alla presente legge tranne che per quelle di cui al comma 2 del presente articolo:
 - a) le strutture private che si configurano come centro di psicoterapia, in cui operano professionisti in possesso dei requisiti di cui alla lettera b);
 - b) i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:
 - 1) iscrizione all'Ordine degli psicologi o all'Ordine dei chirurghi e degli odontoiatri;
 - 2) annotazione, negli albi professionali degli psicologi e dei medici chirurghi, dell'abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica riconosciuta ai sensi degli articoli 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, e successive modificazioni;
 - 3) assenza di rapporti di lavoro con le strutture del Servizio sanitario nazionale;
 - 4) esperienza certificata di almeno

cinque anni nell'attività di psicoterapia.

2. Possono accedere all'accreditamento per le valutazioni ed i trattamenti di minori maltrattati o abusati nonché di soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare, quali anoressia, bulimia e obesità, e delle loro famiglie:
 - a) le strutture pubbliche e private in cui operano professionisti in possesso dei requisiti di cui alla lettera b) e che sono in grado di documentare di svolgere, nell'ambito della regione o della provincia autonoma in cui hanno sede, una adeguata attività professionale nel settore specifico del trattamento dei minori;
 - b) i professionisti in possesso dei requisiti di cui alla lettera b) del comma 1 che abbiano ricevuto una adeguata formazione professionale nell'ambito delle strutture di cui alla lettera a) del presente comma.
3. I centri di psicoterapia e i singoli professionisti di cui ai commi 1 e 2 per accedere all'accreditamento debbono documentare il ricorso alla supervisione clinica, effettuata da didatti delle scuole di specializzazione in psicoterapia universitarie o riconosciute dal Ministero dell'università e della ricerca. I professionisti accreditati ai sensi del presente articolo si devono, inoltre, attenere alle disposizioni vigenti in materia di educazione continua in medicina.

ART. 4

Costo delle prestazioni di psicoterapie e sistema di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate

1. Le prestazioni di assistenza psicoterapeutica presso i centri di psicoterapia e i professionisti accreditati rientrano nel sistema di partecipazione al costo di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, e possono essere prescritte singolarmente o per cicli. Gli assistiti partecipano al costo delle prestazioni pagando l'importo indicato nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specifiche ambulatoriali ammesse per il Servizio sanitario nazionale, di cui al decreto del Ministro della salute 22 luglio 1996,

pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 216 del 14 settembre 1996, direttamente ai centri di psicoterapia o ai singoli professionisti presso i quali effettuano il trattamento. Sono esclusi dal pagamento delle prestazioni di cui al presente articolo gli assistiti che hanno diritto all'esenzione totale.

2. La remunerazione e il rimborso dei centri di psicoterapia e dei singoli professionisti accreditati, sono definiti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano, sentiti gli ordini professionali, nell'ambito della procedura di cui agli articoli 8-*quinquies* e 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
3. I presidi delle ASL che indirizzano i pazienti presso i centri di psicoterapia privati ed i professionisti accreditati attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla qualità delle prestazioni di assistenza psicoterapeutica offerte ai pazienti dalle medesime strutture private o dagli stessi professionisti accreditati, assicurando nel contempo la valutazione dei programmi terapeutici e il coordinamento con le strutture territoriali del Servizio sanitario nazionale. Le regioni, e le province autonome di Trento e Bolzano, in collaborazione con le ASL, possono istituire osservatori finalizzati alla raccolta dei dati sui trattamenti psicoterapeutici realizzati presso i centri di psicoterapia e i singoli professionisti accreditati.

ART. 5

Formazione e attività di tirocinio

1. I presidi delle ASL, i servizi sociali e psicosociali delle pubbliche amministrazioni, le strutture private accreditate o, nei casi in cui il sistema di accreditamento non sia attivo, convenzionate con il servizio sanitario nazionale, che svolgono attività di tipo psicoterapeutico, ai sensi della legge 18 febbraio 1989, n. 56 e successive modificazioni, provvedono, nei limiti delle loro possibilità, all'organizzazione dei tirocini su richiesta delle scuole di specializzazione in psicoterapia universitarie o riconosciute dal Ministero dell'Università e della ricerca, con

le quali stipulano apposite convenzioni, definendo il monte ore e il numero degli allievi da ospitare. Le attività di tirocinio svolte dagli allievi delle scuole di psicoterapia sono supervisionate da professionisti del servizio con competenze psicoterapeutiche o dai didatti delle scuole.

ART. 6

Copertura finanziari

1. Alla copertura dei maggiori oneri di competenza pubblica derivanti dall'attuazione dell'articolo 4, valutati, a decorrere dall'anno 2006, in 150 milioni di euro annui, si provvede mediante proporzionale aumento dell'aliquota di base della tassazione dei tabacchi lavorati, di cui all'articolo 28, comma 1, del decreto-legge 30 agosto 1993, n. 331, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 ottobre 1993, n. 427, e successive modificazioni, tale da assicurare un maggiore gettito complessivo pari a 75 milioni di euro annui, nonché mediante proporzionale aumento della tassa sull'alcol e sulle bevande alcoliche previste dall'allegato I al testo unico di cui al decreto legislativo 26 ottobre 1995, n. 504, e successive modificazioni, tale ad assicurare un maggiore gettito complessivo paria 75 milioni di euro annui.
2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

PROPOSTA DI LEGGE N. 2486

d'iniziativa dei deputati
Giulio Conti, Meloni

Disposizioni per assicurare l'accesso ai servizi di psicoterapia e disciplina delle relative convenzioni con il Servizio Sanitario Nazionale

Presentata il 3 aprile 2007

ONOREVOLI COLLEGHI!

Uno dei parametri di civiltà e di sviluppo di un Paese è certamente l'attenzione che esso ripone alla salute psicologica dei propri cittadini e alla sua capacità di prendersi cura dei disagi e dei disturbi che investono la vita quotidiana dei cittadini e delle loro famiglie.

I dati epidemiologici rivelano che in Italia, come in altri Paesi occidentali, circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita (fonte Istituto superiore sanità - ISS).

Ma un disturbo psichico prima di diventare tale è stato per lungo tempo un disagio, per cui la salute psicologica dei cittadini non è solo intervento sulle malattie conclamate, ma anche prevenzione del disagio e promozione del benessere da realizzare attraverso:

- 1) l'educazione alla salute;
- 2) la prevenzione sociale e sanitaria;
- 3) l'educazione al pensiero critico e all'evoluzione socio-culturale;
- 4) l'educazione ai legami sociali e relazionali e alla loro qualità in ogni ambito della vita personale, familiare, lavorativa, sociale e politica.

Nel diritto alla salute dei cittadini, la salute psicologica è stata fino ad oggi drammaticamente e incomprensibilmente trascurata dai nostri legislatori.

Considerati gli incalcolabili costi sociali ed economici, diretti e indiretti, legati a questo ordine di problematiche a carico dei cittadini, delle loro famiglie e

della collettività si è ritenuto opportuno presentare questa proposta di legge.

La salute psicologica è funzione di innumerevoli variabili in ordine a fattori individuali, familiari, sociali ed economici. È per tale ragione che si ritiene fondamentale il ricorso alla prevenzione, secondaria e terziaria, parallelamente all'ottimizzazione delle risorse e degli interventi per il trattamento e per la cura delle problematiche psicologiche e psichiatriche, attraverso il convenzionamento delle attività specialistiche di psicoterapia erogate dai laureati in psicologia e in medicina e chirurgia e abilitati alla psicoterapia successivamente alla specializzazione post lauream, come previsto dall'articolo 3 della legge n. 56 del 1989.

Sulla base di quanto esposto, si evidenzia come la psicoterapia rappresenti non solo una risorsa nel caso di intervento e cura su disturbi conclamati, ma anche una preziosa attività preventiva in innumerevoli situazioni intermedie di disagio, oppure a rischio o ingravescenti, non compiutamente sfruttata dalla collettività.

Le criticità che la presente proposta di legge intende affrontare sono sotto gli occhi di tutti.

Da ricerche condotte in vari Paesi, compresa l'Italia, è emerso che nel corso di un anno solo il 2,0-2,5 per cento della popolazione adulta viene trattato dai servizi psichiatrici pubblici o privati. Si rivela di fondamentale importanza sottolineare che circa il 20-25 per cento della popolazione soffre in un anno, almeno una volta, di un disturbo mentale, ma soltanto il 10% delle persone colpite approda ai servizi specialistici (fonte ISS).

L'Organizzazione mondiale della sanità ha ripetutamente posto in luce la necessità di proporre interventi psicoterapeutici nei programmi di politica sanitaria. Gli studi internazionali dimostrano l'efficacia della

psicoterapia relativamente alle condizioni di disagio psichiatrico e psicologico, individuale e familiare, e in molte altre situazioni di sofferenza, come le depressioni, i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi d'ansia, i disturbi di personalità, le dipendenze patologiche, l'abuso e il maltrattamento, i disagi e le problematiche delle famiglie, i disagi e i disturbi infantili e adolescenziali, la prevenzione dei suicidi eccetera.

Il trattamento delle psicopatologie, oltre agli usuali presidi farmacologici che da soli non costituiscono una esaustiva cura, così come evidenziato dalla letteratura scientifica internazionale, necessita di azioni complementari di tipo psicoterapeutico individuale, familiare e di gruppo.

La proposta di legge

ART. 1

Diritto alla salute psicologica

1. Lo Stato assicura a tutti i cittadini il diritto alla salute psicologica, consentendo loro l'accesso ai servizi di prevenzione e di cura pubblici o privati convenzionati di psicoterapia.

ART. 2

Accesso ai servizi di psicoterapia

1. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie del Servizio sanitario nazionale (SSN) assicurano l'accesso dei cittadini ai servizi pubblici o privati convenzionati di psicoterapia.
2. Le richieste di accesso ai servizi di psicoterapia di cui al comma 1 sono presentate dal singolo cittadino o dai servizi pubblici sanitari o socio-sanitari delle regioni e dei comuni. Qualora si tratti di minore, la richiesta può essere fatta solo con il consenso dei genitori o di chi ne fa le veci, sentito il servizio sanitario o sociosanitario competente.
3. Le richieste presentate ai sensi del comma 2 sono valutate dal servizio pubblico sanitario o socio-sanitario competente, previa verifica della re-

lativa diagnosi specialistica effettuata da uno psicologo o da un medico psichiatra.

4. Ai fini della diagnosi di cui al comma 3 sono riconosciute tutte le condizioni di disagio e di disturbo psicologico che la letteratura scientifica in materia riconosce trattabili mediante tecniche psicoterapeutiche.
5. Ogni paziente, la cui richiesta di accesso ai servizi di psicoterapia è stata valutata e accolta ai sensi del presente articolo, può avvalersi, oltre che dei centri di psicoterapia, anche di singoli professionisti o delle associazioni di professionisti scelti tra i nominativi iscritti in un apposito elenco di specialisti convenzionati, che è reso disponibile al pubblico presso tutti i servizi di psicoterapia del SSN.

ART. 3

Criteri per l'accreditamento

1. I servizi di psicoterapia convenzionati previsti dalla presente legge sono erogati da singoli professionisti o da associazioni di professionisti accreditati, che devono possedere i seguenti requisiti:
 - a) quanto ai singoli professionisti:
 - 1) iscrizione all'ordine degli psicologi o all'ordine dei medici chirurghi;
 - 2) annotazione, negli albi professionali degli psicologi o dei medici chirurghi, dell'abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica riconosciuta ai sensi degli articoli 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, e successive modificazioni;
 - 3) assenza di rapporti di lavoro dipendente del professionista con le strutture del SSN;
 - b) quanto alle associazioni di professionisti:
 - 1) finalità di prevenzione secondaria e terziaria nello statuto;
 - 2) avere almeno un membro psicoterapeuta che risponde ai requisiti di cui alla lettera a);
 - c) quanto alle strutture utilizzate dai singoli professionisti o dalle associazioni di professionisti:

- 1) gli studi devono possedere i requisiti minimi di qualificazione per l'erogazione di un servizio socio-sanitario stabiliti dalla regione competente;
- 2) gli studi devono essere in possesso dell'autorizzazione e delle concessioni del comune e dell'azienda sanitaria locale competenti, ove richieste, relative alla verifica di compatibilità del servizio socio-sanitario previste dalla regione competente.

2. Ai fini dell'accreditamento di cui al comma 1 i singoli professionisti e le associazioni di professionisti sono, altresì tenuti a:

a) documentare il ricorso a supervisioni cliniche, individuali o di gruppo, effettuate da professionisti supervisori psicoterapeuti che siano di comprovata e documentabile esperienza in ambiti clinici specifici, iscritti come psicoterapeuti da almeno cinque anni negli albi professionali degli psicologi e dei medici chirurghi e iscritti nell'elenco appositamente istituito dagli ordini regionali e provinciali degli psicologi e dei medici chirurghi. Ai fini della presente lettera sono considerate valide le supervisioni effettuate da professionisti psicoterapeuti aventi gli stessi requisiti, a condizione che tra essi sia presente almeno un supervisore con i requisiti previsti dalla presente lettera;

b) documentare, mediante relazioni almeno trimestrali, l'andamento del trattamento e la sua valutazione al servizio di psicoterapia che ha convalidato la richiesta di accesso ai sensi dell'articolo 2;

c) essere in regola con la normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM). A tale scopo, le supervisioni effettuate ai sensi della lettera a) valgono ai fini dell'attribuzione del punteggio ECM.

3. L'accreditamento per i servizi di psicoterapia previsti dalla presente legge è riconosciuto, inoltre, alle strutture private che si configurano come centro di psicoterapia, in cui operano professionisti in possesso dei requisiti previsti dal comma 1, lettera a).

ART. 4

Costi dei servizi di psicoterapia

1. I servizi di psicoterapia svolti presso i centri di psicoterapia, i singoli professionisti e le associazioni di professionisti accreditati ai sensi dell'articolo 3 della presente legge rientrano nel sistema di partecipazione al costo di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, e possono essere prescritti singolarmente o per cicli. Gli assistiti partecipano al costo delle prestazioni pagando l'importo indicato nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specifiche ambulatoriali ammesse per il SSN, di cui al decreto del Ministro della salute 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 216 del 14 settembre 1996, direttamente ai centri di psicoterapia o ai singoli professionisti presso i quali effettuano il trattamento. Sono esclusi dal pagamento delle prestazioni di cui al presente articolo gli assistiti che hanno diritto all'esenzione totale.
2. La remunerazione e il rimborso dei centri di psicoterapia e dei singoli professionisti accreditati sono definiti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, sentiti gli ordini professionali, nell'ambito della procedura di cui agli articoli 8-*quinquies* e 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, comunque in misura non superiore al minimo delle tariffe indicate dagli ordini professionali.
3. Le certificazioni valide ai fini dell'astensione dal lavoro relative ai pazienti che usufruiscono dei servizi di psicoterapia ai sensi della presente legge possono essere rilasciate, oltre che dai professionisti dipendenti del SSN, anche dal singolo professionista convenzionato che presta il servizio.

ART. 5

Verifica, monitoraggio e controllo qualitativo dei servizi di psicoterapia

1. La verifica, il monitoraggio e il controllo della qualità dei servizi di psicoterapia sono garantiti dai servizi

pubblici sanitari o socio-sanitari di cui all'articolo 2, comma 2.

2. Ogni servizio pubblico di cui al comma 1 è tenuto a esaminare le relazioni ad esso trasmesse ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera b), dal singolo professionista o dall'associazione di professionisti accreditati, al fine di verificare, monitorare e valutare il trattamento psicoterapeutico.
3. Ogni singolo professionista, in collaborazione con ciascun servizio di cui all'articolo 2, comma 2, è tenuto a effettuare periodiche valutazioni di processo e di esito secondo i più aggiornati criteri in materia. A tale fine, il professionista e il servizio sono tenuti a stabilire periodici contatti.
4. Le regioni, le aziende sanitarie locali, i comuni, gli ordini professionali, le associazioni scientifiche nonché gli organismi ministeriali costituiti in materia possono, d'intesa tra loro, provvedere all'istituzione di un apposito organismo indipendente con funzioni di osservatorio permanente sui dati dei servizi di psicoterapia raccolti ai sensi del presente articolo.

ART. 6

Revoca dell'accreditamento

1. I servizi pubblici sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 2, comma 2, competenti per territorio possono sospendere o revocare l'accreditamento riconosciuto ai sensi dell'articolo 3 in caso di violazioni alle disposizioni della presente legge o dei codici deontologici nonché a seguito della segnalazione di provvedimenti disciplinari a carico di singoli professionisti disposti dai competenti ordini professionali provinciali e regionali.

ART. 7

Attività di tirocinio

1. I presidi delle aziende sanitarie locali, i servizi sociali e psico-sociali delle pubbliche amministrazioni, le strutture private accreditate o, nei casi in cui il sistema di accreditamento previsto dall'articolo 3 della presente legge non sia attivo,

convenzionate con il SSN, che svolgono attività di tipo psicoterapeutico, ai sensi della legge 18 febbraio 1989, n. 56, e successive modificazioni, provvedono, nei limiti delle loro possibilità, all'organizzazione dei tirocini su richiesta delle scuole di specializzazione in psicoterapia universitarie o riconosciute dal Ministero dell'università e della ricerca, con le quali stipulano apposite convenzioni, definendo il monte ore e il numero degli allievi da ospitare. Le attività di tirocinio svolte dagli allievi delle scuole di psicoterapia sono soggette a supervisione da parte dei professionisti del servizio pubblico sanitario o socio-sanitario in possesso di specifiche competenze psicoterapeutiche.

ART. 8

Copertura finanziaria

1. Alla copertura dei maggiori oneri di competenza pubblica derivanti dall'attuazione dell'articolo 5, valutati, a decorrere dall'anno 2007, in 250 milioni di euro annui, si provvede mediante proporzionale aumento dell'aliquota di base della tassazione dei tabacchi lavorati, di cui all'articolo 28, comma 1, del decreto-legge 30 agosto 1993, n. 331, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 ottobre 1993, n. 427, e successive modificazioni, tale da assicurare un maggiore gettito complessivo pari a 75 milioni di euro annui, mediante proporzionale aumento della tassa sull'alcol e sulle bevande alcoliche previste dall'allegato I al testo unico di cui al decreto legislativo 26 ottobre 1995, n. 504, e successive modificazioni, tale da assicurare un maggiore gettito complessivo pari a 75 milioni di euro annui, nonché mediante utilizzo di una quota dei proventi delle lotterie nazionali pari a 100 milioni di euro annui.
2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

*Tutela della salute
e della sicurezza
sul lavoro:
il Governo
ha accolto
le richieste
dell'Ordine*

*Il testo
dell'ordine
del giorno*

ANCHE LA PSICHE VA AL LAVORO



Il testo dell'Ordine del giorno che vincola il governo nell'applicazione della legge sulle "Misure in tema di tutela e sicurezza sul lavoro"

“PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUL LAVORO SI TENGA CONTO DEGLI ASPETTI PSICOLOGICI”

Detto, fatto!

Il 1 agosto la Camera ha approvato in via definitiva il disegno di legge Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia.

Il Governo avrà adesso nove mesi di tempo per adottare uno o più decreti legislativi che, aggiornando e razionalizzando la normativa in questione, dovranno disciplinare anche i c.d. nuovi rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro. Sono infatti stati accolti numerosi ordini del giorno, tra cui quello presentato dall'On. Cancrini, che vincolano il Governo a tenere nella dovuta considerazione, in sede di redazione dei decreti delegati, anche il benessere psicologico sul luogo di lavoro.

L'esecutivo ha assunto l'impegno di adottare disposizioni volte ad estendere la tutela della salute e della sicurezza agli aspetti psicologici e relazionali che caratterizzano la vita dei lavoratori, dando risalto alle tipologie di rischio legate all'organizzazione, agli orari e alle modalità del lavoro, ai rapporti gerarchici, alla precarietà e a tutti gli altri fattori di carattere psico-sociale. Sarà nostra cura seguire gli sviluppi della redazione dei testi da parte del Governo, presentando eventuali osservazioni e suggerimenti, di cui vi terremo certamente informati.

L'ORDINE DEL GIORNO CANCRINI, ZANOTTI, DIOGUARDI

LA CAMERA,

premessi che:

la Corte di Giustizia europea ha condannato l'Italia in quanto la legislazione in materia di sicurezza sul lavoro risulta centrata solo sugli aspetti biologici, chimici, fisici e medici, trascurando gli aspetti relazionali, organizzativi e psicologici;

nella dinamica di molti incidenti assumono un ruolo primario gli aspetti psicologici e relazionali che caratterizzano la vita dei lavoratori, soprattutto nel caso di prima assunzione dei giovani, delle donne, dei lavoratori extracomunitari che sono maggiormente esposti a rischi di infortunio sul lavoro;

le malattie considerate emergenti quali lo stress, la depressione o l'ansia, nonché la violenza sul luogo di lavoro, le molestie, l'intimidazione, rappresentano ben il 18 per cento dei problemi di salute legati al lavoro, un quarto dei quali comporta un'assenza dal lavoro pari o superiore alle due settimane;

tali malattie appaiono non tanto legate all'esposizione ad un rischio specifico, quanto ad un insieme di fattori quali l'organizzazione dei compiti, le modalità degli orari di lavoro, i rapporti gerarchici, la fatica dovuta ai trasporti, ma anche al grado di accettazione della diversità etnica e culturale nell'impresa: patologie che devono essere valutate in un contesto globale che l'OIL definisce come “benessere sul luogo di lavoro”,

impegna il Governo:

in sede di adozione dei decreti legislativi per il riassetto e la riforma delle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, a tenere conto degli aspetti psicologici e relazionali che caratterizzano la qualità della vita lavorativa offrendo ai lavoratori una tutela rispettosa che considera la salute come aspetto psichico e fisico;

ad adottare ulteriori disposizioni integrative e correttive dei predetti decreti legislativi volte a dare il dovuto risalto al rischio psichico ed organizzativo nella definizione delle tipologie di rischio e a fornire le opportune indicazioni sui rischi trasversali attribuiti alla organizzazione del lavoro, ai fattori psicologici, alle condizioni difficili del lavoro, ai lavori usuranti dal punto di vista psicologico, avendo particolare riguardo per tutti quei lavoratori a rischio di burn out che si confrontano con situazioni di particolare difficoltà e degrado.

Cancrini, Zanotti, Dioguardi

I NOSTRI INTERVENTI SULLA LEGGE

*On. Mimmo Lucà
Presidente
XII Commissione - Affari Sociali
Camera dei Deputati
On. Pierluigi Mantini
Camera dei Deputati
On. Sen. Antonio Montagnino
Sottosegretario di Stato
Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali
On. Gian Paolo Patta
Sottosegretario di Stato
Ministero della Salute*

Oggetto: disegno di legge C.2849, "Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia" - proposta di emendamenti

Egregio Onorevole,

mi permetto di sottoporLe una questione di primaria importanza che pare essere stata sottovalutata nella redazione del disegno di legge di cui all'oggetto.

A mio giudizio, il riassetto e la riforma delle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro, che giustamente il Governo ha annoverato tra le sue priorità, non possono in alcun modo prescindere dal prendere in considerazione le trasformazioni della società e del mercato del lavoro, evidenziate a più riprese dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro e dalle Istituzioni europee [si vedano la Comunicazione della Commissione europea, COM

(2002) 118, su una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro (2002-2006); la Risoluzione Consiglio dell'Unione europea del 3 giugno 2002 sullo stesso argomento; il parere del Comitato economico e sociale europeo SOC/065 del 2001] e parzialmente recepite nella Direttiva del Ministero della Funzione Pubblica sulle misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle Pubbliche Amministrazioni del 24 marzo 2004.

Nella mia qualità di Presidente dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, mi riferisco, in particolare, alla necessità che la normativa a tutela della salute dei lavoratori non sia rivolta esclusivamente a garantire il loro benessere fisico, ma si faccia carico altresì di salvaguardare il loro benessere psicologico e sociale.

Come sottolineato dalla normativa europea sopra richiamata, l'evoluzione della società e del mercato del lavoro portano necessariamente con sé una trasformazione dei rischi, con l'emergere di disagi, derivanti anche dalle modalità organizzative del lavoro, che impattano sull'aspetto psicologico degli individui (stress, depressione, ansia, molestie, mobbing, intimidazione, etc.) e costituiscono in Europa ben il 18% dei problemi di salute legati al lavoro. Si pensi che, secondo i dati divulgati dall'OIL, ogni anno il 4% del PIL mondiale viene speso per problemi connessi a maleseri psico-sociali sul luogo di lavoro, mentre, solo in Europa, un milione di giornate lavorative all'anno sono perse a causa dello stress.

Ecco perché ritengo sia importantissimo, in sede di approvazione del disegno di legge C.2849, cogliere l'occasione per delegare al Governo il compito di disciplinare, con gli adottandi decreti legislativi, anche la questione della prevenzione e della gestione dei rischi di natura psicologica e sociale legati al lavoro in tutti i settori.

A tal fine, fiduciosa nella condivisione da parte Sua delle esigenze fin qui manifestate, Le chiedo di farSi promotore dei seguenti emendamenti al ddl in parola.

Emendamento n. 1: inserimento all'art. 1, comma 2, lettera a), dopo la parola "Costituzione", delle parole "ed avendo particolare riguardo al concetto di salute intesa come benessere fisico, psicologico e sociale della persona".

Emendamento n. 2: inserimento all'art. 1, comma 2, lettera b), dopo le parole "a tutte le tipologie di rischio", delle parole "ivi compresi i rischi di carattere psico-sociale ed organizzativo".

Emendamento n. 3: inserimento all'art. 1, comma 2, lettera g), dopo la parola "produttivo", delle parole "introduzione della figura dello psicologo competente, con riguardo alla prevenzione, alla protezione e alla sorveglianza sanitaria in relazione ai rischi di natura psicologica e sociale".

RingraziandoLa per l'attenzione che vorrà riservare alle istanze che ho espresso, Le porgo i miei più cordiali saluti.

Mariatori Zaccaria

Oggetto: proposta di ordine del giorno in merito al disegno di legge C. 2849, "Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia"

Onorevoli Deputati,
in merito al ddl di cui all'oggetto, Vi sarei grata se voleste farVi promotori del seguente ordine del giorno.

Ordine del giorno

La Camera dei Deputati esamina il ddl n. 2849 recante "Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia",

premessi che

- l'Organizzazione Internazionale del Lavoro e le Istituzioni europee (Comunicazione della Commissione europea, COM (2002) 118, su una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo

di lavoro (2002-2006); Risoluzione Consiglio dell'Unione europea del 3 giugno 2002 sullo stesso argomento; parere del Comitato economico e sociale europeo SOC/065 del 2001) hanno definito un concetto di salute che include, oltre al benessere fisico della persona, il suo benessere psicologico e sociale;

- in seguito alle trasformazioni della società e del mercato del lavoro, negli ultimi anni si sono evidenziati nuovi rischi per la salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, attinenti alla sfera psico-sociale degli individui (stress, depressione, ansia, molestie, mobbing, intimidazione, etc.), che costituiscono in Europa ben il 18% dei problemi di salute legati al lavoro;

- la prevenzione di simili rischi deve essere affidata a soggetti che abbiano una formazione ed una professionalità specifici;

impegna il Governo

ad adottare opportune iniziative sul piano legislativo, anche nell'ambito dei decreti attuativi della delega al Governo per il rias-

setto e la riforma della normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, nonché in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, affinché:

- la tutela della salute sul luogo di lavoro abbia particolare riguardo non solo al benessere fisico dei lavoratori, ma altresì al loro benessere psicologico e sociale;

- la normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro si applichi a tutte le tipologie di rischio, ivi compresi i rischi di carattere psico-sociale ed organizzativo;

- nella revisione dei requisiti, delle tutele, delle attribuzioni e delle funzioni dei soggetti di prevenzione aziendale, al medico competente sia affiancata la figura dello psicologo competente, con specifico riguardo alla prevenzione dei rischi di natura psico-sociale.

RingraziandoVi sin d'ora, Vi porgo i migliori saluti.

Mariatori Zaccaria

*Sugli incarichi
dirigenziali
nel S.S.N.
ultimi illeggittimi
tentativi
di difendere
antichi e pericolosi
privilegi
Così l'Ordine
degli Psicologi
ha respinto l'attacco
corporativo*

E I MEDICI DICHIARARONO LA PIÙ STUPIDA DELLE GUERRE



L'anacronistico tentativo di escludere gli psicologi dalle funzioni di dirigenza

LA RICHIESTA DELL'ORDINE DEI MEDICI È ILLEGGITTIMA

IL COMUNICATO STAMPA DELL'ORDINE REGIONALE

L'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL LAZIO RESPINGE L'ATTACCO DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DI ROMA PRESENTATO ALLA REGIONE LAZIO SULLE NOMINE DI PSICOLOGI PROFESSIONISTI ALLA DIREZIONE DI STRUTTURE COMPLESSE

“La nota dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma è il segnale del persistere di un'ingiustificata tendenza ostruzionistica verso la categoria professionale degli Psicologi, le cui premesse, dettagliatamente confutate, paiono prive di consistenza giuridica e tendono ad indurre in errore le Amministrazioni destinarie, che certamente non vorranno discostarsi dal ricostruito panorama giurisprudenziale e dalle correlate disposizioni della Regione Lazio”.

È questa la dichiarazione con cui si chiude la risposta del **Presidente dell'Ordine degli Psicologi del Lazio Marialori Zaccaria** al presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma Mario Falconi il quale, in una nota, inviata lo scorso 26 giugno al Presidente della Regione Lazio, all'Assessore alla Sanità e a tutti gli Enti interessati, **lamenta il conferimento di incarichi di direzione di strutture semplici e complesse a Dirigenti Psicologi e chiede l'esclusione della categoria professionale degli Psicologi dal novero dei possibili partecipanti alle procedure selettive per l'attribuzione di incarichi di direzione di strutture complesse.**

In una lettera articolata, inviata oggi a tutti i destinatari, l'Ordine degli Psicologi smonta le argomentazioni dell'Ordine dei Medici, che si configurano in sostanza solo come una difesa di stampo vetero-corporativo e che sono state già respinte a più riprese dalla giurisprudenza amministrativa e più recentemente anche dalla Regione Lazio.

La richiesta dell'Ordine dei Medici è dunque illegittima; non trova oggi alcun fondamento giuridico e rimanda solo ad una volontà pervicace di difendere un privilegio, ormai superato dalla modernizzazione delle norme che hanno riguardato il S.S.N. Esiste oggi, infatti, un ruolo unico della Dirigenza sanitaria, del quale fanno parte anche gli Psicologi e sono solo gli incarichi a fare la differenza tra i singoli Dirigenti, sia dal punto di vista delle responsabilità che dal punto di vista economico. Il contenuto sostanziale degli incarichi di direzione di struttura complessa è prettamente organizzativo, gestionale, di analisi di costi e aderenza agli obiettivi assegnati. Tanto è vero, che gli avvisi pubblici richiedono quale requisito per l'ammissione alle procedure selettive il possesso di un attestato di formazione manageriale o l'assunzione dell'obbligo a conseguirlo.

La giurisprudenza, che si è finora occupata proprio di alcune ipotesi riferite ai Ser.T., ha affermato che **gli Psicologi, alla luce della vigente disciplina in materia di incarichi dirigenziali nel S.S.N., sono idonei alla direzione di strutture complesse nelle quali operino anche i Medici e, pertanto, devono essere inclusi nel novero dei possibili partecipanti alle relative selezioni.**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 1948 enucleava i seguenti principi a difesa della persona-consumatore **“la sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità. Per raggiungere il più alto grado di sanità è indispensabile rendere accessibili a tutti i popoli le cognizioni acquistate dalle scienze mediche, psicologiche ed affini”.**

Principi riaffermati nella **Legge istitutiva del SSN del 1978 n. 833**, in particolare al punto 1 **“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il SSN. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana”.**

13 luglio 2007

IL SOSTEGNO DELL'ORDINE NAZIONALE

L'ORDINE NAZIONALE DEGLI PSICOLOGI SOSTIENE IL PIENO DIRITTO DEGLI PSICOLOGI PROFESSIONISTI A PARTECIPARE ALLE SELEZIONI PER LA DIREZIONE DI STRUTTURE COMPLESSE

Fatta propria dall'Ordine Nazionale, che ne rappresenterà l'indiscussa legittimità in tutte le sedi istituzionali, l'azione dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, che di recente ha respinto gli attacchi dell'Ordine provinciale dei Medici di Roma, presenta-

to alla Regione Lazio, e della CGIL FP Medici Roma e Lazio, sulle nomine di psicologi professionisti alla direzione di strutture complesse

“Riaffermiamo pieno sostegno e solidarietà ai colleghi su una questione annosa e non più sostenibile come la prerogativa dei Medici, rispetto agli Psicologi, a dirigere Unità Complesse. Mi riferisco ai recentissimi attacchi giunti dal Presidente dell’Ordine dei Medici di Roma, Mario Falconi, che ha invitato il Governatore della Regione Lazio ad assegnare gli incarichi dirigenziali di Unità Complesse esclusivamente a Medici, e dalla CGIL FP Medici di Roma e Lazio, che, in ordine alla stessa questione, ha invocato pretestuose, provocatorie, raccapeccianti motivazioni gravemente e palesemente lesive della dignità professionale degli altri Dirigenti”.

Con questa dichiarazione del Presidente Palma, l’Ordine Nazionale degli Psicologi annuncia un’intensa attività di sensibilizzazione nei confronti delle Istituzioni, in una logica di promozione del diritto alla salute per tutti i cittadini.

La posizione dell’Ordine dei Medici è illegittima, e nella stessa misura quella della CGIL FP di Roma e Lazio: la giurisprudenza che si è finora occupata proprio di alcune ipotesi riferite ai Ser.T. ha già affermato che gli Psicologi, alla luce della vigente disciplina in materia di incarichi dirigenziali nel S.S.N., sono idonei alla direzione di strutture complesse nelle quali operino anche i Medici e, pertanto, devono essere inclusi nel novero dei possibili partecipanti alle relative selezioni.

Lo scorso 23 giugno il presidente dell’Ordine dei Medici di Roma Mario Falconi ha inviato al presidente della Regione Lazio una nota in cui lamentava il conferimento di incarichi di direzione di strutture sanitarie complesse a dirigenti psicologi, chiedendone l’esclusione dalle nomine. Solo pochi giorni dopo - il 27 giugno - sulla stessa questione, perveniva la comunicazione della CGIL Medici FP di Roma e Lazio. Due atti a cui è seguita la ferma risposta dell’Ordine degli Psicologi del Lazio, presieduto da **Ma-**

rialori Zaccaria, che, in due lettere inviate a tutti i soggetti coinvolti, ha definito le argomentazioni una difesa di stampo vetero-corporativo, essendo state già respinte a più riprese dalla giurisprudenza amministrativa e più recentemente anche dalla Regione Lazio.

“Tesi che paiono prive di consistenza giuridica e che non potranno indurre in errore le Amministrazioni interessate ed il chiaro segnale del persistere di una ingiustificata tendenza ostruzionistica verso la categoria professionale degli Psicologi”, secondo il Presidente **Marialori Zaccaria**, che riferendosi all’attacco del Sindacato ha mostrato tutto il suo stupore per “le dichiarazioni rese dai componenti della più antica e rappresentativa organizzazione sindacale, quale è la CGIL, che a nostro avviso, dovrebbe operare nel rispetto ed a tutela di ogni categoria professionale ed in osservanza del valore della intercategorialità”.

“È la tutela dell’utente, la centralità della persona come unico destinatario - afferma **Palma** - il fine ultimo della Psicologia, il suo valore intrinseco. Affondano in queste radici i richiami della comunità scientifica e professionale degli psicologi verso l’adozione di norme e di comportamenti che chiariscano in via definitiva l’assoluta pari dignità fra medici e psicologi nel campo dei servizi che promuovono la salute. Facciamo perciò appello alle Istituzioni perché, nell’ambito della riforma del S.S.N. e delle Professioni, sia considerata adeguatamente e correttamente l’importanza della salute e del benessere psicologico del cittadino”.

Già nel 1948, l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha affermato che “la sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un’assenza di malattia o d’infermità. Per raggiungere il più alto grado di sanità è indispensabile rendere accessibili a tutti i popoli le cognizioni acquisite dalle scienze mediche, psicologiche ed affini”. Principi ribaditi nella Legge istitutiva del SSN del 1978 n. 833, in particolare al punto 1 “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività

mediante il SSN. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana”.

Il benessere psico-fisico e sociale della comunità dovrebbe tendere verso un progetto di “*psicologia di base*”, vale a dire di una psicologia in grado di cogliere i primi segni del disagio esistenziale delle persone, per evitare che si trasformino in vere e proprie patologie croniche psico-fisiche.

La nostra proposta è avvalorata da un ampio quadro giurisprudenziale, la cui *ratio* pone sullo stesso piano medici e psicologi, laddove non “*conferisce alcuna prevalenza ai trattamenti medico farmacologici rispetto a quelli di carattere psicologico e socio-riabilitativo che devono essere assicurati dalle strutture regionali*”.

Al contrario, il complesso delle disposizioni sulla materia, annettono, sul piano logico, prima ancora che giuridico, specifica importanza all’attività di prevenzione e recupero alla vita normale, “*rispetto alle quali preminente rilievo deve essere attribuito alla figura professionale degli psicologi i quali, del resto, sono iscritti con il personale medico, nel ruolo sanitario a norma del D.P.R. 28 dicembre 1979. A posteriori... la legge n. 45 del 1999 ha definitivamente chiarito la coincidente posizione di psicologi e medici con riferimento al servizio in questione e conclamato la possibilità che la posizione apicale sia conferita ad uno psicologo...*”.

Si tratta perciò di contrastare la cultura della “medicalizzazione della società” che, diversamente, domanda sempre più prevenzione, ascolto del disagio, multidisciplinarietà degli interventi.

“In questa prospettiva - ha dichiarato **Palma** - con rinnovato vigore porteremo avanti nelle sedi più opportune le nostre proposte di: **potenziare l’assistenza psicologica nell’ambito dei servizi territoriali, ospedalieri e della Casa della Salute e prevedere l’istituzione della figura dello Psicologo di Base**”.

Il testo dell'“Atto di invito e avvertenza” dell'Ordine provinciale dei Medici chirurghi e odontoiatri

NELLA “DICHIARAZIONE DI GUERRA” SOLO MOTIVAZIONI PRETESTUOSE E INSULTANTI

ATTO DI INVITO ED AVVERTENZA

L'Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, in persona del Presidente e legale rappresentante, dott. Mario Falconi, con sede in Roma, via G.B. De Rossi n. 9, elettivamente domiciliato ai fini del presente atto, in Roma, P.zza della Libertà 20, presso lo studio dell'avv. Francesco Caroleo.

PREMESSO

che tra le attribuzioni assegnate all'Ordine dei Medici vi è anche quella di vigilare sul decoro e sulla dignità professionale dei propri iscritti a tutela degli interessi generali della collettività ed in particolare dei pazienti, in ossequio alle norme vigenti;

che l'Ordine è venuto a conoscenza da più parti, da ultimo dalla Regione Lazio (nota in data 16.03.2007 a firma del Direttore regionale, dott. Silvio Natoli), che si intenderebbe procedere al conferimento di incarichi di direzione di U.O.C. ovvero di strutture semplici, a favore di figure professionali diverse da quella medica, con evidenti riflessi in ordine alle professionalità dell'attività svolta, alla tutela della salute dei cittadini, alla subordinazione del medico a figure professionali non specificamente competenti;

che, in particolare, negli ultimi mesi si sono rilevati con preoccupante frequenza, numerosissimi casi in cui le ASL hanno proceduto alla nomina a direttori di strutture complesse nei DSM e nei SERT, professionisti psicologi (ad esempio, ASL RM/G, direttore DSM, RM/B direttore DSM III distretto, ed altri);

che tale condotta risulta contraria a quanto previsto specificatamente dal D.Lgs 30.12.1992, n. 502, artt. 15 e 15 bis e dal D.P.R. 10.12.1997 n. 384, che

vietano l'accesso pluricategoriale per gli incarichi direttivi di struttura complessa nei DSM e nei SERT;

che, peraltro, anche il TAR Lazio, con ordinanze 6 dicembre 2006, ha respinto in via cautelare il ricorso proposto dal Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Lazio avverso i provvedimenti della ASL/RMC e della ASL RM/A che conferivano incarichi di dirigenza di struttura complessa a medici e non a psicologi, accogliendo di conseguenza la domanda proposta dall'Ordine dei Medici di Roma di vedere integralmente confermato il provvedimento della ASL impugnato anche in via cautelare.

Tutto quanto sopra premesso, l'Ordine, come sopra rappresentato e domiciliato per i motivi sopra esposti.

INVITA

1. La Regione Lazio, in persona del suo presidente e legale rappresentante *p.t.*, domiciliato per la carica in Roma, Via R. Raimondi Garibaldi n. 7;
2. l'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, in persona dell'Assessore *p.t.*, domiciliato per la carica in Roma, Via R. Raimondi Garibaldi n. 7;
3. la Direzione Generale del Lazio, in persona del Direttore Regionale *p.t.*, domiciliato per la carica in Roma, Via R. Raimondi Garibaldi n. 7;
4. la Commissione Sanità presso la Regione Lazio in persona del Presidente *p.t.*, domiciliato per la carica in Roma, Via della Pisana n. 1301;
5. la Asl RM/A, in persona del Direttore Generale *p.t.*, con sede in Roma, Via Ariosto n. 3;
6. la Asl RM/B, in persona del Direttore Generale *p.t.*, con sede in Roma, Via Filippo Meda n. 35;
7. la Asl RM/C, in persona del Direttore Generale *p.t.*, con sede in Roma, Via dell'Arte n. 68;

8. la Asl RM/D, in persona del Direttore Generale *p.t.*, con sede in Roma, Via Casal Bernocchi n. 73;
9. la Asl RM/E, in persona del Direttore Generale *p.t.*, con sede in Roma, Borgo S. Spirito n. 3;
10. la Asl RM/F, in persona del Direttore Generale *p.t.*, con sede in Civitavecchia, Via Terme di Traiano n. 39;
11. la Asl RM/G, in persona del Direttore Generale *p.t.*, con sede in Tivoli, Via Tiburtina n. 22A;
12. la Asl RM/H, in persona del Direttore Generale *p.t.*, con sede in Albano Laziale, Borgo Garibaldi n. 12;
13. il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, in persona del Presidente *p.t.*, domiciliato per la carica in Roma, Via Flaminia n. 79;
14. la Commissione Sanità presso la Regione Lazio in persona del Vice Presidente *p.t.*, domiciliato per la carica in Roma, Via della Pisana n. 1301;

affinché in osservanza di quanto disposto dalla normativa vigente e secondo l'orientamento espresso dagli organi di giustizia amministrativa, vogliano assegnare, nell'ambito dell'area medica relativa ai DSM e SERT, i correlati incarichi dirigenziali, esclusivamente ai laureati in medicina e chirurgia specialisti in psichiatria o discipline equipollenti e nel contempo

AVVERTE

i succitati Enti che, in difetto, l'Ordine si adopererà in tutte le sedi, anche giudiziali, alla tutela dei diritti e delle ragioni dei propri iscritti e di tutti i cittadini, nel rispetto delle leggi dello Stato.

Con osservanza

Roma, 26 giugno 2007

Mario Falconi
Il Presidente

Avv. Francesco Caroleo

*Ecco perché non si tengono
in piedi le assurde pretese
dei medici (insulti, a parte)*

UNA RISPOSTA PACATA MA FERMA

*Spett.le Ordine Provinciale
di Roma dei Medici Chirurghi
ed Odontoiatri
Via G.B. De Rossi, 9 Roma
c.a. Presidente
Dott. Mario Falconi*

*Spett.le Ordine Provinciale
di Roma dei Medici Chirurghi
ed Odontoiatri
nel domicilio eletto presso
Avvocato Francesco Caroleo
Piazza della Libertà, 20
00192 Roma*

*Spett.le Regione Lazio
Via R. Raimondi Garibaldi, 7
00145 Roma
c.a. Presidente
On. Piero Marrazzo*

*Spett.le Assessorato Sanità
Regione Lazio
Via R. Raimondi Garibaldi, 7
00145 Roma
c.a. Assessore
On. Augusto Battaglia*

*Spett.le Direzione
Regionale Sanità
Regione Lazio
Via R. Raimondi Garibaldi, 7
00145 Roma
c.a. Direttore Dott. Silvio Natoli*

*Spett.le Commissione Sanità
Consiglio Regionale del Lazio
Via della Pisana, 1301
00163 Roma
c.a. Presidente
On. Franco Dalia
c.a. Vicepresidente
On. Stefano De Lillo
c.a. Vicepresidente
On. Luigi Canali*

*Spett.le ASL RM/A
Via Ariosto, 3 -
00185 Roma
c.a. Direttore Generale
Dott. Carlo Saponetti*

*Spett.le ASL RM B
Via Filippo Meda, 35
00157 Roma
c.a. Direttore Generale
Dott.ssa Flori Degrassi*

*Spett.le ASL RM C
Via dell'Arte, 68
00144 Roma
c.a. Direttore Generale
Dott.ssa Elisabetta Paccapelo*

*Spett.le ASL RM D
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma
c.a. Direttore Generale
Dott.ssa Giuseppina Gabriele*

*Spett.le ASL RM E
Borgo Santo Spirito, 3
00193 Roma
c.a. Direttore Generale
Dott. Piero Grasso*

*Spett.le ASL RM F
Via Terme di Traiano, 39a
00053 Civitavecchia
c.a. Direttore Generale
Dott. Marco Biagini*

*Spett.le ASL RM G
Via Tiburtina, 22a
00019 Tivoli
c.a. Direttore Generale
Dott. Giovanni Di Pilla*

*Spett.le ASL RM H
Borgo Garibaldi, 12
00041 Albano Laziale
c.a. Direttore Generale
Dott. Luciano Mingiacchi
e, p.c. Spett.le Consiglio
Nazionale dell'Ordine
degli Psicologi
Piazzale di Porta Pia, 121
00198 Roma
c.a. Presidente
Dott. Pinluigi Palma*

*c.a. Coordinatore Commissione
Deontologia e Tutela
della Professione
Dott. Giuseppe Bontempo*

*Spett.le Ministero della Salute
c.a. Consulente Professioni
Sanitarie
Dott. Saverio Proia*

*Spett.le AUPI Lazio
Via Arenula, 16a
00186 Roma
c.a. Segretario
Dott. Giuseppe Inneo*

Oggetto: "Atto di invito ed avvertenza" dell'Ordine Provinciale dei Medici di Roma del 26-6-2007.

È pervenuto in data 10-7-2007 allo scrivente Ordine degli Psicologi del Lazio l'"Atto di invito ed avvertenza" in oggetto, a firma del Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma ed indirizzato anche ai soggetti destinatari della presente, con il quale si lamenta il conferimento di incarichi di direzione di strutture semplici e complesse a Dirigenti Psicologi ed illegittimamente si chiede l'esclusione della categoria professionale degli Psicologi dal novero dei possibili partecipanti alle procedure selettive per l'attribuzione di incarichi di direzione dei D.S.M. e dei Ser.T.

Le premesse da cui muove l'Ordine dei Medici, già confutate a più riprese dalla giurisprudenza amministrativa e più recentemente anche dalla Regione Lazio, paiono del tutto erronee ed infondate, oltre che inveritiere nella parte in cui accennano alle ordinanze del T.A.R. Lazio del 6-12-2006 con le quali il giudice amministrativo ha semplicemente declinato la sua giurisdizione in materia di attribuzione di incarichi dirigenziali senza pronunciarsi in alcun modo sul merito delle controversie.

Dette ordinanze, recanti i nn. 6736/06 e 6737/06, recitano infatti: “*Ritenuto che non sussistono le ragioni richieste dalla legge per l'accoglimento della domanda cautelare in relazione al difetto di giurisdizione del giudice amministrativo...*” e non perché fosse in alcun modo fondata la posizione sostanziale dell'Ordine dei Medici.

Del resto, come noto, sull'argomento sono diverse le pronunce giurisprudenziali che hanno dichiarato il diritto degli Psicologi di partecipare alle procedure selettive per il conferimento di incarichi di direzione di strutture semplici e complesse, nonché di Dipartimenti ed i Distretti sanitari.

Era nota, infatti, l'illegittima tendenza delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale ad escludere aprioristicamente gli Psicologi Dirigenti dal novero dei possibili partecipanti alle procedure selettive per l'attribuzione di tali incarichi. In concreto accadeva che, salvo rare eccezioni, soprattutto gli incarichi apicali venivano riservati dalle Aziende ai soli appartenenti all'Area medica e delle specialità mediche, ad esempio nelle discipline di Psichiatria, Neuropsichiatria e Neuropsichiatria Infantile.

In tal modo si vedevano illegittimamente esclusi dalle selezioni gli Psicologi Dirigenti, che pure appartengono alle altre categorie professionali del ruolo sanitario di cui al D.P.R. 10-12-1997, n. 484 (Regolamento per l'accesso all'ex II livello dirigenziale nel S.S.N.) e per i quali non esiste alcuna preclusione normativa o contrattuale collettiva all'accesso agli incarichi di direzione di strutture complesse delle quali notoriamente costituiscono asse portante insieme ai Medici.

Sul punto è utile ricordare che il rap-

porto di lavoro dei Dirigenti del S.S.N. è disciplinato dai CC.CC.NN.LL. dell'Area Medico-Veterinaria e dai CC.CC.NN.LL. dell'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa cui appartengono gli Psicologi, del 5-12-1996, dell'8-6-2000 e del 3-11-2005.

La disciplina contrattuale è imperniata sulle disposizioni dettate dall'ultima riforma del S.S.N., cosiddetta “riforma Bindi” di cui al D.L.vo 19-6-1999, n. 229, contenente modifiche al D.L.vo 30-1-2-1992, n. 502.

Oggi esiste un ruolo unico della Dirigenza sanitaria, del quale fanno parte anche gli Psicologi e nel quale sono confluiti gli ex IX, X ed XI livello (quest'ultimo cosiddetto livello apicale), passando per un periodo in cui gli ex IX e X livello erano stati accorpati nel I livello dirigenziale e l'ex XI livello (apicale) era stato denominato II livello dirigenziale.

In questo ruolo unico sono gli incarichi a fare la differenza tra i singoli Dirigenti, sia dal punto di vista delle responsabilità che dal punto di vista economico.

In particolare, ogni Dirigente con almeno cinque anni di anzianità deve essere assegnatario di un incarico che può essere: - di direzione di struttura complessa (v. art.15 ter D.L.vo n. 502/92); - di direzione di struttura semplice; - di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo.

Per ogni Dirigente deve essere stipulato un contratto individuale di lavoro, nel quale devono essere specificati, oltre all'area e disciplina di appartenenza, anche l'incarico conferito, la relativa tipologia e la sede di destinazione.

L'incarico dirigenziale è divenuto quindi elemento portante del rappor-

to di lavoro, intorno al quale ruotano tutte le altre disposizioni che riguardano la vita lavorativo-professionale del dipendente.

L'affidamento degli incarichi di direzione di struttura complessa è disciplinato dagli artt. 29 dei due contratti dell'area medica e non medica del 2000, secondo cui “*Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti ai dirigenti... con le procedure previste dal DPR 484/97 nel limite del numero stabilito dall'atto aziendale...*”.

Il Capo II del D.P.R. n. 484/97 (artt. 3 e seguenti) disciplina l'accesso agli incarichi di (ex II livello dirigenziale, ora di) direzione di struttura complessa. In particolare gli artt. 3 e 4 includono gli Psicologi tra le categorie professionali cui detti incarichi possono essere assegnati, nelle discipline “*Psicologia*” e “*Psicoterapia riservata agli psicologi ed ai laureati in medicina e chirurgia, legittimati all'esercizio dell'attività di psicoterapia*”.

Ne consegue che qualora gli incarichi da attribuire afferiscano a servizi che vedono congiuntamente impegnati Medici e Psicologi (tra cui C.S.M., T.S.M.R.E.E., SER.T., ecc.) e che per tale ragione non vengono denominati Servizi Psichiatrici (come invece accade per il Servizio ospedaliero Psichiatrico di Diagnosi e Cura - S.P.D.C.), gli Psicologi non possono esserne aprioristicamente esclusi. Si tratta infatti di servizi nell'ambito dei quali la multidisciplinarietà, il lavoro di gruppo, l'integrazione socio-sanitaria e l'approccio globale alla persona costituiscono elementi essenziali delle prestazioni fornite agli utenti.

Peraltro, dal D.M. 30-1-1998 contenente “*Tabella relative alle discipline equipollenti previste dalla nor-*

L'INTERVENTO DELL'ORDINE NAZIONALE

*Alla c.a. Dott. Amedeo Bianco
Presidente FNOMCeO
Piazza Cola di Rienzo 80/A
00192 Roma*

Oggetto: Direzione di strutture complesse da parte di Psicologi

Caro Presidente,

Ti scrivo in merito all'annoso "conflitto" tra Medici e Psicologi per la direzione delle strutture complesse, di recente riacceso dalle dichiarazioni del Presidente dell'Ordine provinciale dei Medici di Roma, Dott. Mario Falconi, il quale ha sferrato un attacco alla categoria che rappresento, invitando il Governatore della Regione Lazio ad assegnare gli incarichi dirigenziali di Unità Complesse esclusivamente a Medici.

In particolare, nell'atto di invito e di avvertenza indirizzato alla Regione e a tutte le ASL nonché all'Ordine degli Psicologi del Lazio, il Dott. Falconi, criticando il conferimento di incarichi di direzione di strutture sanitarie complesse a Dirigenti Psicologi, chiede che questi vengano esclusi dalle nomine, in ragione di presunti riflessi in ordine alla professionalità dell'attività svolta, alla tutela della salute dei cittadini, alla subordinazione del medico a figure professionali non specificamente competenti. Secondo analoghe dichiarazioni rilasciate alla stampa dal Presidente Falconi, l'assegnazione di incarichi dirigenziali nei D.S.M. e nei Ser.T. a Psicologi intaccherebbe la

professionalità dei camici bianchi e metterebbe a repentaglio la tutela della salute dei cittadini.

Asserzioni del medesimo tenore si ritrovano in una comunicazione inviata dalla FP CGIL Medici di Roma e del Lazio alla FP CGIL Medici Nazionale.

Dinanzi a simili affermazioni, gravemente lesive della dignità professionale degli Psicologi, nonché giuridicamente infondate, ritengo doveroso intervenire a sostegno dei professionisti Psicologi del Lazio, la cui Presidente, Dott.ssa Marialori Zaccaria, ha già prontamente replicato all'Ordine dei Medici di Roma e alla CGIL.

In questa sede mi preme ribadire, oltre alla pari dignità tra Medici e Psicologi nel campo dei servizi che promuovono la salute, il pieno diritto degli Psicologi a partecipare alle selezioni per la direzione di strutture complesse, tanto nel Lazio quanto in tutte le altre Regioni italiane. A più riprese, infatti, sia la Regione Lazio che la giurisprudenza amministrativa hanno respinto tesi, come quelle sopra richiamate, ostruzionistiche verso la categoria degli Psicologi. La giurisprudenza, che si è finora occupata di alcune ipotesi riferite ai Ser.T., ha già affermato che gli Psicologi, alla luce della vigente disciplina in materia di incarichi dirigenziali nel S.S.N., sono idonei alla direzione di strutture complesse nelle quali operino anche i Medici e, pertanto, devono essere inclusi nel novero dei possibili partecipanti alle relative selezioni.

In assenza di qualsivoglia fondamento giuridico, dunque, le affermazioni del Dott. Falconi e della CGIL sembrano rivolte esclusivamente ad alimentare un inutile conflitto tra Medici e Psicologi, in un'ottica di sterile corporativismo. La denigrazione delle competenze e della professionalità degli Psicologi da parte dei Medici ha l'unico risultato di distogliere le due categorie da quello che dovrebbe essere il loro interesse primario, e cioè quello di mettere insieme le rispettive competenze a tutela della salute dell'utenza.

Mi rivolgo pertanto a Te, nella speranza che si possa continuare a collaborare, in una logica di promozione del diritto alla salute, al fine di ravvivare nei nostri colleghi l'attenzione per la centralità della persona e la consapevolezza di svolgere ruoli diversi che, con pari dignità, devono perseguire il comune obiettivo di tutelare il benessere psico-fisico del cittadino.

In attesa di un Tuo riscontro, Ti invio i miei migliori saluti.

*Dott. Giuseppe Luigi Palma
Presidente dell'Ordine
Nazionale degli Psicologi*

mativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale", risultano per l'Area di Psicologia (comprendente Psicologia e Psicoterapia) tra i Servizi equipollenti ai fini dei titoli di carriera, limitandoci ad alcuni esempi, quelli di "Salute mentale, età evolutiva e adulti", "Consultori familiari", "SER.T.", "Psichiatria", "Neuropsichiatria", "Neuropsichiatria infantile", "Clinica delle malattie nervose e mentali", "Igiene mentale".

Deve altresì considerarsi che il contenuto sostanziale degli incarichi di direzione di struttura complessa è prettamente organizzativo, gestionale, di analisi di costi e aderenza agli obiettivi assegnati.

L'art. 15 comma 6 del D.L.vo 30-12-1992, n. 502 sottolinea, infatti, che "Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione ed organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio... Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite...".

Ciò, è in linea con gli artt.4 e 17 del T.U. sul pubblico impiego di cui al D.L.vo n. 165/01, che rimarcano a loro volta il carattere prettamente gestionale ed organizzativo delle funzioni dirigenziali.

In caso di attribuzione di strutture complesse, Medici e Psicologi, tolte le

funzioni derivanti dalle loro specifiche competenze professionali - che di fatto i responsabili di struttura complessa non riescono più a svolgere, se non in via del tutto residuale - vengono chiamati essenzialmente a dirigere ed organizzare.

Tanto è vero, che gli avvisi pubblici richiedono quale requisito per l'ammissione alle procedure selettive il possesso di un attestato di formazione manageriale o l'assunzione dell'obbligo a conseguirlo e prevedono altresì colloqui diretti all'accertamento delle capacità gestionali, organizzative e di direzione dei candidati.

Stante il quadro normativo sopra riportato, la giurisprudenza, che si è finora occupata proprio di alcune ipotesi riferite ai Ser.T., ha affermato un principio valido anche per le altre strutture complesse di cui sopra: gli Psicologi alla luce della vigente disciplina in materia di incarichi dirigenziali nel S.S.N. sono idonei alla direzione di strutture complesse nelle quali operino anche i Medici e, pertanto, devono essere inclusi nel novero dei possibili partecipanti alle relative selezioni.

Ad esempio, il T.A.R. Lazio Sez. I, con sentenza 5-4-1999, n. 566 ha annullato l'art. 6, comma 5 del D.M. 30-11-1990 nella parte in cui prevedeva, seppure in via transitoria di prima applicazione, che laddove le funzioni di Dirigente del Ser.T. non risultassero "già attribuite a personale appartenente ad altri profili, sono conferite a personale medico".

La motivazione di detta sentenza precisa che "È agevole constatare come la disposizione consenta che la direzione del Sert sia acquisita anche da operatori appartenenti a professionalità diversa da quella medica, anche se non dotati della appo-

sita specializzazione, che abbiano già ricevuto il relativo incarico. Se ne può dedurre che la norma esclude l'esistenza di un impedimento di carattere professionale a che la direzione sia assunta da uno psicologo, ma indica la figura del medico per una esigenza di celerità e di semplificazione nella fase di avviamento delle strutture. Una scelta siffatta, tuttavia, comprime la professionalità degli psicologi, i quali pur potendo aspirare alla direzione del Sert, ne sono esclusi senza motivi sufficientemente validi... Occorre dunque che l'Amministrazione... adottasse una disciplina che... consenta anche agli Psicologi di accedere alla direzione del Sert".

Con ciò è stata spazzata via l'unica disposizione che abbia mai tentato di escludere, seppur temporaneamente, gli Psicologi dalla direzione di un Servizio afferente alla loro professionalità e nell'ambito del quale operano insieme ai Medici.

Su queste basi, il T.A.R. Sicilia Sez. I con sentenza 14-7-2003, n. 1151 ha annullato il Piano Sanitario Regionale nella parte in cui escludeva gli Psicologi dalla direzione dei Ser.T. e dei servizi per le Dipendenze Patologiche.

In particolare si legge nella motivazione che "Le clausole del P.S.R. relative all'attribuzione degli incarichi di Responsabile del Dipartimento delle dipendenze patologiche e di responsabile di SERT... appaiono difformi dalle prescrizioni legislative in tema di conferimento dell'incarico di Direttore di Dipartimento e di responsabile di SERT in quanto individuano i soggetti potenzialmente destinatari di tali incarichi nei soli dirigenti medici, con esclusione degli psicologi; esse devono,

quindi, essere considerate illegittime”.

Secondo lo stesso T.A.R. Sicilia si deve “escludere che il conferimento di detti incarichi sia riservato ai soli dirigenti medici e ciò in considerazione sia della tipologia di trattamenti erogati (art. 3, “trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico farmacologico”) che della previsione nei relativi organici di un ugual numero di posti per medici e psicologi”.

Da ultimo il Consiglio di Stato Sez.V con sentenza 20-10-2005, n. 5885 ha precisato che “...il decreto ministeriale 30 novembre 1990 n. 444, emanato in forza della L. 26 giugno 1990 n. 162 (poi inglobato nel testo unico delle leggi in materia di stupefacenti...), contenente disposizioni sulle strutture e sulle funzioni dei SERT... pone sullo stesso piano medici e psicologi, nella definizione della tabella organica allegata al decreto, e non conferisce alcuna prevalenza ai trattamenti medico farmacologici rispetto a quelli di carattere psicologico e socio-riabilitativo che devono essere assicurati dalle strutture regionali. Al contrario il complesso delle disposizioni sulla materia, annettono, sul piano logico, prima ancora che giuridico, specifico rilievo alla attività di prevenzione e recupero degli interessati alla vita normale, rispetto alle quali preminente rilievo deve essere attribuito alla figura professionale degli psicologi i quali, del resto, sono iscritti con il personale medico, nel ruolo sanitario a norma del D.P.R. 28 dicembre 1979. A posteriori... la legge n. 45 del 1999 ha definitivamente chiarito la coincidente posizione di psicologi e medici con riferimento al servizio in questione e

conclamato la possibilità che la posizione apicale sia conferita ad uno psicologo...”.

Più recentemente, come accennato, si è espressa la **Regione Lazio con le circolari prot. n. 35608 del 22-3-2006 e prot. n. 68890 del 12-6-2006**, chiarendo in via definitiva ed inequivocabile l’obbligo delle Amministrazioni di considerare i Dirigenti Psicologi nel novero dei possibili aspiranti all’assegnazione di incarichi di direzione di strutture complesse e di Dipartimenti.

In particolare, con la circolare prot. n. 35608 del 22-3-2006, avente ad oggetto “Dirigenti Psicologi S.S.N., incarichi direzione struttura complessa e direzione dipartimento” la Regione, previo richiamo delle stesse pronunce giurisprudenziali di cui sopra, ha chiarito che “Dalla lettura della giurisprudenza, nonché in ragione di quanto previsto dal D.L.vo n. 165/01, si evince che le funzioni dirigenziali sono di carattere prettamente gestionale ed organizzativo e, pertanto, si rileva con estrema chiarezza che il Dirigente Psicologo non può essere aprioristicamente escluso né dalle procedure selettive per l’attribuzione di incarichi dirigenziali di Struttura complessa, né, come precisato dal T.A.R. Sicilia, dalla direzione dei Dipartimenti... Nel caso del D.S.M., le Strutture complesse ad esso afferenti possono di volta in volta essere affidate a Direttori Psicologi o Medici Psichiatri, come si è detto senza aprioristiche conclusioni nei confronti dei primi, ad esclusione di strutture quali il SPDC per l’area medica e le U.O. di psicologia, per l’area di psicologia, le quali non possono che essere dirette, rispettivamente, da dirigenti appartenenti alla disciplina di medi-

cina ed appartenenti alla disciplina di psicologia. Pertanto le Aziende del S.S.N. nelle procedure selettive devono aprire anche ai Dirigenti Psicologi ai fini dell’attribuzione degli incarichi di direzione di Strutture complesse, ed includere gli stessi tra i possibili destinatari di incarichi di direzione di Dipartimenti”.

A conferma di questa indicazione la stessa Regione Lazio, con successiva circolare prot. n. 68890 del 12-6-2006, ha ulteriormente precisato che “...fermo restando il richiamo alle Aziende a voler consentire a tutte le categorie dirigenziali del ruolo sanitario adeguate opportunità di accesso alle posizioni apicali... si conferma che la partecipazione agli avvisi per il conferimento di incarichi di struttura complessa è consentita a più categorie nelle specifiche discipline per le quali il D.P.R. 484/97 prevede tali modalità di “accesso pluricategoriale...”.

Ciò nonostante, persiste un’ingiustificata tendenza ostruzionistica da parte dell’Ordine dei medici verso la categoria professionale degli Psicologi, come prova la nota in commento le cui premesse, si è dimostrato, paiono prive di consistenza giuridica e tendono ad indurre in errore le Amministrazioni destinatarie, che certamente non vorranno discostarsi dal sopra ricostruito panorama giurisprudenziale e dalle correlate disposizioni della Regione Lazio.

Dott.ssa **Marialori Zaccaria**
Presidente dell’Ordine
degli Psicologi del Lazio

*L'Ordine degli Psicologi
del Lazio chiede
l'intervento di Epifani*

E ANCHE LA CGIL MEDICI SCENDE IN CAMPO (MA IN QUELLO SBAGLIATO)

*Al Segretario Generale
della CGIL
Guglielmo Epifani
Al Segretario FP CGIL
Medici Nazionale
Massimo Cozza
Al Segretario Generale
FPCGIL di Roma e del Lazio
Gianni Nigro
E p.c. ad Aldo Santese
Alla Segreteria FPCGIL
Medici di Roma e del Lazio
E p.c. AUPI Regione Lazio
Giuseppe Inneo
Componente del comitato
scientifico dell'AUPI*

Siamo venuti a conoscenza del dibattito interno alla CGIL medici circa l'annosa questione delle dirigenze di Unità Operative Complesse da parte di psicologi a partire dalla vicenda della ASL RM/B dove il concorso per dirigente di UOC del DSM è stato aperto a medici e psicologi.

Tra l'altro la dizione del bando di concorso recita: "tre posti di direttore - responsabile di struttura complessa - **disciplina psicoterapia** - per l'area territoriale del DSM, per il I, III e IV distretto, **area di psicologia**", ed a nostro parere nessuno psichiatra potrebbe entrare nell'area di psicologia, in caso contrario ciò comporterebbe una grave violazione sia degli interessi dei pazienti che della normativa vigente in materia.

Vicenda questa emblematica per la complessità della questione che per decenni non ha trovato soluzione e che ora rischia di essere strumentalizzata da chi vuole difendere privilegi acquisiti o da chi cerca di sfondare con strategie articolate sul piano dell'egemonia culturale nel campo della Salute Mentale.

LE TESI DEI MEDICI CGIL

*Al Segretario FP CGIL
Medici Nazionale
Massimo Cozza
e p.c. Al Segretario FP CGIL
di Roma e del Lazio
Gianni Nigro*

Nell'ambito dell'ultimo esecutivo della FP CGIL Medici è stata evidenziata in modo evidente la problematica, peraltro conseguente ad un avviso di concorso della ASL RM B, della possibilità per i dirigenti psicologi di partecipare a concorsi per U.O.C. fino ad ora riservati ai dirigenti medici psichiatri. Come ho avuto modo di rappresentare per le vie brevi, nel corso di questi mesi, esiste un problema dei nostri iscritti psichiatri che non comprendono come possa diventare direttore di UOC uno psicologo in strutture in cui è prevista ad esempio una terapia farmacologica. Proprio nella AUSL RM B, grazie al Ns. segretario aziendale e, abbiamo realizzato un incontro specifico con gli psicologi della CGIL che, secondo il nostro parere, confondono il ruolo gestionale con il ruolo di un direttore di UOC che non può prescindere le specifiche competenze professionali.

Malgrado gli ulteriori incontri con L'Assessorato nella figura del dr. Natoli, non si è riusciti ad avere una posizione chiara e convincente.

La cosa è vissuta in malo modo dai Ns. iscritti psichiatrici non comprendono le motivazioni di tale posizione. Infatti, non è retorico ricordare che un iscritto CGIL, pur medico, pur psichiatra, crede nel valore della intercategoriale e nel rispetto di

ogni figura professionale. Questo per dire che non è possibile essere contrari a concorsi specifici per l'area di psicologia, di cui si sottolinea l'importanza e la valenza, ma che si avverte una questione di rivendicazione categoriale, che non può essere imputata ai medici, con conseguente confusione dei diversi ruoli.

Infatti, da una lettura del D.M. 30 gennaio 1998, applicativo del DPR 484/97, sulle tabelle relative alle discipline di equipollenza previste per i dirigenti del SSN, l'area di Psichiatria compare soltanto nell'area medica e delle specialità mediche, mentre la Psicologia compare solo nell'area di Psicologia e in quest'ultimo caso esiste, addirittura in modo contrario alla impostazione in argomento, la possibilità per i medici con servizi equipollenti, quali la Clinica Psichiatrica, la Psichiatria, la Neuropsichiatria, di partecipare a detta area concorsuale di psicologia.

Il problema, come vedi, è particolare e se vuoi paradossale.

Per quanto in premessa, nel pieno rispetto del principio etico alla base dell'appartenenza alla CGIL stessa, chiedo un riscontro su un problema che, ribadisco, non vuole essere categoriale ma di rispetto dell'appropriatezza richiesta nei confronti dei cittadini.

Comunque disponibile ad ogni chiarimento reputato utile e/o necessario, invio cordiali saluti.

Aldo Santese

*Per la Segreteria FP CGIL Medici
di Roma e del Lazio*

Da tutte le leggi che governano la Salute Mentale e dalla pratica clinica sia in campo ospedaliero che territoriale, si evidenzia che la complessità dell'incontro tra professionalità e l'utilizzo combinato delle tecniche, caratterizzano la metodologia di elezione nella cura contemporanea del disagio mentale.

Tale affermazione non vuol dire che ogni atto terapeutico deve essere compiuto da un'équipe multidisciplinare, ma che il governo clinico deve riferirsi a differenti pratiche che in alcuni casi trovano una confluenza sul singolo caso trattato, in altri possono rimanere a livello di programmazione del servizio.

Risulta evidente come la direzione di questi servizi non potrà che cadere sulle due categorie dirigenziali storicamente presenti in questo ambito: i medici e gli psicologi.

Né una, né l'altra possono far valere diritti di priorità: la scelta verrà fatta in sede concorsuale. Risulta capzioso chiedersi come faccia uno psicologo a dirigere un servizio in cui vengano prescritti anche farmaci, visto che potremmo dire che nello stesso si fanno psicoterapie di vario orientamento o si erogano sussidi o si somministrano test. Del resto l'utenza per la quale è richiesto come prioritario un trattamento farmacologico, non è di certo la maggioranza dell'utenza che si rivolge ad un Dipartimento di Salute Mentale.

Giova, poi, sottolineare l'illegittimità della tendenza, delle Aziende del S.S.N.L., ad escludere aprioristicamente gli Psicologi Dirigenti dal novero dei possibili partecipanti alle procedure selettive per il conferimento di incarichi di direzione di strutture semplici e complesse, nonché di Dipartimenti e Distretti Sanitari; infatti, agli Psicologi è riconosciuto il diritto a partecipare alle procedure selettive per il conferimento degli incarichi summenzionati, come, anche, evidenziato da numerose pronunce giurisprudenziali.

Si rileva che tra le categorie professionali del ruolo sanitario di cui al D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento per l'accesso all'ex II livello dirigenziale del S.S.N.) figurano gli Psicologi, per i quali non esiste alcuna preclusione normativa o contrattuale collettiva all'accesso agli incarichi di direzione di strutture complesse delle quali notoriamente costituiscono asse

portante insieme ai Medici (sul punto vedere riferimenti normativi in Allegato).

Con esplicito riferimento alla vicenda della Azienda USL RM/B si evidenzia che la previsione della possibilità di assegnare l'incarico di dirigente di UOC del DSM anche a degli Psicologi non si fonda su un fraintendimento tra il ruolo gestionale e quello di Direttore di UOC, come sostenuto dalla CGIL Medici, ma sulla semplice osservanza delle leggi vigenti in materia (vedansi Punto 2 dell'Allegato).

L'Ordine degli psicologi del Lazio da tempo ha proposto una doppia via per dirimere la questione delle dirigenze sanitarie. Immaginare che uno psicologo diriga una UOC del DSM non esclude che un altro possa dirigere una specifica UOC di psicologia, od una delle varie UOS presenti nel DSM. Si tratta di rispettare la specificità di quel determinato DSM, di quella ASL evitando di trovare in atti organizzativi locali la conferma di una specifica linea culturale - professionale elaborata altrove.

In sintesi: è impossibile insistere sull'esclusività della direzione in campo di Salute Mentale agli psichiatri a meno che non si voglia oggi aprire uno specifico Dipartimento di Psicologia per ogni ASL e trasformare il Dipartimento di Salute Mentale in un Dipartimento di Psichiatria. Saggio sarebbe incoraggiare le singole ASL a muoversi in base alle esigenze dei cittadini e del territorio, alla storia degli stessi, cercando di capire quali UOC servono, su quali UOS si devono organizzare, con quali obiettivi, e quindi quali dirigenti devono essere incaricati.

Alla luce di quanto esposto le affermazioni della CGIL Medici appaiono del tutto ingiustificate e prive di consistenza giuridica; le citate dichiarazioni riflettono una diffusa tendenza ostruzionistica (propria delle Aziende del S.S.N.) verso la categoria degli Psicologi, di cui viene illegittimamente richiesta l'esclusione dal novero dei possibili partecipanti alle procedure selettive per l'attribuzione di direzione di UOC.

Ciò che più stupisce è che dette dichiarazioni siano state rese dai componenti della più antica e rappresentativa organizzazione sindacale, quale è la CGIL, che a nostro avviso, dovrebbe operare nel rispetto ed a tutela di ogni

categoria professionale ed in osservanza del valore della intercategorialità.

Non bisogna trascurare il fatto che la Psicologia sia una risorsa, un vantaggio e una ricchezza del S.S.N. così come la Medicina, dette discipline perseguono il medesimo scopo consistente nel migliorare e garantire la sanità degli individui. Per il concreto raggiungimento del su indicato obiettivo è indispensabile non tralasciare il concetto di *"centralità della persona"*, quindi rammentare sempre che un individuo non si compone di solo fisico, ma anche di una parte estremamente importante quale è quella psichica.

A tale proposito può essere utile ricordare che già nell'aprile del 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità definiva la nozione di sanità come *"uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infirmità mentale"*.

Il possesso del migliore stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano; per garantire tale diritto è essenziale anche assicurare al singolo la tutela dello stato di benessere emotivo e psicologico, nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive, esercitare la propria funzione all'interno della società e rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno. Nell'atto costitutivo dell'OMS si ribadisce che *"per raggiungere il più alto grado di sanità è indispensabile rendere accessibile a tutti i popoli le cognizioni acquisite dalle scienze mediche, psicologiche e affini"*.

Principi riaffermati nella Legge istitutiva del S.S.N.L. del 1978 n. 833 al Punto 1: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il S.S.N.. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana"*.

Infine, data la gravità dei fatti si richiede l'intervento del Segretario Generale della CGIL Guglielmo Epifani.

Dott.ssa Marialori Zaccaria
Il Presidente dell'Ordine
degli Psicologi del Lazio
Dott.ssa Gisella Gasparini
Il Coordinatore dell'Area Salute

MARIALORI ZACCARIA
INTERVISTA ESTER DI RIENZO,
PSICOLOGA, PSICOTERAPEUTA
DEL CENTRO AIUTO
AL BAMBINO MALTRATTATO
E ALLA FAMIGLIA
DEL COMUNE DI ROMA

LA DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEI MINORI

Si può fare prevenzione nei confronti dell'abuso sessuale all'infanzia? Si possono curare le ferite di un trauma subito e ripetuto? Nei procedimenti giudiziari che coinvolgono un minore, esistono principi che ne garantiscono la tutela e la cura? Come si riconosce un abuso nel bambino che lo denuncia? E il bambino sta dicendo la verità, è in grado di ricordare, di ricostruire il trauma vissuto, anche dopo molti mesi? Sono queste le domande più frequenti, le più legittime, che si pongono le persone comuni, quando, leggono e sentono di storie di abusi raccontate dai media, nelle quali troppe volte accade che la vittima - il minore abusato - divenga a sua volta imputato, all'interno di una procedura giudiziaria, subendo così ancora un abuso. Sono emblematiche le dispute intorno all'incidente probatorio sulle piccole vittime presunte degli abusi denunciati nella comunità di Rignano Flaminio. Ma esiste anche la preoccupazione dei professionisti, che si trovano a dover affrontare, in ambito giudiziario, il tema

complesso dell'abuso all'infanzia: la protezione fisica e psicologica del minore è una priorità, ma l'ascolto dei più piccoli pone molte difficoltà ed esige rispetto e metodi corretti, competenza e assunzione di responsabilità.

In questo contesto, l'Ordine ha ritenuto opportuno proseguire nel percorso di approfondimento della complessa e sempre più emergente tematica dell'abuso all'infanzia, presentando i contenuti e gli obiettivi della "Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia", con l'aiuto di Ester Di Rienzo, un'esperta qualificata per una lettura utile ed efficace di questo indispensabile strumento di lavoro. Ester Di Rienzo è anche referente, insieme a Fanny Marchese del Centro TIAMA di Milano con cui coordina i lavori della Commissione Scientifica, della Commissione Cismai "Percorsi giudiziari", oltre che consulente tecnico del Tribunale Civile, Penale e della Corte d'Appello di Roma.

Cos'è e come nasce la "Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia"?

La 'Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia' è un documento redatto dal Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, che si occupa dal 1993 di prevenzione, diagnosi, terapia del maltrattamento ai bambini e che, attraverso le Commissioni Scientifiche, elabora e propone riflessioni e linee guida per gli operatori psico-socio-sanitari.

La Dichiarazione di consenso, frutto del lavoro di una apposita Commissione di Studio, è stata discussa e approvata nel 1998 e modificata nel 2001 dall'Assemblea dei soci Cismai. Ha come destinatari privilegiati gli operatori dell'area psico-socio-sanitaria che si occupano di protezione, diagnosi e cura dell'infanzia maltrattata, a cui offre una sintesi delle prin-

cipali basi di pensiero e intervento da adottare quando ci si occupa di bambini vittime di trauma sessuale.

L'esigenza di realizzare questo documento muove da molte e differenti ragioni: la crescente preoccupazione per la tutela dei bambini, che rappresentano i soggetti più deboli della nostra società; una allarmante crescita del fenomeno, la consapevolezza maturata che l'abuso "taciuto", se riesce ad emergere conferma la necessità di essere preparati a riconoscerlo e se possibile prevenirlo; l'esigenza, sentita da tutti gli operatori interessati, di acquisire conoscenze valide e adeguate da mettere in pratica nell'operatività e specificità di ogni specializzazione; il bisogno di poter disporre di indicazioni certe in una materia, come quella dell'abuso sessuale, che può provocare in chi vi entra in contatto spinte emozionali molto forti, sia nel senso di un coinvolgimento eccessivo che, diversamente,

nel senso di un atteggiamento troppo distaccato, difensivo rispetto all' 'impensabile'.

La Dichiarazione è articolata e puntuale: nelle sue linee-guida quali obiettivi vengono presi in considerazione?

La peculiarità del documento è essenzialmente quella di essere un agile strumento di **consultazione** per orientarsi e trovare risposte riguardo alle problematiche più rilevanti, nella prospettiva di raggiungere come finalità imprescindibile la protezione, la diagnosi e la cura dell'infanzia maltrattata.

A partire dalla definizione e la **valutazione clinica** dell'abuso, considerando poi la migliore tutela e partecipazione del bambino all'iter giudiziario; il **riconoscimento di falsi positivi e falsi negativi**; gli orientamenti per il professionista.

La Dichiarazione si occupa delle procedure giudiziarie che coinvolgono il minore, presunta o accertata vittima, secondo il principio prioritario della **centralità della tutela e cura del bambino**, anche in questo contesto.

Il principio guida che la anima è quindi l'interesse del minore di essere ascoltato, valutato e curato in un'ottica di attenzione, protezione e cura.

La Dichiarazione di consenso dà valore prioritario alla cura, anche per la consapevolezza delle gravi conseguenze psicologiche che l'abuso sessuale può provocare nel minore sia nell'immediato che nel lungo termine.

Nelle linee-guida vi sono le conoscenze di base in tema di abuso all'infanzia, ma anche le proposte più importanti affinché l'intervento del professionista, nelle differenti specializzazioni, rispecchi i criteri di tutela del minore, in presenza di una legislazione, che se bene applicata, prevede tale tutela.

Chi, a diverso titolo, si trova a dover effettuare l'ascolto di un bambino che denuncia di avere subito un abuso, può trovare nelle linee-guida un aiuto valido per non suggestionare il minore, né per trascurare o sottovalutare una rivelazione. **La priorità viene data alla salvaguardia "in ogni momento del percorso valutativo, della protezione fisica e psicologica del minore"**.

Credo che questo sia un aspetto particolarmente delicato, su cui forse è bene

insistere.

È bene insistere sulla sua importanza, perché ci si trova frequentemente ad ascoltare pareri incentrati quasi esclusivamente sulle garanzie dell'imputato, che trascurano a volte le garanzie di tutela del minore, garanzie che invece trovano nella Dichiarazione di consenso centralità e rispetto. Condivido naturalmente la legittimità della difesa dell'imputato, ma ho l'impressione che troppo spesso si levino voci, anche autorevoli, che invocano un garantismo, direi, "a senso unico". Ringrazio perciò l'Ordine per aver avuto la sensibilità di dare spazio a un documento che si occupa così accuratamente della tutela del minore, quando è "parte" - poco consapevole - in un procedimento giudiziario per lui complesso e faticoso, che lo rende nuovamente vittima (possiamo parlare di 'vittimizzazione secondaria'), se la procedura non ne garantisce un ascolto rispettoso e corretto, quando, ad esempio, avviene in condizioni logistiche non adeguate.

Pensi che linee guida espresse nella Dichiarazione possano aiutare gli operatori ad un ascolto che non sia né 'evitante', né 'suggestivo'

La Dichiarazione di consenso offre linee-guida che possono facilitare nel loro intervento gli specialisti del campo, ma sono utili anche a pediatri e insegnanti, che spesso individuano per primi i segnali di allarme e si trovano a dover valutare l'opportunità di una segnalazione.

L'abuso sessuale è un tema complesso e difficile da affrontare e richiede a chi deve occuparsene competen-

ze specifiche. Poter disporre di indicazioni valide in merito all'ascolto di una rivelazione di sospetto abuso può servire a prevenire eventualità come la suggestione negativa o la suggestione positiva.

Come ho già detto prima, meccanismi difensivi da parte degli operatori possono compromettere il momento dell'ascolto del minore, alterandolo.

In senso negativo, si può determinare una "distanza emotiva", con un'assenza di empatia, che si risolve di fatto in un'auto-tutela delle istituzioni, o, anche, la rimozione del problema, poiché la difficoltà ad affrontarlo può produrre vissuti di impotenza, ansia e dolore.

In senso positivo, può configurarsi un coinvolgimento eccessivo nella relazione con il minore, "*sovrapponendo idee, ipotesi e sentimenti dell'adulto alla narrazione del bambino*", come è scritto nella Dichiarazione, con una alterazione della necessaria obiettività nella raccolta dei dati.

Anche nei bambini, che se ne sentono spesso responsabili, l'abuso attiva meccanismi difensivi che possono rendere il loro racconto confuso e frammentato, sia perché il bambino prova vergogna e spesso paura, sia perché il trauma dell'abuso, in particolare quello di tipo due, che è ripetuto e prolungato nel tempo, causa disturbi post traumatici che ne influenzano il ricordo. La tematica del ricordo infantile richiederebbe un ampio spazio di trattazione e non è questa la sede per farlo.

Per restare al nostro tema, vorrei tuttavia ribadire con chiarezza che l'attenzione che il Documento dedica alle caratteristiche della '**rivelazione**'

del minore costituisce in questo senso una guida preziosa, a cui deve riferirsi non solo il perito, ma anche un operatore - sia insegnante, educatore o assistente sociale - che si trovi ad accogliere la rivelazione di un abuso, per non correre il rischio di suggestionare il minore e/o di sottovalutare le sue dichiarazioni.

Secondo la tua esperienza nel campo della valutazione e protezione, quali sono nelle diverse fasi del percorso giudiziario le raccomandazioni più importanti che emergono dalla Dichiarazione di Consenso?

In primo luogo, la Dichiarazione dà una **definizione dell'abuso**, che fornisce al professionista gli strumenti conoscitivi per affrontarne la complessità, rendendolo consapevole della possibile configurazione seduttiva dell'abuso e delle sue conseguenze destabilizzanti, soprattutto in assenza di protezione.

Esplicita, infatti, che è *“il coinvolgimento di un minore ... in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita”*. Inoltre, riprende quanto affermato dalla legge 66/96 nell'art. 609-bis, che recita *“chi con violenza o abuso di autorità costringe taluno a compiere o subire atti sessuali...”*, ed aggiunge *“...si configura come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore...”*, creando effetti peggiori quando l'abuso resta nascosto o non viene elaborato, quando il minore non riceve protezione e permane in uno stato di dipendenza con chi agisce o nega l'abuso.

Nel **rapporto fra tutela e cura**, è del tutto condivisibile l'impostazione della Dichiarazione che considera la tutela della salute psichica del minore una priorità, definendo il concetto di *“protezione come imprescindibile dalla cura”*. Una tale impostazione non solo non pregiudica il regolare corso della Giustizia, ma, a mio avviso, può facilitarlo.

Penso alla 'verità processuale', finalità propria della Magistratura, il cui raggiungimento è sua competenza e prerogativa esclusiva, a cui lo psicologo che ha in cura il bambino, come l'assistente sociale che lo segue, possono contribuire in modo significativo, anche al di fuori dell'iter giudiziario.

Dal momento della rivelazione di un abuso, l'attivazione di *“congrui interventi di protezione e sostegno”* nei confronti del minore, non solo garantisce l'obbligatorietà della tutela nei suoi confronti, ma serve anche ad evitare che il minore sia sottoposto a pressioni psicologiche che potrebbero alterarne la testimonianza e a dare al bambino uno spazio di ascolto di cui ha bisogno.

Sono convinta infatti che un bambino protetto ed ascoltato tempestivamente da operatori attenti e competenti, già nella prima fase della sua rivelazione, offra maggiori garanzie di fornire al giudice una testimonianza chiara e serena.

Nello stesso tempo, gli aspetti giudiziari, se ben condotti, possono favorire la cura. La Dichiarazione di consenso precisa anche le caratteristiche di una corretta partecipazione all'iter giudiziario: una chiara informazione al minore, adeguata all'età, sul per-

corso che lo riguarda ed il suo significato; una preparazione fondata sul sostegno sia cognitivo che affettivo per affrontarlo consapevolmente. Propone inoltre che si tenga conto delle esigenze del bambino, anche rispetto alla scelta del momento più opportuno in cui ascoltarne la testimonianza.

Rispetto alla **valutazione clinica**, sono utili sia per la salute psichica del bambino, che per il rigore delle eventuali valutazioni richieste dal giudice, le indicazioni di integrare gli aspetti valutativi con quelli di sostegno psicologico al bambino e agli adulti che se ne prendono cura.

Per conoscere il mondo interno del bambino e delinearne un quadro psicologico, le linee guida evidenziano la necessità di estendere l'osservazione delle aree da analizzare, non limitandosi alla semplice rilevazione degli indicatori fisici e psicologici riportati in letteratura, ma raccogliendo e analizzando anche tutti quegli elementi che permettono di falsificare l'ipotesi di abuso, raccomandando l'acquisizione di informazioni da altre fonti, la ricostruzione della storia personale del bambino e della sua famiglia e l'uso di test proiettivi, disegni, giochi oltre alla comunicazione verbale.

Ritengo che dall'analisi e dal confronto di questi elementi, riassumibili nella psicodiagnosi del bambino, si possa evidenziare o meno la presenza di eventuali vissuti tipici delle vittime di abuso, definiti da Browne nel 1985 e da FinKelhor nel 1990 e del disturbo di PTDS (Post Traumatico Da Stress). Inoltre una rigorosa analisi della validità delle dichiarazioni eseguita utilizzando strumenti rico-

nosciuti dalla letteratura internazionale, come la S.V.A. di Steller, Koehnen del 1989, permette di rispondere al quesito del giudice sull'attendibilità delle dichiarazioni rese dal minore in fase di testimonianza, o per lo meno è un valido aiuto.

Perciò gli spunti delle linee guida sono preziosi nel caso di una valutazione puramente clinica come per una valutazione peritale accurata e prudente che prevenga sia i falsi positivi sia i falsi negativi

Poiché questo è un argomento su cui vi è una informazione distorta, che attribuisce allo psicologo responsabilità e compiti che non lo riguardano, ribadisco **che non si tratta in nessun caso dell'accertamento dei fatti da parte dello psicologo**, ma di un'analisi compiuta attraverso strumenti psicologici condivisi dalla letteratura scientifica, che permette di delineare il profilo di personalità del bambino e l'eventuale presenza di indicatori traumatici, che sono stati definiti grazie a studi e ricerche a livello internazionale. La Dichiarazione di consenso si è richiamata a questi per

segnalarli all'attenzione del professionista.

In questo senso, nelle linee guida vi è un preciso richiamo alla formazione. Si raccomanda ai professionisti una formazione permanente e specialistica come premessa necessaria per fare diagnosi sull'abuso.

Ricordo infine, a tale proposito, che il testo di Malacrea e Lorenzini, 'Bambini Abusati' (2002), è un manuale, che sulla base di un'ampia e accurata ricerca e analisi della letteratura scientifica internazionale sull'argomento suffraga ciò che la Dichiarazione afferma. ■

CISMAI

Coordinamento dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia

La Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia (2001)

Nell'Assemblea nazionale del CISMAI tenutasi a Cosenza il 28 settembre 2001 sono state discusse e approvate le modifiche al documento, già ratificato nel marzo 1998, proposte dalla Commissione di Studio che, nel frattempo, ha continuato a raccogliere sullo stesso pareri e riflessioni. Il testo così articolato meglio assolve al compito di fornire linee guida comuni per gli interventi degli operatori psico-socio-sanitari in relazione ai casi incontrati di abuso sessuale ai minori.

1. Definizioni e caratteristiche

1.1. Che cos'è l'abuso sessuale?

a) è il coinvolgimento di un minore, da parte di un partner preminente, in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita;

b) è un fenomeno diffuso;

c) esso si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo;

d) l'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra le caratteristiche dell'evento (precocità, frequenza, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante) e i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivi nell'ambito psico-sociale, sanitario, giudiziario).

1.2. Conseguentemente, il danno è tanto maggiore quanto più:

a) il fenomeno resta nascosto, o non viene riconosciuto;

b) non viene attivata protezione nel contesto primario e nel contesto sociale;

c) l'esperienza resta non verbalizzata e non elaborata;

d) viene mantenuta la relazione di dipendenza della vittima con chi nega l'abuso.

2. Valutazione clinica

2.1 Per progettare adeguati e tempestivi interventi riparativi, è necessario sviluppare sistemi validi e affidabili per riconoscere il fenomeno

2.1.1 Va considerato che:

- a) il presunto perpetratore quasi sempre nega;
- b) spesso mancano evidenze fattuali e testimonianze esterne;
- c) spesso la valutazione è centrata in modo principale o esclusivo sul bambino.

2.1.2 Conseguentemente:

- a) in ogni caso la valutazione va effettuata in modo esteso e complesso, analizzando almeno tre aree: indicatori e segni fisici, indicatori e segni psicologici, racconti e affermazioni della presunta vittima;
- b) opportuno salvaguardare, in ogni momento del percorso valutativo, la protezione fisica e psicologica del minore garantendo, se necessario, percorsi paralleli di intervento per lui e per i suoi familiari;
- c) la valutazione dovrà essere effettuata con modalità che ne riducano al minimo il possibile costo psicologico.

2.2 Indicatori e segni fisici

2.2.1 Va considerato che:

- a) l'ipotesi di abuso sessuale va sempre presa in esame in presenza di lesioni, pur di carattere aspecifico, dell'area anogenitale, e di altri segni rilevabili con esame obiettivo compatibili con l'ipotesi di abuso;
- b) i segni specifici (gravidanza, presenza di spermatozoi, malattie sessualmente trasmesse) sono rarissimi;
- c) l'assenza di lesioni non può mai portare il medico a escludere l'ipotesi di abuso, in quanto numerosi atti di abuso non lasciano segni fisici.

2.2.2 Conseguentemente:

- a) la visita medica va effettuata esclusivamente da medici specificamente competenti;
- b) le lesioni vanno valutate correttamente e completamente onde evitare la ripetizione delle indagini.

2.3 Indicatori e segni Psicologici:

2.3.1 Va considerato che:

- a) l'ipotesi di abuso sessuale va tenuta presente di fronte a una vasta gamma di sintomi cognitivi, emotivi e comportamentali anche se aspecifici e anche in assenza di rivelazioni;
- b) le conoscenze sessuali improprie e i comportamenti sessualizzati sono riconosciuti come indicatori con maggior grado di specificità, ed esigono approfondimento.

2.3.2 Conseguentemente è opportuno:

- a) approfondire la conoscenza del mondo interno del bambino per dare significato alle espressioni sintomatiche
- b) approfondire la conoscenza del contesto relazionale, per completare la comprensione del quadro individuale situandolo sia rispetto alla storia familiare del minore sia rispetto ai più ampi parametri di riferimento socio-culturali in cui il minore è inserito;
- c) adottare la procedura di ampliare il più possibile la raccolta anamnestica, attivando tutte le risorse utili in tal senso.

2.4 Rivelazioni del minore

2.4.1 Va considerato che:

- a) la rivelazione è la conseguenza della presa di contatto con la propria esperienza traumatica;
- b) per quanto si tratti di un passaggio positivo, esso comporta il rischio di una temporanea riaccutizzazione della sofferenza: l'entità di tale ri-

schio dipende dal grado di riconoscimento, nell'ambito delle relazioni familiari o comunque protettive, dei bisogni psicologici e fisici del bambino;

- c) quanto più il bambino è stato danneggiato dall'abuso, tanto più può essere compromessa la sua capacità di ricordare e raccontare;
- d) la rivelazione è un processo e passa per fasi che possono non risultare lineari e logiche.

2.4.2 Conseguentemente:

- a) la rivelazione va sempre raccolta e approfondita, anche se si presenta frammentaria, confusa, bizzarra;
- b) essa va accompagnata, mettendo in atto congrui interventi di protezione e sostegno;
- c) essendo l'abuso sessuale un fenomeno fortemente improntato dall'ingiunzione (esplicita o allusiva) del segreto e del silenzio, e dall'attivazione di sentimenti che inibiscono la narrazione (quali colpa, vergogna, tradimento...), la raccolta delle rivelazioni dovrà accompagnarsi a una grande attenzione nell'evitare elementi di "suggestione negativa" (squalifiche, ripetizione di domande, confronto con dubbi e perplessità dell'adulto, ricatto morale).
- d) sarà necessario porre grande cura anche nell'evitare elementi di "suggestione positiva" nel dialogo, sovrapponendo idee, ipotesi e sentimenti dell'adulto alla narrazione del bambino, anticipando situazioni o particolari che possano condizionare il minore e alterare l'acquisizione dei dati.

3. Il minore nel percorso giudiziario.

3.1 Per quanto riguarda l'eventuale ruolo del minore durante l'iter giudiziario, è utile considerare che:

- a) il minore somma interiormente tutte le occasioni in cui ha reso dichiarazioni circa l'esperienza traumatica è stato sottoposto a procedure di va-

lidazione medica e/o psicologica, ravvisando nella richiesta di ripetizione delle prime e/o delle seconde un basso indice del credito ottenuto;

- b) la sua capacità di rendere testimonianza dipende dal grado di elaborazione del trauma.

3.2 Conseguentemente:

- a) è opportuno non moltiplicare tali procedure;
- b) è imprescindibile garantire al minore effettive condizioni di protezione nei momenti in cui viene richiesto di rendere dichiarazioni circa l'abuso o è sottoposto ad indagini mediche e/o psicologiche;
- c) è auspicabile che tali richieste vengano subordinate, nella scelta di tempi e modi, al rispetto del grado di elaborazione del trauma raggiunto dal minore;
- d) è necessario tenere conto, nella valutazione della validità delle dichiarazioni, della loro contestualizzazione (tempi, modi, luoghi, interlocutori, aspetti emotivi).

4. Falsi positivi e falsi negativi

4.1 Non si hanno dati certi sulla quantità di falsi positivi. È utile considerare che:

- a) le difficoltà valutative in campo clinico e giudiziario e l'esistenza frequente di ritrattazioni si sommano e ampliano probabilmente l'area dei sospetti non comprovabili;
- b) ritenere vero un sospetto infondato espone il bambino, i suoi familiari e chi è falsamente accusato a gravi conseguenze dannose; d'altra parte anche l'errore opposto provoca conseguenze altrettanto dannose;
- c) la ritrattazione da parte di chi ha rivelato l'abuso non è di per sé indice certo né probabile di dichiarazioni non veritiere;
- d) è stato individuato un numero limitato di dinamiche personali e relazionali che possono dare

origine a falsi positivi;

- e) le separazioni coniugali altamente conflittuali sono indicate come una condizione di particolare rischio per l'insorgenza di dichiarazioni non veritiere, ma possono essere anche occasioni che favoriscono rivelazioni autentiche.

4.2 Conseguentemente:

- a) i professionisti dovranno adottare rigorose procedure diagnostiche, per evitare che i bambini vadano incontro a un'esperienza doppiamente traumatica (essere abusati e non trovare protezione) oppure a strumentalizzazione fortemente pregiudizievole;
- b) il rischio di trovarsi di fronte a falsi positivi deve essere sempre preso in considerazione da chi si occupa di questa materia;
- c) di fronte a tale rischio sarà necessario evitare un generico atteggiamento di dubbio, ma vagliare precise alternative diagnostiche
- d) è auspicabile un confronto puntuale e permanente tra esperti circa caratteristiche e frequenza di falsi positivi;

5. Orientamenti del professionista

5.1 Quanto ai criteri di acquisizione e di esercizio delle competenze professionali di chi opera nell'area dell'abuso sessuale ai minori, è utile considerare che:

- a) è auspicabile che tutti i professionisti di area medica e psicosociale che operano nel campo della cura e della tutela del minore, come pure quelli che svolgono funzione di consulenti giudiziari, abbiano acquisito competenze culturali e tecniche specifiche nel campo dell'età evolutiva, delle dinamiche individuali e familiari e delle peculiarità dell'abuso sessuale;
- b) per tutte le professioni sanitarie o equiparate, l'obiettivo della protezione e della cura del minore, o comunque della salvaguardia delle esi-

genze cliniche dello stesso, è prioritario rispetto a qualsiasi altro obiettivo richiesto dalle circostanze, in accordo con le norme deontologiche;

- c) va tuttavia tenuto conto del frequente incrocio tra esigenze cliniche ed esigenze giudiziarie

5.2 Conseguentemente:

- a) anche se l'intervento sul minore nasce in un quadro giudiziario, esso dovrà rispettare i criteri comunemente riconosciuti in ambito clinico;
- b) in particolare, poiché la cura è il naturale sbocco della diagnosi, non può esistere controindicazione intrinseca a che lo stesso professionista svolga ambedue gli interventi, in qualsiasi quadro istituzionale siano stati richiesti;
- c) è altresì necessario che il professionista, oltre a osservare con rigorosa consapevolezza le disposizioni giuridiche e deontologiche, si renda disponibile a portare il proprio contributo in ambito giudiziario, così come è opportuno che apprenda regole e linguaggio di tale ambito;
- d) il professionista che opera con obiettivi clinici sceglierà responsabilmente gli strumenti e la documentazione del proprio operato che ritiene più opportuni, dando ovviamente conto dei criteri che utilizza a tal fine;
- e) quando l'obiettivo è di natura giudiziaria, strumenti e documentazione verranno concordati con l'autorità competente, purché non in contrasto con le esigenze cliniche del minore;
- f) va presa in considerazione l'eventualità che, in casi particolarmente complessi sul piano della prova giudiziaria, sia opportuno ricorrere a una pluralità di professionisti che si dividano gli interventi di tipo probatorio e di tipo clinico. È in ogni caso necessario che l'integrazione tra i professionisti renda minimo il disagio che tale organizzazione degli interventi può arrecare al minore. ■

*DUE IMPORTANTI MODIFICHE
SULLE COMUNICAZIONI
AGLI ISCRITTI
E SULL'ACCESSO AGLI ATTI*

MODIFICATO IL REGOLAMENTO DISCIPLINARE

Avvocato Luca Lentini, Consulente legale dell'Ordine degli Psicologi del Lazio

DOPO AVER RIFORMATO nel 2006 il Regolamento che disciplina le attività consiliari, il Consiglio in carica ha apportato alcune modifiche ed integrazioni anche al Regolamento sul procedimento disciplinare.

Il primo intervento ha riguardato le modalità di comunicazione degli atti della Commissione Deontologica, che in caso di irreperibilità del destinatario agli indirizzi dallo stesso comunicati all'Ordine, ora può avvenire anche mediante affissione in busta chiusa presso la sede del Consiglio.

La *ratio* di questa novità si rinviene nell'esigenza di evitare che un iscritto segnalato per un'ipotesi di illecito disciplinare da verificare, possa rendersi dolosamente irreperibile rispetto alle comunicazioni provenienti dalla Commissione Deontologica, che, si ricorda, svolge solo attività di istruttoria preliminare in favore del Consiglio, al quale ultimo compete invece in via esclusiva lo svolgimento del procedimento disciplinare vero e proprio.

Sul punto il Regolamento risultava carente e lasciava spazio all'eventualità che la Commissione non potesse svolgere proficuamente i propri compiti istruttori e, di conseguenza, non potesse neppure proporre al Consiglio l'apertura del procedimento disciplinare consiliare vero e proprio.

Per rimediare all'inconveniente, il Consiglio ha tratto spunto dalle disposizioni che regolano le comunicazioni disciplinari consiliari (dalla deliberazione di avvio del procedimento disciplinare all'eventuale sanzione). In particolare, l'art. 27 della legge n. 56/89 impone l'utilizzo dello strumento della notificazione, permettendo tuttavia, in caso di irreperibilità del destinatario, di procedere "...*mediante affissione del provvedimento*

per 10 giorni nella sede del Consiglio dell'Ordine ed all'Albo del comune dell'ultima residenza dell'interessato". Ciò consente di garantire in ogni caso la procedibilità dell'azione disciplinare.

Diversamente, per quanto atteneva alle attività di istruttoria preliminare svolte dalla Commissione Deontologica gli artt. 10 (comunicazione avvio istruttoria), 11 (convocazione del segnalato) e 15 (decisioni della Commissione) del Regolamento Disciplinare prevedevano quale strumento di comunicazione la raccomandata con avviso di ricevimento, senza però richiamare, in caso di irreperibilità del destinatario, il citato art. 27 della legge n. 56/89 ovvero la possibilità dell'affissione.

Ciò costituiva un evidente intralcio allo svolgimento dei lavori della Commissione, giacché il mezzo della raccomandata a.r. non permette al servizio postale di certificare la consegna della missiva nel caso in cui il destinatario, pur non essendo reperito all'indirizzo indicato dal mittente, risulti effettivamente ivi residente come da relativa certificazione rilasciata dal Comune.

Al contrario la notificazione a mezzo Ufficiale Giudiziario, che come si è visto la legge n. 56/89 prevede per gli atti disciplinari del Consiglio, può intendersi perfezionata all'indirizzo del destinatario coincidente con la sua residenza anagrafica.

Pertanto, onde ovviare al problema sopra evidenziato, per le comunicazioni degli atti della Commissione Deontologica il Consiglio con deliberazione n. 281 del 10-11-2006 ha aggiunto al Regolamento Disciplinare l'art. 15 bis intitolato "*Comunicazioni della Commissione Deontologica. Irrepe-*

ribilità dei destinatari" che così recita: "*In caso di irreperibilità del destinatario agli indirizzi dallo stesso comunicati all'Ordine in sede di iscrizione e di successive variazioni quali residenza, altro indirizzo da pubblicare sull'Albo o indirizzo per la corrispondenza postale, le comunicazioni di cui agli articoli 10, 11 e 15 del presente Regolamento avvengono mediante affissione in busta chiusa indicante il solo nominativo del destinatario per 10 giorni nella sede del Consiglio dell'Ordine*".

Questa modalità risolve il problema dell'irreperibilità, garantendo comunque la privacy del destinatario.

Nel contempo, all'art. 15 il Consiglio ha aggiunto una precisazione, prima mancante, relativa alla modalità standard di comunicazione del provvedimento di chiusura dell'istruttoria preliminare (a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento) nel caso non patologico in cui il destinatario risulti reperibile agli indirizzi dallo stesso comunicati all'Ordine.

Il secondo intervento del Consiglio in carica sul Regolamento Disciplinare è stato operato con la deliberazione n. 65 del 2-3-2007 ed ha riguardato le disposizioni in materia di accesso agli atti.

L'esigenza è sorta dal D.P.R. 12-4-2006, n. 184 intitolato "*Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi*", che ha introdotto rilevanti novità in materia, disponendo in via transitoria che entro un anno dalla sua entrata in vigore i soggetti destinatari delle norme sul diritto di accesso, tra cui gli Ordini professionali, avrebbero dovuto adeguarsi alle nuove disposizioni ivi contenute.

Senza entrare nel dettaglio delle singole novità di cui al citato D.P.R., queste vanno dall'onere per le Amministrazioni di produrre atti che agevolino la fruizione del diritto di accesso, al riconoscimento del diritto dei controinteressati a ricevere comunicazione delle richieste di accesso che li riguardano e ad opporsi alle stesse, fino alla potestà del soggetto detentore degli atti di differire l'accesso "...per salvaguardare specifiche esigenze dell'amministrazione...".

Trattasi di disposizioni che nel loro complesso accrescono le garanzie per tutti i soggetti interessati all'accesso - dal richiedente, agli eventuali controinteressati, all'Amministrazione - e che imponevano un adeguamento del Regolamento Disciplinare, la cui formulazione recava uno sparpagliamento dei cenni al diritto di accesso, che di fatto ne limitava l'ampiezza.

Il Regolamento Disciplinare conteneva infatti, sul tema dell'accesso agli atti, alcune disposizioni di massima collocate in modo disomogeneo e contraddittorio, che - a dispetto delle intenzioni garantiste che pure trapelavano dalla lettura complessiva di quel testo - generavano problemi interpretativi e non garantivano agli iscritti una piena tutela sotto il profilo del diritto alla trasparenza ed alla piena conoscenza degli atti disciplinari che li riguardavano.

Ad esempio:

- l'art. 5, comma 2 da un lato affermava che gli atti della Commissione Deontologica "...sono coperti da segreto...", mentre dall'altro affermava che "...ne viene autorizzato l'accesso...";
- l'art. 11, comma 2, lettera e) disponeva che la convocazione del segnalato da parte della Commis-

sione Deontologica doveva contenere anche "l'indicazione... della possibilità di visionare ed estrarre copia degli atti", mentre l'art. 18 sul contenuto minimo della deliberazione consiliare di avvio del procedimento disciplinare nulla diceva con riferimento al diritto di accesso dell'incolpato.

In sede di recepimento del D.P.R. n. 184/06 si è così presentata l'occasione di eliminare le suddette disarmonie, modificando in chiave semplificativa la tecnica redazionale del testo, mediante eliminazione dei richiami sparsi sul diritto di accesso e contestuale decisa, ma unitaria, affermazione dello stesso diritto con un richiamo alla disciplina vigente in materia (peraltro già esistente all'art. 1 ma da integrare).

L'obiettivo è stato quello di eliminare ogni problema di carattere interpretativo di disposizioni interne superflue, riconducendo il Regolamento Disciplinare - sotto il profilo dell'accesso agli atti della Commissione Deontologica prima (fase dell'istruttoria preliminare) e del Consiglio poi (fase del procedimento disciplinare vero e proprio) - alle nuove disposizioni dettate dal Legislatore.

In particolare, con la deliberazione sopra citata, il Consiglio ha:

- eliminato dall'art. 5, comma 2, dopo la parola "segreto", le parole "e ne viene autorizzato l'accesso nei modi e nelle forme previste dagli artt. 22, 23, 24 e 25 Legge 7.8.1990 n. 241";
- eliminato dall'art. 11, comma 2, lettera e), dopo la parola "preliminare", le parole "e della possibilità di visionare ed estrarre copia degli atti";
- eliminato dall'art. 19, comma 2, do-

po la parola "motivato", le parole "e del relativo fascicolo";

- introdotto all'art. 1, lettera c), dopo la parola "amministrativi", le parole "e successive modificazioni ed integrazioni, nonché D.P.R. 12 aprile 2006, n. 184 - Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi".

In tal modo:

- l'accesso agli atti della Commissione Deontologica potrà essere svolto, in base alle vigenti disposizioni nazionali, in armonia col principio di segretezza (di derivazione processual penalistica) già richiamato dall'art. 5 e compatibile con la facoltà di differimento dell'accesso prevista dall'art. 9, comma 2 del D.P.R. n. 184/06 ("...Il differimento dell'accesso è disposto... per salvaguardare specifiche esigenze dell'amministrazione, specie nella fase preparatoria dei provvedimenti, in relazione a documenti la cui conoscenza possa compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa");
- non vi saranno più dubbi interpretativi circa il diritto degli iscritti di accedere agli atti disciplinari anche nella fase procedimentale consiliare;
- il diritto all'accesso al fascicolo disciplinare all'esito di un'archiviazione da parte del Consiglio potrà svolgersi nel rispetto delle norme generali sul tema;
- il richiamo all'applicabilità di tali norme, comprendente il D.P.R. n. 184/06, costituirà per gli iscritti garanzia di massima trasparenza, senza oneri di interpretazione di norme speciali interne. ■

DELIBERA n. 65 del 2 marzo 2007

**DECISIONI IN MERITO ALL'IPOTESI
DI MODIFICA DEL REGOLAMENTO
DISCIPLINARE AI SENSI
DEL D.P.R. 12/04/2006 N. 184**

Il Consiglio

- Visto l'art. 12, comma 2, lett. c) della legge n. 56 del 18/12/1989, in base al quale il Consiglio "provvede alla ordinaria e straordinaria amministrazione dell'Ordine...";
- visto il Regolamento disciplinare dell'Ordine degli Psicologi del Lazio regolante il procedimento disciplinare, sia nella fase istruttoria dinanzi alla Commissione deontologica, sia nella fase del procedimento disciplinare dinanzi al Consiglio, approvato con delibera n. 248 del 23-09-03 e sue successive modificazioni;
- vista la Legge n. 241 del 7 agosto 1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e sue successive modificazioni, ed in particolare l'art. 23 secondo cui "Il diritto di accesso di cui all'articolo 22 si esercita nei confronti delle pubbliche amministrazioni, delle aziende autonome e speciali, degli enti pubblici e dei gestori di pubblici servizi..(omissis)...";
- visto ed allegato il D.P.R. n. 184 del 12/04/06 "Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi", emanato ai sensi della Legge n. 241 del 7 agosto 1990 e sue successive modificazioni, il quale, all'art. 1 "disciplina le modalità di esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi in conformità a quanto stabilito nel capo V" della succitata Legge;
- visto in particolare l'art. 14, comma 1, dello stesso secondo cui gli atti adottati dagli enti di cui al sopra citato art. 23 della Legge 241/90 e sue successive modificazioni, compresi quindi gli Ordini professionali, quali enti pubblici non economici, e vigenti alla data di entrata in vigore del Regolamento in questione, "sono adeguati alle relative disposizioni entro un anno da tale data";
- considerato che il summenzionato Regolamento disciplinare rientra tra gli atti di cui al punto precedente e che pertanto deve esserne valutata la conformità alle disposizioni regolanti l'accesso agli atti così come introdotte dal D.P.R. 184/06;
- vista ed allegata la nota, prot. n. 1179 del 22/02/07, del consulente legale dell'Ordine, avvocato Luca Lentini, secon-

do cui il Regolamento disciplinare dell'Ordine necessita di una revisione al fine di adeguarlo alle nuove disposizioni introdotte;

- rilevato, in particolare, in detta nota, che il Regolamento disciplinare "reca, sul tema dell'accesso agli atti, alcune disposizioni di massima collocate in modo disomogeneo e contraddittorio, che - a dispetto delle intenzioni garantiste che pure trapelano dalla lettura complessiva del testo - generano problemi interpretativi e non garantiscono agli iscritti una piena tutela sotto il profilo del diritto alla trasparenza ed alla piena conoscenza degli atti disciplinari che li riguardano", citando, a conferma di quanto affermato, i presunti profili di incongruità degli art. 5, 11 e 18 di detto regolamento;
 - considerato che al fine di eliminare le affermate disarmonie e semplificare la tecnica redazionale del testo del Regolamento, si propone di procedere alla modifica dei seguenti articoli, come di seguito indicate:
 - **Articolo 1**, comma 1, lettera c): inserimento a fine periodo, dopo la parola "amministrativi" delle parole "e successive modificazioni ed integrazioni, nonché D.P.R. 12 aprile 2006, n. 184 - Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi".
 - **Articolo 5**, comma 2: eliminazione, dopo la parola "segreto", delle parole "e ne viene autorizzato l'accesso nei modi e nelle forme previste dagli art. 22, 23, 24 e 25 Legge 7.8.1990 n. 241".
 - **Articolo 11**, comma 2, lettera e): eliminazione, dopo la parola "preliminare", delle parole "e della possibilità di visionare ed estrarre copia degli atti".
 - **Articolo 19**, comma 2: eliminazione dopo la parola "motivato", delle parole "e del relativo fascicolo";
 - ritenuto opportuno recepire tali proposte di modifica in quanto considerate idonee a consentire che l'accesso agli atti relativi ai procedimenti disciplinari avvenga nel rispetto della normativa nazionale e nel rispetto del principio di segretezza e che costituisca pertanto elemento di garanzia per gli iscritti;
- delibera
- per i motivi di cui in premessa:
- 1) di procedere alle seguenti modifiche del Regolamento disciplinare:

- **Articolo I** comma 1, lettera c): inserimento a fine periodo, dopo la parola “amministrativi” delle parole “e successive modificazioni ed integrazioni, nonché D.P.R. 12 aprile 2006, n. 184 - Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi”.
- **Articolo 5** comma 2: eliminazione, dopo la parola “segreto”, delle parole “e ne viene autorizzato l'accesso nei modi e nelle forme previste dagli art. 22, 23, 24 e 25 Legge 7.8.1990 n. 241”.
- **Articolo II**, comma 2, lettera e): eliminazione, dopo la parola “preliminare”, delle parole “e della possibilità di visionare ed estrarre copia degli atti”.
- **Articolo 19**, comma 2: eliminazione dopo la parola “motivato”, delle parole “e del relativo fascicolo”.

Il testo degli articoli 1, 5, 11 e 19, a seguito delle modifiche, risulta pertanto il seguente:

Articolo I - Norme di riferimento

1. Il presente Regolamento definisce l'attività disciplinare del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Lazio (in seguito indicato semplicemente come “Consiglio dell'Ordine”). Le norme di riferimento sono contenute nelle seguenti disposizioni:
 - a) Legge 18 febbraio 1989, n. 56 - “Ordinamento della professione di psicologo”;
 - b) Legge 5 febbraio 1992, n. 175 e succ. mod. - “Norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie”;
 - c) Legge 7 agosto 1990, n. 241 - “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e successive modificazioni ed integrazioni, nonché D.P.R. 12 aprile 2006, n. 184 - Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi;
 - d) Codice di Procedura Penale (D.P.R. 22-9-1988, n. 447);
 - e) Codice di Procedura Civile;
 - f) Regolamento del Consiglio dell'Ordine del Lazio.
2. Per i casi e le fattispecie non espressamente previsti in questo regolamento, si rinvia alle relative norme contenute nel Codice di Procedura Penale, per tutto ciò che concerne l'immutabilità dell'organo giudicante, la regolarità del contraddittorio e l'esercizio del diritto di difesa, e al Codice di Procedura Civile, per ciò che concerne il procedimento di notificazione degli atti.

Articolo 5 - Processo verbale

1. Di ogni riunione della Commissione il Segretario redige apposito verbale che è depositato presso la Segreteria dell'Ordine degli Psicologi del Lazio.
2. I verbali di riunione, al pari di ogni altro atto o attività della Commissione Deontologica, sono coperti da segreto.

Articolo II - Convocazione - Contenuto - Tentativo di conciliazione

1. Con la stessa lettera raccomandata indicata nell'articolo precedente, la Commissione Deontologica può convocare dinanzi a sé l'interessato, per audirlo a sua giustificazione.
2. Nella missiva di convocazione saranno indicati:
 - a) la sommaria esposizione dei fatti oggetto della segnalazione;
 - b) il giorno, l'ora e il luogo dell'audizione;
 - c) l'avvertimento che, in caso di mancata comparizione, l'istruttoria preliminare seguirà, comunque, il suo corso naturale;
 - d) l'avvertimento che è diritto dell'interessato farsi assistere da un legale di fiducia e/o da uno psicologo iscritto all'Albo;
 - e) l'indicazione, ai sensi della L.241/90, del nome del responsabile dell'istruttoria preliminare;
 - f) l'avvertimento all'interessato delle facoltà a lui concesse dal successivo art.13, con l'indicazione dei relativi termini di scadenza.
3. In caso di vertenza disciplinare tra due o più iscritti all'Albo degli Psicologi del Lazio, la Commissione Deontologica può convocare contemporaneamente tutti gli interessati al fine di tentare una conciliazione.

Articolo 19 - Archiviazione

1. Il Consiglio dell'Ordine se non ritiene di dar corso al procedimento disciplinare delibera l'archiviazione della segnalazione.
2. Il dispositivo della deliberazione di archiviazione è comunicato, con plico postale, all'interessato ed al segnalante, i quali potranno richiedere all'Ufficio di Segreteria dell'Ordine degli Psicologi del Lazio copia del provvedimento motivato.
3. di incaricare l'ufficio ed i consulenti dell'Ordine alla predisposizione degli atti di cui all'artt. 1 e 8 del DPR n. 184/06.

OMISSIS

Il Segretario
Il Presidente

**TUTTE LE E-MAIL
PER SCRIVERE ALL'ORDINE**

consiglio@ordinepsicologilazio.it

*per scrivere al presidente, al vicepresidente,
ai consiglieri e ai membri delle commissioni*

segreteria@ordinepsicologilazio.it

*per domande e pratiche amministrative
e per scrivere al segretario*

tesoreria@ordinepsicologilazio.it

*per domande e pratiche contabili
e per scrivere al tesoriere*

deontologica@ordinepsicologilazio.it

per scrivere alla commissione deontologica

eventi@ordinepsicologilazio.it

*per informazioni su seminari, convegni
e iniziative dell'Ordine*

*Nella nostra regione
è in atto un complesso
passaggio
di competenze
in merito alla salute
psicofisica
della popolazione
carceraria
Ecco cosa cambia
e quale è il ruolo
dello psicologo*

LA SALUTE DIETRO LE SBARRE



La legge regionale "Interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta" tiene conto di molte nostre osservazioni

DALLA PRIMA ACCOGLIENZA ALLE CONDIZIONI DI VITA LO PSICOLOGO IN PRIMA LINEA

Gisella Gasparini

Negli ultimi mesi siamo stati coinvolti dal processo di trasformazione in atto nella realtà penitenziaria della nostra Regione che vede avanzare un complesso passaggio di competenze in merito alla salute psicofisica della popolazione carceraria dal Ministero della Giustizia a quello della Salute attraverso il coinvolgimento attivo da parte delle Regioni del proprio SSR.

La proposta di Legge Regionale "**Interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta della Regione Lazio**" sulla quale abbiamo lavorato con i colleghi che operano all'interno degli Istituti Penitenziari, proponendo emendamenti all'Assessore alla Sanità Regione Lazio, Dott. Augusto Battaglia ed al Garante dei detenuti del Lazio, Avv. Angiolo Marroni è diventata una legge il 23/05/2007. Il nostro intervento è stato raccolto, riposizionando lo psicologo, che era stato completamente omesso nella bozza, nella giusta posizione accanto alle altre figure presenti nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

È una Legge che si è fatta molto attendere, ma l'attesa non è stata infruttuosa, perché da un lato certamente introduce novità di rilievo e dall'altra consolida il lavoro spesso assai difficile e poco riconosciuto degli operatori all'interno degli istituti penitenziari, facendolo proprio, almeno negli intenti, e dandosi l'obiettivo di migliorare la qualità della vita ed il godimento del diritto alla salute delle persone soggette a misure restrittive delle libertà personali.

Proverò a riassumerne gli elementi salienti. Nella prima parte, ribadisce i principi basilari del rispetto dei diritti umani, del diritto alla salute dei detenuti, con particolare attenzione ai minori.



Nel capo II, definisce i compiti della **Regione, che attraverso le aziende USL deve "assicurare i livelli di assistenza sanitaria concernenti le prestazioni preventive, diagnostico-terapeutiche e riabilitative, analoghi a quelli previsti per gli individui in stato di libertà"**, mentre il **Garante** "provvede a verificare il rispetto del diritto alla salute in collaborazione con le competenti amministrazioni".

Chiarisce inoltre che la Giunta Regionale, attraverso la stipula di appositi **protocolli d'intesa**, individua:

- gli impegni che la Regione e il Ministero della Giustizia assumono per migliorare lo stato di salute della popolazione detenuta;
- le modalità di potenziamento ed integrazione dei servizi;
- la collaborazione tra Istituti peni-

tenziari ed aziende sanitarie locali;

- criteri per rendere possibile la partecipazione dei detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione;
- il personale, le risorse messe a disposizione dalle parti contraenti.

La Giunta Regionale "approva **un progetto obiettivo triennale** relativo:

- alle mappe di rischio ed agli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio individuando come **priorità**: la prevenzione, l'assistenza ai tossicodipendenti, ai minori, alle detenute madri, alle patologie mentali
- alle modalità organizzative del servizio sanitario presso gli istituti attraverso modelli integrati con la rete dei servizi del SSR
- ai programmi di formazione e aggiornamento degli operatori
- ai programmi di assistenza medico-specialistica e di prevenzione da realizzarsi presso le aziende USL a favore degli operatori, con particolare attenzione alle malattie professionali ed ai rischi di esposizione al contatto con malattie infettive".

La Giunta Regionale, attiva specifici interventi socio-educativi in favore dei minori internati a causa della detenzione della madre; **adotta linee guida nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere** per il buon funzionamento dei servizi sanitari interni agli istituti e la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici per particolari condizioni di salute o patologie specifiche.

La Legge stabilisce che le **ASL, nel cui Territorio siano collocati gli isti-**

tuti, sono tenute ad assicurare prestazioni sanitarie “pronte, efficaci e continue” alla popolazione detenuta, con particolare riguardo alla prevenzione ed all'assistenza nei casi di abuso di sostanze e patologie correlate, alla medicina di base, all'assistenza psicologica, alla medicina del lavoro, al fabbisogno farmaceutico.

Devono altresì provvedere al ricovero ospedaliero, attrezzandosi con reparti adatti al ricovero dei detenuti ed internati, minori compresi.

Particolare attenzione dovranno mettere in campo nella prevenzione del rischio suicidario attraverso il trattamento sanitario e psicologico dei “**nuovi giunti**”, ed attuare idonee misure di protezione per fasce particolari di detenuti, quali i minori, gli stranieri, i portatori di patologie mentali ed i diversamente abili.

Il capo terzo della legge dedica molto spazio alle misure da adottare, da parte della Regione, per favorire l'effettivo esercizio del diritto al lavoro, alla formazione professionale dei detenuti, agli interventi volti al reinserimento sociale, sia attraverso l'introduzione di incentivi all'assunzione di persone detenute o ex detenute, sia attraverso **un piano straordinario di integrazione lavorativa** per quanti sono dimessi dagli istituti del Lazio nell'anno di approvazione della legge.

Nel capo IV si parla della promozione del miglioramento della **condizione di vita in carcere**, attraverso attività culturali, corsi di preparazione al reinserimento sociale, attività sportive, attenzione alla vita affettiva e di relazione.

Viene stabilita l'istituzione di **un tavolo interassessorile per il trattamento** (bilancio, sanità, politiche so-

ciali, scuola, formazione professionale, lavoro, enti locali, sport) con la partecipazione del Garante regionale e dei Garanti Comunali che ha il compito di programmare e coordinare tutte le iniziative previste dalla nuova legge.

Per quel che riguarda il **personale**, la Regione dispone di appositi finanziamenti per l'assunzione di educatori, mediatori culturali, psicologi ed assistenti sociali che possono essere utilizzati dai Comuni aventi nel loro territorio istituti penitenziari. Tale personale è alle dirette dipendenze dell'ente e collabora con gli istituti penitenziari, con le modalità definita da accordi di programma.

Sono previsti interventi volti al miglioramento delle condizioni di lavoro degli operatori penitenziari.

È istituito inoltre **un nucleo di progettazione relativo ai fondi comunitari** per interventi in favore della popolazione carceraria e vengono creati **due nuovi capitoli di spesa del bilancio annuale regionale** di previsione dedicati, il primo al “Finanziamento del servizio sanitario penitenziario regionale” ed il secondo agli “Interventi a sostegno dei detenuti del Lazio”.

Leggendo questa legge, che potrete, se volete, visionare integralmente nella parte finale del dossier, potete ascoltare l'eco delle voci dei nostri colleghi che operano all'interno di queste realtà. Certe esperienze portate avanti con estrema fatica da operatori del settore, volontari, in modo a volte personalistico, sono diventate una modalità organizzativa riconosciuta ufficialmente. Mi sembra un ottimo risultato.

Ma un altro elemento colpisce ancor di più, e scusate se il mio stu-

pore suonerà ingenuo, ma non essendo del settore, mi confronto con questi temi per la prima volta in ragione dell'incarico affidatomi all'interno del Consiglio.

E sono le **Linee di indirizzo** prodotte dal Ministero della Giustizia l'11/06/07 aventi come oggetto “**I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza**” a firma del dott. Sebastiano Ardita.

Il documento (anch'esso allegato al dossier), intende orientare il modello organizzativo che (cito dalle linee guida), “riguarda le procedure di accoglienza, al fine di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà e di predisporre gli interventi a tutela della incolumità fisica e psichica conseguenti all'ingresso in istituto. Tale strategia presuppone necessariamente l'attivazione di stabili raccordi tra carcere e territorio utili al successivo reinserimento della persona detenuta”.

In esso vengono accuratamente descritti i primi momenti della detenzione con i problemi ed i rischi che presentano e le necessarie attività atte a informare, prevenire, trattare, i possibili stati di malessere o di malattia psichica e/o fisica.

Viene ricordata l'importanza di conoscere la persona che arriva in istituto il più accuratamente e nel tempo più breve possibile sia a scopo preventivo che ai fini di un programma personalizzato.

Viene **istituito il servizio di accoglienza** per i detenuti nuovi giunti “che raccoglie il testimone e la ricca esperienza del servizio nuovi giunti”, in tutti gli Istituti.

Sarà costituito da uno **staff di accoglienza multidisciplinare**, del quale faranno parte, oltre allo psicologo,

il medico, il direttore, il responsabile dell'area educativa, il comandante del reparto di polizia penitenziaria, lo psichiatra, l'infermiere. Viene integrato dalla presenza di altri specialisti come: operatori del Ser.T, assistenti sociali, mediatori culturali e/o sociosanitari, a seconda delle esigenze o problemi presentati dal detenuto "nuovo giunto".

Questo servizio si articola su due livelli: un primo livello che si attiva immediatamente, con l'intervento del medico e dell'infermiere, ed un secondo che si attiva successivamente con modalità variabili a seconda delle necessità. Ad es., se si riscontrano tematiche relative all'uso di sostanze o patologie correlate, il secondo livello verrà affidato al Ser.T, entro 12 ore dall'ingresso.

Non oltre le 36 ore si attivano gli interventi dello psicologo per la valutazione del rischio auto/eterolesionistico, o di qualsiasi altro specialista sia richiesto per completare la conoscenza del detenuto, anche ai fini della scelta della collocazione più confacente alle esigenze del caso. Nelle stesso tempo viene favorita la possibilità che la persona in entrata nell'Istituto possa ricevere informazioni dettagliate sui servizi offerti dal carcere e sui propri diritti.

Negli istituti più grandi si può prevedere uno sportello informativo per detenuti e familiari.

Il servizio di accoglienza configura e necessita di una struttura operativa di equipe con riunioni periodiche di raccordo e di articolazione in rete con i servizi ospedalieri e territoriali della ASL di appartenenza dell'Istituto, con attenzione particolare alle patologie mentali e ed al rischio suicidario e quindi al rapporto con il

DSM di zona al quale è affidato il trattamento, ove richiesto.

Elemento importante è **la creazione in ogni Istituto di una sezione di accoglienza e di attenzione**, "un'apposita struttura separata dalle normali sezioni, composta di camere di 2-3 posti, dotate di maggiori comfort rispetto a quelle comuni", in prossimità dell'infermeria e del centro clinico, ove presente. Tutti i detenuti in ingresso usufruiranno di questo "filtro" di carattere sanitario, che deve "essere rapido, ma accurato", che non deve protrarsi oltre una settimana.

Lo staff del servizio deve essere formato da personale stabile, integrato da operatori di altri servizi chiamati in causa ove se ne riscontri la necessità.

Nelle linee guida vengono date disposizioni anche in merito all'attenzione ai **bisogni primari** di chi entra in istituto (cibo, igiene, vestiario, comunicazione con i familiari, assistenza di ordine previdenziale o lavorativo, sostegno psicologico, assistenza ai bisogni legati allo status di straniero).

Viene stabilita la data del **1/8/2007 per l'attivazione del servizio di accoglienza** e si invitano i dirigenti competenti ad attraverso specifiche attività formative per tutto il personale coinvolto nell'accoglienza e nella gestione del "nuovo giunto".

Queste linee guida costituiscono un importante passo avanti di diffusione un modello di intervento di qualità, proveniente da alcune realtà più avanzate, a tutti gli istituti della nostra regione.

Speriamo inoltre che possa porre le basi per una adeguata soluzione agli annosi problemi di collocazione degli psicologi operanti all'interno degli isti-

tuti nonché della carenza di ore a disposizione, attraverso la predisposizione di una pianta organica del servizio e quindi di appositi concorsi.

Da ultimo, vorrei far conoscere un primo risultato prodotto dal **Protocollo di Intesa tra Ordine degli Psicologi del Lazio e Ufficio del Garante dei diritti dei detenuti della Regione Lazio**, teso a riconoscere e garantire il diritto alla salute psicologica (prima vera emergenza nella realtà carceraria) dei detenuti attraverso atti concreti ed una collaborazione strutturata e continuativa. L'Ordine indirizza risorse nell'attuazione di progetti e iniziative tese favorire lo sviluppo di buone pratiche di promozione della salute psicofisica e della divulgazione della cultura psicologica, anche attraverso interventi di sostegno alla persona.

In questo senso, abbiamo creato un piccolo opuscolo, chiamato **"Vademecum del nuovo giunto"**, che ora sarà tradotto in tutte le lingue rintracciabili tra i detenuti nelle carceri del Lazio, e distribuito ai nuovi giunti a cura dell'Ufficio del Garante, con l'obiettivo di informare in modo semplice e diretto chi si trova di fronte alle misure restrittive della libertà, dei diritti e delle possibilità di assistenza a sua disposizione in caso di necessità; in particolare, vuole far conoscere la presenza e la funzione dello psicologo all'interno dell'Istituto Carcerario.

È stato pensato soprattutto per chi si trova per la prima volta in un momento emotivamente così difficile, con particolare attenzione agli stranieri. Anche il vademecum è allegato al dossier per prenderne visione. ■

*Le linee guida
indicate
dal Ministero
della Giustizia*

COSÌ VANNO ACCOLTI I DETENUTI PROVENIENTI DALLA LIBERTÀ

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

**Dipartimento dell'Amministrazione
penitenziaria direzione generale
dei detenuti e del trattamento**

**Oggetto: I detenuti provenienti
dalla libertà, regole di accoglienza**

Premessa

Questa Amministrazione intende istituire o potenziare, laddove già esistente, il servizio di accoglienza per le persone detenute provenienti dalla libertà, attuando un raccordo tra quanto già disposto in passato (con il servizio nuovi giunti¹), e le possibilità aperte nel presente, gettando le basi per quanto sarebbe auspicabile nel prossimo futuro: far percorrere il carcere alla medicina senza barriere con il territorio.

Tenendo anche in considerazione i numerosi interventi legislativi sopravvenuti nell'ultimo decennio, finalizzati a creare un collegamento tra istituzione penitenziaria e società esterna, corre l'obbligo per questa Amministrazione di fornire nuove linee guida nell'ambito di un modello organizzativo che riguarda le procedure di accoglienza, al fine di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà e di predisporre gli interventi a tutela della incolumità fisica e psichica conseguenti all'ingresso in Istituto. Tale strategia presuppone necessariamente l'attivazione di stabili raccordi tra carcere e territorio utili al successivo reinserimento della persona detenuta.

Si fa riferimento, in particolare, al ruolo assunto dai Ser.T. all'interno degli istituti penitenziari, anche a seguito dell'avvenuto transito² del personale del c.d. presidio socio sanitario per i

detenuti tossicodipendenti - P.T.D. al Servizio Sanitario Nazionale, alla previsione dell'art. 20 del D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230, che attribuisce ai servizi territoriali esterni la presa in carico dei detenuti e degli internati affetti da patologie mentali, in armonia con quanto già delineato nel "Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario"³. Di notevole importanza è anche la Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di Interventi e Servizi sociali n. 328 del 2000 che, valorizzando il ruolo del c.d. terzo settore, pone il principio di sussidiarietà orizzontale come base per costruire una rete integrata di servizi. L'art. 2 della citata legge prevede infatti che "...i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente di servizi erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali".

I primi momenti della detenzione, tanto nella fase cautelare quanto in quella della esecuzione della pena, sebbene con caratterizzazioni diverse, sono delicati ed importanti per molteplici scopi:

1. segnalare immediatamente ai detenuti, appena giunti in un ambiente estraneo e difficile, la possibilità di avere operatori con cui instaurare un dialogo;
2. informare correttamente i ristretti sulle regole che scandiscono la vita detentiva;
3. accertare e trattare con tempestività stati di disagio psicologico, di malattia psichiatrica, di malattia fisica.

Questi tre ordini di attività mirano a:

- prevenire il rischio suicidiario, particolarmente presente nei primi periodi di detenzione;
- conoscere la persona ai fini del successivo programma di trattamento individualizzato;
- ridurre la conflittualità intersoggettiva che - anche a causa della mancata o scarsa conoscenza delle regole della vita penitenziaria può dar luogo a conseguenze disciplinari e penali, soprattutto nella prima fase della detenzione;
- prevenire le malattie e garantire la continuità delle terapie eventualmente già in corso al momento dell'ingresso in Istituto.

Pertanto, la riorganizzazione del Servizio nuovi giunti risulta oggi avere carattere prioritario proprio allo scopo di ridimensionare tutti i rischi connessi alla fase iniziale della detenzione.

Regole di accoglienza per detenuti nuovi giunti

In base a quanto indicato in premessa si istituisce il servizio di accoglienza per detenuti nuovi giunti. Tale servizio, che raccoglie il testimone e la ricca esperienza del Servizio nuovi giunti, viene attivato in tutti gli Istituti.

Nelle strutture penitenziarie che ricevono almeno un detenuto al giorno si organizza una sezione di accoglienza. In quelle che ricevono un minor flusso di nuovi giunti dalla libertà il medesimo servizio viene garantito in forme più flessibili, compatibilmente con gli spazi e il personale disponibile.

Le funzioni dello psicologo dell'attuale servizio nuovi giunti saranno espletate da professionista già convenzionato

ai sensi dell'art. 80 della legge 354/1975, prevedendone comunque una maggiore presenza temporale in istituto, allorché saranno reperite le risorse finanziarie o quando vi sarà la disponibilità di psicologi di ruolo.

Nel servizio operano, unitamente allo psicologo, altre figure professionali, in modo da costituire uno **staff di accoglienza multidisciplinare** che prenda in carico i detenuti nuovi giunti, anche al fine di predisporre azioni specifiche per prevenire atti di autolesionismo. Lo staff si compone del direttore che lo coordina, del medico incaricato o del medico SIAS, dell'infermiere, dello psicologo, dello psichiatra, del responsabile dell'area educativa (o di un delegato) e del comandante del reparto di polizia penitenziaria (o di un suo delegato). Viene integrato con la presenza di altri specialisti come: gli operatori del Ser.T, gli assistenti sociali e i mediatori culturali e/o sociosanitari, a seconda delle esigenze e dei problemi manifestati dal detenuto. Inoltre, ricorre alla collaborazione esterna di operatori del volontariato con specifiche qualifiche.

Il direttore si attiva presso la Asl competente territorialmente, in base al citato articolo 20 del D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230 della base alla D. Lgs. 22 giugno 1999, n. 230 segnalando quali siano le figure di medici, infermieri, psicologi, psichiatri a mettere a disposizione per il servizio di accoglienza. Ugualmente si attiva presso gli enti locali al fine di verificare la disponibilità degli stessi a fornire l'ausilio di mediatori culturali.

Lo staff multidisciplinare, la cui composizione numerica dipende dalla grandezza dell'istituto, si riunisce periodicamente per determinare le linee operative di lavoro e la definizione del pro-

colloquio Operativo. In tutti gli istituti comunque il servizio dovrà essere garantito dal personale a disposizione.

Protocollo operativo

Il servizio di accoglienza per le persone detenute provenienti dalla libertà si articola su due livelli:

Il **primo livello**, nel cui ambito operano il medico e l'infermiere, si attiva immediatamente, non appena sono state concluse le procedure amministrative di ingresso (immatricolazione, etc.)

Il secondo **livello** ricomprende invece tutti gli interventi successivi.

In particolare - se si tratta di detenuto tossicodipendente - il Ser.T., previa opportuni accordi con la A.S.L. di competenza, viene coinvolto il prima possibile e comunque entro 12 ore dall'ingresso.

Senza ritardo - e comunque non oltre le 36 ore dall'ingresso - si attivano gli interventi dello psicologo - per la valutazione del rischio auto/eterolesionistico - e di tutti quegli specialisti di cui si rende necessaria la consulenza, con particolare riguardo allo psichiatra, se è sospettata o individuata precocemente una patologia mentale. In tale contesto, la visita di primo ingresso di cui all'art. 11 O.P. assume la funzione di "filtro", allo scopo di individuare precocemente la necessità degli interventi specialistici (psichiatra, infettivologo, medico del Ser.T., etc.). Lo psichiatra può essere chiamato in causa sia, in prima battuta, dal medico, sia al termine del successivo colloquio con lo psicologo⁵. A tal proposito si sottolinea quanto indicato nel "Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario" che, proprio al

fine di "...evitare duplicazione e sovrapposizioni sfavorevoli al benessere psichico..." ha previsto non solo "l'attivazione, in ogni istituto, di un'area nella quale la questione del trattamento incontra quella della tutela e della promozione della salute mentale, al fine di definire la forma migliore di trattamento, nell'interesse della persona e dell'istituzione..." ma anche l'attivazione di scambi e cooperazione soprattutto nel servizio nuovi giunti, in particolare tra psicologi e psichiatri.

All'atto dell'ingresso in Istituto, l'Ufficio Matricola si accerta di eventuali precedenti detenzioni, richiedendo la cartella personale del detenuto (contenente anche le informazioni sanitarie) all'Istituto che ne è in possesso, e contatta i servizi sanitari territoriali che hanno avuto in carico il paziente precedentemente alla detenzione (ad esempio, Dipartimenti di Salute Mentale).

Qualora necessario, gli operatori dell'area sanitaria - dopo aver valutato la documentazione a disposizione relativa allo stato di salute del detenuto e/o il diario clinico redatto durante l'ultima detenzione - effettuato nel più breve tempo possibile una batteria di test di screening. Tali esami vanno svolti tenendo comunque presenti i "periodi finestra"⁶ (da 20 a 60 giorni) delle diverse patologie. I detenuti senza particolari problemi ovvero già conosciuti e comunque forniti di valida documentazione del proprio status psicofisico, dopo la visita di primo ingresso ed il colloquio con lo psicologo, vengono assegnati alla sezione a loro idonea e quindi presi in carico dal medico responsabile di quella sezione, riservandosi un maggior periodo di valutazione per quei detenuti che potrebbero avere un soggiorno prolungato (co-

munque non oltre sette giorni) presso gli spazi dedicati al servizio di accoglienza.

In questo intervallo di tempo, oltre a essere sottoposto a visite di controllo, al detenuto vien fornita l'opportunità di ricevere dettagliate informazioni sui servizi (sanitari, trattamentali, etc.) offerti dal carcere, nonché la possibilità di incontrare l'educatore (cui spetta il compito di informare il detenuto straniero della possibilità di accedere ad un mediatore culturale), e gli operatori di polizia penitenziaria (motivati e formati allo scopo), con l'ausilio del mediatore culturale, laddove il detenuto ne faccia richiesta.

Sia al momento dell'ingresso che per tutta la durata della detenzione al detenuto deve essere data la possibilità di consultare liberamente materiale informativo cartaceo sui servizi offerti nell'Istituto e sui diritti che egli conserva in stato di detenzione. In particolare a tutti i ristretti che lo richiedano deve essere fornito il testo dell'ordinamento penitenziario, del regolamento di esecuzione e del regolamento interno o delle disposizioni di servizio che regolano la vita detentiva. Tale materiale, redatto in forma semplice e chiaramente comprensibile, viene tradotto nelle lingue maggiormente diffuse fra la popolazione detenuta.

Si può prevedere negli istituti più grandi l'apertura di uno sportello informativo per i detenuti ed i familiari.

Indispensabile è comunque la riunione periodica dello staff multiprofessionale di cui dovrà essere redatto apposito verbale; nel corso delle riunioni verranno assunte le decisioni collegiali volte a indicare le migliori soluzioni trattamentali e a verificarne la tempistica di assegnazione alle sezioni.

In sintesi le finalità del servizio di ac-

coglienza possono così riassumersi: scelte dell'allocazione più confacente ai bisogni del detenuto nuovo giunto; riduzione dell'impatto con la realtà carceraria e delle tensioni che possono verificarsi alla prima esperienza detentiva; osservazione immediata, diretta e congiunta della persona detenuta da parte di operatori delle diverse aree del carcere; approfondimento diagnostico, promozione di richiesta di cura, attivazione di immediati interventi di sostegno, progettazione concordata di uno schema di massima a medio-lungo termine degli interventi sanitari, sociali, psicologici, educativi, formativi di cui il detenuto può usufruire.

Da quanto sinora osservato emerge l'importanza di mettere in campo differenziati e molteplici strumenti operativi: colloqui quotidiani con lo staff, il Ser.T, per i tossicodipendenti, i mediatori culturali per gli extracomunitari, gli infettivologi per i sieropositivi, il servizio psichiatrico per le patologie ad esso attinenti, gli educatori, per la parte di competenza mentre l'agente di polizia penitenziaria, l'infermiere, il medico del servizio e lo psicologo (quando vi sarà la disponibilità di psicologi di ruolo), figure che assicurano una presenza prolungata, possono rappresentare l'elemento unitario di raccordo tra tutti gli operatori. A tale scopo sono quindi necessari momenti di incontro (riunioni di équipe) ed anche momenti guidati di gruppo con i detenuti.

Particolare attenzione dovrà essere posta al detenuto che presenti rischio suicidario all'ingresso e al detenuto con patologia psichiatrica. Ancora una volta si ribadisce l'importanza dei collegamenti con il territorio (Dipartimenti di Salute Mentale), per attivare le idonee

risorse e favorire la presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali fino alla dimissione, prevedendo, per chi ne necessita, l'individuazione delle strutture esterne di accoglienza. A tal fine, sarà, indispensabile implementare gli accordi e i protocolli di intesa con la Asl territorialmente competenti, visti il disposto del già richiamato art. 20 del D.P.R. 230/200 e le indicazioni fornite a tal proposito da questa Direzione Generale con nota n. 252624 del 13/7/2005. È comunque auspicabile nell'attesa della definizione di tali accordi, predisporre con cadenza regolare (p. es. due volte al mese) incontri tra personale del Dipartimento di Salute Mentale e l'Istituto per consentire un utile confronto e una piena collaborazione.⁷

Oltre che con i servizi della ASL, laddove necessario, sarà predisposto ogni necessario collegamento col territorio, anche utilizzando l'Ufficio locale di Esecuzione Penale Esterna - U.E.P.E., per garantire i contatti, la presa in carico e la continuità assistenziale con le strutture socio-sanitarie al momento della dimissione, come espressamente disposto dallo stesso legislatore negli artt. 45 e 46 della legge 354/75. Si dovrà pertanto proseguire nell'opera di avvicinamento e coinvolgimento degli Assessorati Regionali alla Sanità, già attivati da ultimo per far fronte alle problematiche insorte con il recente provvedimento di indulto.

I Sigg. Provveditori, avvalendosi della locale U.O.S.P., e i Sigg. Direttori provvederanno congiuntamente all'esame degli aspetti logistici, tenendo in considerazione alcuni parametri valutativi: come sopra accennato il servizio dovrebbe essere calibrato sul *turn over* dei detenuti nei singoli istituti. In quelli più grandi si potrà ipotizzare la pre-

senza di uno o più medici e dell'infermiere su un arco di 24 ore/die. Per gli istituti di limitate dimensioni con minimo *turn over* si potrà prevedere l'elasticità degli interventi e, quindi la presenza del medico e dell'infermiere dovrà essere bilanciata per garantire il primo intervento almeno nell'arco delle 24 ore e, a seguire, quelli del resto dello staff.

Creazione della sezione di accoglienza e di attenzione

In ciascun Istituto viene individuata un'apposita struttura separata dalle normali sezioni, composta da camere di due - tre posti, con maggiore *comfort* rispetto a celle comuni. Il numero delle stanze potrà variare a seconda della capienza degli Istituti Penitenziari e le medesime dovranno trovarsi, se possibile, in prossimità dell'infermeria o del centro clinico, laddove presente,

Tutti i detenuti fruiscono di tale servizio di accoglienza. Questo, in particolare, è rivolto;

- alle persone alla prima esperienza detentiva ;
- a giovani che, compiuta la maggiore età, transitano dagli istituti minorili al circuito penitenziario degli adulti;
- a coloro che affrontano una detenzione a lunga distanza di tempo da una precedente esperienza di reclusione.

Si ribadisce ulteriormente come la *ratio* di tale sistemazione si fonda su una doppia esigenza: da un lato, effettuare un filtro di carattere sanitario, rapido ma accurato, dall'altro, fornire un'informazione dettagliata dei servizi offerti dal carcere.

Nel corso delle procedure di filtro,

laddove necessario - si ribadisce - verranno intrapresi i contatti con gli specialisti e gli operatori maggiormente idonei ad affrontare le problematiche di natura psichica e/o fisica riscontrate.

La collocazione nella sezione di accoglienza non può protrarsi oltre un certo termine (una settimana), altrimenti risulterebbe palese l'impossibilità del detenuto ad essere ammesso a vita in comune ed alla fruizione delle offerte trattamentali, così come previsto dall'art. 15 O.P. Laddove necessario, per particolari esigenze sanitarie, ci si attiverà fornendo la dovuta assistenza agli organi giudiziari competenti, affinché essi siano posti nella condizione di adottare altri più idonei strumenti (richiesta di custodia cautelare in luogo di cura ai sensi dell'art. 286 c.p.p. ovvero richiesta di un periodo di osservazione ai sensi dell'art. 112 del D.P.R. 230 del 2000).

La sezione di accoglienza permette di concentrare gli impegni dello staff multiprofessionale, costituito da operatori stabilmente impiegati nel servizio e da operatori di altri servizi chiamati in causa all'occorrenza.

L'infermiere svolge il ruolo di *trait d'union* tra le figure che operano nello staff multiprofessionale ed il restante personale in servizio in Istituto, raccogliendo le informazioni provenienti dalle sezioni sullo stato psichico dei detenuti.

Disposizioni in ordine all'ingresso del detenuto "nuovo giunto"

Il detenuto che entra in carcere, spesso vi arriva dopo aver soggiornato nelle camere di sicurezza della questura, e il più delle volte è portatore di bisogni primari ai quali bisogna dare una risposta immediata: soprattutto

per quanto riguarda il cibo e la pulizia persona. L'ingresso può avvenire a tutte le ore del giorno, per cui, è necessario provvedere il prima possibile a tali esigenze primarie.

Pertanto i sigg. Dirigenti degli Istituti dettano le disposizioni necessarie affinché il personale preposto prepari sacchetti di viaggio (acqua, pane, frutta non deperibile, o comunque generi alimentari di lunga conservazione) da consegnare in numero adeguato all'Ufficio Matricola o alla Sorveglianza Generale, che avrà cura di distribuirli ai detenuti che facciano il loro ingresso in orari in cui non è attiva la cucina. Resta inteso che il personale della cucina giornalmente provveda al ricambio dei generi alimentari deperiti.

In orario notturno viene approntata un'adeguata riserva dei descritti sacchetti di vivande a cui il personale in servizio può, all'occorrenza, fare ricorso.

Ai detenuti nuovi giunti viene consentito di effettuare la doccia appena fatto ingresso in Istituto, salvo diversa indicazione del medico. Per i detenuti che fanno ingresso nelle ore notturne i sigg. dirigenti impartiscono le opportune disposizioni affinché il responsabile di sezione abbia cura di far effettuare la doccia alla ripresa delle attività mattutine.

Per quanto attiene poi al sostegno morale e/o materiale degli stessi, si provvede alla costituzione di un centro di ascolto - con partecipazione di operatori appartenenti a tutte le aree (sanità, trattamento e sicurezza) - con l'obiettivo di realizzare:

- interventi collegati a problemi di ordine familiare (comunicazione ai congiunti), o personale (pratiche amministrative rispetto alle quali la condizione detentiva può provo-

care un danno rilevante, questioni di tipo previdenziale o esigenze di ordine lavorativo);

- sostegno di carattere psicologico;
- assistenza ai bisogni materiali e di prima necessità (vestiario, materiale igienico e altro)
- assistenza ai bisogni legati allo *status* di straniero.

Nella fase dell'accoglienza viene sempre favorita la possibilità di telefonare e di avere colloqui visivi con i familiari o conviventi, qualora non ostino disposizioni dell'autorità giudiziaria e, in ogni caso in cui sia necessario, acquisendone il nullaosta. Nei primi giorni di detenzione, nella 'sezione di accoglienza' viene garantita, nella misura più ampia consentita, la permanenza fuori dalla camera di detenzione per fruire di aria aperta e - salvo diverse disposizioni impartite dall'autorità giudiziaria - di socialità con altri detenuti.

Il servizio sarà attivo possibilmente tutti i giorni della settimana nelle fasce orarie che ciascun Istituto presterà.

Le SS.LL. sono invitate a diramare agli Istituti territorialmente competenti la presente lettera circolare e a svolgere contemporaneamente un'azione di impulso e coinvolgimento nei confronti di tutto il personale interessato/anche attraverso momenti di incontro, affinché le direzioni degli Istituti, sentiti i responsabili delle aree e tenuto conto delle peculiarità che presenta la struttura, provvedano ad organizzare in tempi brevi il servizio mediante apposite disposizioni interne, da sottoporre preventivamente all'attenzione delle SS.LL.

Inoltre, le SS.LL. - avvalendosi delle locali U.O.S.P. - assicureranno la trasmissione di questa nota ai Competenti Assessorati regionali al fine di coinvolgere le Aziende Sanitarie Locali nella

partecipazione/integrazione delle attività presso gli Istituti collocati nel territorio di competenza. A tal proposito, si suggerisce l'istituzione di una Commissione di controllo regionale composta da rappresentanti del PRAP/UOSP, degli Assessorati, delle ASL e degli Istituti coinvolti con il compito di monitorare, a cadenza almeno semestrale, le attività svolte a livello periferico.

Questa Direzione Generale resta in attesa di conoscere le linee operative predisposte dalle SS.LL. sull'argomento, rappresentando che il servizio di accoglienza per le persone detenute provenienti dalla libertà dovrà essere attivato entro il 1 agosto 2007.

Si invitano inoltre cortesemente il Direttore Generale del Personale e della Formazione e il Direttore Generale dell'Istituto Superiore di Studi Penitenziari a realizzare specifiche attività formative rivolte a tutto il personale coinvolto nell'accoglienza e nella gestione del detenuto nuovo-giunto, con particolare riferimento a tematiche relative al rischio autolesionistico o suicidario. In particolare, vista la centralità degli operatori del primo livello, si ritiene indispensabile la formazione *ad hoc* del personale sanitario medico e infermieristico.

Il Direttore Generale dell'Esecuzione Penale Esterna è altresì cortesemente invitato a sensibilizzare gli Uffici locali dell'Esecuzione Penale Esterna al fine di favorire i contatti tra l'istituendo staff di accoglienza e le strutture socio sanitarie del territorio.

NOTE

1. Circ. 30/12/1987, n. 3233/5683.
2. D. Lgs. 30 giugno 1999, n. 230.
3. Decreto Ministero della Sanità 21 aprile 2000 (G.U.R.I. 25 maggio 2000 n. 120).
5. Si richiamano a tal proposito i contenuti della circ. n. 577373 del 3/6/1999: l'attivazione del servizio psichiatrico non dipende solo dal medico incaricato, potendo anche lo psicologo del servizio "nuovi giunti" o il medico che effettua la visita di primo ingresso chiederne la consulenza, così come, viceversa, lo psichiatra può segnalare un detenuto al servizio psicologico e agli altri operatori dell'area trattamentale.
6. Si intende per "periodo finestra" quel lasso di tempo necessario perché sia possibile attraverso esami sierologici documentare l'avvenuta infezione dopo il contagio.
7. Si segnala in proposito l'esperienza posta in atto in Lombardia quale buona prassi che potrebbe essere estesa anche in altri contesti. Si tratta di una sperimentazione - tra Regione Lombardia, Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e Associazioni di volontariato - effettuata presso gli Istituti Penitenziari di Milano S. Vittore, Opera, Pavia, Monza, Corno, Busto Arsizio e Bergamo, e finalizzata alla tutela della salute psicofisica dei detenuti più fragili ed esposti al rischio autolesionistico e -suicidario, attraverso l'azione strutturata di esperti psicologi/criminologi e lo sviluppo di interventi interprofessionali. L'idea progettuale è coerente con le linee guida dell'Amministrazione Penitenziaria, emanate già nel 1998, che dispongono di affrontare le condotte autolesive non in maniera settoriale ma con il contributo di tutte le competenze istituzionali. L'intervento integra i servizi penitenziari, il servizio Nuovi Giunti, che si colloca all'interno delle procedure di immissione del detenuto in Istituto, e il servizio d'osservazione e trattamento. L'attività posta in essere è prioritariamente finalizzata al potenziamento del servizio psicologico, selettivamente orientato allo scopo di prevenire le estreme criticità e/o limitare efficacemente il danno (autolesionismi, tentati suicidi e suicidi, stati depressivi, ecc.), prodotte dall'interazione con l'impatto carcerario. Nello svolgimento del servizio sono impegnate sia risorse specifiche (psicologi e criminologi, arteterapeuti, mediatori culturali, educatori, polizia penitenziaria, sanitari) sia volontari e altri detenuti.

GLI INTERVENTI A SOSTEGNO DEI DIRITTI DELLA POPOLAZIONE DETENUTA

REGIONE LAZIO

VII LEGISLATURA

CONSIGLIO REGIONALE

“INTERVENTI A SOSTEGNO DEI DIRITTI DELLA POPOLAZIONE DETENUTA DELLA REGIONE LAZIO”

CAPO I

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1

Principi

1. La Regione, in attuazione dell'articolo 27 della Costituzione e in riferimento alle Regole Penitenziarie Europee approvate nel gennaio 2006 e alle altre norme di diritto internazionale:
 - a) detta norme per rendere effettivo il godimento dei diritti umani dei cittadini in stato di detenzione, nel rispetto della legge 26 luglio 1975 n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà) e successive modifiche;
 - b) adotta, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria, misure di carattere sanitario, sociale e istituzionale idonee a garantire i diritti delle persone in esecuzione penale prevedendo, in armonia con la legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e successive modifiche, conformemente ai provvedimenti adottati dallo Stato in attuazione dell'art.

117, comma 2, lettera m) della Costituzione, un sistema integrato di interventi in cui enti territoriali, istituzioni dello Stato, aziende sanitarie, organismi del terzo settore e del volontariato concorrono al perseguimento degli obiettivi comuni.

CAPO II

DIRITTO ALLA SALUTE

Art.2

Finalità

1. La Regione, nel rispetto delle competenze stabilite dall'articolo 117 della Costituzione e dei principi fondamentali posti dalla legislazione statale, tutela il diritto alla salute dei detenuti e degli internati, ivi compresi i minori, presenti negli istituti penitenziari, negli istituti penali minorili e nei centri di prima accoglienza di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272 (Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, recante disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni), di seguito denominati istituti, ubicati nel territorio regionale.
2. In attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione e dell'articolo 1 del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 (Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della L. 30 novembre 1998, n. 419) e successive modifiche, è riconosciuta la parità di trattamento, in materia di assistenza sanitaria, fra cittadini liberi e cittadini detenuti ed internati, ivi compresi i minori.

3. La Regione, attraverso le aziende USL, assicura ai detenuti e agli internati, ivi compresi i minori, livelli di assistenza sanitaria concernenti le prestazioni preventive, diagnostico-terapeutiche e riabilitative, analoghi o equiparabili a quelli previsti per gli individui in stato di libertà.

Art. 3

Protocolli di intesa

1. Il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale, provvede a verificare, in collaborazione con le competenti amministrazioni, il rispetto del diritto alla salute della popolazione detenuta ed internata, ivi compresi i minori, negli istituti e con apposita relazione scritta riferisce agli organi regionali, i temi, i problemi e gli interventi da realizzare nell'ambito del progetto obiettivo di cui all'articolo 4.
2. La Giunta regionale, su proposta dell'assessore competente in materia di sanità, sentito il tavolo interassessorile di cui all'articolo 13, nelle more dell'adozione dei decreti attuativi del d. lgs. 230/1999, stipula appositi protocolli d'intesa da sottoscrivere con i competenti organi di vertice a livello regionale dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile nel quale sono individuati:
 - a) gli impegni che la Regione e gli organi del Ministero della Giustizia assumono per migliorare lo stato di salute della popolazione detenuta ed internata, ivi compresi i minori;
 - b) le modalità di potenziamento ed integrazione dei servizi e di collaborazione tra gli istituti penitenziari e le aziende sanitarie nella

predisposizione dei programmi e nella esecuzione delle attività per la salute dei detenuti e degli internati, ivi compresi i minori, sottoposti a provvedimenti penali e cautelari;

- c) i criteri per rendere possibile la partecipazione dei detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, tenuto conto delle competenze e delle responsabilità che spettano all'amministrazione penitenziaria per la tutela del diritto alla sicurezza;
- d) il personale, i beni strumentali e le risorse economiche messi a disposizione da ciascuna delle amministrazioni contraenti per le finalità di alle lettere a), b) e c).

Art. 4

Pronto obiettivo

1. La Giunta regionale, in attuazione dei protocolli di cui all'articolo 3, comma 2, sentiti gli organi di vertice a livello regionale dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile, con le procedure previste dalle norme sulla programmazione sanitaria, approva, sentite le competenti commissioni consiliari permanenti, un progetto obiettivo triennale per la salute dei detenuti e degli internati, ivi compresi i minori, in attuazione del piano sanitario regionale, che deve contenere tra l'altro:

- a) le mappe di rischio e gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio di validità del progetto in ciascuno degli istituti, con priorità per la prevenzione, per l'assistenza ai tossicodipendenti, ai minori, alle detenute madri e ai malati mentali;

b) le modalità organizzative del servizio sanitario presso gli istituti attraverso modelli integrati con la rete dei presidi e dei servizi sanitari regionali, differenziati sulla base della tipologia degli istituti;

c) programmi di formazione e di aggiornamento specifico degli operatori, tenendo conto delle specificità professionali e delle tipologie assistenziali, favorendo, nel quadro delle intese con l'amministrazione penitenziaria, il coinvolgimento del personale penitenziario;

d) programmi di assistenza medico-specialistica e di prevenzione da realizzarsi presso le aziende USL a favore degli operatori, con particolare attenzione alle malattie professionali ed ai rischi di chi opera a contatto con detenuti affetti da malattie infettive, anche acquistando materiali igienico sanitari.

Art. 5

Interventi a favore dei minori

1. La Regione, d'intesa con l'amministrazione penitenziaria, attiva specifici interventi di carattere sociale ed educativo nei confronti dei minori che si trovano negli istituti a causa della detenzione della madre.

Art. 6

Compiti della Giunta regionale

1. La Giunta regionale, sentiti gli organi di vertice a livello regionale dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile, adotta le linee guida nei confronti delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere per il buon funzionamento dei servizi sa-

nitari all'interno degli istituti, per la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici per particolari condizioni di salute o per specifiche classi di malattie e per la individuazione di indicatori di valutazione dell'assistenza erogata.

2. La Giunta regionale, su proposta dell'assessore competente in materia di sanità, presenta annualmente al Consiglio regionale, nell'ambito della relazione sullo stato di salute della popolazione del Lazio di cui all'articolo 4 della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 (Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere) e successive modifiche, una specifica relazione, la quale diventa parte integrante del progetto obiettivo, da inviare tramite i competenti organi di vertice a livello regionale dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile, al Ministero della Salute e al Ministero della Giustizia e al Garante regionale, che dia conto dello stato di salute dei detenuti, degli internati, ivi compresi i minori, e del funzionamento dei servizi.

Art. 7

Compiti delle aziende sanitarie

1. Nel rispetto degli atti di indirizzo di cui all'articolo 6, comma 1, tenuto conto dei protocolli d'intesa di cui all'articolo 3, comma 2, le aziende sanitarie, nel cui territorio vi siano istituti, assicurano:

- a) gli obiettivi di salute contenuti nel progetto obiettivo di cui all'arti-

colo 4, adeguato alle specificità detentive e organizzano attraverso specifiche articolazioni operative al fine di garantire l'erogazione di prestazioni pronte, efficaci e continue alla popolazione detenuta ed internata, ivi compresi i minori, con particolare riguardo all'assistenza e prevenzione delle tossicodipendenze e delle patologie correlate, al fabbisogno farmaceutico, all'assistenza per la medicina di base, all'assistenza medico specialistica, all'assistenza psicologica, alla medicina del lavoro e all'igiene e prevenzione;

- b) il ricovero ospedaliero attraverso modalità adeguate alle specifiche problematiche del paziente detenuto;
- c) il trattamento sanitario e psicologico dei detenuti "nuovi giunti" allo scopo di ridurre i rischi di suicidio;
- d) idonee misure di protezione di particolari fasce di detenuti, quali minori, stranieri, diversamente abili, portatori di patologia mentale e tossicodipendenti.

Art. 8

Personale sanitario

- 1. Nell'ambito del protocollo d'intesa di cui all'articolo 3, comma 2, sono definite le modalità di integrazione funzionale tra i servizi e gli operatori preposti alla tutela della salute della popolazione detenuta ed internata, ivi compresi i minori, nella Regione Lazio.

Art. 9

Programma degli investimenti

- 1. I programmi regionali di edilizia sanitaria tengono conto delle esigen-

ze di adeguamento della rete ospedaliera anche in ordine al ricovero dei detenuti e degli internati, ivi compresi i minori.

CAPO III **DIRITTO AL LAVORO**

Art. 10

Principi

- 1. La Regione adotta opportune misure per garantire l'effettivo esercizio del diritto al lavoro e alla formazione professionale da parte dei detenuti e delle persone in esecuzione penale esterna,
- 2. La Regione, al fine di garantire la sicurezza sociale e ridurre il rischio di recidiva, promuove interventi volti al reinscrimento sociale dei soggetti, adulti o minori, di cui al comma 1 o comunque sottoposti a misura penale, privilegiando il lavoro quale strumento principale di risocializzazione.

Art. 11

Interventi a favore dell'occupazione e alla formazione professionale

- 1. La Giunta regionale, su proposta degli assessori competenti in materia di lavoro, formazione professionale ed enti locali, definisce gli indirizzi nei confronti di province e comuni, al fine di garantire il rispetto del principio della universalità delle prestazioni in materia di lavoro e formazione professionale relativamente ai servizi
- 2. La Regione:

- a) favorisce l'accesso al lavoro di persone in esecuzione penale;

b) promuove iniziative di sensibilizzazione verso i privati affinché assumano detenuti e internati, in applicazione della legge 22 giugno 2000, n. 193 (Norme per favorire l'attività lavorativa dei detenuti);

c) individua, con provvedimento della Giunta regionale, misure di inclusione lavorativa di persone in esecuzione penale ed eventuali misure di defiscalizzazione degli oneri sociali per chi assume persone detenute o ex detenute;

d) promuove e sostiene la partecipazione di persone in esecuzione penale a programmi e iniziative, in particolare sotto forma di cooperazione, imprenditorialità e autpromozione sociale.

e) propone e sperimenta strumenti propedeutici all'impiego, quali stages, tirocini, nonché percorsi individualizzati e mirati di lavoro;

f) attua un piano straordinario di integrazione lavorativa per quanti sono dimessi dagli istituti del Lazio nell'anno di approvazione della legge;

g) individua tutti gli strumenti necessari per la messa in commercio ed alla distribuzione, con particolare evidenza per le attività commerciali svolte presso le strutture della Regione, dei prodotti e dei manufatti realizzati dai detenuti degli istituti di pena presenti nel territorio laziale.

- 3. La Giunta Regionale redige, entro il 31 marzo di ciascun anno, il piano annuale per la formazione professionale negli istituti. L'assessorato regionale competente in materia di formazione professionale, realizza

le iniziative previste in collaborazione con gli organi di vertice a livello regionale dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile nonché con i competenti assessorati comunali e provinciali,

4. Il piano di cui al conomia 3 è preceduto da una ricognizione dei bisogni formativi della popolazione detenuta ed internata, ivi compresi i minori, e tiene conto dell'offerta formativa pubblica e privata già esistente e delle esigenze del mercato del lavoro.

CAPO IV **DIRITTO AL TRATTAMENTO**

Art. 12

Principi

1. La Regione, nell'ambito delle proprie competenze, opera per promuovere miglioramento della condizione carceraria, con gli obiettivi, in particolare di:
 - a) favorire il ricorso a misure alternative alla detenzione, potenziando il sistema integrato di rete sociale regionale;
 - b) migliorare la qualità del trattamento intramurario, cofinanziando attività culturali, in coordinamento con l'amministrazione penitenziaria;
 - c) incentivare gli enti locali a promuovere corsi di preparazione al reinserimento sociale;
 - d) favorire il diritto allo studio dei detenuti e degli internati, ivi compresi i
 - e) promuovere iniziative finalizzate a valorizzare la professionalità e

a migliorare le condizioni di lavoro degli operatori penitenziari;

- f) favorire l'attività motoria e la pratica sportiva della popolazione detenuta ed internata, ivi compresi i minori, avvalendosi della collaborazione di organizzazioni e associazioni operanti nel settore;
- g) migliorare la vita affettiva e relazionale dei detenuti e degli internati, ivi compresi i minori, previa verifica dell'esistenza di una relazione affettiva;
- h) tutelare la salute dei praticanti e contribuire alla realizzazione, alla riqualificazione e all'ammodernamento delle strutture sportive interne degli istituti.

2. La Regione assicura l'attuazione di iniziative di informazione e promozione culturale sul tema dei diritti e delle garanzie previste dalla legge, anche attraverso appositi interventi del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale.

Art. 13

Tavolo interassessorile per il trattamento

1. È istituito il tavolo interassessorile per il trattamento, composto dagli assessori competenti in materia di bilancio, sanità, politiche sociali, scuola, formazione professionale, lavoro, cultura, enti locali e sport.
2. Il coordinamento del tavolo è affidato all'assessore competente in materia di enti locali.
3. Il tavolo si riunisce con la partecipazione del Garante regionale e dei garanti comunali dei detenuti entro i primi tre mesi dell'anno, al fine di definire ed approvare le linee di in-

tervento in favore della popolazione in esecuzione penale.

4. Le decisioni del tavolo sono trasmesse ai competenti organi di vertice a livello regionale dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile.
5. Il tavolo programma e coordina tutte le iniziative previste dalla presente legge.

Art. 14

Persona

1. La Regione, nel quadro delle finizioni demandate agli enti locali, ai sensi della L. 328/2000, dispone appositi finanziamenti in favore dei comuni per l'assunzione di educatori, mediatori culturali, psicologi e assistenti sociali da destinare all'attività individuate dall'ente locale in appositi piani di intervento sulle problematiche delle strutture penitenziarie e delle attività di rieducazione e reinserimento sociale. Tale personale è alle dirette dipendenze dell'ente e collabora, con le modalità definite dagli accordi di programma, con le direzioni degli istituti competenti.
2. Possono beneficiare dei finanziamenti di cui al comma 1 i comuni nel cui territorio hanno sede istituti. Il personale viene utilizzato dall'amministrazione penitenziaria sulla base di apposite convenzioni, adottate con provvedimento della Giunta regionale, d'intesa con i competenti organi di vertice a livello regionale dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile e i comuni interessati.
3. Le procedure di selezione e i requisiti per l'attribuzione degli incarichi al personale di cui al comma 1 sono

disciplinate dalle disposizioni normative vigenti.

Art. 15

Personale penitenziario

1. La Regione provvede alla elaborazione ed alla gestione di programmi volti al miglioramento delle condizioni di lavoro degli operatori penitenziari, assumendo iniziative finalizzate alla promozione del benessere del personale penitenziario in tutti gli ambiti in cui si esprime la professionalità e la vita di relazione.

Art. 16

Funzioni di coordinamento e di controllo

1. La Regione promuove il coordinamento tra i diversi livelli istituzionali per l'attuazione della presente legge, in collaborazione con gli organi di vertice a livello regionale dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile, avvalendosi, altresì, del Consiglio delle autonomie locali.
2. La Giunta regionale, contestualmente all'illustrazione al Consiglio regionale del documento di programmazione economica e finanziaria, espone lo stato delle iniziative specificamente rivolte alla popolazione detenuta ed internata, ivi compresi i minori, indicando l'entità e l'origine delle risorse utilizzate ed evidenziando i problemi rilevati nel corso delle attività svolte.
3. Il Consiglio regionale esamina la relazione presentata dalla Giunta e ne dispone l'approvazione attraverso apposita risoluzione.
4. Presso l'assessorato competente in materia di bilancio, programazio-

ne economico-finanziario e partecipazione, è istituito il nucleo di progettazione relativo ai fondi comunitari per interventi in favore della popolazione detenuta ed internata, ivi compresi i minori.

5. La Regione, d'intesa con il Ministero della Giustizia concorda le modalità di accesso del Garante regionale e dei garanti comunali negli istituti e nei reparti di medicina penitenziaria degli ospedali della Regione.

Art. 17

Disposizioni finanziarie

1. Al fine di dare attuazione agli obiettivi della presente legge ed in particolare per l'attivazione e l'erogazione del servizio sanitario penitenziario regionale, come articolazione del servizio sanitario regionale, è istituito nell'ambito della UPB H11 un apposito capitolo di spesa denominato "Finanziamento del servizio sanitario penitenziario regionale", la cui dotazione finanziaria è determinata annualmente con legge regionale del bilancio annuale di previsione.
2. Le risorse finalizzate in particolare al servizio sanitario penitenziario regionale sono ripartite e assegnate annualmente alle aziende sanitarie, con deliberazione della Giunta regionale, tenendo conto delle tipologie degli istituti, della consistenza della popolazione detenuta ed internata, ivi compresi i minori, e dei problemi specifici di salute rilevati dalle aziende sanitarie, sentite le direzioni degli istituti.
3. Al fini di garantire lo svolgimento delle attività di cui alla presente leg-

ge che non fanno parte del servizio sanitario penitenziario di cui al comma 1, è istituito nell'ambito della UPB R45 un apposito capitolo di spesa denominato "Interventi a sostegno dei diritti dei detenuti nel Lazio", la cui dotazione finanziaria è determinata annualmente con legge regionale del bilancio annuale di previsione.

4. Le spese relative alle attività di cui al comma 3 gravano per l'anno 2007 sul capitolo di nuova istituzione di cui al medesimo comma, per un importo pari a 500 mila euro cui si fa fronte con prelevamento di pari importo dal capitolo H41504 "Fondo per l'attuazione del piano socio-assistenziale regionale (l. r. 38/96 e successive modificazioni)"

Anna Evelina Pizzo

Il Consigliere Segretario

Massimo Pineschi

Il Presidente

Si attesta che la presente legge è conforme al testo deliberato dal Consiglio regionale

Dott. Salvatore Nigro

*Il Direttore Generale
del Servizio Aula*

Il testo della piccola guida all'ingresso in carcere curata dall'Ordine e dal Garante dei diritti dei detenuti della Regione Lazio

IL VADEMECUM DEL "NUOVO GIUNTO"

Questo opuscolo, frutto di un protocollo con l'Ordine degli Psicologi del Lazio, si inserisce in un progetto che prevede la realizzazione di materiale informativo su aspetti della prevenzione, del disagio e della salute in carcere. Altri opuscoli sono stati realizzati da enti e associazioni e saranno anch'essi distribuiti tra i detenuti e gli operatori delle carceri della Regione Lazio. È questo un segnale importante e significativo circa la sensibilità che, seppur a fatica, si sta diffondendo nelle istituzioni e nella società nel suo complesso, rispetto alle carceri e più in generale al sistema detentivo.

Il passaggio delle competenze sanitarie penitenziarie alle Regioni, così come dettato dal Dlgs.vo 230/99, stenta a realizzarsi e trova molte resistenze.

Tuttavia si può dire che mentre quella sulla tossicodipendenza è una competenza di cui si è abbastanza affermato il passaggio di poteri dal Ministro di Giustizia alle Regioni, quella sulla prevenzione della medicina penitenziaria, invece, stenta a decollare.

In questa ottica, quindi, io credo che il fine di questi opuscoli, nell'illustrare i vari aspetti di alcune malattie e disagi a cui sono soggetti un grande numero di detenuti, acquisti un ulteriore intrinseco valore, consistente nel segnale che esso, senza presunzione, tenta di dare, che i

detenuti non sono un problema meramente penale ma una realtà che nasce da problemi prevalentemente sociali e che pone, a noi tutti, di guardarli e conoscerli ai fini della prevenzione e del reinserimento.

In ragione di ciò, condividendo appieno l'impostazione con la quale è stato pensato questo manuale in un rapporto corretto tra chi si occupa di problemi così delicati, ho affermato la disponibilità del mio ufficio nel sostenere e realizzare questa iniziativa.

Angiolo Marroni

Garante dei diritti dei detenuti della Regione Lazio

Tra Ordine degli Psicologi del Lazio e Garante Regionale dei Diritti dei Detenuti è nata una collaborazione sancita dal protocollo d'intesa siglato il 23/10/06.

L'Ordine degli Psicologi del Lazio, al quale si iscrivono i Laureati in Psicologia, dopo aver superato un esame di abilitazione, è l'Ente Regionale deputato alla tutela, promozione e sviluppo della professione di psicologo nel primario rispetto degli interessi dell'utenza. L'Ente indirizza risorse nell'attuazione di progetti e iniziative tesi a favorire lo sviluppo di buone pratiche di promozione della salute psicofisica e della divulgazione della cultura

psicologica.

Obiettivo primario del protocollo sopra richiamato è quello di garantire il diritto alla salute di tutta la popolazione detenuta nelle Carceri del Lazio, ed in special modo dei "nuovi giunti" (coloro che per la prima volta sono privati della libertà personale o, pur avendo già subito restrizioni della stessa, fanno nuovamente il loro ingresso in carcere dopo un periodo di libertà), tramite interventi di sostegno alla persona. In particolare, l'Ordine degli Psicologi del Lazio, facendosi portavoce del principio della continuità terapeutica, promuove un impegno continuativo degli psicologi operanti negli Istituti Carcerari, che sia aderente ai bisogni ed alle specificità della personalità di ciascun detenuto. L'attività di sostegno alla persona si svolge, previo consenso informato del paziente, nel pieno rispetto del diritto alla privacy.

In questo senso, il presente opuscolo vuole informare in modo semplice e diretto i "nuovi giunti" dei diritti e delle possibilità di assistenza a loro disposizione in caso di necessità; in particolare, vuole far conoscere la presenza e la funzione dello psicologo all'interno dell'Istituto Carcerario.

Marialori Zaccaria

Presidente dell'Ordine degli Psicologi del Lazio

DIRITTI

L'imputato non è considerato colpevole fino alla condanna definitiva, art. 27, comma 2 della Costituzione Italiana.

Quindi, ogni detenuto, **non importa se italiano o straniero**, in attesa di giudizio o in custodia cautelare, fino a quando non c'è una sentenza passata in giudicato, è da ritenersi una persona presunta innocente.

Nessuno viene lasciato da solo

Hai diritto ad un avvocato difensore. Puoi sceglierne uno di tua fiducia, oppure lo Stato Italiano te ne offrirà uno d'ufficio a suo carico.

Se non hai un reddito sufficiente, lo Stato ti offre un difensore a sue spese (**gratuito patrocinio**).

SEI STRANIERO?

Hai diritto a contattare la tua Ambasciata e/o il tuo Consolato.

Come?

Attraverso la domandina per l'educatore.

Ricorda!

Per lo Stato Italiano, qui (all'interno del carcere) hai gli stessi diritti di un cittadino italiano libero, anche se non sei in regola con il permesso di soggiorno (però per effettuare i colloqui, i tuoi famigliari devono possedere un permesso di soggiorno).

FAI USO DI DROGA O ALCOOL?

Dillo subito: hai diritto alle cure necessarie.

Chi si trova in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza o sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o che comunque abbia problemi di tossicodipendenza ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione (art. 96.1).

Hai quindi diritto ad essere assistito dal SER.T., il Servizio Sanitario che si occupa dei problemi legati all'uso di droga o alcool.

Lo trovi all'interno del carcere.

Dì al medico che fai uso di sostanze psicotrope all'ingresso.

Importante!

Ricorda!

Se hai fatto uso di droga o alcool, lo **devi dichiarare subito** al medico che ti visita all'ingresso, ti verranno fatte le analisi delle urine.

Se vieni riconosciuto utilizzatore di sostanze psicotrope, hai diritto alle cure del caso, da parte del Ser.T.

Nel caso tu sia già conosciuto da un Ser.T. meglio dichiararlo, saranno contattati gli operatori che tu conosci.

Allo stesso modo se assumi psicofarmaci o sei in cura con uno psichiatra, dichiaralo, hai diritto alle cure del caso.

SEI AMMALATO?

Dillo subito, hai diritto alle cure necessarie

D.L.g. n°230/ 99 art. 1.4:

I detenuti e gli internati conservano l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico-generica e quella psicologica

D.L.g. n°230/ 99 art. 1.5:

Sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno **parità di trattamento** e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia.

ORA PARLIAMO DI TE, CHE EMOZIONI HAI?

È un momento difficile....

Lo puoi affrontare se hai qualcuno che ti ascolta e ti sostiene. Nel carcere puoi trovare lo Psicologo, una persona che, con competenza, può esserti d'aiuto nel ritrovare l'equilibrio emotivo che adesso ti sembra perduto.

Rivolgersi* ad uno psicologo significa quindi usufruire di un professionista della salute in grado di utilizzare in modo proficuo il colloquio psicologico per la risoluzione di un problema, un sintomo, un disturbo o, più in generale, un disagio o per la prevenzione dello stesso.

* Fai la domandina che trovi presso lo scrivano del tuo reparto.

QUANDO CHIEDERE DI UNO PSICOLOGO?

- È bene rivolgersi subito ad uno psicologo se:
- sei molto triste, ti viene da piangere, sei senza forze;
 - sei confuso, non riesci a concentrarti, dimentichi le cose;
 - sei così arrabbiato che potresti perdere il controllo;
 - ti sembra che tutti ce l'abbiano con te;
 - ti sembra che la tua vita sia finita;
 - ti senti vuoto;
 - non riesci a dormire;
 - ti senti morire;
 - sei in preda ad uno stato di agitazione interna che non si placa;
 - sei euforico senza un valido motivo per esserlo;
 - qualcosa non va nella tua testa, senti o vedi strane cose.

COSA FA LO PSICOLOGO?

Ricorda! Minore è il tempo che intercorre tra l'inizio di un problema e la richiesta di intervento psicologico, maggiori sono le possibilità di uscire dallo stato di sofferenza.

Compila la domandina per parlare con lo psicologo.

Lo psicologo interviene insieme a te:

- per valutare: che ti succede? Cosa si può fare?
- per prevenire: non fare gesti inconsulti, non peggiorare le cose;
- per curare: attraverso l'ascolto ed i colloqui ti aiuta a ritrovarti e riprendere il tuo percorso interrotto;
- in collaborazione con gli educatori carcerari per rendere la tua vita in carcere più tollerabile;
- per seguirti con competenza nel tuo percorso carcerario, esserti accanto, fare le relazioni necessarie per l'affido ai servizi sociali o per l'inserimento lavorativo.

IL SER.T: NORMATIVE

Tutti coloro che - cittadini italiani o stranieri, con o senza permesso di soggiorno in Italia - usano o hanno fatto uso di sostanze psicotrope o stupefacenti, qualora - per qualsiasi motivo - vengano privati della loro libertà personale e detenuti in una Casa Circondariale **solo dal momento in cui si dichiarano tossicodipendenti** possono: "... Essere sottoposti ad accertamenti diagnostici e di eseguire un programma terapeutico e socio-riabilitativo" (D.P.R. N. 309/90 art. 120.1).

D.P.R. 9 ottobre 1990 n° 309: Definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo

- Il servizio pubblico per le tossicodipendenze (...), compiuti i necessari accertamenti e sentito l'interessato, che può farsi assistere da un medico di fiducia autorizzato a presenziare anche agli accertamenti necessari, definiscono un programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato che può prevedere, ove le condizioni psicofisiche del tossicodipendente lo consentano, in collaborazione con i centri di cui all'art. 114 (...) e 115, iniziative volte ad un pieno inserimento sociale attraverso l'orientamento e la formazione professionale, attività di pubblica utilità o di solidarietà sociale.
- Nell'ambito dei programmi terapeutici che lo prevedono, possono adottare metodologie di disassuefazione, nonché trattamenti psico-sociali e farmacologici adeguati.
- Il servizio per le tossicodipendenze controlla l'attuazione del programma da parte del tossicodipendente. (Art. 122.1).

FUNZIONI DEL SER.T.

Il servizio pubblico per le tossicodipendenze esercita attività di prevenzione, cura e riabilitazione attraverso le seguenti funzioni:

- analisi delle condizioni cliniche, socio-sanitarie e psicologiche del tossicodipendente o alcolista anche nei rapporti con la famiglia;
- controlli clinici e di laboratorio necessari per accertare lo stato di tossicodipendenza effettuati da strutture pubbliche accreditate per tali patologie di accertamento;
- individuazione del programma farmacologico o delle terapie di disintossicazione e diagnosi delle patologie in atto, con particolare riguardo alla individuazione precoce di quelle correlate allo stato di tossicodipendenza e alcolismo;
- elaborazione, attuazione e verifica di un programma terapeutico e socio-riabilitativo, nel rispetto della libertà di scelta del luogo di trattamento di ogni singolo utente;
- progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione (Art. 113).

TELEFONI UTILI

Per i numeri utili (p.e. Ambasciate, Ser.T., Comunità terapeutiche, etc..) puoi rivolgerti agli operatori presenti nell'istituto penitenziario dove ti trovi e agli operatori dell'Ufficio del Garante dei detenuti della Regione Lazio, presenti ogni settimana nell'istituto.

ISCRIVITI ALLA MAILING LIST DELL'ORDINE

UN PICCOLO GESTO PER NON PERDERE UN SERVIZIO ESSENZIALE

**Per ricevere o continuare a ricevere
le Newsletter dell'Ordine
è necessario iscriversi o aggiornare
il proprio indirizzo di posta elettronica
seguendo il percorso dal sito
www.ordinepsicologilazio.it - Area Newsletter - Form**

**La @Newsletter è uno strumento molto utile
perché consente di essere sempre aggiornati
rispetto alle principali novità che riguardano
la professione: normative, iniziative ed eventi.**

**Il Servizio Relazioni Esterne e Comunicazione
ringrazia per la collaborazione.**