



Ordine degli Psicologi
del Friuli Venezia Giulia

100

Domande e Risposte

sul Codice Deontologico
degli Psicologi

A cura di
Marco Pingitore
e Alessia Mirabelli
in collaborazione con la
Commissione Deontologica

Ordine degli Psicologi

Consiglio del
Friuli Venezia Giulia

Trieste – via N. Tommaseo, 2
Tel: 040.366602 – Fax: 0403478373
E-mail: segreteria@ordinepsicologifvg.it
Web: www.ordinepsicologifvg.it
C.F.: 90058160327

Consiglio dell'Ordine

Roberto Calvani *Presidente*
Leila Rumiato *Vice Presidente*
Simona Mreule *Segretario*
Eugenia Gasteratou *Tesoriere*

Domenico Bagatin *Consigliere*
Fabio Barban *Consigliere*
Antonella Besa *Consigliere*
Margherita Bottino *Consigliere*
Erika Celotti *Consigliere*
Erica Cossettini *Consigliere*
Nerina Fabbro *Consigliere*
Maria Fiorini *Consigliere*
Denis Magro *Consigliere*
Corinna Michelin *Consigliere*
Giovanni Ottoboni *Consigliere*

Commissione deontologica e abuso di professione

Leila Rumiato (*Referente*)
Margherita Bottino
Erica Cossettini
Evgenia Gasteratou
Simona Mreule
Giovanni Ottoboni





100 Domande e Risposte

sul Codice Deontologico
degli Psicologi

Autori

Ludovico Castro

Foro di Venezia

Federico Chiopris

Avvocato del Foro di Venezia

Matteo Corbo

Foro di Padova, Dottore di ricerca presso Università degli Studi di Padova, Docente a contratto presso Università LUMSA di Roma.

Luana Marghi

Psicologa-Psicoterapeuta, consulente in sessuologia clinica, psicologa forense. Oltre all'attività clinica, dal 2005 svolge attività psicoforense, iscritta all'Albo dei Consulenti Tecnici per il Tribunale di Trieste dal 2013. Docente per il Corso di perfezionamento in psicologia giuridica organizzato a Trieste dall'Associazione Psicoattività. Presidente della Società Italiana Scienze Forensi - Sede territoriale di Trieste.

Alessia Mirabelli

Psicologa, specializzanda presso l'IIPR - Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale (Roma). In formazione nell'ambito di Interventi Assistiti con gli Animalisti (IAA), Consiglio Direttivo Società Italiana Scienze Forensi - Sede territoriale di Cosenza.

E-mail: mirabelli.alessia@gmail.com - **Web:** www.alessiamirabelli.it

Daniela Pajardi

Professore associato di Psicologia Giuridica e Psicologia Sociale – Dipartimento di Studi Umanistici Università di Urbino. Referente del Corso di studi Magistrale in Psicologia Clinica – Direttore del Centro Ricerca e Formazione in Psicologia Giuridica – Direttore del Corso di perfezionamento in “La consulenza tecnica psicologica in ambito forense”. Referente del Polo Universitario Regionale presso la Casa di Reclusione di Fossombrone. CTU c/o Tribunale di Milano.

Marco Pingitore

Psicologo-Psicoterapeuta, Membro della Sottocommissione interna Atti Tipici – Gruppo di lavoro di Psicologia Giuridica presso il CNOP, Coordinatore del Gruppo di lavoro di Psicologia Giuridica presso l'Ordine Psicologi Calabria, Presidente della Società Italiana Scienze Forensi.

E-mail: marco.pingitore@gmail.com

Web: www.marcopingitore.it - www.psicologiagiuridica.eu

Gustavo Sergio

Già Presidente del Tribunale per i minorenni di Napoli. E' autore di diverse pubblicazioni tra cui l'ultima per la Giuffrè (2018) “Manuale psicoforense dell'età evolutiva” a cura di Camerini G. B., Sabatello U., Di Cori R., Sergio G.

Pietro Stampa

Psicologo-Psicoterapeuta, Vice-Presidente e coordinatore della Commissione Deontologica dell'Ordine degli Psicologi del Lazio; professore incaricato di Etica e Deontologia professionale, “Sapienza” Università di Roma, Facoltà di Medicina e Psicologia; professore incaricato di Laboratorio di Psicologia e Deontologia professionale, LUMSA Università di Roma, Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche.

Francesca Tribisonna

Avvocato penalista e Professore a contratto in Diritto minorile presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Già Dottore di ricerca in Diritto e procedura penale presso l'Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, svolge attività di docenza anche presso l'Ateneo cagliaritano.

Indice

Codice Deontologico degli psicologi italiani	6
Presentazione	24
Introduzione	28
100 Domande e Risposte sul Codice Deontologico degli Psicologi	31

Appendice

Proposta modifica art. 31 Codice Deontologico Psicologi Italiani <i>di Marco Pingitore e Gustavo Sergio</i>	69
Tutela della salute, intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale e disciplina del consenso libero ed informato <i>di Gustavo Sergio</i>	75
La responsabilità civile dello Psicologo <i>di Matteo Corbo, Federico Chiopris e Ludovico Castro</i>	86
La responsabilità penale dello Psicologo <i>di Francesca Tribisonna</i>	108
Il Codice Deontologico in ambito peritale <i>di Luana Marghi</i>	126
La diagnosi tra attività clinica e appartenenze professionali <i>di Daniela Pajardi</i>	130
Nota sull'organizzazione della funzione disciplinare degli Ordini territoriali degli psicologi italiani <i>di Pietro Stampa</i>	142
Documento sulle prestazioni sanitarie etero-determinate: diritto alla salute e libertà di scelta <i>di GdL Psicologia Giuridica - Ordine degli Psicologi della Calabria</i>	149

Allegati

Reati procedibili d'Ufficio	157
------------------------------------	-----

Articolo 1

Le regole del presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli iscritti all'Albo degli psicologi. Lo psicologo è tenuto alla loro conoscenza e l'ignoranza delle medesime non esime dalla responsabilità disciplinare. Le stesse regole si applicano anche nei casi in cui le prestazioni, o parti di esse, vengano effettuate a distanza, via Internet o con qualunque altro mezzo elettronico e/o telematico.

Articolo 2

L'inosservanza dei precetti stabiliti nel presente Codice deontologico, ed ogni azione od omissione comunque contrarie al decoro, alla dignità ed al corretto esercizio della professione, sono punite secondo quanto previsto dall'art. 26, comma 1°, della Legge 18 febbraio 1989, n. 56, secondo le procedure stabilite dal Regolamento disciplinare.

Articolo 3

Lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità. In ogni ambito professionale opera per migliorare la capacità delle persone di comprendere se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace. Lo psicologo è



consapevole della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri; pertanto deve prestare particolare attenzione ai fattori personali, sociali, organizzativi, finanziari e politici, al fine di evitare l'uso non appropriato della sua influenza, e non utilizza indebitamente la fiducia e le eventuali situazioni di dipendenza dei committenti e degli utenti destinatari della sua prestazione professionale. Lo psicologo è responsabile dei propri atti professionali e delle loro prevedibili dirette conseguenze.

Articolo 4

Nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; ne rispetta opinioni e credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori; non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità. Lo psicologo utilizza metodi e tecniche salvaguardando tali principi, e rifiuta la sua collaborazione ad iniziative lesive degli stessi. Quando sorgono conflitti di interesse tra l'utente e l'istituzione presso cui lo psicologo opera, quest'ultimo deve esplicitare alle parti, con chiarezza, i termini delle proprie responsabilità ed i vincoli cui è professionalmente tenuto. In tutti i casi in cui il destinatario ed il committente dell'intervento di sostegno o di psicoterapia non coincidano, lo psicologo tutela prioritariamente il destinatario dell'intervento stesso.



Articolo 5

Lo psicologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali opera. La violazione dell'obbligo di formazione continua, determina un illecito disciplinare che è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale. Riconosce i limiti della propria competenza e usa, pertanto solo strumenti teorico - pratici per i quali ha acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione. Lo psicologo impiega metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti e riferimenti scientifici, e non suscita, nelle attese del cliente e/o utente, aspettative infondate.

Articolo 6

Lo psicologo accetta unicamente condizioni di lavoro che non compromettano la sua autonomia professionale ed il rispetto delle norme del presente codice, e, in assenza di tali condizioni, informa il proprio Ordine. Lo psicologo salvaguarda la propria autonomia nella scelta dei metodi, delle tecniche e degli strumenti psicologici, nonché della loro utilizzazione; è perciò responsabile della loro applicazione ed uso, dei risultati, delle valutazioni ed interpretazioni che ne ricava. Nella collaborazione con professionisti di altre discipline esercita la piena autonomia professionale nel rispetto delle altrui competenze.



Articolo 7

Nelle proprie attività professionali, nelle attività di ricerca e nelle comunicazioni dei risultati delle stesse, nonché nelle attività didattiche, lo psicologo valuta attentamente, anche in relazione al contesto, il grado di validità e di attendibilità di informazioni, dati e fonti su cui basa le conclusioni raggiunte; espone, all'occorrenza, le ipotesi interpretative alternative, ed esplicita i limiti dei risultati. Lo psicologo, su casi specifici, esprime valutazioni e giudizi professionali solo se fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata ed attendibile.

Articolo 8

Lo psicologo contrasta l'esercizio abusivo della professione come definita dagli articoli 1 e 3 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56, e segnala al Consiglio dell'Ordine i casi di abusivismo o di usurpazione di titolo di cui viene a conoscenza. Parimenti, utilizza il proprio titolo professionale esclusivamente per attività ad esso pertinenti, e non avalla con esso attività ingannevoli od abusive.

Articolo 9

Nella sua attività di ricerca lo psicologo è tenuto ad informare adeguatamente i soggetti in essa coinvolti al fine di ottenerne il previo consenso informato, anche relativamente al nome, allo status scientifico e professionale del ricercatore ed alla sua eventuale istituzione di appartenenza. Egli deve altresì garantire a tali



soggetti la piena libertà di concedere, di rifiutare ovvero di ritirare il consenso stesso. Nell'ipotesi in cui la natura della ricerca non consenta di informare preventivamente e correttamente i soggetti su taluni aspetti della ricerca stessa, lo psicologo ha l'obbligo di fornire comunque, alla fine della prova ovvero della raccolta dei dati, le informazioni dovute e di ottenere l'autorizzazione all'uso dei dati raccolti. Per quanto concerne i soggetti che, per età o per altri motivi, non sono in grado di esprimere validamente il loro consenso, questo deve essere dato da chi ne ha la potestà genitoriale o la tutela, e, altresì, dai soggetti stessi, ove siano in grado di comprendere la natura della collaborazione richiesta. Deve essere tutelato, in ogni caso, il diritto dei soggetti alla riservatezza, alla non riconoscibilità ed all'anonimato.

Articolo 10

Quando le attività professionali hanno ad oggetto il comportamento degli animali, lo psicologo si impegna a rispettarne la natura ed a evitare loro sofferenze.

Articolo 11

Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.



Articolo 12

Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13

Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Articolo 14

Lo psicologo, nel caso di intervento su o attraverso gruppi, è tenuto ad informare, nella fase iniziale, circa le regole che governano tale intervento. È tenuto altresì ad impegnare, quando necessario, i componenti del gruppo al rispetto del diritto di ciascuno alla riservatezza.



Articolo 15

Nel caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale, lo psicologo può condividere soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione.

Articolo 16

Lo psicologo redige le comunicazioni scientifiche, ancorché indirizzate ad un pubblico di professionisti tenuti al segreto professionale, in modo da salvaguardare in ogni caso l'anonimato del destinatario della prestazione.

Articolo 17

La segretezza delle comunicazioni deve essere protetta anche attraverso la custodia e il controllo di appunti, note, scritti o registrazioni di qualsiasi genere e sotto qualsiasi forma, che riguardino il rapporto professionale. Tale documentazione deve essere conservata per almeno i cinque anni successivi alla conclusione del rapporto professionale, fatto salvo quanto previsto da norme specifiche. Lo psicologo deve provvedere perché, in caso di sua morte o di suo impedimento, tale protezione sia affidata ad un collega ovvero all'Ordine professionale. Lo psicologo che collabora alla costituzione ed all'uso di sistemi di documentazione si adopera per la realizzazione di garanzie di tutela dei soggetti interessati.



Articolo 18

In ogni contesto professionale lo psicologo deve adoperarsi affinché sia il più possibile rispettata la libertà di scelta, da parte del cliente e/o del paziente, del professionista cui rivolgersi.

Articolo 19

Lo psicologo che presta la sua opera professionale in contesti di selezione e valutazione è tenuto a rispettare esclusivamente i criteri della specifica competenza, qualificazione o preparazione, e non avalla decisioni contrarie a tali principi.

Articolo 20

Nella sua attività di docenza, di didattica e di formazione lo psicologo stimola negli studenti, allievi e tirocinanti l'interesse per i principi deontologici, anche ispirando ad essi la propria condotta professionale.

Articolo 21

L'insegnamento dell'uso di strumenti e tecniche conoscitive e di intervento riservati alla professione di psicologo a persone estranee alla professione stessa costituisce violazione deontologica grave. Costituisce aggravante avallare



con la propria opera professionale attività ingannevoli o abusive concorrendo all'attribuzione di qualifiche, attestati o inducendo a ritenersi autorizzati all'esercizio di attività caratteristiche dello psicologo. Sono specifici della professione di psicologo tutti gli strumenti e le tecniche conoscitive e di intervento relative a processi psichici (relazionali, emotivi, cognitivi, comportamentali) basati sull'applicazione di principi, conoscenze, modelli o costrutti psicologici. È fatto salvo l'insegnamento di tali strumenti e tecniche agli studenti dei corsi di studio universitari in psicologia e ai tirocinanti. È altresì fatto salvo l'insegnamento di conoscenze psicologiche.



Articolo 22

Lo psicologo adotta condotte non lesive per le persone di cui si occupa professionalmente, e non utilizza il proprio ruolo ed i propri strumenti professionali per assicurare a sè o ad altri indebiti vantaggi.

Articolo 23

Lo psicologo pattuisce nella fase iniziale del rapporto quanto attiene al compenso professionale. In ogni caso la misura del compenso deve essere adeguata all'importanza dell'opera. In ambito clinico tale compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale.

Articolo 24

Lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, fornisce all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza. Pertanto, opera in modo che chi ne ha diritto possa esprimere un consenso informato. Se la prestazione professionale ha carattere di continuità nel tempo, dovrà esserne indicata, ove possibile, la prevedibile durata.



Articolo 25

Lo psicologo non usa impropriamente gli strumenti di diagnosi e di valutazione di cui dispone. Nel caso di interventi commissionati da terzi, informa i soggetti circa la natura del suo intervento professionale, e non utilizza, se non nei limiti del mandato ricevuto, le notizie apprese che possano recare ad essi pregiudizio. Nella comunicazione dei risultati dei propri interventi diagnostici e valutativi, lo psicologo è tenuto a regolare tale comunicazione anche in relazione alla tutela psicologica dei soggetti.

Articolo 26

Lo psicologo si astiene dall'intraprendere o dal proseguire qualsiasi attività professionale ove propri problemi o conflitti personali, interferendo con l'efficacia delle sue prestazioni, le rendano inadeguate o dannose alle persone cui sono rivolte. Lo psicologo evita, inoltre, di assumere ruoli professionali e di compiere interventi nei confronti dell'utenza, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, qualora la natura di precedenti rapporti possa comprometterne la credibilità e l'efficacia.



Articolo 27

Lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico quando constata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della cura stessa. Se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi.

Articolo 28

Lo psicologo evita commistioni tra il ruolo professionale e vita privata che possano interferire con l'attività professionale o comunque arrecare nocimento all'immagine sociale della professione. Costituisce grave violazione deontologica effettuare interventi diagnostici, di sostegno psicologico o di psicoterapia rivolti a persone con le quali ha intrattenuto o intrattiene relazioni significative di natura personale, in particolare di natura affettivo-sentimentale e/o sessuale. Parimenti costituisce grave violazione deontologica instaurare le suddette relazioni nel corso del rapporto professionale. Allo psicologo è vietata qualsiasi attività che, in ragione del rapporto professionale, possa produrre per lui indebiti vantaggi diretti o indiretti di carattere patrimoniale o non patrimoniale, ad esclusione del compenso pattuito. Lo psicologo non sfrutta la posizione professionale che assume nei confronti di colleghi in supervisione e di tirocinanti, per fini estranei al rapporto professionale.



Articolo 29

Lo psicologo può subordinare il proprio intervento alla condizione che il paziente si serva di determinati presidi, istituti o luoghi di cura soltanto per fondati motivi di natura scientifico-professionale.

Articolo 30

Nell'esercizio della sua professione allo psicologo è vietata qualsiasi forma di compenso che non costituisca il corrispettivo di prestazioni professionali.

Articolo 31

Le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono, generalmente, subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela. Lo psicologo che, in assenza del consenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare l'Autorità Tutoria dell'instaurarsi della relazione professionale. Sono fatti salvi i casi in cui tali prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte.



Articolo 32

Quando lo psicologo acconsente a fornire una prestazione professionale su richiesta di un committente diverso dal destinatario della prestazione stessa, è tenuto a chiarire con le parti in causa la natura e le finalità dell'intervento.



Articolo 33

I rapporti fra gli psicologi devono ispirarsi al principio del rispetto reciproco, della lealtà e della colleganza. Lo psicologo appoggia e sostiene i Colleghi che, nell'ambito della propria attività, quale che sia la natura del loro rapporto di lavoro e la loro posizione gerarchica, vedano compromessa la loro autonomia ed il rispetto delle norme deontologiche.

Articolo 34

Lo psicologo si impegna a contribuire allo sviluppo delle discipline psicologiche e a comunicare i progressi delle sue conoscenze e delle sue tecniche alla comunità professionale, anche al fine di favorirne la diffusione per scopi di benessere umano e sociale.

Articolo 35

Nel presentare i risultati delle proprie ricerche, lo psicologo è tenuto ad indicare la fonte degli altrui contributi.

Articolo 36

Lo psicologo si astiene dal dare pubblicamente su colleghi giudizi negativi relativi alla loro formazione, alla loro competenza ed ai risultati conseguiti a



seguito di interventi professionali, o comunque giudizi lesivi del loro decoro e della loro reputazione professionale. Costituisce aggravante il fatto che tali giudizi negativi siano volti a sottrarre clientela ai colleghi. Qualora ravvisi casi di scorretta condotta professionale che possano tradursi in danno per gli utenti o per il decoro della professione, lo psicologo è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Consiglio dell'Ordine competente.

Articolo 37

Lo psicologo accetta il mandato professionale esclusivamente nei limiti delle proprie competenze. Qualora l'interesse del committente e/o del destinatario della prestazione richieda il ricorso ad altre specifiche competenze, lo psicologo propone la consulenza ovvero l'invio ad altro collega o ad altro professionista.

Articolo 38

Nell'esercizio della propria attività professionale e nelle circostanze in cui rappresenta pubblicamente la professione a qualsiasi titolo, lo psicologo è tenuto ad uniformare la propria condotta ai principi del decoro e della dignità professionale.



Articolo 39

Lo psicologo presenta in modo corretto ed accurato la propria formazione, esperienza e competenza. Riconosce quale suo dovere quello di aiutare il pubblico e gli utenti a sviluppare in modo libero e consapevole giudizi, opinioni e scelte.

Articolo 40

Indipendentemente dai limiti posti dalla vigente legislazione in materia di pubblicità, lo psicologo non assume pubblicamente comportamenti scorretti finalizzati al procacciamento della clientela. In ogni caso, può essere svolta pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dai competenti Consigli dell'Ordine. Il messaggio deve essere formulato nel rispetto del decoro professionale, conformemente ai criteri di serietà scientifica ed alla tutela dell'immagine della professione. La mancanza di trasparenza e veridicità del messaggio pubblicizzato costituisce violazione deontologica



Articolo 41

È istituito presso la “Commissione Deontologia” dell’Ordine degli psicologi l’”Osservatorio permanente sul Codice Deontologico”, regolamentato con apposito atto del Consiglio Nazionale dell’Ordine, con il compito di raccogliere la giurisprudenza in materia deontologica dei Consigli regionali e provinciali dell’Ordine e ogni altro materiale utile a formulare eventuali proposte della Commissione al Consiglio Nazionale dell’Ordine, anche ai fini della revisione periodica del Codice Deontologico. Tale revisione si atterrà alle modalità previste dalla Legge 18 febbraio 1989, n. 56.

Articolo 42

Il presente Codice deontologico entra in vigore il trentesimo giorno successivo alla proclamazione dei risultati del referendum di approvazione, ai sensi dell’art. 28, comma 6, lettera c) della Legge 18 febbraio 1989, n. 56.



Presentazione

di Roberto Calvani

Considero un privilegio introdurre questo “**100 Domande e Risposte sul Codice Deontologico degli Psicologi**” frutto del lavoro appassionato di due colleghi calabresi, Marco Pingitore e Alessia Mirabelli in collaborazione con la Commissione Deontologica dell’Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia e con professionisti e stimati colleghi del resto di Italia, attraverso un importante e stretto lavoro di rete. Il lavoro nasce dalle tante domande che quotidianamente i colleghi pongono all’Ordine in tema di deontologia professionale al fine di orientare il proprio lavoro secondo i dettami del corretto comportamento professionale, dell’etica, delle buone prassi e della tutela.

Come tutti sanno il codice deontologico è un codice di comportamento, generalmente avente efficacia normativa, a cui il professionista deve attenersi per l’esercizio della sua professione.

L’esercizio della professione di psicologo comporta per sua natura una serie di dilemmi che il professionista spesso si pone circa l’opportunità, la correttezza, la liceità di talune condotte.

Il fatto che l’attività professionale si svolga in un contesto ambientale in cui convivono regole sociali, giuridiche e morali, talora anche incompatibili, a volte può rendere ardui per lo psicologo i processi decisionali conseguenti.

Il libro che presentiamo vuole rappresentare una prima guida pratica costituita da domande e risposte per tutti i colleghi impegnati quotidianamente nella pratica professionale, uno strumento di orientamento e supporto nella quo-



tidiana operatività concreta al servizio delle persone con cui gli psicologi si rapportano quotidianamente. E' un testo di facile e immediata consultazione da parte dei professionisti psicologi al fine di non perdere mai di vista la dimensione etica di una professione delicata come la nostra.

Vale precisare che non si tratta, dunque, di interpretazioni autentiche delle norme del Codice Deontologico, ma di una risorsa che indica come vengono interpretate le norme da chi, secondo la propria esperienza ha riflettuto circa l'ambito della loro applicazione.



Presentazione

Commissione Deontologica dell'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia

Questo libro nasce in seno alle riunioni della Commissione Deontologica del Consiglio dell'Ordine del Friuli Venezia Giulia susseguite negli anni di questa consiliatura.

Le riflessioni sulla natura, impatto e quantità delle violazioni presentate (nel senso di denunciate o commesse???) dagli iscritti negli ultimi anni hanno suggerito la possibilità che il professionista che esercita si trovi quasi quotidianamente ad affrontare dubbi riguardanti possibili abusi ed illeciti tanto da trovarsi con relativa facilità a commettere errori di natura deontologica.

Per quanto riguarda la disciplina della Psicologia, il termine deontologia [comp. del gr. (τό) δέον -οντος «il dovere» e *-logia*] si declina come l'insieme dei principi, delle norme, dei valori, e delle consuetudini riguardanti i diritti, i doveri e le responsabilità condivise dal professionista e dalla comunità a cui ha deciso di appartenere: tali principi si raggruppano nel Codice Deontologico.

La finalità ultima del Codice è la tutela del clienti tanto da fornire la corretta definizione del contesto relazionale e contrattuale nel quale si svolgono le prestazioni psicologiche. Dal rispetto del Codice deriva il livello di decoro e la dignità di cui è connaturata la professione, e su di esso si fondano le responsabilità del professionista nei confronti della società, dei colleghi e del gruppo professionale (anche se secondo me gruppo e colleghi qui sono la stessa cosa).



Negli anni di servizio, la Commissione ha imparato come la conoscenza ed il rispetto di tutte le norme deontologiche possano presentare delle lacune: L'area della responsabilità professionale e sociale è ampia e delicata: nella professione tale area si estende e si amplifica nella misura in cui si opera l'ambito della salute, dove, il professionista si trova spesso a prendere decisioni di natura etica in contesti dove regole sociali, norme legali, obblighi e valori si trovano in tensione tra loro. Non basta dunque saper conoscere e rispettare le norme ma, il professionista è invitato ad agire partendo da interpretazioni proprie, non scovre da dubbi.

Dall'analisi approfondita delle richieste dei colleghi iscritti espresse all'interno della rubrica dell'Ordine "L'avvocato risponde", e dall'esperienza acquisita d'utilizzo del Codice nell'esercizio della Commissione, ci siamo convinti della necessità di fornire agli iscritti chiarimenti e delucidazioni in merito agli orientamenti etici e alle scelte operative da fare. Così è nata l'idea delle 100 domande e risposte che attraverso il lavoro dei colleghi M. Pingitore e A. Mirabelli si è concretizzato nel fin qui descritto 100 domande e risposte.

La Commissione Deontologica dell'Ordine degli Psicologi del Friuli-Venezia Giulia

Dott.ssa Leila Rumiato

Dott.ssa Simona Mreule

Dott.ssa Evgenia Gasteratou

Dott.ssa Erica Cossetini

Dott.ssa Bottino

Dott.ssa Erika Celotti

Dott. Giovanni Ottobon



Introduzione

di Marco Pingitore

Quando il Presidente del Consiglio dell'Ordine FVG mi ha chiesto di redigere un opuscolo informativo sul Codice Deontologico degli Psicologi ho accettato molto volentieri l'invito, nonostante la grande sfida che questo comportava poiché scrivere sul Codice Deontologico è sempre impresa ardua. Di fatti, alcune questioni deontologiche non prevedono una risposta univoca e, in ogni caso, richiedono sempre un'attività istruttoria molto approfondita. In Italia, il testo di riferimento su questo argomento è indiscutibilmente quello a cura del Prof. Gulotta che, giunto alla terza edizione, rappresenta un faro in materia deontologica per i giovani Colleghi e per quelli con più esperienza.

In questo lavoro, insieme alla Collega Alessia Mirabelli, attraverso la formula "Domanda e Risposta", abbiamo deciso di dare un taglio molto pratico all'elaborato aggiungendo, di volta in volta, i relativi riferimenti deontologici e normativi.

Il nostro lavoro, di certo, non potrà considerarsi esaustivo, ma abbiamo preferito dare ampio spazio a tutti quegli argomenti maggiormente spinosi e poco chiari che inducono tante volte gli Psicologi ad inciampare, commettendo una serie di errori, spesso importanti. In particolar modo, ci siamo concentrati sul tema del consenso informato riguardante le prestazioni psicologiche sulle persone minorenni, sull'obbligo di denuncia e di referto, sul segreto professionale e sull'ambito, a me tanto caro, della psicologia giuridica.

Nell'appendice abbiamo inserito contributi di giuristi e Colleghi, a dimostrar-



zione che le norme del Codice Deontologico si intrecciano con quelle di Diritto Penale e Civile.

Tengo a ringraziare tutti gli Autori che hanno contribuito alla realizzazione di questo elaborato: Ludovico Castro, Federico Chiopris, Matteo Corbo, Luana Marghi, Alessia Mirabelli, Daniela Pajardi, Gustavo Sergio, Pietro Stampa, Francesca Tribisonna.

Un ulteriore ringraziamento va all'intero Consiglio dell'Ordine degli Psicologi FVG e alla Commissione Deontologica, i cui componenti sono sempre attenti e impegnati nella tutela e nella promozione della Professione.

Infine, la mia profonda gratitudine all'amico e Presidente Roberto Calvani con il quale condividiamo da tempo la passione per la Professione e la propensione al cambiamento.



Legenda



Codice Deontologico



Costituzione



Cassazione



Sentenza



Relatore



Codice Procedura Penale



Codice Procedura Civile



Consulente Tecnico di Parte



Sommario Informazioni Testimoniali



si suggerisce una consulenza presso il Consiglio dell'Ordine di appartenenza



Articolo



Legge



Sezione



Presidente



Codice Penale



Codice Civile



Consulente Tecnico di Ufficio



Consulente Tecnico
(per la Procura della Repubblica)



Pubblico Ufficiale



1. Cosa si intende per segreto professionale?



Lo psicologo è sempre vincolato al segreto professionale pertanto *“non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate”*. La deroga al segreto professionale può avvenire solo *“in presenza di un valido e dimostrabile consenso da parte del destinatario della prestazione professionale”*, ma lo psicologo *“valuta, comunque, l’opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso”*. Nei casi di obbligo di denuncia o referto, lo psicologo può rivelare notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 12 c.d. art. 13 c.d.



2. Come fa, in pratica, il destinatario della prestazione professionale a svincolare lo psicologo dal segreto professionale?



È necessario che lo psicologo acquisisca il consenso da parte del destinatario della prestazione professionale in forma scritta o attraverso videoregistrazione.

Riferimenti: art. 11 c.d. / art. 12 c.d.



3. Vengo convocato dalla Procura/Polizia Giudiziaria come persona informata sui fatti. Mi viene chiesto di riferire informazioni su un mio assistito. Posso violare il segreto professionale?



No, lo psicologo è vincolato al segreto professionale. Tuttavia ha l’obbligo di comparizione innanzi all’Autorità Giudiziaria.

Riferimenti: art. 11 c.d. / art. 12 c.d.





4. Sono stato citato a testimoniare nel processo penale in cui è coinvolto un mio paziente. Può il Giudice ordinarmi di deporre nonostante il segreto professionale?



No, il Giudice non può imporre allo psicologo (professionista sanitario) di testimoniare. Ciò nonostante *“se ha motivo di dubitare che la dichiarazione resa da tali persone per esimersi dal deporre sia infondata, provvede agli accertamenti necessari. Se risulta infondata, ordina che il testimone deponga”*. Lo psicologo, letta la formula di impegno per i testimoni, deve esplicitare che è vincolato al segreto professionale.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 12 c.d.



5. Mi arriva una citazione dal Tribunale per testimoniare in udienza in un processo. Considerato che sono vincolato al segreto professionale, devo presentarmi ugualmente?



Sì, la testimonianza costituisce un dovere cui la persona non può sottrarsi. Una volta citato, lo psicologo deve presentarsi in udienza chiarendo di essere vincolato dal segreto professionale per cui ci si astiene dal rendere testimonianza.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 133 c.p.p. / art. 198 c.p.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 12 c.d.



6. In quali casi il Giudice potrebbe ordinarmi di testimoniare nonostante il vincolo del segreto professionale?



Ad esempio, nei casi in cui, nonostante il consenso dell'assistito, lo psicologo potrebbe decidere di non violare il segreto professionale ai fini della tutela psicologica dell'assistito stesso. In questo caso il Giudice potrebbe ugualmente ordinare allo psicologo di deporre.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 12 c.d.





7. Sono stato citato come testimone in un processo penale che coinvolge due miei ex pazienti seguiti in terapia di coppia che, successivamente, si sono separati legalmente. Come mi comporto?



Lo psicologo è tenuto a mantenere il segreto professionale.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 12 c.d.



8. Un mio paziente vuole citarmi come testimone in un processo penale che lo vede coinvolto. È disposto a svincolarmi dal segreto professionale. Posso oppormi?



Sì, lo psicologo valuta attentamente l'opportunità di non testimoniare anche in presenza del consenso da parte del suo assistito per tutelare la salute psicologica di quest'ultimo. In questo caso, il Giudice potrebbe ugualmente decidere di ordinare allo Psicologo di deporre.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 12 c.d.



9. Mi contatta un paziente per richiedere una relazione sul suo stato di salute da utilizzare in un procedimento civile/penale. Che faccio?



Lo psicologo può redigere la relazione esclusivamente *“in presenza di valido e dimostrabile consenso del richiedente. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso”*.

Riferimenti: art. 12 c.d.





10. Che differenza c'è tra SIT e testimonianza?



Le c.d. “*SIT – Sommarie Informazioni Testimoniali*” non rappresentano un mezzo di prova e riguardano l’acquisizione di “sommarie informazioni” da parte della Polizia Giudiziaria o della Procura della Repubblica.

La testimonianza nel processo penale, invece, rappresenta un mezzo di prova.

Riferimenti: art. 351 c.p.p. / art. 362 c.p.p. / art. 194 c.p.p.
art. 497 c.p.p.



11. Mi sono state richieste informazioni sullo stato di salute di un mio paziente da un CTU/Perito/CT. Come procedere?



Lo psicologo è tenuto a mantenere il segreto professionale, pertanto non può fornire nessuna informazione.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d.



12. Ricevo la telefonata di un avvocato in cui mi vengono richieste informazioni sullo stato di salute del mio assistito (persona adulta o minore d'età). Come procedo?



Nessuna informazione può essere rivelata dallo psicologo, nemmeno la conferma della prestazione psicologica effettuata o in corso.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d.





13. Ricevo la telefonata di un avvocato in cui mi viene richiesta una relazione sulla prestazione psicologica effettuata su un mio assistito (persona adulta o minore di età), nonché suo cliente. Come mi comporto?



Nessuna informazione può essere rivelata dallo psicologo, nemmeno la conferma della prestazione psicologica effettuata o in corso. L'eventuale richiesta di una relazione dovrebbe essere effettuata solo dall'assistito o dal suo tutore.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d.



14. Ricevo una telefonata da un genitore in cui mi vengono richieste informazioni sulle condizioni di salute del figlio adulto. Cosa rispondo?



Nessuna informazione può essere rivelata dallo psicologo, nemmeno la conferma della prestazione psicologica effettuata o in corso.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d.



15. Ricevo una telefonata da un genitore per acquisire informazioni sulle condizioni di salute del figlio minore. Cosa rispondo?



Trattandosi di persona minore di età, lo psicologo può fornire informazioni agli esercenti la responsabilità genitoriale che, in precedenza, hanno prestato il consenso informato. In ogni caso, in base all'età del paziente e al suo grado di maturità, lo psicologo valuta attentamente le informazioni da fornire considerando preminente la tutela psicologica del giovane assistito.

Riferimenti: art. 11 c.d. / art. 31 c.d.





16. Mi contatta un genitore per prendere appuntamento per il figlio maggiorenne. Come procedere?



Dipende dagli approcci metodologici, ma in generale lo psicologo deve prestare attenzione al rischio di violazione del segreto professionale.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d.



17. A seguito di una terapia di coppia, uno dei due mi chiede una relazione, l'altro si oppone. Come procedere?



In questo caso lo psicologo è tenuto a mantenere il segreto professionale non redigendo la relazione.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d.



18. Qual è la differenza tra denuncia, querela e referto?



La denuncia è un atto formale con il quale si dà notizia all'Autorità Giudiziaria di un reato procedibile d'Ufficio.

La querela è un atto formale con il quale si dà notizia all'Autorità Giudiziaria di un reato, a querela di parte, che si ritenga si sia subito.

Il referto è un atto formale di chi esercita una professione sanitaria con il quale si dà notizia all'Autorità Giudiziaria di un reato procedibile d'Ufficio in riferimento alla persona alla quale è stata prestata assistenza.

Riferimenti: art. 365 c.p. / art. 333 c.p.p. / art. 334 c.p.p.





19. Come si scrive un referto?



Il referto dovrebbe essere redatto secondo quanto previsto dall'art. 334 c.p.p. e trasmesso all'Autorità Giudiziaria.

Riferimenti: art. 365 c.p. / art. 334 c.p.p.



20. Come si presenta una denuncia?



In forma scritta oppure orale all'Autorità Giudiziaria.

Riferimenti: art. 333 c.p.p.



21. Qual è la differenza tra reato procedibile d'Ufficio e a querela di parte?



I reati a procedibilità d'Ufficio sono quelli più gravi per cui, appresa la notizia da parte dell'Autorità Giudiziaria, si deve procedere senza la necessità che la persona offesa sporga querela.

I reati a querela di parte sono quelli meno gravi per cui è necessaria una querela della persona offesa.

Ad esempio, il reato di stalking non ha una procedibilità d'Ufficio, ma a querela di parte. In sostanza è solo la persona offesa a poter avviare l'azione penale attraverso una querela, ad esclusione delle ipotesi di persone offese minorenni in cui si procede d'Ufficio. Altro esempio è il reato di percosse che è procedibile a querela della persona offesa, ma se queste avvengono abitualmente all'interno di un contesto familiare la procedibilità è d'Ufficio.

Riferimenti: art. 612-bis c.p. / art. 572 c.p. / art. 333 c.p.p. / art. 334 c.p.p. / art. 13 c.d.





22. Quali sono i reati procedibili d'Ufficio?



Un elenco esemplificativo, ma non esaustivo è possibile trovarlo in allegato.



23. In caso di obbligo di denuncia o di referto a quali autorità si deve fare riferimento?



Esclusivamente alla competente Autorità Giudiziaria (Polizia Giudiziaria/Procura della Repubblica).

Riferimenti: art. 365 c.p. / art. 333 c.p.p. / art. 334 c.p.p.



24. Posso presentare la denuncia o il referto ai Servizi Sociali?



No, è una procedura scorretta. Il referto o la denuncia sono atti che vanno trasmessi esclusivamente all'Autorità Giudiziaria.

Riferimenti: art. 365 c.p. / art. 333 c.p.p. / art. 334 c.p.p.





25. C'è differenza tra uno psicologo che lavora nel contesto pubblico e uno che lavora in quello privato nei casi di obbligo di denuncia o referto?



Lo psicologo che lavora nel contesto pubblico ricopre la funzione di Pubblico Ufficiale per cui ha sempre l'obbligo di referto o denuncia. Esempi di psicologo che ricopre la funzione di P.U. sono: lo psicologo scolastico; lo psicologo che effettua una prestazione presso una struttura convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con il Comune, con la Regione ecc.; il CTU/Perito/CT.

Lo psicologo che lavora nell'ambito privato non ha sempre l'obbligo di referto o denuncia.

Contesto	Obbligo denuncia	Obbligo referto
Pubblico (Psicologo P.U.)	Sì , nelle ipotesi di reato con procedibilità d'Ufficio	Sì , nelle ipotesi di reato con procedibilità d'Ufficio
Privato	No , ma valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (denuncia), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.	Sì , nelle ipotesi di reato con procedibilità d'Ufficio No , quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale, ma valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (refertando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Riferimenti: art. 361 c.p. / art. 365 c.p. / art. 331 c.p.p. / art. 333 c.p.p. / art. 334 c.p.p. / art. 13 c.d.





26. Che differenza c'è tra Pubblico Ufficiale e incaricato di Pubblico Servizio?



Il Pubblico Ufficiale è colui che esercita una funzione pubblica con poteri autoritativi e certificativi.

L'incaricato di Pubblico Servizio è colui che, a qualunque titolo, presta un pubblico servizio disciplinato nelle stesse forme della funzione pubblica, ma senza poteri tipici di quest'ultima.

Riferimenti: art. 357 c.p. / art. 358 c.p.



27. Ricevo una telefonata da una persona (adulta o minorenne) che mi riferisce l'intenzione di volersi suicidare e contestualmente mi chiede aiuto. Ho l'obbligo di denuncia o di referto?



No, nessun obbligo poiché non vi è alcun vincolo di “*rapporto professionale*” tra i due.

Riferimenti: art. 13 c.d.



28. Una paziente mi riferisce, durante una seduta individuale, di subire abitualmente percosse dal marito/convivente. Ho l'obbligo di referto?



È un caso che può presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'Ufficio (maltrattamento in famiglia) per cui vige l'obbligo di referto.

Riferimenti: art. 365 c.p. / art. 334 c.p.p. / art. 572 c.p. / art. 13 c.d.





29. Un paziente durante un colloquio riferisce di aver assistito ad un reato procedibile d'Ufficio mentre si recava al mio studio. Ho l'obbligo di denuncia?



Contesto	Obbligo denuncia
Pubblico (Psicologo P.U.)	Sì
Privato	No , ma lo psicologo valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (denunciando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Riferimenti: art. 331 c.p.p. / art. 13 c.d.



30. Durante un colloquio di terapia familiare in cui sono presenti padre, madre e figlio, quest'ultimo rivela che il padre abusa sessualmente di lui. Ho l'obbligo di referto?



Situazione complessa e delicata poiché lo psicologo sarebbe obbligato a refertare (la violenza sessuale), ma il referto esporrebbe la persona assistita (il padre) a procedimento penale. Ciò nonostante è pacifico ritenere che, in tale situazione, debba prevalere l'obbligo di referto, con la consapevolezza che il genitore (o i genitori) potrebbe querelare e/o segnalare al Consiglio dell'Ordine lo psicologo per violazione del segreto professionale.

Riferimenti: art. 331 c.p. / art. 361 c.p. / art. 365 c.p. / art. 609-bis c.p. art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 13 c.d.





31. Durante un colloquio di terapia familiare un componente della famiglia riferisce di ricevere percosse da un altro componente. Che fare?



Medesima situazione di cui alla domanda precedente. Si potrebbe trattare di un delitto (maltrattamento in famiglia) a procedibilità d'Ufficio.

Riferimenti: art. 331 c.p. / art. 361 c.p. / art. 365 c.p. / art. 572 c.p.
art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 13 c.d.



32. Durante un colloquio di terapia familiare un componente della famiglia rivela di aver ricevuto in passato percosse da un altro componente. Che fare?



Medesima situazione di cui alle due domande precedenti. Si potrebbe trattare di un delitto (maltrattamento in famiglia) a procedibilità d'Ufficio. L'obbligo di referto sussiste anche in presenza di eventuali cause di estinzione del reato o di cause di non punibilità, spettando solo all'Autorità Giudiziaria la valutazione della loro sussistenza.

Riferimenti: art. 331 c.p. / art. 361 c.p. / art. 365 c.p. / art. 572 c.p.
art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 13 c.d.



33. Durante un colloquio psicologico un paziente adulto mi rivela di aver subito abusi sessuali quando era minorenne. Cosa fare?



Si tratterebbe di un delitto (violenza sessuale) a procedibilità d'Ufficio. L'obbligo di referto sussiste anche in presenza di eventuali cause di estinzione del reato o di cause di non punibilità, spettando solo all'Autorità Giudiziaria la valutazione della loro sussistenza.

Riferimenti: art. 331 c.p. / art. 361 c.p. / art. 365 c.p. / art. 609-bis c.p.
art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 13 c.d.





34. Durante un colloquio psicologico un paziente rivela di aver abusato sessualmente di una persona minore d'età. Ho l'obbligo di denuncia/referto?



È un caso che può presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'Ufficio, tuttavia lo psicologo che lavora in ambito privato non deve refertare.

Contesto	Obbligo denuncia o di referto
Pubblico (Psicologo P.U.)	Si , vi è l'obbligo di denuncia
Privato	Nessun obbligo di referto perché esporrebbe la persona assistita a procedimento penale, ma lo psicologo valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (refertando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Riferimenti: art. 331 c.p. / art. 361 c.p. / art. 365 c.p. / art. 609-bis c.p. / art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 13 c.d.



35. Lo psicologo ha l'obbligo di denuncia o di referto anche se non ha la sicurezza che il fatto si sia verificato o che si verificherà?



Il delitto di omessa denuncia (come quello di omissione di referto) è un reato di pericolo, con la conseguenza per cui non compete allo psicologo una valutazione circa l'effettiva fondatezza dei fatti.

Riferimenti: Cass. Penale, Sez II, sent. n. 8567/18, Pres. Davigo, Rel. Cianfrozza





36. Un paziente, durante un colloquio psicologico, riferisce il suo forte desiderio sessuale nei confronti di persone minori d'età, ma di esser sempre riuscito a bloccare in tempo ogni sua azione. Che fare?



Si tratterebbe di un “forte desiderio” che non è detto venga trasformato in azione per cui non si configura l’obbligo di denuncia o referto.

Contesto	Obbligo denuncia o di referto
Pubblico (Psicologo P.U.)	Nessun obbligo di denuncia, ma lo psicologo valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (denunciando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.
Privato	Nessun obbligo di referto, ma lo psicologo valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (refertando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Riferimenti: art. 331 c.p. / art. 361 c.p. / art. 365 c.p. / art. 622 c.p.
art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 13 c.d.



37. Durante un colloquio psicologico un paziente mi rivela di avere intenzioni suicidarie. Come comportarsi?



Trattandosi di “un’intenzione”, non vi è obbligo di referto.

Contesto	Obbligo denuncia o di referto
Pubblico (Psicologo P.U.)	No , ma lo psicologo valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (denunciando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.
Privato	No , ma lo psicologo valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (refertando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Riferimenti: art. 331 c.p. / art. 361 c.p. / art. 365 c.p. / art. 622 c.p.
art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 13 c.d.





38. Durante un colloquio psicologico, un paziente minore di età mi informa di una violenza sessuale nei suoi confronti. Avendo l'obbligo di referto, posso informare i genitori?



Lo psicologo ha obbligo di referto e, generalmente, è tenuto ad informare i genitori.

Riferimenti: art. 331 c.p. / art. 361 c.p. / art. 365 c.p. / art. 609-bis c.p. art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 13 c.d. / art. 31 c.d.

TABELLE RIEPILOGATIVE

Prestazione psicologica sanitaria		
Notizia di reato con procedibilità d'Ufficio	Pubblico (Psicologo P.U.)	Privato
Reato in cui la persona offesa è il destinatario della prestazione psicologica	Obbligo Referto	Obbligo Referto
Reato in cui la persona offesa non è il destinatario della prestazione psicologica	Obbligo denuncia	Non è obbligato alla denuncia, ma valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (denunciando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.
Reato in cui l'autore è l'assistito	Obbligo denuncia	Non deve refertare, ma valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (refertando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.



Prestazione psicologica non sanitaria

Notizia di reato con procedibilità d'Ufficio	Pubblico (Psicologo P.U.)	Privato
Reato in cui la persona offesa è il destinatario della prestazione psicologica	Obbligo denuncia	Non è obbligato alla denuncia, ma valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (denunciando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.
Reato in cui la persona offesa non è il destinatario della prestazione psicologica	Obbligo denuncia	Non è obbligato alla denuncia, ma valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (denunciando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.
Reato in cui l'autore è il destinatario della prestazione psicologica.	Obbligo denuncia	Non è obbligato alla denuncia, ma valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza (denunciando), qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.



39. Svolgo attività clinica con un paziente che mi ha chiesto di diventare CTP all'interno di un procedimento penale/civile che lo vede coinvolto. Posso farmi nominare?



Lo psicologo evita di assumere ruoli professionali e di compiere interventi nei confronti dell'utenza *“qualora la natura di precedenti rapporti possa comprometterne la credibilità e l'efficacia”*.

Riferimenti: art. 26 c.d.





40. Ho svolto attività clinica con una coppia che dopo qualche anno si è separata. Posso diventare CTP di uno dei due nella CTU relativa al procedimento civile di separazione?



No, si configurerebbe un rischio concreto di violare il segreto professionale nei confronti dell'altro (ex) coniuge. Medesimo rischio anche nel caso di una richiesta di consulenza stragiudiziale.

Riferimenti: art. 4 c.d. / art. 11 c.d. / art. 26 c.d.



41. Cos'è il consenso informato?



Il presupposto indefettibile di ogni trattamento sanitario risiede nella scelta, libera e consapevole – salvo i casi di necessità e di incapacità di manifestare il proprio volere – della persona che a quel trattamento si sottopone. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

Riferimenti: art. 1 L. 219/17 / Cass. Penale, sez. V, sent. n. 16678/16, Pres. Fumo, Rel. Settembre



42. Il consenso informato deve essere acquisito in forma scritta o orale?



Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Riferimenti: art. 1 comma 4 L. 219/17





43. Che differenza c'è tra il consenso informato al trattamento sanitario e il consenso al trattamento dei dati?



Sono due consensi distinti e separati. Il primo riguarda il consenso informato al trattamento sanitario, il secondo riguarda l'ambito della *privacy*, cioè la modalità del trattamento dei dati personali.



44. Qual è la differenza tra assenza di consenso informato e rifiuto (dissenso) al consenso informato?



Per “assenza” si intende che chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela non sia a conoscenza del trattamento sanitario sulla persona minore d'età. Per “rifiuto” (o “dissenso”) si intende l'opposizione da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela al trattamento sanitario proposto sulla persona minore d'età.



45. Per effettuare una prestazione psicologica su una persona minore d'età, serve sempre il consenso informato da parte dei genitori?



Sì, l'art. 31 prevede l'acquisizione del consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale (nel testo la definizione “*potestà genitoriale*” in disuso dal 2013) o la tutela. L'attuale art. 31 è significativamente cogente sul punto poiché non permette allo psicologo di effettuare alcuna prestazione psicologica (nel testo “*prestazione professionale*”) sulla persona minore d'età o interdetta senza il preventivo consenso informato. Alla luce della recente legge n. 219/17 – “*Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*” – e del costante orientamento della giurisprudenza di legittimità, l'art. 31 risulta incompatibile con l'attuale disciplina del consenso informato. Appare urgente una sostanziale modifica. Una proposta in tal senso, a firma del Dott. Marco Pingitore e del Dott. Gustavo Sergio, è inserita in appendice.

Riferimenti: art. 31 c.d.





46. Un genitore mi chiede di intraprendere una terapia psicologica per il figlio minore. Mi rassicura subito che anche l'altro genitore è d'accordo. Posso iniziare la terapia con il consenso informato solo di un genitore?



No, poiché lo psicologo ha sempre l'obbligo di acquisire il consenso informato di chi esercita la responsabilità genitoriale (in questo caso entrambi i genitori). È sconsigliato acquisire il consenso informato, da parte dell'altro genitore, tramite delega o tramite pec/email.

Si può affermare che l'assenza di un esplicito consenso da parte di chi sia legittimato a prestarlo, integri certamente una compressione della libertà di autodeterminazione del soggetto passivo.

Riferimenti: Cass. Penale, Sez. V, sent. n. 40291/17, Pres. Fumo, Rel. Morelli / art. 31 c.d.



47. Ricevo una telefonata da parte di una persona minore di età che mi chiede un appuntamento per un primo colloquio clinico. Nel corso della telefonata mi riferisce che i genitori si oppongono a tale decisione. Cosa fare?



Lo psicologo non può prendere in carico la persona minore in caso di dissenso di consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela.

Riferimenti: art. 31 c.d.



48. Termino un trattamento psicologico con una persona minore di età. A distanza di tempo vengo ricontattato dalla stessa per iniziare un nuovo trattamento, all'oscuro dei genitori. In questa circostanza, continua a far fede il consenso informato sottoscritto inizialmente dai suoi genitori o è necessario acquisire un nuovo consenso informato dai genitori?



Il consenso informato dei genitori deve essere acquisito nuovamente per iniziare *ex novo* un trattamento sanitario.

Riferimenti: art. 31 c.d.





49. Chi è il Giudice Tutelare?



È un magistrato che opera presso ogni Tribunale che soprintende alle tutele e alle curatele, oltre a esercitare le altre funzioni che la legge gli affida.



50. Cosa significa soggetto interdetto?



L'interdizione è normata dall'art. 414 c.c. (Persone che devono essere interdette): *“Il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovano in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti”*. Il Tribunale, mediante il Giudice Tutelare, nomina un Tutore volto a proteggere e tutelare gli interessi personali e patrimoniali dei soggetti dichiarati interdetti giudiziali. Oltre all'interdizione, vi è anche la posizione giuridica dell'inabilitazione considerata, invece, uno stato mentale meno grave dell'interdizione.

Riferimenti: art. 357 c.c. / art. 414 c.c. / art. 415 c.c.



51. Solo un genitore è favorevole alla terapia psicologica sul figlio minorenni, mentre l'altro genitore esprime il dissenso (si rifiuta). Come procedere?



In presenza di dissenso da parte dell'altro genitore è necessario che intervenga il Giudice Tutelare al quale il genitore favorevole alla prestazione psicologica può rivolgersi.

Riferimenti: art. 31 c.d.





52. Nel corso di una prestazione psicologica con una persona minorenni, un genitore riferisce allo psicologo di voler interrompere il trattamento sanitario del figlio, l'altro genitore, invece, non è d'accordo con l'interruzione. Come si procede?



Il genitore favorevole alla prestazione psicologica del figlio può rivolgersi al Giudice Tutelare. In ogni caso, ritenuto necessario l'intervento psicologico sulla persona minore d'età, è lo stesso psicologo che può rivolgersi al Giudice Tutelare.

Riferimenti: art. 31 c.d.



53. A seguito dell'acquisizione del consenso informato dei genitori, inizio un trattamento psicologico con una persona minore d'età che, fin da subito, esprime con determinazione la sua categorica indisponibilità al trattamento. Come procedo?



Il consenso informato al trattamento sanitario della persona minore d'età deve tener conto della sua volontà, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità e avendo come scopo la tutela della sua salute psicofisica nel pieno rispetto della sua dignità. In questo caso, lo psicologo può segnalare al Giudice Tutelare il categorico dissenso della persona minorenni, non intraprendendo il trattamento sanitario e attendendo le determinazioni dell'Autorità Giudiziaria.

Riferimenti: art. 31 c.d.



54. In quali casi lo psicologo può giudicare necessario l'intervento psicologico, nonché la sua assoluta riservatezza tanto da instaurare la relazione professionale in assenza di consenso informato, così come previsto nella seconda parte dell'art. 31?



È sempre necessario procedere con molta cautela in assenza del consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Per non incorrere in responsabilità di natura civile e/o penale, prima di procedere con la prestazione psicologica è consigliabile, in ogni caso, rimettere ogni decisione al Giudice Tutelare.

Riferimenti: art. 31 c.d.





55. Ricevo la richiesta di un genitore per una prestazione psicologica sul figlio minore di età. Riferisce che l'altro genitore si trova in carcere per cui ha il diritto di prendere decisioni per il figlio senza il suo coinvolgimento. Posso procedere con il consenso informato solo di un genitore?



Lo psicologo necessita del consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, solitamente da entrambi i genitori. Possono presentarsi situazioni, come nel caso di specie, di impedimento da parte di uno dei due genitori. Tuttavia, il problema diventa quello della prova che l'altro genitore sia effettivamente lontano, impedito o incapace e perciò non possa prestare il consenso. Il genitore richiedente può compilare e sottoscrivere, sotto la sua responsabilità, un'autocertificazione, attestante la condizione di lontananza o impedimento dell'altro genitore, che deve essere conservato dallo psicologo insieme al modulo di consenso. Ove tale prova manchi è necessario l'intervento del Giudice Tutelare. In ogni caso è necessario che lo psicologo valuti attentamente come procedere in questo genere di casi.

Riferimenti: art. 317 c.c. / art. 31 c.d.



56. Esistono casi in cui è possibile effettuare una prestazione sul minore in cui non è prevista l'acquisizione consenso informato?



Esistono alcuni casi in cui lo psicologo può evitare di acquisire il consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Nei casi di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) di persone minorenni ex art. 12 della L. 194/78 e nei casi previsti dall'art. 120 della L. 309/90 in tema di accesso al servizio pubblico (o ad una struttura privata) per le tossicodipendenze in cui si consente alla persona minore d'età di accedere agli accertamenti sanitari. In ogni caso è possibile derogare al consenso informato nei casi inviati dall'Autorità Giudiziaria.

Riferimenti: art. 12 L. 194/78 / art. 120 L. 309/90





57. Mi contatta un genitore per chiedermi un incontro urgente con il figlio minore di età, a suo dire, in situazione di pericolo. Cosa faccio?



Lo psicologo ha sempre bisogno di ricevere il consenso informato da entrambi in genitori (esercanti la responsabilità genitoriale). Nei casi di presunta urgenza è possibile suggerire al richiedente di rivolgersi alla guardia medica o al pronto soccorso e, in caso, all'Autorità Giudiziaria.

Riferimenti: art. 31 c.d.



58. Devo effettuare una prestazione psicologica nei confronti di una persona minorenni sottoposta a tutela. Come procedo con l'acquisizione del consenso informato?



Lo psicologo acquisisce il consenso informato dal tutore.

Riferimenti: art. 31 c.d.



59. Mi viene richiesto di intraprendere un trattamento psicologico con una persona minore di età da un solo genitore che riferisce di avere affidamento esclusivo dello stesso. Posso iniziare il trattamento?



L'affidamento esclusivo ad un genitore non significa, necessariamente, che l'altro genitore sia escluso dalle questioni di maggiore interesse per il figlio, tra cui la salute. Solo nei casi di c.d. "affidamento super esclusivo" anche le decisioni di maggior interesse per i figli sono in capo al genitore affidatario. Nello specifico:

Tipologia affidamento	Acquisizione Consenso Informato
Affidamento condiviso	Da entrambi i genitori
Affidamento esclusivo	Da entrambi i genitori
Affidamento super esclusivo	Dal genitore affidatario



Lo psicologo dovrebbe acquisire il decreto/la sentenza del Tribunale in cui si dispone l'affidamento super esclusivo e allegarlo al consenso informato. Di seguito, un esempio di decreto del Tribunale in cui viene disposto l'affidamento “*super esclusivo*”:

[...] ritenuto che in via del tutto provvisoria debba invece affidarsi il minore in via esclusiva al genitore x, con facoltà della stessa di assumere in via esclusiva anche le decisioni relative alle questioni di maggior interesse per il minore (scelte medico-sanitarie, educative, scolastiche, fissazione della residenza) [...].

Riferimenti: art. 337 ter c.c. / art. 337 quater c.c. / art. 31c.d.



60. Ho in carico il figlio minore di una coppia genitoriale separata. Uno dei due mi chiede una relazione, l'altro si oppone. Come procedere?



Lo psicologo evita di redigere relazione senza il consenso di entrambi i genitori.

Riferimenti: art. 31 c.d.



61. Sto effettuando una prestazione psicologica su una persona minore d'età. Devo mantenere il segreto professionale oppure ho l'obbligo di riferire tutto ai suoi genitori?



Lo psicologo è sempre tenuto a mantenere il segreto professionale. In questo caso i genitori esercitano la responsabilità genitoriale sul giovane assistito per cui possono venire a conoscenza dello stato di salute del figlio. In ogni caso, lo psicologo, in base anche all'età e al grado di maturità del giovane assistito, dovrebbe avere cura di selezionare le informazioni da fornire ai genitori.

Riferimenti: art. 11 c.d. / art. 31 c.d.





62. Ricevo la telefonata di un avvocato che mi chiede di valutare il comportamento di una persona minore di età, probabile vittima di violenza sessuale. Cosa fare?



Prima di tutto occorre precisare che non esistono, in letteratura scientifica, indicatori specifici di natura psicologica relativi a violenza sessuale. In ogni caso, lo psicologo deve acquisire il consenso informato alla prestazione psicologica da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, solitamente entrambi i genitori.

Riferimenti: art. 5 c.d. / art. 31 c.d. / art. 18 Carta di Noto IV



63. Mi contatta l'avvocato del genitore di un mio assistito minore di età per richiedermi una relazione sullo stato di salute del giovane paziente da utilizzare per fini giudiziari. Posso procedere con la stesura della relazione?



La relazione dovrebbe essere richiesta dagli esercenti la responsabilità genitoriale ai quali bisognerà direttamente consegnarla. In ogni caso, all'avvocato non può essere fornita alcuna informazione, nemmeno telefonicamente, sulla prestazione psicologica in corso o effettuata.

Riferimenti: art. 622 c.p. / art. 200 c.p.p. / art. 11 c.d. / art. 31 c.d.



64. È corretto il comportamento dello psicologo che decide di frequentare un suo ex paziente/cliente, anche dopo tanti anni dal trattamento?



Secondo il codice deontologico è gravemente sanzionabile instaurare *“relazioni significative di natura personale, in particolare di natura affettivo-sentimentale e/o sessuale”* solo nel corso del rapporto professionale.

Riferimenti: art. 28 c.d.





65. Un paziente decide di portarmi doni e regali durante le feste. Posso accettarli?



Secondo il codice deontologico *“nell’esercizio della sua professione allo psicologo è vietata qualsiasi forma di compenso che non costituisca il corrispettivo di prestazioni professionali”*.

Riferimenti: art. 30 c.d.



66. Mi sono sempre occupato di psicologia del lavoro, se ricevo un incarico in ambito peritale posso accettarlo?



Nessuna norma lo vieta, ma il codice deontologico precisa che lo *“psicologo accetta il mandato professionale esclusivamente nei limiti delle proprie competenze”*.

Riferimenti: art. 5 c.d. / art. 37 c.d.



67. Può uno psicologo intervenire per modificare la terapia farmacologica di un paziente?



Assolutamente no.

Riferimenti: art. 37 c.d.





68. Cosa fare se, durante un trattamento, lo psicologo si rende conto che il paziente non trae alcun beneficio?



Qualora ci si renda conto che il trattamento psicologico in atto non produca alcun beneficio per il paziente, lo psicologo valuta se interrompere la prestazione e, se richiesto, *“fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi”*.

Riferimenti: art. 27 c.d.



69. Durante una CTU/Perizia/CT lo psicologo è tenuto a mantenere il segreto professionale?



Sì, è previsto dall'incarico peritale e dal Codice Deontologico mantenere il segreto sulle operazioni peritali.

Riferimenti: art. 326 c.p. / art. 226 c.p.p. / art. 11 c.d.



70. Svolgo la funzione di CTU/Perito/CT, vengo contattato dai Servizi Sociali o da altro ente pubblico/privato al fine di ricevere informazioni sul caso. Potrei incorrere nella violazione di segreto professionale?



Sì, il CTU/Perito/CT è tenuto a mantenere il segreto sulle operazioni peritali.

Riferimenti: art. 326 c.p. / art. 226 c.p.p. / art. 11 c.d.





71. Nel corso di una CTU/Perizia/CT lo psicologo che viene a conoscenza di un reato nei confronti della persona di minore età (o adulta) coinvolta nel procedimento ha l'obbligo di denunciare il fatto?



Sì, il CTU/Perito/CT incaricato dal Giudice o dal Pubblico Ministero svolge funzione di Pubblico Ufficiale per cui ha l'obbligo di sporgere denuncia (in questo caso non si tratta di referto) quando viene a conoscenza di un reato perseguibile d'Ufficio nell'ambito del suo incarico. Sarebbe sufficiente effettuare segnalazione formale (scritta) al Giudice/Pubblico Ministero che gli ha conferito l'incarico.

Riferimenti: art. 361 c.p. / art. 331 c.p.p / art. 13 c.d.



72. Lo psicologo incaricato di partecipare ad una SIT oppure ad un'audizione in incidente probatorio/dibattimento di una persona offesa può intraprendere una prestazione professionale, successivamente, in ambito clinico con la stessa persona? E viceversa?



No, i due contesti sono differenti. Sarebbe preferibile mantenerli separati

Riferimenti: art. 26 c.d.



73. Uno psicologo può accettare l'incarico per partecipare ad una SIT o ad un'audizione in incidente probatorio/dibattimento se conosce personalmente la persona offesa?



No, lo psicologo *“evita di assumere ruoli professionali e di compiere interventi nei confronti dell'utenza, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, qualora la natura di precedenti rapporti possa comprometterne la credibilità e l'efficacia”*.

Riferimenti: art. 26 c.d.





74. Lo psicologo che partecipa alla SIT può, successivamente, effettuare l'audizione della persona offesa in incidente probatorio/dibattimento?



No, lo psicologo *“evita di assumere ruoli professionali e di compiere interventi nei confronti dell’utenza, anche su richiesta dell’Autorità Giudiziaria, qualora la natura di precedenti rapporti possa comprometterne la credibilità e l’efficacia”*.

Riferimenti: art. 26 c.d.



75. Svolgo l'attività di CTP per un cliente, posso prenderlo in carico, successivamente, in ambito clinico?



No, i due contesti sono differenti. Sarebbe preferibile mantenerli separati.

Riferimenti: art. 11 c.d. / art. 26 c.d.



76. Posso svolgere il ruolo di CTP in ambito civile se, in precedenza, ho svolto quello di Perito in ambito penale? E viceversa?



Nessuna norma lo vieta, ma sarebbe preferibile evitare perché i due ambiti si differenziano notevolmente. Le valutazioni dello psicologo potrebbero risentire di influenze dovute alla conoscenza di informazioni pregresse acquisite in un contesto peritale differente.

Riferimenti: art. 11 c.d. / art. 26 c.d.





77. Posso svolgere il ruolo di CTP per un cliente sia in ambito penale, sia in ambito civile contemporaneamente?



Nessuna norma lo vieta, ma sarebbe preferibile evitare perché i due ambiti si differenziano notevolmente. Le valutazioni dello psicologo potrebbero risentire di influenze dovute alla conoscenza di informazioni acquisite in due contesti peritali differenti.

Riferimenti: art. 26 c.d.



78. Sono stato nominato CTU/Perito/CT, devo far firmare il consenso informato ai genitori prima di incontrare la persona minore di età coinvolta nel procedimento?



No, il consenso informato va acquisito solo nel contesto sanitario. Il consulente è già autorizzato *ex officio* ad incontrare la persona minore coinvolta nel procedimento.

Lo psicologo, in base all'età e al grado di discernimento, informa la persona minore della natura dell'incarico peritale e degli obiettivi.

Riferimenti: art. 31 c.d.



79. Le persone adulte, in caso di CTU/Perizia/CT, devono rilasciare il loro consenso informato?



No, il consenso informato va acquisito solo nel contesto sanitario.

Riferimenti: art. 24 c.d.





80. Un avvocato mi ha chiesto di poter leggere la bozza della mia CTP per supervisionarla ed eventualmente correggerla. È una richiesta legittima?



No, è necessario che lo psicologo mantenga sempre la sua autonomia professionale.

Riferimenti: art. 6 c.d.



81. Siamo nell'ambito del contenzioso civile di separazione e affidamento. Può un Tribunale disporre un trattamento sanitario (sostegno psicologico/psicoterapia *et similia*) ad uno o entrambi i genitori?



Il Tribunale non può disporre/prescrivere/suggerire/invitare/ordinare nessun trattamento sanitario su soggetti adulti. Lo psicologo, eventualmente, seppur nominato dal Tribunale non ha nessun obbligo di aderire a tale richiesta. Per approfondire l'argomento, si rimanda all'appendice dal titolo "*Documento sulle prestazioni sanitarie etero-determinate: diritto alla salute e libertà di scelta*".

Riferimenti: art. 32 Cost. / art. 4 c.d. / art. 6 c.d. / art. 11 c.d.
art. 18 c.d. / art. 24 c.d. / art. 27 c.d. / art. 39 c.d.



82. Può lo psicologo accettare incondizionatamente tutti i quesiti peritali?



Lo psicologo può suggerire al Giudice/Pubblico Ministero eventuali modifiche/integrazioni dei quesiti peritali anche in occasione del conferimento dell'incarico. Inoltre, nella relazione peritale è tenuto, eventualmente, a spiegare il motivo per cui non può rispondere – o può rispondere solo parzialmente – a determinati quesiti peritali.

Riferimenti: art. 5 c.d. / art. 6 c.d.





83. È possibile rispondere ad un quesito peritale, in ambito penale, in cui mi viene demandata una valutazione sugli indicatori specifici di violenza sessuale sulla persona offesa?



Già in fase di udienza di conferimento incarico è possibile riferire al Giudice/Pubblico Ministero di non poter rispondere a tale quesito poiché per la maggioritaria letteratura scientifica internazionale non esistono indicatori specifici di violenza sessuale su persone adulte/minorenni. Nella relazione peritale è tenuto, eventualmente, a spiegare il motivo per cui non può rispondere – o può rispondere solo parzialmente – a determinati quesiti peritali.

Riferimenti: art. 5 c.d. / art. 6 c.d. / art. 37 c.d. / art. 18 Carta di Noto IV



84. È possibile rispondere ad un quesito peritale, in ambito penale, in cui mi viene demandata una valutazione sulla presenza di vissuti traumatici direttamente riconducibili ad un evento di natura sessuale da parte della persona offesa?



Non esistono segnali psicologici, emotivi e comportamentali validamente assumibili come rivelatori o “*indicatori*” di una vittimizzazione. Non è scientificamente fondato identificare quadri clinici riconducibili ad una specifica esperienza di abuso, né ritenere alcun sintomo prova di essi. Parimenti, l’assenza di sintomatologia psicologica, emotiva e comportamentale in capo al minore non può escluderli.

Riferimenti: art. 5 c.d. / art. 6 c.d. / art. 18 Carta di Noto IV





85. È possibile rispondere ad un quesito peritale, in ambito penale, in cui mi viene demandata una valutazione sulla veridicità/credibilità/attendibilità delle dichiarazioni rese dalla persona offesa?



All'esperto non può essere demandato il compito di accertare la veridicità e la validità del racconto o dei racconti resi; i metodi scientifici che sono stati sviluppati non possono essere applicati all'accertamento della verità fattuale della produzione narrativa del minore. La idoneità a testimoniare non implica la veridicità e la credibilità della narrazione.

Riferimenti: art. 5 c.d. / art. 6 c.d. / art. 37 c.d. / art. 15 Carta di Noto IV



86. Può un Giudice conferire incarico di CTU allo stesso psicologo che ha effettuato la mediazione familiare?



Nessuna norma lo vieta, ma sarebbe preferibile evitare, tenendo distinti ruoli e funzioni.

Riferimenti: art. 26 c.d.





87. Come CTP posso criticare liberamente il collega CTU/Perito/CT/CTP?



No, bisogna prestare attenzione a non utilizzare termini e frasi offensive nei confronti di colleghi.

Riferimenti: art. 33 c.d.



88. Può il CTP effettuare una prestazione professionale nei confronti della persona minorenni coinvolta nella CTU/Perizia/CT?



No, lo psicologo CTP non può intraprendere nessun rapporto professionale con la persona minore d'età coinvolta nella CTU/Perizia/CT. Sarebbe buona prassi che il CTP evitasse di incontrare, al di fuori del contesto peritale, la persona minorenni coinvolta nel procedimento. Un esempio, in tal senso, potrebbe rappresentare la premura e la cautela del CTP di non incontrare la persona minorenni nemmeno nei momenti precedenti gli incontri peritali.

Riferimenti: art. 230 c.p.p. / art. 201 c.p.c. / art. 5 c.d. / art. 26 c.d.



89. In qualità di CTU/Perito/CT/CTP posso avere accesso diretto alle persone di minore età coinvolte nel procedimento al di fuori di esso, ad esempio tramite e-mail o telefono?



No, mai.

Riferimenti: art. 228 c.p.p. / art. 194 c.p.c. / art. 5 c.d. / art. 26 c.d.





90. Ho avuto incarico da una scuola di svolgere attività di orientamento scolastico o di informazione sul tema del bullismo nei confronti di alcune classi di studenti. Sono tenuto a chiedere il consenso informato?



Sì, l'articolo 31 esplicita chiaramente che qualsiasi tipo di “prestazione professionale” in cui sono coinvolte persone di minore età non può essere effettuata senza il consenso da parte di chi ne esercita la responsabilità genitoriale. Tuttavia le attività di orientamento scolastico e di informazione sul tema del bullismo non sono annoverabili nell'ambito sanitario.

Riferimenti: art. 31 c.d.



91. Che tipo di autorizzazione bisogna richiedere ai genitori nel caso di sportello d'ascolto in un istituto scolastico affinché i minori possano accedervi?



Lo sportello d'ascolto rappresenta un trattamento sanitario per cui è necessario acquisire il consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Lo psicologo dovrebbe acquisirlo incontrando personalmente tutti i soggetti adulti interessati e rendendosi disponibile per eventuali chiarimenti. È caldamente sconsigliato delegare la segreteria dell'istituto scolastico o soggetti terzi all'acquisizione del consenso informato.

Riferimenti: art. 31 c.d.



92. Uno studente minore di età si presenta allo sportello d'ascolto senza che i genitori abbiano prestato il consenso informato, che fare?



Lo psicologo sprovvisto di un consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale non può intraprendere alcuna prestazione professionale con la persona minorenni. È possibile informare il dirigente scolastico che a sua volta può convocare i genitori dello studente.

Riferimenti: art. 31 c.d.





93. Lo psicologo scolastico ricopre la funzione di Pubblico Ufficiale?



Sì.

Riferimenti: Cass. Penale, Sez. V, sent. n. 40291/17, Pres. Fumo, Rel. Morelli



94. Nell'ambito dell'attività di sportello d'ascolto, lo psicologo viene a conoscenza di un'ipotesi di reato nei confronti di uno studente minorenni. Come procedere?



Lo psicologo impegnato in un'attività di sportello d'ascolto (ambito sanitario) ricopre la funzione di Pubblico Ufficiale per cui, ricevuta un'informazione riguardante un'ipotesi di reato, ha l'obbligo di referto.

Riferimenti: art. 331 c.p. / art. 365 c.p. / art. 334 c.p.p. / art. 361 c.p.p. art. 13 c.d.



95. Lo psicologo dovrebbe richiedere il consenso informato ai genitori anche nel caso in cui dovesse svolgere nelle classi attività di sola osservazione del comportamento degli alunni?



Sì, l'attività di "osservazione" corrisponde ad un trattamento sanitario che richiede l'acquisizione del consenso informato.

Riferimenti: Cass. Penale, Sez. V, sent. n. 40291/17, Pres. Fumo, Rel. Morelli / art. 31 c.d.





96. Svolgo un progetto sulla prevenzione in tema di bullismo all'interno della scuola insieme a genitori, insegnanti e studenti. Per poter interagire con gli studenti, dovrei acquisire il consenso informato dei genitori?



In realtà, lo psicologo dovrebbe acquisire il consenso informato da parte di tutti i soggetti coinvolti nel progetto che rientra in un ambito sanitario.

Riferimenti: art. 24 c.d. / art. 31 c.d.



97. Mi occupo di psicologia dello sport. Come mi regolo con l'acquisizione del consenso informato nei confronti di persone minori d'età?



Allo stesso modo della psicologia scolastica. È necessario acquisire il consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Anche la sola attività di "osservazione" prevede l'acquisizione del consenso informato che va sempre acquisito direttamente dallo psicologo da parte di chi sia legittimato a prestarlo

Riferimenti: art. 31 c.d.



98. Cosa si intende per *counseling*?



La consulenza psicologica (o *counseling*) comprende tutte le attività caratterizzanti la professione psicologica, e cioè l'ascolto, la definizione del problema e la valutazione, l'*empowerment*, necessari alla formulazione dell'eventuale, successiva, diagnosi. Lo scopo è sostenere, motivare, abilitare o riabilitare il soggetto, all'interno della propria rete affettiva, relazionale e valoriale, al fine anche di esplorare difficoltà relative a processi evolutivi o involutivi, fasi di transizione e stati di crisi anche legati ai cicli di vita, rinforzando capacità di scelta, di problem solving o di cambiamento.

Riferimenti: "La professione di psicologo: declaratoria, elementi caratterizzanti ed atti tipici" a cura del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi – 05/06/15 – Prot. n. 15000174





99. Posso insegnare l'uso di strumenti e tecniche conoscitive e di intervento del counseling a persone estranee alla professione quali pedagogisti, assistenti sociali, educatori, insegnanti ecc.?



No, tale insegnamento costituirebbe violazione grave.

Riferimenti: art. 21 c.d.



100. Un genitore mi contatta per prendere un appuntamento con il figlio minorenni omosessuale. La sua richiesta è di fargli cambiare idea sull'orientamento sessuale, trasformandolo in eterosessuale. Come procedo?



Lo psicologo *“non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità”*. Le *“terapie riparative”* sono vietate e rappresentano una grave violazione.

Riferimenti: art. 4 c.d.



Proposta modifica art. 31 Codice Deontologico Psicologi Italiani

di Marco Pingitore e Gustavo Sergio

Alla luce di due importanti testi di legge, introdotti recentemente, riguardanti l'uno il c.d. “biotestamento”¹, l'altro il c.d. “DDL Lorenzin”, l'attuale articolo 31 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani appare improvvisamente inadatto ad indicare il comportamento professionale da adottare nei casi in cui fossero coinvolte persone minorenni.

L'articolo 31 vigente recita:

Le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono, generalmente, subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela. Lo psicologo che, in assenza del consenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare l'Autorità Tutoria dell'instaurarsi della relazione professionale. Sono fatti salvi i casi in cui tali prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte.

Criticità

1. Prestazioni professionali

Questo è uno dei punti maggiormente spinosi dell'intero articolo. Si parla di “prestazioni professionali” lasciando intendere qualsiasi attività svolta dallo Psicologo con persone di minore età o interdette. Ciò significa che lo Psicologo debba acquisire preventivamente il “consenso” (*rectius* “consenso informato”) sempre e comunque, ad esempio, anche nel caso in cui dovesse svolgere una semplice attività di “orientamento scolastico”, soggetta ad IVA poiché non inquadrabile come prestazione sanitaria, seppur tale prestazione non integri certamente una compressione della libertà di autodeterminazione del soggetto passivo.

¹ Legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”



La recente approvazione del “Ddl Lorenzin”² pone fine giustamente ad una vecchia *querelle*: lo Psicologo entra definitivamente a far parte delle professioni sanitarie per cui non è più possibile riferirsi a generiche “prestazioni professionali” in capo a persone minorenni/interdette bensì a “prestazioni sanitarie”. Tuttavia, nonostante la sostituzione con il termine “sanitario”, l’art. 31 apparirebbe ancora non rispettoso della dignità e dei diritti della persona da assistere poiché lascerebbe ristretta la volontà della persona da considerare solo come soggetto passivo, non in grado di esprimere neppure una sua opinione sulla “prestazione sanitaria” a cui potrebbe essere sottoposto, ignorando del tutto la sua volontà.

Una recente sentenza della Cassazione offre un orientamento chiaro ed inequivocabile in tema di intervento in ambito sanitario: *“il presupposto indefettibile di ogni trattamento sanitario risiede nella scelta, libera e consapevole – salvo i casi di necessità e di incapacità di manifestare il proprio volere – della persona che a quel trattamento si sottopone, considerando la persona soggetto attivo e partecipe dei processi decisionali che lo riguardano per l’attuazione del diritto alla salute”*³.

Il principio appena esposto, condiviso dalla giurisprudenza di legittimità, pone la persona, minore o interdetta che sia, in una posizione centrale piuttosto che periferica nel processo decisionale. Pertanto, l’attuale articolo 31 non permetterebbe allo Psicologo di accedere alla persona (“prestazione professionale”) se non con un preventivo “consenso” da parte di soggetti terzi, mentre per garantire un effettivo diritto alla salute lo Psicologo dovrebbe poter incontrare almeno una volta la persona minorenne/interdetta così da fornirle tutte le informazioni e chiarimenti sull’eventuale “trattamento sanitario” da intraprendere, riuscendo ad acquisire, direttamente dall’interessato, il consenso o dissenso informato.

Articolo 31 C.D.	Prestazione professionale	Trattamento sanitario
Comportamento da adottare	Lo Psicologo non può vedere la persona se non prima di aver acquisito il “consenso” da chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela.	Lo Psicologo può incontrare il minore con il solo fine di acquisire il suo consenso/dissenso informato all’eventuale trattamento sanitario.

² Approvato il 22 dicembre 2017.

³ Cassazione Penale, sez. 5, sentenza n. 16678/16 – Pres. Fumo, Rel. Settembre.



Sostituendo l'espressione "prestazione sanitaria" con "trattamento sanitario" non solo lo Psicologo verrebbe svincolato dal preventivo "consenso" indiretto del minore, ma si chiarirebbe, una volta per tutte, che il "consenso informato" è strettamente collegato e vincolante ad un ipotetico e futuro trattamento di natura sanitaria e non ad una generica "prestazione professionale".

2. Consenso

Questa espressione dovrebbe essere integrata con "informato" poiché il solo termine "consenso" richiama ad una generica sorta di autorizzazione senza una preventiva informazione sul trattamento sanitario da eseguire. In ambito sanitario si parla di "consenso informato".

3. Potestà genitoriale

In seguito al Decreto Legislativo n. 154/13, l'espressione "potestà genitoriale" cede il posto a "responsabilità genitoriale" per cui si passa dalla concezione del genitore che esercita il potere (potestà) sulla prole a quella del genitore "responsabile" in relazione ai diritti del figlio minore per la prima volta riconosciuti nel Codice civile (art. 315-bis), ponendo così al centro dell'attenzione il figlio e introducendo la nuova disciplina dell'ascolto del minore.

4. Lo psicologo che, in assenza del consenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare l'Autorità Tutoria dell'instaurarsi della relazione professionale

Questo comma appare contenere ulteriori criticità che non considerano minimamente la volontà e la libertà individuale della persona sottoposta al pur generico "intervento professionale". Inoltre, qualora lo Psicologo avviasse un intervento sanitario sulla persona in assenza di un consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela, correrebbe il rischio di un successivo diniego da parte del Giudice Tutelare alla "relazione professionale" già instaurata che potrebbe comportare una sua responsabilità professionale di natura sanitaria.



5. Sono fatti salvi i casi in cui tali prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte

Sono i casi in cui lo Psicologo non è tenuto ad acquisire preventivamente il consenso informato, ad esempio, all'interno dei contesti peritali, in ambito civile e penale, nella presa in carico psicologica della persona minorennе/interdetta su ordine dell'Autorità Giudiziaria oppure nei casi di tutela sociale della maternità e di interruzione volontaria della gravidanza⁴ e di accesso al servizio pubblico per le tossicodipendenze o ad una struttura privata⁵.

Appare pacifico ritenere questo comma quanto meno superfluo e ridondante, rispetto al dettato costituzionale che qualifica la salute come *“fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività”* (art. 32).

Proposta

Alla luce di tutte le osservazioni effettuate finora, sembrano maturi i tempi per modificare integralmente l'attuale art. 31, aggiornandolo ai più recenti principi che richiamano, tra l'altro, gli artt. 2, 13, 32 della Costituzione italiana.

Di seguito la proposta di modifica:

Il consenso informato al trattamento sanitario della persona di minore età o interdetta è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà della persona, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità. Questa ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di discernimento, e deve ricevere informazioni adeguate sulle scelte relative alla propria salute. Lo psicologo segnala all'Autorità competente l'opposizione da parte del minore informato e consapevole o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale a un trattamento sanitario ritenuto necessario.

Il testo ispiratore è principalmente la recente legge sul biotestamento laddove viene sancito che *“Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti*

⁴ Legge 194/78, art. 2.

⁵ Legge 309/90, art. 120.



diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi”.

Si introdurrebbe, così, una sostanziale modifica alla vigente e restrittiva normativa, ponendo al centro del processo decisionale la persona minorennе/interdetta valorizzando la sua capacità di discernimento. Appare pacifico e implicito che tener conto della volontà della persona minorennе/interdetta non significa necessariamente attribuirle la facoltà di decidere se e come intraprendere un trattamento sanitario, ma prevedere un suo coinvolgimento attivo in tutte le fasi del processo decisionale che porta lo Psicologo, insieme a chi esercita la responsabilità genitoriale o tutore, a rispettare il diritto alla valorizzazione dell'opinione della persona interessata al trattamento sanitario. Nei casi in cui lo Psicologo dovesse acquisire il dissenso da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o dal destinatario “informato e consapevole”, segnalerà la situazione di impedimento al Giudice Tutelare che determinerà come procedere.

In sintesi, l'ultimo comma potrebbe prevedere due possibilità:

Lo psicologo segnala all'Autorità competente l'opposizione da parte del minore informato e consapevole o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale a un trattamento sanitario ritenuto necessario.

Consenso Esercenti Responsabilità
Genitoriale

+

Dissenso Persona Minorennе

Lo Psicologo segnala al Giudice Tutelare il dissenso della persona minorennе, non intraprendendo il trattamento sanitario e attendendo le determinazioni dell'Autorità Giudiziaria

Dissenso Esercenti Responsabilità
Genitoriale

+

Consenso Persona Minorennе

Lo Psicologo segnala al Giudice Tutelare il dissenso da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, non intraprendendo il trattamento sanitario e attendendo le determinazioni dell'Autorità Giudiziaria.

Ogni trattamento sanitario dunque dovrebbe prevedere l'acquisizione di un consenso/dissenso informato da parte del destinatario e, in caso di dissenso, segnalare il caso al Giudice Tutelare con lo scopo ulteriore di tutelare lo Psicologo, da eventuali responsabilità professionali, nei casi di interventi coatti e necessari.



Conclusioni

In linea con i principi teorici e le riflessioni contenuti nel *“Documento sulle prestazioni sanitarie etero-determinate: diritto alla salute e libertà di scelta”*⁶ relativamente alle “prescrizioni” dei trattamenti sanitari in ambito giudiziario, gli scriventi hanno avvertito il bisogno di proporre una modifica sostanziale all’articolo 31 del C.D. per cambiare la posizione, assolutamente marginale allo stato attuale, della persona minorenni/interdetta sottoposta a trattamento sanitario: da soggetto passivo che subisce, in ogni caso, un’etero-determinazione relativamente alla sua salute, ad un soggetto attivo e informato, che possa avere la possibilità di esprimere la propria opinione sul trattamento sanitario proposto nel rispetto di quanto stabilito dalla Convenzione di Oviedo⁷ (art. 6 comma 2): *“Quando, secondo la legge, un minore non ha la capacità di dare consenso a un intervento, questo non può essere effettuato senza l’autorizzazione del suo rappresentante, di un’autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. Il parere di un minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità”*.

Un principio analogo è individuato dalla Convenzione nel successivo comma 3 per le persone maggiorenni afflitte da limitazioni delle proprie capacità di autodeterminarsi: *“Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l’autorizzazione del suo rappresentante, di un’autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge”*.

In definitiva, va comunque rispettata la dignità del soggetto incapace facendolo partecipare alla procedura di autorizzazione. Tale partecipazione avrà un peso determinante in relazione alla effettiva maturità e consapevolezza della persona interessata.

⁶ Redatto dal Gruppo di Lavoro in “Psicologia Giuridica” presso l’Ordine degli Psicologi della Calabria e deliberato nella seduta del 14.07.17: <https://www.psicologiagiuridica.eu/documento-sulle-prestazioni-sanitarie-etero-determinate-diritto-alla-salute-liberta-scelta/2017/07/14/>

⁷ Convenzione sui Diritti dell’Uomo e la biomedicina Oviedo, 4 aprile 1997 ratificata con la L. n 145 del 2001.



Tutela della salute, intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale e disciplina del consenso libero ed informato

di *Gustavo Sergio*

Riconoscimento e tutela effettiva dei diritti umani e della dignità della persona

Costituzione italiana e Dichiarazione universale dei diritti umani

La nostra Costituzione promulgata nel 1948, dunque nello stesso anno in cui fu proclamata dalle Nazioni Unite la *Dichiarazione universale dei diritti umani*, collocandosi in questa stessa scia, riconosce quale principio fondamentale i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo che nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità (art. 2) e la pari dignità sociale di ognuno senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali (art. 3).

Tale riconoscimento sarebbe incompleto se non si concretasse nella tutela giurisdizionale. Ed infatti l'art. 8 della Dich. Univ. ONU *stabilisce che ogni individuo ha diritto ad un'effettiva possibilità di ricorso a competenti tribunali contro atti che violino i diritti fondamentali a lui riconosciuti dalla costituzione o dalla legge*. Perciò l'articolo 24 della Costituzione proclama: *Tutti possono agire in giudizio per la tutela dei propri diritti e interessi legittimi. La difesa è diritto inviolabile in ogni stato e grado del procedimento. Sono assicurati ai non abbienti, con appositi istituti, i mezzi per agire e difendersi davanti ad ogni giurisdizione*.

Questa dunque la grande novità in campo giuridico: la tutela effettiva dei diritti umani specificamente riconosciuti da norme giuridiche da parte di un giudice.



Di qui la possibilità per tutti, dunque anche per coloro che si trovano in una condizione personale debole, perché in età evolutiva o per ragioni di salute, di accedere alla giustizia per ottenere il pieno rispetto dei propri diritti.

Convenzione ONU di New York sui diritti del fanciullo

Altra novità, culturale oltre che giuridica, fu il riconoscimento dei diritti del fanciullo realizzato dalla Convenzione ONU di New York del 20 novembre 1989 (ratificata con la L. n. 176 del 1991) che modificò la posizione, e dunque i rapporti dei bambini e degli adolescenti con i genitori e con gli adulti comunque coinvolti in una relazione con loro.

Essi erano stati fino ad allora considerati giuridicamente *minori*, cioè incapaci di agire (art. 2 c.c.) e perciò stesso sottoposti fino all'età maggiore al potere tutelare dei genitori, —*potestà*— e del tutore —*tutela*— attribuito dunque ad altri soggetti per assumere decisioni al posto dell'incapace e nel suo interesse. Dal 1989 le cose sono cambiate. Certamente durante l'età evolutiva le capacità di bambini ed adolescenti devono ancora svilupparsi, ed analoga è la situazione - in tal caso patologica - degli adulti affetti da infermità o menomazioni. Tuttavia i diritti umani comportano il riconoscimento della soggettività, della dignità di ogni persona anche se in condizioni personali di debolezza. Perciò anche il bambino e l'adolescente dotato di una minima capacità di discernimento ha diritto di essere ascoltato pure nell'ambito di una procedura giudiziaria o amministrativa, e dunque di *esprimere la propria opinione su ogni questione che la interessa*, opinione che dovrà essere doverosamente presa in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità (art. 12).

Legge 9 gennaio 2004 n.6 Istituzione dell'amministrazione di sostegno e Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina

Analogo discorso vale anche per gli adulti parzialmente o temporaneamente incapaci, visto che il codice civile dopo la legge di riforma del 2004 (L. 9 gennaio 2004 n.6) assicura loro una tutela giuridica con la minore limitazione possibile della capacità di intendere e volere mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente comunque rispettosi della loro soggettività e dignità da parte di un amministratore, oppure la rappresentanza da parte di un tutore o curatore, tutti nominati dal giudice tutelare (artt. 404, 414 e 415 c.c.). Va poi ricordata la *Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina* promul-



gata ad Oviedo il 4 aprile 1997 (ratificata con L. 28 marzo 2001, n. 145) che approfondendo la tutela effettiva dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina stabilisce nell'art. 5 come regola generale che *Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso.*

Tutela giurisdizionale e protezione e cura delle persone. Distinzione

Principio di legalità e di beneficità

Alla tutela giurisdizionale dei diritti soggettivi e relazionali alla luce del principio di legalità, corrisponde sul piano del benessere e della salute delle persone la protezione, la cura, il sostegno offerto dai servizi socio sanitari sulla base del consenso informato degli utenti, per assicurare loro, e dunque anche ai bambini ed adolescenti, ai loro genitori, e comunque alle persone (anche deboli) coinvolte in relazioni personali e familiari, mediazione, protezione, aiuti nonché cure sulla base delle risorse professionali e materiali disponibili.

Ciò al fine di favorire, alla luce del principio di beneficità, il pieno sviluppo della personalità di ciascuno, in primo luogo quella dei soggetti in età evolutiva secondo la previsione dell'art. 3 della ricordata Conv. di N.Y. che nel comma 1° stabilisce che *in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza sia delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere la considerazione preminente.*

La funzione giurisdizionale di tutela giudiziaria dei diritti e quella di assistenza e protezione delle persone dunque sono e devono rimanere distinte, ambiti funzionali con finalità differenti, seppure anche positivamente complementari. Le difficoltà nascono quando la complementarietà si confonde o addirittura si inverte, sino ad attribuire ai servizi un ruolo di valutazione astratta di per sé autorevole anche sul piano giudiziario, ed al giudice uno autoritativo di protezione del benessere delle persone.



Paternalismo giuridico e diritto all'autodeterminazione ed al rispetto della vita privata e familiare

Qualora fosse così riattivato il *paternalismo giuridico*, fondato nel passato - e cioè in epoca precedente al riconoscimento dei diritti umani - su una concezione pubblicistica che affidava alla pubblica autorità giudiziaria ed amministrativa la gestione autoritaria del benessere e della salute dei sudditi al di là dei risultati effettivi, si produrrebbe un'invasione della sfera di libertà della persona, dunque una limitazione dei suoi diritti in violazione dei principi fondamentali dettati dagli articoli. 13 e 32 della Costituzione.

La prima disposizione riconosce che la *libertà personale è inviolabile*, e che *non è ammessa alcuna ... restrizione della libertà personale se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge*. La seconda stabilisce che *la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*. La riserva assoluta di legge dunque lega le decisioni del giudice al principio di legalità, ed esclude che esse possano essere piegate da quello di beneficenza, salvo il temperamento previsto dall'art. 3 co. 1 della Conv. di New York di cui prima si è detto.

Purtroppo nel nostro ordinamento sopravvivono ancora disposizioni concepite prima dell'avvento della Repubblica, estranee alla concezione personalistica della Costituzione incentrata sul riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo *sia come singolo sia nell'ambito delle formazioni sociali dove si svolge la sua personalità* (art. 2 Cost.). Ci si riferisce all'art. 333 c.c. che, *quando la condotta del genitore appare comunque pregiudizievole al figlio consente al giudice secondo le circostanze, di adottare i provvedimenti convenienti, anche l'allontanamento di lui dalla residenza familiare, ovvero l'allontanamento del genitore o convivente che maltratta o abusa del minore*. La genericità dei parametri legali utilizzati dalla disposizione sia sul versante delle condizioni (condotta che appare comunque pregiudizievole) sia su quello dei contenuti (provvedimenti convenienti ... secondo le circostanze) ne evidenzia la distanza dalla Costituzione. Oltre a ciò, va sottolineato che la norma non considera i diritti del figlio interessato ma la condotta del genitore, attribuendo al giudice un potere discrezionale di controllo collegato ad una valutazione altrettanto discrezionale riferita non ai diritti del bambino o adolescente ma al pregiudizio



zio, una categoria per sua natura derivante dal principio di beneficITÀ e non da quello di legalità.

Il nostro ordinamento e le convenzioni internazionali ratificate non consentono di dubitare della peculiarità della funzione del giudice, che terzo ed imparziale decide nell'ambito di un giusto processo che si svolge nel contraddittorio tra le parti in condizione di parità (art. 111 cost).

Il giudice dunque innanzi tutto tutela i diritti delle persone; non appartiene a lui direttamente il compito di proteggere, né di svolgere alcuna funzione terapeutica per migliorare le persone e la famiglia⁸, compiti che spettano ad organi amministrativi, al sistema integrato dei servizi sociosanitari, cui sono per legge demandati gli interventi di prevenzione, assistenza e cura, nonché di sostegno sociale ed economico. I tribunali perciò non sono più chiamati a governare discrezionalmente gli interessi del minore o comunque delle persone deboli per finalità assistenziali e di benessere o addirittura sanitarie, interferendo di autorità nella loro vita privata e familiare anche al di fuori delle ipotesi previste dall'art. 8 della Convenzione Europea dei Diritti Umani CEDU (promulgata a Roma il 4 novembre 1950 e ratificata con L. 4 agosto 1955 n.848) bensì a garantire i diritti della persona (per esempio quello alla salute) e relazionali - del minore come di ogni altro soggetto - specificamente riconosciuti dalle leggi nazionali e dalle convenzioni internazionali ratificate.

Il rispetto dei diritti fondamentali della libertà e dell'autodeterminazione dell'individuo confermano anche la distinzione insuperabile dell'attività svolta da medici, psicologi e altri operatori socio sanitari in ambito forense, come periti o consulenti tecnici o quali rappresentanti di organi della pubblica amministrazione cui sono richieste informazioni (art. 213 c.p.c.). In questo caso infatti, nel rispetto dei principi costituzionali del giusto processo, il loro compito sarà quello adempiere al proprio ufficio *senz'altro scopo che quello di far conoscere al giudice la verità e a mantenere il segreto su tutte le operazioni peritali* (art. 226 c.p.p.) rispetto a quello svolto per la tutela della salute e del benessere delle persone sulla base del consenso informato nel rispetto del diritto di autodeterminazione del paziente / utente.

⁸ Cfr. Cass. sez. I sent. 5 marzo 2015 n. 13506.



La Legge 22 dicembre 2017 n. 219 - Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

Il diritto all'autodeterminazione e il rapporto di fiducia tra medico e paziente

L'ultima legge in tema di trattamento sanitario dei soggetti anche deboli si è resa necessaria per disciplinare in modo organico e specifico principi e regole introdotte nel nostro paese in via generale dalla Costituzione e dalla convenzioni internazionali, posto che il vecchio modello giuridico - culturale della prima metà del Novecento produce ancora prassi o regole deontologiche che talvolta comportano la violazione dei diritti e della dignità della persona in quell'epoca non ancora riconosciuti⁹. Perciò l'art. 1 sottolinea nel primo comma che la regola del consenso informato in tema di trattamenti sanitari è fondata sui principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione (prima esaminati) e degli articoli 1, 2, 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. Ciò richiede, innanzi tutto nell'ambito della medicina e della biologia, una disciplina che tuteli il *diritto alla vita, alla salute, alla dignità, ed all'autodeterminazione della persona*.

Quest'ultima definizione - autodeterminazione della persona - è una categoria che discende conseguentemente dal diritto alla vita, alla salute, alla dignità di ogni essere umano. Di qui la necessità di disegnare un nuovo rapporto tra chi chiede di essere curato e chi professionalmente ne ha la competenza e svolge un ruolo sanitario. Il secondo comma dell'articolo 1 descrive felicemente questa dimensione già qualificata in passato come "alleanza terapeutica", che oggi acquista un valore giuridico importantissimo, non solo sotto il profilo deontologico, in caso di violazione dei diritti della persona.

Ne riportiamo integralmente il testo, di per se illuminante ed esplicativo di quanto detto fino ad ora: *E' promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato, nel quale s'in-*

⁹ Si pensi, per esempio agli articolo 9 e 31 del Codice deontologico degli psicologi italiani che sono divenuti incompatibili con la disciplina del consenso informato dettata dall'art. 3 della legge per le persone di età minore o incapaci, di cui appresso si dirà.



contrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria, che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari, o la parte dell'unione civile, o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

Dunque il diritto a conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informato in modo completo ed aggiornato in relazione alle diagnosi, prognosi, ai rischi e benefici degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari proposti dagli operatori sanitari, nonché alle possibili alternative e conseguenze è strettamente legato al diritto di esprimere un consenso consapevole perché fondato sulle informazioni ricevute (art. 1 comma 3°). Tale consenso tuttavia, essendo espressione del diritto all'autodeterminazione, non solo può essere rifiutato parzialmente o totalmente sin dall'inizio, ma può anche essere successivamente revocato in tutto o in parte (art. 1 comma 5°).

La legge poi precisa che la persona interessata, anche in relazione alle sue menomazioni e sofferenze attuali, dunque alla effettiva riduzione della propria capacità, può indicare i *familiari, o una persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni, di esprimere il consenso in sua vece* (art. 1 comma 3°). In relazione ad un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi è poi prevista la possibilità di dare *ad ogni persona maggiorenne* la possibilità di fornire per iscritto in via generale *disposizioni anticipate di trattamenti sanitari nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche o a singoli trattamenti sanitari, nonché di indicare una persona di sua fiducia ... che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie* (art. 4 comma 1°).

Dunque il diritto all'autodeterminazione può comportare anche una delega a persone che godono la fiducia dell'interessato, quella stessa fiducia, come espressamente afferma il comma 2°, che è alla base della *relazione di cura tra paziente e medico* di cui prima si è detto.

Consenso informato di chi si trova in condizione personale di debolezza: minori ed incapaci

L'art. 3 della legge molto significativamente ha il titolo *Minori e incapaci*. Non si tratta solo di un'assimilazione di comodo ma della constatazione del carat-



tere comune - condizione personale di debolezza - che lega queste due categorie di persone. Quelle in età evolutiva sono soggetti che fisiologicamente sviluppano progressivamente le capacità fisiche e psichiche fino alla completa maturazione, convenzionalmente ed astrattamente individuata dal legislatore nel compimento del 18° anno di età. Gli altri sono invece i maggiorenni che per qualunque ragione patologica, temporanea o cronica, manifestano carenze delle normali capacità di comprensione e decisione nell'ambito della relazione con gli operatori sanitari, che, abbiamo visto, deve essere per il legislatore promossa e valorizzata sulla base del consenso informato (art. 1 comma 2°).

Dunque una situazione che, per quanto riguarda tali capacità ridotte o inesistenti, è assimilabile, anche se per i primi ha natura fisiologica e per i maggiorenni patologica.

Tuttavia sia gli uni che gli altri sono persone, il cui diritto alla vita, alla salute, alla dignità ed all'autodeterminazione è inviolabile come per chiunque altro. L'unica differenza riguarda l'individuazione del soggetto che ha il compito di integrare o eventualmente di rappresentare l'incapace di età minore o maggiorenne nella relazione con gli operatori sanitari. Nel primo caso, trattandosi di un'incapacità fisiologica, la legge attribuisce in via generale tale ruolo ai genitori ovvero a coloro che eventualmente per ordine del giudice tutelare li sostituiscono, mentre per i maggiorenni la nomina dell'amministratore di sostegno, del tutore o del curatore avviene caso per caso, quando il giudice tutelare accerta una situazione parziale o totale, temporanea o cronica di incapacità. Ma a parte queste peculiarità le regole dettate dall'art. 3 in tema di consenso informato sono di fatto le stesse.

Secondo il 1° comma *La persona minore di età o l'incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'art. 1 comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.* Il modo consono di comunicazione riguarda il grado effettivo della capacità di comprensione, quale, per esempio, quello di un neonato o di un bambino piccolo che è assimilabile a quello di un adulto privo del tutto di ogni capacità. Naturalmente la dignità della persona umana richiederà comunque adattamenti ed attenzione per favorire ove possibile una forma di comunicazione rispettosa (comma 3°).

Nel 2° comma è stabilito che *Il consenso informato al trattamento sanitario del*



minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore in relazione alla sua età e grado di maturità, ed avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità. Dunque né il genitore né il tutore possono anteporre - e dunque sovrapporre - proprie finalità, per esempio religiose o culturali, in violazione ai diritti fondamentali del bambino rappresentato. Peraltro se il minore è adolescente, e dunque in grado, se possibile concretamente, di esprimere la sua volontà, è doveroso tenerne conto *in relazione alla sua età o grado di maturità.*

Tali regole sono adattate per l'adulto con riferimento al suo grado di capacità. Questi se interdetto sarà assolutamente incapace, e dunque il consenso informato sarà espresso o rifiutato dal tutore, anche se, in funzione del rispetto della dignità, egli comunque dovrà essere sentito, se possibile. Viceversa in caso di persona inabilitata ove sia stato nominato anche un amministratore di sostegno in vista dell'assistenza sanitaria, analogamente a quanto di regola prevedibile per gli adolescenti consapevoli, il consenso informato sarà espresso o rifiutato anche da tale rappresentante, *ovvero solo da quest'ultimo tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità d'intendere e volere.* In mancanza di *disposizioni anticipate di trattamento* - dunque di decisioni della persona adulta interessata espressioni del suo inviolabile diritto all'autodeterminazione - in caso di rifiuto delle cure proposte - da parte del rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata o dell'amministratore di sostegno, oppure da parte del rappresentante legale (genitore o tutore) del minore - il medico o il rappresentante legale della struttura sanitaria ovvero il soggetto interessato e gli altri indicati dal codice civile (artt. 406 e ss) possono ricorrere al giudice tutelare per la decisione definitiva.

In conclusione quello che conta innanzi tutto è che, sulla base del diritto inviolabile di autodeterminazione della persona interessata alle cure e dell'autonomia professionale e della responsabilità del medico sia promossa e valorizzata una relazione di fiducia e di cura. Tale relazione favorisce non solo il rispetto della dignità del soggetto debole, il paziente, ma anche l'efficacia del trattamento sanitario il cui svolgimento e sviluppo evidentemente sarà facilitato dall'adesione consapevole di quest'ultimo.



Applicabilità della nuova disciplina del consenso informato a tutte le relazioni con professionisti che realizzano la tutela della salute intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale

Va innanzi tutto sottolineato che il *pieno sviluppo della persona umana* costituisce una delle due fondamentali finalità della Repubblica per rendere effettiva la pari dignità di tutti i cittadini (art. 3 cost). Di qui nasce la complementarietà tra salute fisica e psichica, la cui promozione, mantenimento e recupero rientra tra i principi del Servizio Sanitario Nazionale insieme al collegamento e coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, *che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività* (art. 1 L. n. 833 del 1978 *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*).

E' questa la ragione della diffusione sul piano organizzativo dei servizi sociosanitari che integrano le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione della salute con tutte le altre attività sociali comunque incidenti sulla salute stessa.

Perciò il legislatore, *al fine di rafforzare la tutela della salute intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale*, ha istituito con la L. 11 gennaio 2018 n. 3 l'area delle professioni sociosanitarie individuando nuovi profili professionali sociosanitari *in considerazione degli obbiettivi di salute previsti nel Patto per la salute e nei Piani sanitari e sociosanitari regionali che non trovino rispondenza in professioni già riconosciute*. Ha poi confermato comunque l'appartenenza all'area delle professioni sociosanitarie dei profili professionali di *operatore sociosanitario, di assistente sociale, sociologo ed educatore professionale* (art. 5). Con la stessa legge infine ha stabilito che *la professione di psicologo ... è ricompresa tra le professioni sanitarie di cui al Decreto Legislativo del Capo provvisorio dello Stato del 13 settembre 1946 n. 233 ratificato dalla Legge 17 aprile 1956 n. 561* (art. 9 comma 4°).

Dunque le recenti novità legislative hanno anche formalizzato l'applicabilità della disciplina del consenso informato di cui alla L. n. 219 del 2017 nelle relazioni delle persone interessate con gli operatori professionalmente impegnati nella *tutela della salute intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale*.

Naturalmente questa applicabilità, fondata (come già abbiamo visto) sugli articoli 13 e 32 della Costituzione, non può prescindere dalle peculiarità proprie



della salute fisica e psichica, e dunque dalle forme trattamentali adeguate a tali differenti caratteri.

Per esempio, le *disposizioni anticipate di trattamento* (DAT) che sono elaborate dalla persona interessata *in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi* (art. 4 comma 1) non possono riguardare i trattamenti psicologici in senso stretto, ma eventualmente solo quelli psico farmacologici, posto che i primi sono finalizzati a *migliorare la capacità delle persone di comprendere se stesse e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace* (art. 3 Codice deontologico degli psicologi italiani) e dunque presuppongono il mantenimento di un minimo di capacità.



La responsabilità civile dello Psicologo

di *Matteo Corbo,*
Federico Chiopris e
Ludovico Castro

L'evoluzione del concetto di responsabilità professionale

Il tema della responsabilità professionale in ambito sanitario è sempre stato molto dibattuto, poiché vi si condensano con speciale intensità tutti i profili, tutte le questioni e tutte le difficoltà che hanno storicamente accompagnato la necessità di misurare le intenzioni, e talora le suggestioni, offerte dai criteri ideologici e dagli elementi empirici con l'orizzonte dei valori morali, degli interessi sociali, degli orientamenti culturali e finanche delle disponibilità economiche pubbliche nel corso di un'evoluzione sistemica spesso segnata da turbolenze e crisi. Né si può negare come, soprattutto negli anni più recenti, il tema stesso abbia attirato, da parte della dottrina non meno che da parte degli operatori sul campo, una crescente attenzione, determinata dalla forte espansione della sua nozione, nonché della sua area di applicazione, conferitagli da una giurisprudenza vieppiù incalzante e "intrusiva".

Il punto di partenza di qualsivoglia ragionamento non può che essere il tipo di responsabilità ritenuto applicabile: se quella "aquiliana" *ex art. 2043 c.c.*, ovvero quella "contrattuale" *ex artt. 1218 e 1228 c.c.*, sulle quali nel prosieguo del presente contributo ritorneremo più approfonditamente, contestualizzandole in relazione alla "teoria del contatto sociale".

Eppure, come in tutte le questioni, è necessario analizzare e affrontare il tema della responsabilità anche – e soprattutto – dal punto di vista pratico. Ecco allora che, di fronte al "progressivo stritolamento" del professionista, sospinto sempre di più verso una responsabilità, se non del tutto oggettiva, comunque



estremamente ampia, tendono ad applicarsi con crescente frequenza e incisività anche in ambito sanitario le tecniche di valutazione e di calcolo del rischio già sperimentate in altri settori (e.g. quello ambientale) con la speranza di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e, in consecuzione logica e materiale, la loro sicurezza e la salute del paziente. In questo modo, si è creata, e ancora si sta creando, tutta una serie di sistemi di controllo, quali osservatori nazionali e locali, diverse tipologie di linee guida, buone pratiche *et similia*, che tuttavia quanto più si interfacciano a una situazione complessa, tanto più rischiano di trasformarsi da utili mappe a temibili gabbie. Per questo, resta sempre fondamentale per il professionista sanitario, e a maggior ragione per lo Psicologo – il quale si trova ogni giorno a gestire situazioni di particolare delicatezza e complessità –, la capacità di puntuale analisi tecnica del caso e di complessivo discernimento del contesto che gli deve permettere, anche nelle condizioni più articolate e più contaminate, di riuscire a governare nel modo migliore la situazione con gli interventi più appropriati e più efficaci.

Infine, in questa premessa, è opportuno un breve passaggio per identificare l’anello della catena che congiunge l’argomento di questo contributo con il resto del manuale: la responsabilità, infatti, è anche quella costituita dalla c.d. *soft law*, che nella pratica delle professioni si traduce nel codice deontologico, la cui infrazione dà comunque luogo alle sanzioni disciplinari tipizzate quali l’avvertimento, la censura, la sospensione e, infine, la radiazione dall’Albo. È questo un versante che non si deve mai trascurare, perché alla responsabilità civile e quella penale si somma, conferendovi un autentico “orizzonte di senso”, quella etica, che nel professionista sanitario raggiunge una delle sue espressioni più alte: egli infatti deve tutelare la salute individuale e collettiva, contemperandole con l’imprescindibile, costitutivo valore della dignità.

D’altronde, si muove nella medesima prospettiva la stessa Convenzione di Oviedo (*“Convenzione per la protezione dei diritti dell’uomo e la dignità dell’essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina”*) del 4 aprile 1997, recepita nel nostro ordinamento con la legge 28 marzo 2001, n. 145, laddove, all’art. 4, recita: *“ogni intervento in ambito sanitario, ivi compresa la ricerca, deve essere effettuato nel rispetto delle norme e degli obblighi professionali, oltre che delle regole di condotta applicabili alla fattispecie”*¹⁰.

¹⁰ Sul punto, vedasi B. CATALDO, La responsabilità medica: l’Europa e l’Italia, intervento al IV Congresso nazionale AMAMI, Roma, 26-27 settembre 2008, in www.associazioneamami.it, 11.



Se ci è consentita un'osservazione di carattere istituzionale, non vi è dubbio che, nel contesto normativo non meno che nello scenario sociale italiani, una virtuosa “alleanza” tra l'innovazione rappresentata da una regolazione più dinamica e modulabile sulle concrete circostanze dell'operare tecnico, quale quella garantita dal modello anglosassone delle *soft law*, e la *tradizione garantita* da uno scandito modello ordinistico, come tale a sfondo pubblicistico, di organizzazione delle professioni potrebbe rappresentare una soluzione interessante e propulsiva.

Da ultimo, è necessario sgomberare il campo da un possibile equivoco, sotteso all'utilizzo dell'espressione “responsabilità professionale in ambito sanitario” ovvero “responsabilità professionale degli esercenti una professione sanitaria”. Sarebbe infatti legittimo domandarsi per quale ragione essa – da cui il presente contributo prende le mosse – dovrebbe riferirsi anche alla responsabilità professionale dello Psicologo. Ebbene, dopo un travagliato percorso, come è noto, la Legge Lorenzin (l. 11 gennaio 2018, n. 3) ha definitivamente ammesso la professione di Psicologo nel novero delle professioni sanitarie¹¹. La figura dello Psicologo ha quindi assunto piena dignità di professionista sanitario e, di riflesso, ne condivide il regime di responsabilità, nei limiti di cui si dirà nel prosieguo.

Possiamo a questo punto, riconciliando il piano valoriale con quello pratico lungo la traiettoria unificante del vettore deontologico, concentrarci ora sulle novità del nuovo regime normativo introdotto dalla legge Gelli, che – come vedremo – non limita il proprio impatto alle sole questioni della responsabilità civile e penale, con particolare riferimento al superamento della teoria del contatto sociale che negli ultimi anni aveva notevolmente ampliato i rischi per il professionista sanitario di incorrere in gravi forme di responsabilità.

¹¹ L'art. 9, comma 4 della L. 3/2018 ha modificato l'art. 1 L. 18 febbraio 1989, n. 56 (“Ordinamento della professione di Psicologo”) come segue: «Art. 01 (Categoria professionale degli psicologi). - 1. La professione di Psicologo di cui alla presente legge e' ricompresa tra le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561».



Le novità della c.d. legge Gelli

In tema di responsabilità dell'esercente professioni sanitarie, ha segnato sicuramente una svolta importante la c.d. "legge Gelli" (l. 8 marzo 2017, n. 24). Tuttavia, se da un lato è certo che la regolazione della responsabilità, tanto penale quanto civile, è il suo effetto più concreto, dall'altro non si può nemmeno ridurla solo a questo aspetto. Indicativo di quanto affermato è il mutamento della rubrica nell'*iter* parlamentare: infatti, la versione approvata in prima lettura alla Camera recava semplicemente "*Disposizioni in tema di responsabilità professionale del personale sanitario*", mentre il testo definitivo è intitolato "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti professioni sanitarie*". L'ampiezza degli argomenti trattati – che a breve sarà affrontata quanto meno nei suoi lineamenti essenziali – dimostra l'attenzione del legislatore alla delicatezza del tema regolato, questi percependo l'inadeguatezza della sola responsabilità a tutelare concretamente ed effettivamente il diritto alla salute del cittadino sancito dalla Costituzione (art. 32 Cost.)¹². Si è dunque percepita la necessità di inserire, soprattutto nei primi articoli, tutta una serie di istituti destinati a porre l'accento sulla questione della sicurezza sia per il paziente, sia per il professionista sanitario¹³.

Certo, tra detrattori e sostenitori, tra scettici e favorevoli, il clamore suscitato dalla nuova normativa è stato tutt'altro che banale. Prima di nasconderci, nel giudizio, dietro alla manzoniana massima "*ai posteri l'ardua sentenza*", ci permettiamo di esprimere un sano pragmatismo: la legge Gelli è stata effettivamente introdotta e la sua efficacia e il suo successo dipenderanno da come le sue norme saranno interpretate e applicate. Il difficile compito di cercare di trarne il meglio spetta quindi ai professionisti del diritto e a quelli della sanità, auspicabilmente attraverso un confronto integrato e coerente fra le loro prospettive.

¹² Il primo comma dell'art. 32 Cost. recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

¹³ Lo stesso on. Federico Gelli, relatore della legge 24/2017, in numerosi convegni ha ribadito l'importanza di tale aspetto. Nello stesso senso in dottrina v. FRANZONI, Colpa e linee guida nella nuove legge, in *Danno e resp.*, 2017, 3, 271 ss.



In termini più concreti – e al contempo introducendo alcune delle novità cui si fa riferimento – si pensi ai meccanismi introdotti orientandoli e finalizzandoli alla tutela del paziente, come il ruolo del difensore civico quale garante del testé ricordato diritto alla salute, ovvero come i centri di gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente a livello regionale, ovvero ancora come, a livello nazionale, l'osservatorio delle buone pratiche sulla sicurezza: la loro introduzione costituisce una delle più grandi sfide del nuovo sistema normativo, oscillando tra l'ambizione di costituire un utile e fecondo punto di riferimento e il rischio di restare condannata all'assenza di una reale efficacia giuridica e ridotta alla triste condizione di “*tamquam non esset*”.

D'altronde, la legge Gelli non fa altro che estendere in ambito sanitario l'esperienza, altrove ormai tanto solidamente diffusa da essersi costituita in modello, di attivare strutture appositamente preposte allo studio dei possibili fattori di rischio, con l'ovvio scopo di provare a prevenirne la verifica. A ciò si aggiunge l'applicazione di un ulteriore *leitmotiv* della più recente normativa (soprattutto amministrativa): la trasparenza dei dati, che, nella previsione dell'art. 4, comma 3, impone alle strutture sanitarie sia pubbliche sia private la pubblicazione nel proprio sito internet dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, ovviamente omettendo qualsiasi riferimento personale in ossequio alle normative sulla *privacy*.

Prima di giungere allo studio specifico del tema principale di questo articolo, non si possono non ricordare le c.d. “linee guida”, ossia le buone pratiche clinico-assistenziali che gli esercenti le professioni sanitarie sono tenuti a seguire – salvo particolari specialità del caso concreto – nell'esecuzione delle proprie prestazioni. In realtà, l'art. 5 della legge in commento porta a compimento un percorso iniziato dalla precedente c.d. legge Balduzzi del 2012, che avvicina sempre di più il concetto di linee guida a quello di protocollo. Infatti, una volta che il sistema sarà entrato a regime¹⁴, esse integreranno a tutti gli effetti la normativa primaria; e dunque non è un caso che siano, strettamente connesse al tema della responsabilità, anche se limitatamente alla determinazione del risarcimento del danno ex art. 7, comma 3. Tuttavia il tema delle linee guida non

¹⁴ Si fa in particolare riferimento all'emanazione dei necessari decreti ministeriali, ma non solo: si pensi anche a come sarà garantito il necessario aggiornamento.



può nemmeno limitarsi solo a questo rilievo e merita una riflessione *ad hoc*. Non bisogna infatti scivolare nell'idea insidiosa – che pure qualcuno potrebbe condividere – di immaginare un automatismo tra il rispetto delle linee guida e la responsabilità, conferendo loro un valore precettivo¹⁵. Infatti, le procedure uniformi si possono applicare solamente nei casi di *routine*, ove le reazioni dei pazienti sono sufficientemente omogenee; al contrario, esse non possono assolutamente né valere, né essere fatte valere, in tutte quelle situazioni connotate da elevanti gradi di complessità¹⁶. In particolare, per lo Psicologo tale ragionamento è ancora più stringente, visto che l'analisi e la cura della psiche umana sono un'azione tremendamente complessa e, di fatto, impossibile da adottare con modalità ripetitive e standardizzate e che risulta maggiormente complicato rispetto a ciò che avviene in altri contesti professionali (quali quello medico) ottenere un largo consenso nell'ambito della comunità scientifica internazionale rispetto a determinate modalità di terapia.

Altro importante punto su cui è intervenuta la legge 24/2017 è quello della responsabilità penale. Partendo dal presupposto che l'imputazione colposa è l'eccezione che si configura solo in ipotesi espressamente previste, la giurisprudenza aveva da sempre collegato alla responsabilità del professionista sanitario la regola prescritta dall'art. 2236 c.c., anche per dotare il sistema di una sua coerenza tra la responsabilità in ambito penale e in ambito civile. Tuttavia, con il passare del tempo ha preso sempre più rilevanza interpretativa l'art. 43 c.p., ampliando il perimetro della rilevanza al punto da esonerare soltanto l'imperizia lieve (come si ripeterà anche *infra*).

Il contesto su cui incide la legge Gelli è quello della precedente legge Balduzzi (l. 189/2012), la quale per l'ambito penale introduce un nuovo criterio di esonero dalla responsabilità: l'essersi attenuto alle linee guida e alle buone pratiche della comunità scientifica. Sul tema però la legge Gelli pone la questione da un punto di vista diverso, affermando al secondo comma del nuovo art. 590-sexies c.p. che la punibilità nei casi di imperizia è esclusa quando sono

¹⁵ L'applicazione di un siffatto ragionamento risulterebbe paradossale. Così FRANZONI, Op.ult. cit.

¹⁶ In dottrina cfr. DOMENICI – GUIDI, Linee guida e colpa medica: spunti di riflessione, in *Danno e resp.*, 2014, 353 ss.; in giurisprudenza Cass. Pen. 35922/2012: “le linee guida rappresentano un valido ausilio scientifico [...], ma non fanno venire meno l'autonomia del professionista nelle scelte terapeutiche”.



rispettate *“le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alla specificità del caso concreto”*. Si nota immediatamente, già da una prima lettura, che le due norme sono molto diverse, in quanto in apparenza il dettato della legge Gelli pare scriminare anche la colpa grave nel caso in cui si siano seguite adeguate linee guida. Il problema si pone soprattutto sotto il profilo dell'applicabilità della norma nei casi avvenuti in costanza della legge Balduzzi: infatti, nel diritto penale vige il principio, in caso di successione di leggi nel tempo, per cui si applica la norma più favorevole al reo, e non è affatto pacifico, quale tra le due lo sia, anche in virtù di un contrasto interpretativo sorto in seno alla stessa Cassazione Penale e chiarito solo di recente dalle Sezioni Unite¹⁷. Ciò, distinguendo tre possibili casi: a) la legge Balduzzi è più favorevole nei casi di negligenza e imprudenza per colpa lieve; b) allo stesso modo la legge Balduzzi è maggiormente favorevole in relazione all'errore avvenuto al momento selettivo della “linea guida più appropriata”; c) mentre è ininfluente quale legge sia applicabile nel caso di imperizia per colpa lieve in quanto esente *ex lege* Balduzzi e causa di non punibilità *ex art.* 590-sexies c.p..

Ulteriore novità prevista dalla legge Gelli, anche se già diffusa in altre norme della procedura civile, è quella che si riferisce, in relazione alla responsabilità civile, al tentativo obbligatorio di conciliazione di cui all'art. 8. Una norma assunta evidentemente nell'ottica, come si suol dire oggi “deflativa”, di cercare di ridurre la quantità di contenzioso inerente la responsabilità del professionista sanitario. Norma però che suscita in certa dottrina qualche perplessità dal punto di vista della legittimità costituzionale¹⁸.

Aspetto molto rilevante è invece quello di cui si occupa l'art. 9, prevedendo la possibilità della rivalsa da parte della struttura sanitaria nei confronti del professionista quando la prima venga citata in giudizio e condannata: purché però solo nei casi di colpa grave ed entro il massimale del triplo di uno stipendio annuale del professionista. Tutto ciò evidentemente porta con sé un'esten-

¹⁷ Sentenza n. 8770/2018.

¹⁸ Così CONSOLO, Codice di procedura civile commentato, Milano, 2010, III ed., 2354 ss.



sione dell'obbligo di assicurazione, che coinvolge le strutture sanitarie per la loro stessa responsabilità e tutti i loro dipendenti e collaboratori; non riguarda invece i liberi professionisti ai quali si continua ad applicare l'obbligo di assicurazione personale. Sul punto, infine, è da segnalare una certa sensibilità del legislatore stesso, che si è premurato di introdurre un ampio e articolato procedimento di consultazione, comprensivo delle associazioni di rappresentanza delle imprese assicuratrici, anche al fine di calmierare le relative tariffe in virtù della definizione di un tetto corrispondente al multiplo salariale.

Infine, si segnala, sull'opposto versante delle guarentigie per gli utenti dei servizi sanitari resi dalle strutture pubbliche e private e dai professionisti, la previsione di un fondo di garanzia, attivato come rimedio di soddisfazione residuale per tutelare al massimo grado il paziente.

Cercando di dare compiuto senso a questa veloce disamina delle principali novità, a modesto parere di chi scrive, la legge Gelli si muove in due direzioni più che condivisibili: la prima è sicuramente la tutela al massimo grado possibile della salute del paziente, che si manifesta nel rafforzamento delle linee guida e nell'istituzione di una serie di organi garanti; la seconda invece è una riduzione del perimetro della responsabilità – questione che nei suoi aspetti tecnici sarà approfondita nel paragrafo seguente – del professionista sanitario, affinché possa concentrarsi con maggiore puntualità e precisione sulla cura e sull'assistenza del malato, cercando di contrastare la piaga della medicina difensiva.

Il superamento del contatto sociale

Prima di procedere con un'analisi più tecnica, è giusto sommariamente illustrare la differenza esistente fra la responsabilità aquiliana o extracontrattuale e quella contrattuale. In linea di massima, la prima sorge, ex art. 2043 c.c., dal fatto illecito, ossia da *“qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto”* (e.g. si pensi all'incidente stradale); la seconda invece trae la sua origine da un rapporto contrattuale sussistente tra le parti, ragione per cui *“il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno”* ex art. 1218 c.c. (e.g. si pensi alla mancata consegna nei termini previsti di una fornitura). La differenza consta principalmente in due aspetti – come si vedrà meglio infra –: il termine prescrizione (5 anni per la



responsabilità extracontrattuale, 10 anni per quella contrattuale) e l'onere della prova (nella resp. extracontrattuale il danneggiato dovrà dimostrare il fatto illecito subito, in quella contrattuale è il debitore che deve dimostrare di non essere responsabile).

Fatte le dovute premesse, tradizionalmente, come abbiamo in modo fugace accennato più sopra, sia la dottrina¹⁹ sia la giurisprudenza²⁰ si sono interrogate dando risposte contrastanti in merito alla responsabilità del professionista in ambito sanitario e, in particolare, dividendosi tra il “partito” della responsabilità contrattuale e quello della responsabilità extracontrattuale. Infatti, il perimetro della responsabilità del professionista sanitario è sempre stato studiato con interesse vista la sua intrinseca natura *borderline* tra le due tipologie²¹: se da un lato è stato osservato che l'applicazione del regime della responsabilità aquiliana costituisce un impoverimento del rapporto tra medico e paziente, dall'altro lato è pur vero – come ha osservato Carlo Castronovo – che una responsabilità di tipo contrattuale rischia di enfatizzare eccessivamente il rapporto stesso²². Pur riferita a un altro contesto, appare perfettamente calzante la citazione di un grande civilista: essa appare come un regime “*uniforme e transtipico nel senso che taglia orizzontalmente e supera i comparti corrispondenti ai due classici tipi della responsabilità contrattuale ed extracontrattuale*”²³.

E, sempre nella medesima direzione, vi è chi sostiene che la responsabilità medica (ora leggasi: sanitaria) presenti peculiarità tali da invertire il tradizionale rapporto da *genus a species*: sono gli schemi dogmatici classici a doversi adattare alle caratteristiche del caso, non il contrario.

Una svolta storica, che aveva definitivamente orientato la giurisprudenza nel senso della responsabilità contrattuale, è stata rappresentata dalla sentenza della Cassazione n. 589/1999, che ha introdotto per la prima volta nei confronti del medico (e in generale dei professionisti sanitari) la c.d. “teoria del

¹⁹ In particolare v. MONATERI, La responsabilità civile, in SACCO (diretto da), Trattato di Diritto civile, IV, Torino, 1998, 770.

²⁰ Ex multis: Cass. 20 novembre 1998, n. 11743; Trib. Orivieto 15 maggio 1997; Trib. Verona 31 gennaio 1994.

²¹ Sul punto risalente negli anni sono le valutazioni di PROSSER, The border land of tort and contract, Michigan, 1953.

²² Così CASTRONOVO, L'obbligazione senza prestazione ai confini fra contratto e torto, in La nuova responsabilità civile, II ed., Milano, 1997.

²³ Cit. ROPPO, La responsabilità civile dell'impresa nel settore dei servizi innovativi, in Contratto e Impresa, 1993, 89.



contatto sociale”. L’importanza di tale giudizio, come è stato acutamente osservato²⁴, è andata ben oltre il concreto oggetto della controversia, al punto da rappresentare uno dei più grandi esempi di nomofilachia della Suprema Corte²⁵. Punto di partenza, nel ragionamento della Suprema Corte, è che la responsabilità extracontrattuale, tradizionalmente prospettata, si rivela essere inadeguata rispetto alla realtà materiale. Il medico, o qualsiasi altro professionista sanitario, non può essere considerato un semplice *quisque de populo* soggetto al tradizionale principio del *neminem laedere*; per questa ragione è necessario configurare la relazione tra i soggetti coinvolti sulla base dei rapporti contrattuali di fatto (*alias* contatto sociale).

La sentenza della Cassazione muove dalla considerazione della società contemporanea, sempre più caratterizzata da una “massificazione” dei rapporti contrattuali²⁶, la quale supera il tradizionale individualismo ottocentesco in favore di un sistema solidaristico, in quanto aperto e tripartito – come accennato nell’introduzione – che trova la propria base giuridica nell’art. 1173 c.c., per l’appunto fonte della teoria del contatto sociale: l’elemento scatenante non è la sussistenza di un contratto tra il paziente e la struttura sanitaria, e nemmeno il contratto esistente tra l’esercente la professione sanitaria e la struttura, bensì il contatto che si crea tra il medico e il paziente, che è estraneo ai due rapporti contrattuali predetti.

Il ragionamento sottostante è costituito dal fatto che il professionista sanitario non deve solo evitare che la salute del paziente peggiori, ma deve anche – se possibile – migliorarne le condizioni; di conseguenza la responsabilità aquiliana, sanzionando solo la *culpa in faciendo* e non anche quella in *non faciendo* si rivela inadatta alla situazione di fatto²⁷. Sul punto, si rivela interessante la

²⁴ In questo senso v. DE MATTEIS, La responsabilità medica tra scientia iuris e regole di formazione giurisprudenziale, in Danno e resp., 1999, 7, 781 ss.

²⁵ Così PIZZETTI, La responsabilità del medico dipendente come responsabilità contrattuale da contatto sociale, in Giur. it., 2000, 4, 928 ss.

²⁶ Ex multis, CHINÈ, voce “Contratti di massa”, in Enc. Dir., aggiornamento, I, Milano, 1997, 403 ss.; ROPPO, Contratti standard, Milano, 1975; ALPA – BESSONE (a cura di), I contratti standard nel diritto interno e comunitario, Torino, 1991; COSTANZO, Condizioni generali di contratto e contratti stipulati dai consumatori, in Giust. civ., II, 1994 544 ss.

²⁷ Ciò è il corollario del principio, già citato, del “neminem ledere” che è alla base del nostro modello di responsabilità civile fondato sull’atipicità dell’illecito civile.



dottrina tedesca dell'obbligazione senza prestazione²⁸, la quale spiega che in assenza di un contratto specifico tra le parti, l'obbligo del medico non è una prestazione dovuta, bensì un dovere di prestazione e di tutela di specifici interessi²⁹.

Ovviamente l'adozione di un regime della responsabilità contrattuale porta con sé una serie di vantaggi per il paziente, visto come parte debole del contratto³⁰. I vantaggi principali consistono nel regime della colpa, nel regime probatorio, nel regime prescrizione, nell'imputabilità del fatto dannoso e nella costituzione in mora.

Per quanto concerne il primo e più importante aspetto, la responsabilità contrattuale rende applicabile il principio della responsabilità professionale, che sorge dal combinato disposto degli artt. 1176 c.c. – relativo alla diligenza nell'esecuzione dell'obbligazione – e 2236 c.c. – inerente la limitazione della responsabilità professionale nei casi di particolare difficoltà tecnica. Nell'interpretazione del giudice di legittimità il medico risponde secondo i parametri di diligenza non del buon padre di famiglia, bensì del debitore qualificato, comprendendo di fatto in tale perimetro il rispetto di tutte le regole e di tutti gli accorgimenti tecnici costituenti la conoscenza della professione medica. Con riferimento inoltre all'art. 2236 c.c., si ammette il criterio della colpa grave solo con riferimento alla perizia, mentre al contrario per imprudenza e negligenza il professionista sanitario risponde anche della colpa lieve.

In conclusione, di fatto, l'esercente una professione sanitaria è escluso dalla responsabilità solo in quelle delicate situazioni che trascendono la preparazione professionale media³¹.

Prima di procedere oltre, merita un *breve excursus* il tema delle singole condotte che configurano la colpa. Nello specifico, per imprudenza si intende la

²⁸ Sul punto non può non segnalarsi C. CASTRONOVO, L'obbligazione senza prestazione ai confini fra contratto e torto, in *La nuova responsabilità civile*, II ed., Milano, 1997, 177 ss.. Per i comparatisti, si cita anche il padre di tale dottrina: LARENZ, *Schuldrecht*, München, 1982, I, 13, 101.

²⁹ Sul punto pare dubitativo PIZZETTI, op. ult. cit., ove segnala come per certi versi l'inquadramento della responsabilità del medico all'interno della responsabilità ex contractu preceda il *vinculum iuris*.

³⁰ Definito "soggetto ontologicamente debole" da CARBONE, *Responsabilità del medico come responsabilità da contratto*, in *Danno e resp.*, 1999, 3, 303 ss.

³¹ Tra i primi giunti a questa conclusione si ricorda MONATERI, *La responsabilità civile*, in SACCO (diretto da), *Trattato di Diritto civile*, IV, Torino, 1998, 753 ss.



trasgressione di una regola di condotta dalla quale deriva l'obbligo di realizzare una determinata azione con determinate modalità; in altre parole, è imprudente colui che non adotta tutte quelle cautele che l'esperienza insegna essere necessarie. La negligenza³², invece, implica una mancanza di interesse, di sollecitudine, di attenzione alle regole di diligenza, siano esse normative o – come è più frequente – consuetudinarie, che stabiliscono le modalità di svolgimento dell'azione che si deve compiere³³. Infine, l'imperizia costituisce il terzo e ultimo elemento della colpa generica (art. 43 c.p.) ed è qualificata come insufficiente preparazione scientifico-professionale o difetto di quel minimo di abilità che è legittimo pretendere da un professionista sanitario abilitato. Anche quest'ultimo elemento necessita di un accertamento specifico, che varia caso per caso, sia in relazione all'incarico professionale sia in relazione alle circostanze concrete in cui la prestazione deve svolgersi³⁴; tuttavia, essendo la condotta colposa limitata in questo caso alla colpa grave *ex* art. 2236 c.c., è quella soggetta ai criteri meno rigorosi.

Inoltre, dal punto di vista dell'onere probatorio, non può non ricordarsi che nel caso di responsabilità extracontrattuale l'onere della prova spetta al ricorrente, mentre nella responsabilità derivante da inadempimento contrattuale l'onere della prova compete al citato in giudizio. Relativamente invece ai restanti vantaggi conseguenti all'applicazione della responsabilità contrattuale, la responsabilità aquiliana si prescrive in cinque anni, mentre quella contrattuale in dieci anni (salvo che quando derivi da alcuni specifici contratti); mentre l'incapacità di intendere e di volere *ex* art 2046 c.c. – in materia di imputabilità – non si applica in conseguenza degli inadempimenti contrattuali.

Se ci è consentito ricorrere a un linguaggio volutamente brutale, l'arrivo della legge Gelli spazza via tutta la teoria del contratto sociale e la cospicua giurisprudenza successiva, sancendo il principio per cui il professionista sanitario risponde a titolo di responsabilità extracontrattuale *ex* art. 2043 c.c.³⁵; e per

³² Ritenuta generalmente più grave dell'imprudenza. In questo senso v. ZAULI, Responsabilità professionale da contatto sociale del medico e inadempimento contrattuale della clinica, in *Resp. civ.*, 2011, 6, 427 ss.

³³ Cfr. PAJARDI, Guida alla valutazione del danno psichico, Milano, 2006, XVI, 91.

³⁴ Cfr. MERZ, Manuale pratico dell'assicurazione della responsabilità civile, Padova, 2003, 268.

³⁵ Per un approfondimento del dibattito occorso si rinvia a FRANZONI, Dalla colpa grave alla colpa professionale, Torino, 2016, 71 ss.



non lasciare adito a dubbi o a differenti interpretazioni, esplicitamente qualifica il proprio testo come norma imperativa (art. 7 comma 5). Una precisazione che all'apparenza sembra superflua, ma in realtà si appalesa necessaria dopo la legge Balduzzi, la quale aveva lasciato aperto il dibattito, nonostante il testo facesse riferimento all'applicazione dell'art. 2043 c.c. . La direzione intrapresa muove dalla volontà di alleggerire il fardello della responsabilità gravante sul medico e sugli altri professionisti sanitari ad alta qualificazione, che negli ultimi anni erano rimasti “vittime” di un'espansione notevole della loro area di responsabilità (ovvero, in una diversa prospettiva, di una contrazione potenzialmente minacciosa della loro autonomia professionale), provocando come reazione un'espansione altrettanto notevole della c.d. medicina difensiva (cioè delle pratiche funzionali non già al miglioramento delle condizioni del paziente, bensì a contenere e a ridurre lo spazio di aggredibilità professionale del sanitario).

La medicina difensiva è, infatti, un concetto noto nella letteratura specialistica, ove viene descritta come la prescrizione da parte dei medici di *test*, procedure e visite “ridondanti”, oppure come lo “scansamento” di pazienti ad “alto rischio”, per evitare la possibilità di essere tenuti civilmente – quando anche non penalmente – responsabili³⁶. Già da questa descrizione si possono scorgere due diverse tipologie: da un lato, la medicina difensiva positiva, e quella negativa dall'altro. La prima si caratterizza per un'eccessiva prescrizione di esami diagnostici e terapie inutili (e costose) destinate solo a evitare future possibili azioni di responsabilità, mentre la seconda si connota, all'opposto, per il rifiuto da parte dei medici di svolgere interventi od operazioni potenzialmente rischiosi al fine di evitare, anche in questo caso, di subire un'azione di responsabilità. Anche in Italia si è diffusa tale piaga – probabilmente anche a seguito della vasta condivisione giurisprudenziale della teoria del contatto sociale –, al punto da incidere economicamente sul costo della sanità addirittura per un imponente 10%³⁷.

Dunque, punto focale della riforma si rivela essere la divisione dei criteri di responsabilità tra struttura e professionista sanitario: la prima continua paci-

³⁶ Ota, Office of Technology Assessment, US Congress, Stati Uniti d'America, 1994.

³⁷ Dato riportato dal Dossier AS0026A Prog. 13, Camera dei Deputati.



ficamente a essere responsabile contrattualmente nei confronti del paziente, mentre il secondo rimane esposto solamente, come visto più sopra, nei casi di dolo e colpa grave, cioè quando è passibile di un'azione di rivalsa da parte della struttura. In questo caso, è evidente che il criterio adottato, pur non portando a una totale canalizzazione dell'obbligo risarcitorio nei confronti della struttura, risponde a una metodologia già utilizzata in altri ambiti (si pensi e.g. alla responsabilità dello Stato per il fatto dei magistrati ex l. 117/1988 o per il fatto degli insegnanti ex d.lgs. 297/1994).

Tuttavia, non sempre tale separazione dei regimi di responsabilità tra struttura e professionista viene vista con favore. Infatti, certa dottrina³⁸ sostiene che quasi mai la causa nei confronti della struttura sia in pratica diversa da quella promossa nei confronti del medico; in altri termini, il diverso regime della responsabilità si scontrerebbe con un'identità del *petitum* (i.e. l'oggetto della domanda risarcitoria), creando qualche perplessità, soprattutto in relazione all'art. 2055 c.c. che prevede il principio della solidarietà tra tutti i coautori verso la vittima. Se l'argomentazione ha una sua ragionevolezza, è anche vero però che il legislatore, attraverso lo sdoppiamento del regime di responsabilità, ha voluto in qualche modo mantenere un certo livello di garanzia nei confronti del paziente lesa: infatti, la tesi, a sommosso parere di scrive più ragionevole, è quella per cui la struttura continui a rispondere dell'illecito del medico anche nel caso in cui per quest'ultimo sia prescritto.

Attraverso tale lettura appare ragionevole l'intento del legislatore, volto, da un lato, a ridurre l'esposizione del medico alla responsabilità e insieme – se non soprattutto – a mettere un freno alla piaga della medicina difensiva, e, dall'altro, volto a garantire comunque un'ampia tutela al paziente vittima di episodi di c.d. “malasanità” attraverso la possibilità di continuare ad avvalersi dei benefici conseguenti alla responsabilità contrattuale, anche se limitatamente alla struttura. Se una siffatta costruzione giuridica sia valida, lo si scoprirà solo con il passare del tempo e, in particolare, valutando l'applicazione che ne farà la giurisprudenza.

³⁸ Così FRANZONI, Colpa e linee guida nella nuova legge, in *Danno e resp.*, 2017, 3, 271 ss.



La responsabilita' dello psicologo: alcuni spunti di riflessione

La valutazione della responsabilità del professionista sanitario (fra i quali oggi è indubitabilmente ricompreso lo Psicologo³⁹) d'ora innanzi dovrà necessariamente tenere conto, come visto nei paragrafi che precedono, del “nuovo” regime codificato dalla Legge Gelli: è dunque probabile che negli anni a venire la giurisprudenza si spinga a lidi sinora inesplorati. Ciononostante, appare poco plausibile che gli approdi finora raggiunti (sia dalla giurisprudenza di merito che soprattutto da quella di legittimità) vengano integralmente sconfessati. Se infatti si può ragionevolmente ritenere che, mutata la qualificazione del danno cagionato dal professionista sanitario (da contrattuale ad extracontrattuale), l'onere della prova del danno patito nonché il grado di colpa necessaria per integrare il danno stesso saranno soggetti ad una rivisitazione anche in sede giudiziale, è d'altro canto improbabile che le specifiche condotte che integrano una responsabilità del professionista vadano incontro ad una radicale modificazione.

Tale considerazione potrebbe assumere particolare rilievo rispetto alla figura dello Psicologo, oggi annoverato a pieno titolo tra le professioni sanitarie. Infatti, prima della legge Lorenzin, in mancanza di una esplicita ricognizione normativa, il danno cagionato dallo Psicologo (come nel caso di tutti gli altri professionisti, anche non sanitari, *e.g.* gli avvocati) poteva ricondursi alla fattispecie tipica già esaminata in precedenza e cioè all'art. 2236 c.c.. È evidente infatti che, a seguito del mutato contesto normativo, la relazione di cura che si instaura con il paziente non si esaurisce nel rapporto con il medico, ma è estesa ad una pluralità di soggetti, esercenti le professioni sanitarie: di conseguenza, anche l'ambito soggettivo della responsabilità ne risulta ampliato ed è per questa ragione che risulta più corretto utilizzare, in luogo dell'ormai desueta espressione “responsabilità medica”, la più generale “responsabilità sanitaria”⁴⁰, onde ricomprendervi tutte le figure sanitarie che possano astrat-

³⁹ Cfr. art. 9 Legge 11 gennaio 2018, n. 3.

⁴⁰ Cfr. F. D'ALESSANDRO, L. NOCCO, “Focus: le forme di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie dopo la legge Gelli-Bianco in Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario), fasc.4, agosto 2017, pag. 1475.



tamente incorrere in qualche tipo di responsabilità. Ora, quindi, riconosciuta la psicologia quale professione sanitaria, non è possibile esimersi dall'analisi delle principali condotte dannose tipicamente poste in essere dal professionista sanitario e domandarsi se e in che modo il professionista-Psicologo possa esserne ritenuto responsabile⁴¹.

Le condotte astrattamente configurabili appaiono sterminate e non è certamente possibile fornire in questa sede un catalogo completo. Ad ogni modo, vale la pena di ricordare che la figura più "classica" di danno in ambito sanitario è costituita proprio dal c.d. danno alla salute e cioè quello cagionato da una scorretta prestazione sanitaria. Tuttavia, in considerazione del fatto che la professione di Psicologo ha avuto un riconoscimento "sanitario" recentissimo, non è attualmente possibile fornire un'analitica enumerazione delle condotte integranti una scorretta prestazione sanitaria in campo psicologico; e d'altro canto sarebbe arduo e forse presuntuoso formulare empiricamente ipotesi astratte al riguardo.

Di conseguenza, appare più opportuno esaminare, anche in relazione alla particolarità della figura e del ruolo dello Psicologo, due particolari fattispecie: la responsabilità per omesso o insufficiente consenso informato e la responsabilità dello Psicologo operante all'interno di un'*équipe*.

Procediamo con ordine. Innanzitutto deve osservarsi come il consenso informato è stato oggetto di una recente presa di posizione da parte del legislatore che con legge 22 dicembre 2017, n. 219, nell'introdurre le c.d. D.A.T. (Disposizioni Anticipate di Trattamento) ha cristallizzato una disciplina generale del consenso informato⁴². Tale disciplina è rivolta, in generale, agli esercenti una

⁴¹ Una simile riflessione, circa l'opportunità di estendere alcune tipiche fattispecie di reato colposo, tipicamente sanitario, anche a figure diverse dal medico, in considerazione dell'esistenza di diverse ed ulteriori professionalità sanitarie, era già stata avanzata da M.BILANCETTI, F.BILANCETTI in "Verso quale riforma della responsabilità medica?", Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario), fasc.4, 2016, pag. 1399.

⁴² Recita il comma terzo dell'art. 1, L. 219/2017: "Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico."



professione sanitaria, come si evince dal secondo comma dell'art. 1 della legge citata che afferma esplicitamente che *“contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria”*. Di conseguenza, appare pacifico che tale disciplina si applichi anche agli psicologi e agli psicoterapeuti. Peraltro, e a prescindere dal dato normativo di recente introduzione, l'obbligo del consenso informato gravava in capo allo Psicologo in virtù di precise disposizioni deontologiche. Il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, infatti, in vigore dal 1998⁴³, dedica ben due articoli al consenso informato: l'art. 9, in tema di consenso nell'attività di ricerca e l'art. 24, che pone in capo allo Psicologo l'obbligo di fornire ai propri pazienti, nella fase iniziale del rapporto professionale *“informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza”*.

Chiarito ogni dubbio circa l'obbligo in capo allo Psicologo – normativo e deontologico – di informare adeguatamente il paziente circa le prestazioni che saranno rese, appare necessario esaminarne la natura, specie in relazione al carattere ora ufficialmente “sanitario” che il consenso assume in virtù delle novelle normative. La giurisprudenza in materia è molto recente ma sembra seguire un *fil rouge* che consente di desumere una serie di principi e di posizioni che sembrerebbero essere confermati e per nulla smentiti dalle recenti novità. Innanzitutto va rimarcato che il consenso informato è espressione di un diritto fondamentale della persona: il diritto all'autodeterminazione, sancito dall'art. 32 della Costituzione, inteso nel senso di libera e consapevole adesione al trattamento sanitario proposto⁴⁴. Di conseguenza, il consenso, in quanto liberamente prestato *prima* dell'inizio del trattamento sanitario, ne costituisce il presupposto nonché e soprattutto legittimazione e fondamento: in altri termini, un trattamento sanitario di qualsiasi natura in assenza del previo consenso deve ritenersi illegittimo e *“sicuramente illecito, anche quando è nell'interesse del paziente”*⁴⁵. A partire da queste considerazioni generali, la giurisprudenza

⁴³ Il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è consultabile sul sito del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi all'indirizzo <http://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>. Per approfondimenti si rimanda a CALVI – GULOTTA, Codice Deontologico degli Psicologi Italiani Commentato, Milano, 2018.

⁴⁴ Cfr. Cass. Civ. Sez. III, sent. 5.7.2017, n. 16503.

⁴⁵ Ibidem.



ha compiuto un'ulteriore ricostruzione, per nulla scontata, che tende a conferire al consenso informato una dignità propria e che implica un ventaglio di diritti (e doveri) autonomi rispetto al trattamento sanitario vero e proprio.

Il ragionamento sotteso alla conclusione cui sono pervenuti sia i tribunali di merito⁴⁶ che i giudici di legittimità è la circostanza che il diritto a prestare il consenso informato (e il corrispondente dovere del sanitario di provvedere in tal senso) costituisca un diritto autonomo rispetto al diritto a ricevere il trattamento sanitario (e al corrispondente dovere del sanitario di prestarlo)⁴⁷.

Le conseguenze di una simile ricostruzione sono evidentemente rilevanti: la Corte di Cassazione ha conseguentemente affermato che l'acquisizione del consenso informato da parte del paziente costituisce prestazione in capo sanitario "*altra e diversa*" rispetto a quella avente ad oggetto l'intervento terapeutico, sicché l'errata esecuzione dell'intervento costituisce una fattispecie di danno autonoma rispetto a quella prevista per l'omesso consenso⁴⁸. In altre parole, nulla vieta di configurare in capo al sanitario una responsabilità per la violazione dell'obbligo di informazione del tutto indipendente da quella per l'eventuale e successiva erronea esecuzione del trattamento terapeutico, con la conseguenza che potrà esservi spazio per due distinti risarcimenti. In tal senso, in una recentissima pronuncia⁴⁹ la Corte di Cassazione ha affermato che anche in mancanza della prova che il mancato consenso si sia concretizzato in un intervento terapeutico che il paziente, in presenza di debita informazione, non avrebbe mai effettuato, la sola circostanza del mancato consenso (e dunque, della mancata informazione da parte del sanitario) costituisce il presupposto per configurare un danno non patrimoniale risarcibile (si ritiene, in via equitativa⁵⁰).

Quanto invece alla c.d. soglia minima per configurare una violazione degli obblighi di informazione tale da configurare una responsabilità del professionista, se da un lato è certa la sussistenza di violazione in caso di omessa in-

⁴⁶ Si veda ad esempio Trib. Pisa, sent. 8.8.2017 n. 1007.

⁴⁷ Cfr. Cass. Civ. Se. III, sent. 20.5.2016, n. 10414.

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Cfr. Cass. Civ. Sez. III, ord. 15.5.2018, n. 11749.

⁵⁰ Cfr. Cass. Civ. Sez. III, ord. 4.5.2018, n. 10608.



formativa, alcune pronunce tendono a sanzionare anche la sola informazione incompleta⁵¹ e ribadiscono, quanto al contenuto e alle modalità del consenso – a prescindere dal dato normativo che attualmente identifica compiutamente il perimetro dei contenuti dello stesso (cfr. art. 1, comma 3, l. 219/2017) – che esso debba essere reso “*con modalità congrue al livello di conoscenze scientifiche*” del paziente⁵².

Si può dunque affermare di essere giunti ad un primo approdo: l'assenza di consenso informato ovvero la mala informazione costituisce una fattispecie di danno non patrimoniale risarcibile a cui lo Psicologo, in quanto professionista sanitario, potrebbe astrattamente soggiacere. E ciò indipendentemente dalle conseguenze concrete del mancato consenso in ordine agli effettivi benefici della terapia psicoterapica successiva: questo perché, come visto, la prestazione di un consenso debitamente informato è espressione del diritto all'autodeterminazione, diverso dal diritto alla salute in senso stretto.

Vi è poi una seconda tematica che preme affrontare, con non poche difficoltà interpretative, relativa alla c.d. responsabilità sanitaria da *équipe*. Innanzitutto è necessaria, ancora una volta, una premessa di ordine normativo. L'art. 1, comma 2 della citata l. 219/2017 dispone che “*contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria*”. Ora, il citato inserimento dello Psicologo nell'alveo delle professioni sanitarie, fa sì che anche lo stesso possa, a buon diritto, fare legittimamente parte della “*équipe sanitaria*”. Ciò, con la conseguenza che è necessario interrogarsi sulla eventuale responsabilità civile dello Psicologo nell'ambito di tale contesto.

La giurisprudenza che si è formata sul punto si è innanzitutto interrogata sul regime di responsabilità dei sanitari componenti di un'*équipe*, nel caso in cui un trattamento risulti in un esito infausto o comunque abbia cagionato un danno al paziente. In linea generale, l'interpretazione giurisprudenziale si è sempre orientata nel senso di fornire un maggior grado di colpa al responsabile dell'*équipe*⁵³, senza però escludere a priori la responsabilità degli altri sanitari

⁵¹ Cfr. Cass. Civ. Sez. III, sent. 5.7.2017, n. 16503.

⁵² Cfr. Cass. Civ. Sez. III, sent. 19.3.2018, n. 6688.

⁵³ Cfr. Cass. Pen. Sez. IV, sent. 5.8.2016, n. 34503.



coinvolti⁵⁴. Infatti, l'orientamento prevalente al riguardo, ricostruito compiutamente da una recente pronuncia della Suprema Corte⁵⁵, sembra affermare che l'ipotesi-base sia comunque costituita dalla responsabilità solidale di tutti i componenti dell'*équipe*, seppur con due ordini di eccezioni, da valutarsi in relazione al caso concreto.

In primo luogo, la regola sembrerebbe soffrire un'eccezione in caso di c.d. settorialità dell'errore. Ciò implica che se l'errore risulta talmente settoriale che soltanto un professionista dotato di specifiche competenze poteva essere in grado di accorgersene, il professionista privo di tali competenze non dovrebbe essere investito da alcuna responsabilità rispetto all'eventuale esito infausto del trattamento. L'esimente vale tuttavia soltanto allorché rilevano competenze altamente specifiche e non è sufficiente per escludere al responsabilità del componente dell'*équipe* la sussistenza di un diverso ruolo o mansione svolto all'interno dell'*équipe* rispetto allo specialista responsabile⁵⁶, dal momento che, ribadisce la Suprema Corte, resta in capo a tutti i componenti l'onere di prendere visione della cartella clinica del paziente e svolgere le opportune valutazioni⁵⁷: in altri termini, per esemplificare, l'attribuzione al componente dell'*équipe* di una eventuale mansione sotto-ordinata non lo esime dal relativo dovere di controllo e valutazione delle circostanze del caso e dalla responsabilità conseguente ai danni cagionati in ragione della violazione di tale obbligo. Un secondo ordine di eccezioni è quello relativo al c.d. dissenso espresso: sarà esente da responsabilità il componente dell'*équipe* che abbia prestato un espresso dissenso in ordine all'utilità del trattamento⁵⁸. Tale dissociazione, avevano già osservato i supremi giudici, sarà comunque necessaria solo allorché si tratti di scelte terapeutiche "ordinarie" e non specifici interventi adottati direttamente dal capo dell'*équipe*, solo a questi attribuibile, senza che

⁵⁴ Cfr. Cass. Civ. Sez. III, sent. 12.4.2016, n. 7106.

⁵⁵ Cfr. Cass. Civ. Sez. III, sent. 29.1.2018, n. 2060.

⁵⁶ Cfr. Cass. Civ. Sez. III, sent. 12.4.2016, n. 7106, nella quale la Cassazione ha sancito la responsabilità dell'infermiere per aver somministrato al paziente una terapia errata, seppur prescritta dal medico, sulla base dell'assunto che grazie alla professionalità e alle specifiche competenze, l'infermiere non può ritenersi un mero esecutore della terapia prescritta e dunque non può esimersi dall'interloquire con il medico ove ravvisi eventuali criticità.

⁵⁷ Cfr. Cass. Civ. Sez. III, sent. 29.1.2018, n. 2060.

⁵⁸ *Ibidem*.



gli altri componenti possano intervenire in modo efficace⁵⁹.

Ciò premesso, è probabile che uno dei principali nodi gordiani che la giurisprudenza dovrà sciogliere negli anni a venire sia proprio costituito dall'applicazione di tali principi ad *équipe* in cui siano coinvolti professionisti sanitari di diversa formazione: medici, psicologi, infermieri, logopedisti, ecc. La giurisprudenza analizzata, infatti, prende le mosse, pur senza affermarlo esplicitamente, dalla circostanza che i professionisti sanitari coinvolti condividano quantomeno la stessa formazione di base: è ad esempio prassi invalsa, negli interventi chirurgici, la compresenza di medici specialisti in diverse discipline. È evidente che, laddove invece si annoveri anche la figura dello Psicologo all'interno delle *équipe*, sarà necessario interrogarsi sul ruolo di una simile figura professionale, che correrà il rischio di condividere la responsabilità sanitaria con professionisti di tutt'altra formazione sui quali, di fatto, potrebbe non essere in grado di esercitare controllo alcuno. Come imputare ad uno Psicologo gli esiti nefasti di una operazione chirurgica? La domanda non potrà certamente restare senza risposta. Al riguardo ci si permette tuttavia di suggerire, stando quantomeno all'elaborazione giurisprudenziale corrente, che il criterio della settorialità potrebbe venire in soccorso: in altri termini, appare plausibile sostenere che all'interno di un'*équipe* formata da professionisti di diversa estrazione, ciascuno dovrà rispondere nei limiti delle proprie competenze. Così uno Psicologo non potrà certamente rispondere per un intervento chirurgico fallace, ed un medico non potrà rispondere di un percorso psicologico non efficace. D'altro canto, appare meno applicabile a tale mutato contesto il criterio del dissenso esplicito, proprio in ragione della diversa formazione professionale delle diverse figure, che sembra suggerire una impossibilità materiale di esprimere un dissenso, si consenta il termine, consapevole.

Conclusioni

L'introduzione di nuove disposizioni in tema di riordino delle professioni sanitarie (Legge Lorenzin) e di consenso informato (Legge sulle D.A.T.) hanno definitivamente riconosciuto lo Psicologo quale professionista sanitario (o

⁵⁹ Cfr. Cass. Civ. Sez. III, sent. 12.12.2013, n. 5684.



“esercitante professione sanitaria”) e hanno reso possibile affermare, senza ombra di dubbio, che lo Psicologo possa oggi far parte dell'*équipe* sanitaria. Parallelamente, il superamento della c.d. teoria del contatto sociale ormai codificata nell'ordinamento grazie all'introduzione della Legge Gelli, ha comportato una netta divisione della responsabilità (civile) da danno sanitario tra la struttura sanitaria ed il singolo professionista, quest'ultimo ora protetto da un *favor* volto principalmente a migliorare l'efficienza del sistema, sempre più infettato dalla prassi della medicina difensiva. Non si può, infatti, sottovalutare come i benefici del nuovo regime, sul piano pratico, siano davvero fondamentali nel “limitare” la responsabilità del professionista sanitario. Ne consegue, con una logica sillogistica, che tale beneficio, riguarda oggi a pieno titolo anche la figura dello Psicologo, pur con le differenziazioni e gli aspetti peculiari della specifica professione.

Quali saranno le conseguenze concrete sul piano pratico di queste novità legislative saranno certamente le pronunce giurisprudenziali a stabilirlo. Tuttavia, come si è cercato di far emergere nel presente contributo, sembra già possibile individuare quali saranno i principali temi in agenda. La problematica principe sarà costituita, superata la teoria del contatto sociale, dall'esatto limite della responsabilità del professionista sanitario e del rapporto della stessa con il rispetto delle linee guida: risulterà di particolare interesse valutare come tale criterio – associato sinora tipicamente alla responsabilità medica – sarà valutato in relazione alla peculiare figura (si ribadisce, sanitaria) dello Psicologo. D'altro lato appare inevitabile porsi il problema di quale responsabilità assumerà lo Psicologo in relazione al lavoro d'*équipe* e del relativo riparto di responsabilità in caso di trattamenti nefasti, in presenza di *team* formati da professionisti di diversa formazione e cultura. Infine, appare sempre più centrale il ruolo del consenso informato, prodromico a qualsiasi tipo di trattamento sanitario, anche psicologico o psicoterapico e dunque ora imposto allo Psicologo non più soltanto deontologicamente ma anche per legge. Non sembra infatti plausibile che oggi il professionista-Psicologo possa ritenersi esente dalle peculiari problematiche risarcitorie da mancata o mala informazione del proprio paziente. In conclusione, l'uscita dello Psicologo dal limbo in cui era confinato porta con sé inevitabilmente molte importanti sfide dallo scenario incerto ed una di queste è proprio quella della responsabilità, che, se da un lato trova nella legge Gelli un regime maggiormente favorevole, dall'altro lato non dirime tutte quelle questioni legate all'ontologica delicatezza della cura della mente.



Problematiche vecchie e nuove in tema di responsabilità penale dello psicologo

Il tema della responsabilità penale dello psicologo non è certo nuovo in dottrina e giurisprudenza, anche se si deve dare atto di come esse, in passato, si siano maggiormente interessate ai profili di rilievo penale da individuarsi nel comportamento dello psichiatra o del medico psicoterapeuta, i quali, a differenza del primo, rientravano a pieno titolo tra i soggetti esercenti una professione sanitaria. Talvolta, solo per connessione rispetto a queste professioni, si era, quindi, approfondita la posizione dello psicologo, il quale, pur non potendo, esprimesse giudizi diagnostici legati alla prescrizione di cure farmacologiche al malato, ponendo così in essere una condotta integrante il reato di esercizio abusivo della professione ex art. 348 c.p. (cfr., in tal senso, le osservazioni di R. Zannotti, *La responsabilità penale dello psichiatra e dello psicologo*, in *Trattato di medicina legale e scienze affini*, diretto da G. Giusti, Padova, 2008, 504).

Ebbene, proprio per la rilevanza assunta nel tempo da questa ipotesi delittuosa nelle pronunce dei giudici di merito e di legittimità, si è inteso iniziare con la sua trattazione in questa sommaria disamina di eventuali profili di responsabilità penale ascrivibili allo psicologo. Si tratta, come si vedrà, di problematiche vecchie e nuove che, nonostante l'evolversi del tempi, permangono sovente irrisolte, accadendo fin troppo spesso che soggetti non aventi i requisiti oggettivi e soggettivi previsti *ex lege* (cfr. art. 1 l. 18.02.1989, n. 56) svolgano funzioni



riservate allo psicologo e al psicoterapeuta.

Così, in una rapida carrellata delle pronunce più significative, la Cassazione ha ritenuto integrato il reato di esercizio abusivo della professione nella condotta di chi senza abilitazione svolge attività di psicoterapeuta, riservata ai medici e agli psicologi e, in particolare, al pranoterapeuta che, prima di lavorare con le mani, intrattiene colloqui con il paziente su aspetti intimi della sua vita, tesi alla diagnosi di eventuali problematiche psicologiche da collocarsi eventualmente all'origine dei disturbi lamentati (Cass., Sez. VI, 15.03.2016, n. 16562); a chi offre consulenze relative a problemi caratteriali e relazionali, sostenute da percorsi terapeutici, sedute, colloqui e pratiche ipnotiche (Cass., 15.11.2011, n. 43328; Cass., Cass., Sez. III, 24.04.2008, n. 22268); a chi si avvale della pratica di rievocazione delle esperienze del passato (Cass., Sez. VI, 23.03.2011, n. 14408); a chi svolge colloqui e anamnesi per collegare cause psicologiche e disturbi fisici (Cass., Sez. VI, 19.04.2016, n. 20099); a chi, nella selezione del personale e nella valutazione del potenziale dei candidati, utilizza strumenti conoscitivi per una diagnosi in ambito psicologico (Cass., Sez. VI, 5.06.2006, n. 22274). Ancora, si è addivenuti alla condanna nei confronti dello "psicosomatista di impresa" che, pur allegando di svolgere mera attività di "*counseling psicologico*", sottratta all'inquadramento ordinistico, esercita di fatto funzioni tipiche della professione di psicologo (Cass., Sez. VI, 15.03.2016, n. 16562); del "fondatore del percorso di crescita personale" cd. Arkeon (Cass., Sez. VI, 28.06.2017, n. 39339), il quale, pur affermando di non utilizzare un "metodo psicologico", di fatto opera abusivamente, in quanto, secondo i giudici di legittimità, "non è necessario che il soggetto non qualificato si avvalga delle metodologie proprie della professione psicoterapeutica, ma è sufficiente che la sua azione incida sulla sfera psichica del paziente con lo scopo di indurne una modificazione che potrebbe risultare dannosa".

Ebbene, allo scopo di preservare al massimo la salute psichica del paziente, messa a repentaglio da interventi non qualificati, e di tutelare altresì l'autonomia professionale dello psicologo da intrusioni nelle proprie competenze e nella tipicità dei propri atti da parte di professioni limitrofe, oggi, a seguito dell'intervento della recente legge 11.01.2018, n. 3, cd. Legge Lorenzin, si è riscritto l'art. 348 c.p. con un correlato inasprimento del trattamento penale per l'esercizio abusivo della professione. Si è, quindi, previsto che alla condanna per tale reato segua la pubblicazione della sentenza e la confisca delle cose che



furono destinate a commettere il reato, nonché la trasmissione della sentenza al competente ordine, albo o registro per l'applicazione della misura interdittiva nei confronti del condannato che eserciti regolarmente una professione o un'attività. Infine, sono state previste pene anche per chi abbia determinato altri ad esercitare una professione in maniera abusiva e per chi abbia diretto l'attività delle persone che sono concorse nel reato.

Sotto altro profilo, poi, grazie all'intervento della citata legge Lorenzin, lo psicologo è anche entrato a pieno titolo tra le professioni sanitarie, che è obiettivamente salutato entusiasticamente dagli operatori del settore ma che cela innegabili conseguenze anche con riferimento agli aspetti qui in trattazione. Da una parte, infatti, un tale riconoscimento, lungi dall'aver un mero valore nominale, era da tempo reclamato da quanti significavano la necessità che una tale professione - tesa per definizione al miglioramento della qualità di vita dei consociati e alla promozione del benessere e della salute individuale e collettiva così come costituzionalmente tutelata all'art. 32 Cost. - potesse avere una propria precisa collocazione nel sistema ordinistico interno. Da un'altra parte, poi, a seguito della nuova classificazione, può affermarsi come il professionista rischi di andare incontro a nuove ipotesi di responsabilità, anche penale, finora riservate agli esercenti una professione sanitaria.

Al proposito, non ci si potrà dilungare eccessivamente intorno a problematiche che, dato il brevissimo lasso di tempo intercorso dall'introduzione della citata legge, non hanno ancora formato oggetto di specifiche pronunce giurisprudenziali e su cui, dunque, si attende di conoscere gli orientamenti che vorranno assumere i giudici di merito e di legittimità con riferimento alla figura specifica dello psicologo. Tuttavia, allo stato attuale, pare doveroso riflettere sul fatto che l'inserimento della professione dello psicologo tra le professioni sanitarie vedrà estesa a tali soggetti, pur con i dovuti distinguo, l'applicabilità della normativa relativa alle fattispecie penalmente rilevanti imputabili a tutti gli operatori sanitari. Sul punto - e nella considerazione che la responsabilità penale è sempre prevista a titolo di dolo, salvo che nelle ipotesi espressamente menzionate in cui sia contemplata anche una responsabilità a titolo di colpa - non pare superfluo spendere alcuni brevi cenni con riferimento all'evoluzione della disciplina della responsabilità penale colposa del sanitario. Essa, che trova il proprio caposaldo nella storica sentenza Franzese (Cass., Sez. Un., 11.09.2002, n. 30328), si è poi evoluta in senso progressivamente più favo-



revoles per il sanitario con l'intervento del d.l. 13.09.2012, n. 158, conv. in l. 8.11.2012, n. 189, ossia la cd. Legge Balduzzi, dove si prevedeva espressamente che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve". In tal modo, si riduceva di fatto l'ipotesi della responsabilità penale del sanitario al caso della colpa grave, da intendersi quale una "profonda imprudenza, estrema superficialità o inescusabili negligenza e disattenzione", restando, invece, esclusa dall'ambito del penalmente rilevante l'ipotesi della colpa lieve del sanitario, il quale si fosse attenuto alle indicazioni tecniche accreditate dalla propria comunità scientifica di riferimento. Ancora, sulla medesima scia riformistica - ma nell'eliminare una tale differenza tra gradazioni della colpa - la recente l. 8.03.2017, n. 24, cd. legge Gelli-Bianco, ha operato un ulteriore, ampio, intervento sull'intera disciplina, penale, civile e amministrativa, in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, nonché in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita. Tale novella ha introdotto all'interno del codice penale l'art. 590-sexies, relativo al reato di responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario, operando peraltro un ampliamento dei soggetti suscettibili di sanzione penale, non più riservata al solo medico, ma a tutti gli esercenti le professioni sanitarie che abbiano a che fare con la cura della persona. Ebbene, secondo tale nuova previsione normativa, al c. 2, si esclude la responsabilità penale dell'operatore sanitario mediante l'operatività di una nuova causa di non punibilità in caso di evento cagionato da imperizia nelle ipotesi in cui egli abbia rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida, adeguate alla specificità del caso concreto. Si tratta di raccomandazioni che devono essere "elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute" (ma per la redazione delle linee guida, cfr. d.m. 27 febbraio 2018, che sancisce l'istituzione del SNLG - Sistema nazionale per le linee guida presso l'Istituto superiore di sanità). Ciò fermo restando che, in assenza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si dovranno attenere alle "buone pratiche clinico-assistenziali", cui fa riferimento l'art. 3 della legge, istitutivo dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.



Ebbene, per quanto concerne la responsabilità dello psicologo, essa, pur inserendosi nel contesto più ampio e generale della responsabilità degli operatori sanitari, pare differenziarsene per importanti peculiarità. Le problematiche giuridiche e sociali che si pongono in tale ambito sono, infatti, legate alla specifica posizione assunta dallo psicologo, chiamato ad operare a tutela della salute del paziente, ma sovente anche della collettività e ai limiti dell'attività allo stesso richiedibile, che continua a non prevedere interventi di tipo farmacologico o assimilabili a quelli del medico.

In uno sguardo d'insieme si osserva come non siano mancati casi in giurisprudenza che abbiano visto l'operatore sanitario chiamato a rispondere di danni alla salute (lesioni, fino alla morte) causati volontariamente ovvero per colpa, attraverso condotte sia attive che omissive (ad es., errata diagnosi, terapia, omesso invio ad altro specialista). Così come esistono precedenti relativi alla responsabilità penale specificamente imputata allo psicologo per fatti commessi da altri soggetti, ossia per esempio da pazienti che, nel corso di un trattamento sanitario o terapeutico abbiano agito in modo etero o auto-lesivo, così come quando si è ritenuto di ascrivere alla responsabilità di uno psicologo l'evento morte asseritamente imputabile allo stesso per colpa per non aver impedito ad un detenuto il suicidio (cfr. Cass., Sez. IV, 4.02.2016, n. 14766, che, nell'escludere la responsabilità dello psicologo nel caso considerato, ha svolto importanti considerazioni in tema di responsabilità penale per omesso impedimento dell'evento, di posizione di garanzia, consenso del paziente, regole cautelari).

Peraltro, stando alla disciplina oggi vigente a seguito dell'intervento della legge Gelli-Bianco relativa alla stesura di raccomandazioni e linee guida, va da sé che, provando ad applicare una simile normativa alla professione dello psicologo, balza subito all'evidenza la difficoltà che verosimilmente si incontrerà nella redazione di linee guida unanimemente accettate in un settore quale quello della psicologia connotato da un così grande ventaglio di variabili quante sono le sfaccettature della mente umana. Si pone e si porrà in futuro, dunque, anche per gli psicologi - da poco assurti al rango di "professione sanitaria" - la necessità di pervenire ad una chiara determinazione delle regole cui attenersi nell'esercizio del proprio lavoro, mediante la redazione di linee guida e buone pratiche in tutti i settori del rispettivo operato in modo da selezionare i casi la cui violazione sia imputabile a titolo di colpa e delimitando altresì la respon-



sabilità penale all'evenienza di una chiara mancata osservanza di dette regole. In questa direzione, le Sezioni Unite della Suprema Corte (Cass., Sez. Un., 21.12.2017, n. 8770), chiamate a pronunciarsi sul nuovo sistema della responsabilità penale medica così come disciplinato dalla legge Gelli-Bianco, hanno chiarito come il più rilevante vantaggio offerto da un sistema formalizzato di linee guida sia da individuare proprio nella maggiore determinatezza che esso è in grado di offrire alle fattispecie colpose, *"fattispecie che, nella prospettiva di vedere non posto in discussione il principio di tassatività del precetto, integrato da quello di prevedibilità del rimprovero e di prevenibilità della condotta colposa, hanno necessità di essere etero-integrate da fonti di rango secondario concernenti la disciplina delle cautele, delle prescrizioni, degli aspetti tecnici che in vario modo fondano il rimprovero soggettivo"*. Gli psicologi, così come tutti gli altri operatori sanitari, devono, dunque, essere messi in condizione di lavorare con serenità, ben sapendo quali siano i limiti del proprio operato e i rischi consentiti. Solo una chiara normazione in materia unita ad una ferrea consapevolezza del proprio ruolo e ad un rigoroso rispetto delle regole, anche di natura deontologica, potrà accompagnare il lavoro dello psicologo in tutti i settori in cui esso venga coinvolto sempre di più verso una responsabilità, se non del tutto oggettiva, comunque.

Problematiche di rilievo penale involgenti il profilo del consenso

Ad una progressiva crescita del rilievo sociale che la professione dello psicologo è andata assumendo nella nostra civiltà, ha corrisposto un ampliamento delle sue responsabilità, anche sotto il profilo penale. Questi, sempre più sovente chiamato ad operare in nuovi contesti ed in collaborazione con altre professionalità proprie del settore umano e sociale, ma finanche giuridico ed amministrativo (si pensi al ruolo dello psicologo nella scuola, nel lavoro, nello sport, in tribunale, presso gli enti locali, e così via), rischia di incorrere più facilmente in comportamenti passibili di rilievo penale.

Tra questi, un ulteriore ambito che vede lo psicologo esposto al rischio di contestazione in sede penale è quello di chi, legittimato ad intervenire nell'altrui vita umana, abusi della fiducia in esso ripostagli dal paziente. In simili circostanze, può infatti accadere che il professionista approfitti del peculiare rapporto di



interazione che si viene a creare con il cliente e agisca allo scopo di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto, potendo così essere chiamato a rispondere del reato di circonvenzione di incapace ex art. 643 c.p. Si tratta di un delitto in cui il soggetto attivo opera con la consapevolezza di fruire ed approfittare delle condizioni di infermità e deficienza psichica - non necessariamente patologica, ma tale comunque da menomare le facoltà volitive ed intellettive - nelle quali si trova il soggetto passivo, inducendolo a compiere un atto che altrimenti non avrebbe posto in essere. Lo psicologo, infatti, dato il proprio rapporto qualificato con il paziente, gode di una posizione di indubbio vantaggio, posto che il cliente, che gli avrà riconosciuto la potestà di intervenire su un bene di primario rilievo quale la salute, si sarà rivolto a lui con incondizionata fiducia. Tutto ciò è ovviamente ancor più significativo nel rapporto con lo psicoterapeuta, al quale il paziente stesso, nel superare le naturali ritrosie presenti in ciascun individuo, finisce per rivelare, nel percorso di terapia, le problematiche più intime della propria vita individuale, familiare, amorosa, relazionale, lavorativa e così via. In tal senso, lo specialista, più di un *quisque de populo*, rendendosi depositario di tali confidenze, dovrà improntare a massimo rigore il proprio comportamento, ben sapendo di godere di un potere di suggestionabilità, di credito e di alleanza cd. "terapeutica", che dovrà proficuamente usare nella relazione con lo stesso, astenendosi dal porre in essere comportamenti o suggerimenti che possano essere fraintesi. Infatti, secondo i giudici di legittimità, la condotta si può esplicitare con qualunque "mezzo idoneo" a coartare l'altrui libertà di autodeterminazione, strumentalizzando in maniera opportunistica una situazione di debolezza altrui, sollecitando la vittima a prestare il suo consenso al compimento dell'atto dannoso o anche solo rafforzando nel soggetto una decisione pregiudizievole per lo stesso già adottata ed impedendo l'insorgere di una volontà contraria a tale decisione.

Peraltro, esistono altri profili di particolare delicatezza in cui il legame che si viene a creare tra lo psicologo, psico-terapeuta e il proprio paziente diventano viatico di possibili contestazioni in ambito penale. Ciò potrebbe accadere, ad esempio, laddove il legame professionale tra i due soggetti si tramuti in un rapporto di natura affettivo-sessuale in un caso in cui si ritenga che una tale relazione sia caratterizzata da un "qualificato differenziale di potere" - anche temporaneo o passeggero - conseguente alla strumentalizzazione della condizione di inferiorità del soggetto più debole, con sfruttamento delle condizioni



intellettive e spirituali di minorata capacità di resistenza all'altrui opera di coazione psicologica o di suggestione o di comprensione della natura dell'atto, tali da alterare la genuinità del consenso in ipotesi prestato. In tal senso, la Cassazione (Cass., Sez. III, 18.07.2017, n. 35145), ha confermato la condanna di uno psicologo psicoterapeuta accusato di violenza sessuale avvenuta mediante abuso dello stato di infermità fisica e psichica della paziente (art. 609-bis, c. 2, n. 1, c.p.) per aver avuto con la stessa un rapporto sessuale completo in difetto di un valido consenso. Secondo i giudici di legittimità, infatti, il prevenuto aveva utilizzato subdolamente la propria posizione ed approfittato del conseguente rapporto di soggezione instauratosi tra paziente e terapeuta per accedere alla sfera intima della persona offesa, la quale, nonostante un formale "consenso" all'attività sessuale, era risultata di fatto "plagiata", vulnerata nella sfera volitiva. Così, si chiarisce che l'induzione *"si realizza quando, con un'opera di persuasione spesso sottile o subdola, l'agente spinge o convince il partner a sottostare ad atti che diversamente non avrebbe compiuto; mentre l'abuso si verifica, a sua volta, quando le condizioni di menomazione sono strumentalizzate per accedere alla sfera intima della persona, la quale, versando in situazione di difficoltà, viene ad essere ridotta al rango di un mezzo per il soddisfacimento della sessualità altrui"*. Di talché l'intervento punitivo *"consegue non già da un automatismo derivante dalla malattia mentale della vittima, quanto dal fatto che la persona offesa, la quale non deve versare necessariamente in uno stato di conclamata psicopatologia ma anche in una semplice condizione di menomazione dovuta sia a fenomeni patologici, permanenti o passeggeri, di carattere organico e funzionale, sia a traumi e fattori ambientali tali da incidere negativamente sulla formazione della personalità dell'individuo"* venga indotta all'atto sessuale *"mediante abuso della predetta condizione di inferiorità, atteso che in tale evenienza il consenso, pur apparentemente prestato in un contesto di assoluta libertà, è in realtà viziato da una assente o diminuita capacità di resistenza agli stimoli esterni"*.

E allora, al di là delle ragioni moralistiche o di opportunità, non si deve sottovalutare il fatto che l'eventuale innesto di un rapporto amoroso in un contesto terapeuta/cliente caratterizzato da siffatte criticità determina nei fatti una ridefinizione profonda dei ruoli e delle aspettative della diade con riflessi che, come visto, rischiano di sfociare nell'area del penalmente rilevante. Impostare un rapporto corretto, sia dal punto di vista tecnico che deontologico, con un'a-



deguata formazione e raccolta del consenso ai trattamenti proposti si presenta, dunque, fondamentale ai fini di una scelta del paziente che possa davvero dirsi libera, consapevole e connotata da deliberata e rinnovata volontà di proseguire i trattamenti iniziati una volta che ci si sia orientati in tal senso.

In questa direzione, anche autorevole dottrina non ha mancato di rilevare come "il rischio penale per lo psicologo si pone nel momento in cui si viene a determinare con il paziente quel concreto rapporto interattivo, in virtù del quale il paziente si sente "obbligato" a proseguire la terapia e le sedute", osservando che "talvolta tale peculiare rapporto di dipendenza potrebbe offuscare la libertà del consenso che sempre il paziente deve manifestare prima di sottoporsi ad una seduta con lo psicologo" (così R. Zannotti, *La responsabilità penale dello psichiatra e dello psicologo*, in *Trattato di medicina legale e scienze affini*, diretto da G. Giusti, Padova, 2008, 505).

Ebbene, il tema del consenso apre necessariamente lo scenario su altri fronti passibili di censura in sede penale. In esso si condensano tutte le difficoltà e le criticità legate ad una normativa spesso carente e poco chiara finanche dal punto di vista deontologico (cfr. le criticità legate all'art. 31 codice deontologico e la recente proposta di modifica dei dott.ri Pingitore e Sergio).

Tornando, dunque, ai profili penali intimamente connessi all'importanza del consenso nelle prestazioni di natura psicologica, merita menzione quella recente pronuncia della Corte di cassazione (Cass. pen, Sez. V, 6.06.2017, n. 40291), chiamata a valutare l'astratta sussumibilità nel reato di violenza privata di cui all'art. 610 c.p. del comportamento tenuto da una psicologa di una scuola elementare, incaricata di esaminare, durante le lezioni, per un periodo complessivo di circa due mesi e con cadenza di due ore settimanali, il comportamento dei minori. Nel ricordare come tale attività fosse stata richiesta da due insegnanti della classe e autorizzata dal Dirigente scolastico, deve osservarsi come il vero *punctum dolens* della vicenda abbia ruotato intorno alla mancata preventiva informazione alle famiglie e all'assenza di un preliminare consenso da parte dei genitori degli alunni. Ciò in quanto dalla citata osservazione era esitato il deposito di una relazione clinica da parte della psicologa e in essa si era dedicato apposito spazio alla trattazione della posizione di un alunno con problematiche comportamentali e correlata necessità di segnalare la situazione stessa ai genitori del piccolo. A fronte delle opposte doglianze di chi rilevava, da una parte, la realizzazione di un trattamento sanitario senza consenso, per di



più su un minore, in danno anche e soprattutto dei genitori e di chi osservava, invece, dall'altra, l'assenza di alcun comportamento di intrusione nella sfera psichica o fisica dei minori in una situazione in cui la mancanza di consenso non poteva affatto essere equiparata ad un dissenso, interviene la suprema Corte a dirimere il contrasto. Dopo aver premesso che nel delitto di violenza privata è tutelata la libertà psichica dell'individuo e che il requisito della violenza si identifica in qualsiasi mezzo idoneo a comprimere la libertà di determinazione e di azione della persona offesa, si chiarisce che *"l'assenza di un esplicito consenso da parte di chi sia legittimato a prestarlo, vale a dire i genitori del minore nel nostro caso, integri certamente una compressione della libertà di autodeterminazione del soggetto passivo"*. In quest'ottica deve, infatti, interpretarsi come dissenso il mancato consenso espresso dai genitori dei minori sottoposti ad osservazione, mai informati dell'attività che sarebbe stata posta in essere riguardo ai loro figli. Ciò detto, perché si abbia violenza privata è necessario che l'attività di osservazione psicologica abbia avuto carattere impositivo o comunque incisivo della sfera materiale e psichica dei minori. Mancando un definitivo chiarimento in tal senso, dinanzi al proscioglimento della psicologa in sede di udienza preliminare e al relativo ricorso in cassazione dei genitori del minore, costituiti parti civili, si imponeva un annullamento con rinvio per un nuovo accertamento. In particolare, secondo gli ermellini, dirimente si rileva l'accertamento in ordine alla precipua attività svolta dalla psicologa nel caso concreto. Laddove essa si sia limitata a svolgere il *"ruolo di "consulente" della maestra per suggerirle indirizzi didattici, non involgendo, quindi, in alcun modo i comportamenti degli alunni, si potrebbe escludere che l'attività di osservazione potesse interferire nella sfera personale degli alunni e quindi necessitare del preventivo consenso dei genitori"*. Diversamente si avrebbe laddove oggetto dell'osservazione siano *"proprio i comportamenti degli alunni e, ancor di più, di alcuni degli alunni ritenuti portatori di problematiche. In questo secondo caso, a prescindere dal fatto che siano stati o meno somministrati test o che le lezioni siano state specificamente modulate, non vi è dubbio che l'osservazione delle condotte in classe, al fine di trarne elementi per formare una valutazione degli alunni sotto il profilo comportamentale e prendere ulteriori provvedimenti, rappresentava una invasione delle sfere personali degli alunni, che, come tale, necessitava il preventivo consenso"*.

Dalle parole dei giudici di legittimità è agevole trarre come la responsabilità



penale dello psicologo si possa configurare solo nell'evenienza in cui il comportamento tenuto dal soggetto agente abbia materialmente inciso sull'altrui sfera psichica o materiale e, trattandosi di reato doloso, sia stato tenuto nella consapevolezza del mancato consenso del soggetto legittimato ad esprimerlo. Ancora una volta, dunque, una condotta variamente intrusiva dell'altrui libertà di autodeterminazione in mancanza di un valido consenso assume i connotati di un illecito penale; pur nella complessità del tema, si ritiene come a tutela della categoria tutta si ponga l'assoluta necessità che anche a livello ordinamentale venga fatta definitiva chiarezza rispetto ai profili in discussione, di modo da poter consentire allo psicologo di improntare il proprio comportamento a correttezza e rigore, ben conoscendo i limiti della professione e i confini di liceità della stessa.

Le qualifiche rilevanti penalmente e, in particolare, la responsabilità dello psicologo in ambito forense.

Nel premettere come la condizione personale professionale sia fonte di obblighi specifici per lo psicologo, deve darsi atto del fatto che la qualifica dallo stesso rivestita nel singolo caso concreto assume specifica rilevanza anche per le conseguenze penali che ne possono derivare. Così, a seconda del contesto in cui lo psicologo sarà chiamato ad operare, preliminare diventerà l'accertamento in ordine alla qualifica soggettiva a lui attribuibile, di modo da dirimere ogni dubbio in ordine ad eventuali profili di responsabilità. In tal senso, un cenno merita la descrizione, seppur sommaria delle qualifiche soggettive alle quali il codice penale attribuisce particolare rilevanza.

La norma da cui pare doveroso partire è quella di cui all'art. 357 c.p., il quale prevede che "agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali, coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa". Agli stessi effetti, come disposto dal secondo comma dell'art. 357 novellato dalla l. n. 86/90 e successivamente modificato dalla l. n. 181/92, "è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi". Peraltro, al fine di individuare correttamente le responsa-



bilità penali in cui potrebbero incorrere gli psicologi a seconda del settore in cui gli stessi siano chiamati a prestare la propria attività professionale, rilevano altresì i concetti di incaricato di pubblico servizio e di persona esercente un servizio di pubblica necessità. In particolare, l'art. 358 c.p. stabilisce che "sono incaricati di pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni d'ordine e della prestazione di opera meramente materiale". Secondo la dottrina prevalente per incaricato di pubblico servizio dovrebbe intendersi un soggetto che pur svolgendo un'attività pertinente allo Stato o ad un altro Ente pubblico non è dotato dei poteri tipici del pubblico ufficiale e, d'altra parte, non svolge funzioni meramente materiali. In ultimo, ai sensi dell'art. 359 c.p., che ha valenza marginale, si prevede che "ai sensi della legge penale, sono persone che esercitano un servizio di pubblica necessità: 1) i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una specifica abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi; 2) i privati che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica amministrazione". Ebbene, se più semplice si dimostrerà inquadrare lo psicologo nella qualifica di pubblico ufficiale al ricorrere dei requisiti richiesti dalla legge e a seconda dei poteri a lui attribuiti, non sarà sempre agevole individuare chi si intenda per incaricato di pubblico servizio o esercente un servizio di pubblica necessità. In linea generale, pare sempre valido l'insegnamento secondo cui colui che esercita la professione il cui esercizio è subordinato ad una speciale abilitazione dello Stato e limitatamente agli atti, di natura esclusiva, per i quali il pubblico sia obbligato per legge a valersi della loro opera, rientra nell'ipotesi di cui all'art. 359, c. 1, n. 1, c.p. In presenza di particolari condizioni, poi, il servizio di pubblica necessità può trasformarsi in pubblico servizio o in pubblica funzione, restando una categoria residuale in difetto dei presupposti relativi, come si deduce dall'art. 359, c. 1, n. 2, c.p.

Fatta questa doverosa premessa - da cui discenderanno una serie di conseguenze delle quali però si è già trattato in altra sede del presente testo e alle quali si rimanda (cfr. obbligo di referto, di denuncia, e così via) - deve osser-



varsi come accada sempre più di frequente che lo psicologo sia chiamato ad offrire il proprio contributo in sede giudiziaria. Ciò in considerazione del fatto che gli operatori del diritto - pur sensibili ai profili di rilievo psicologico intimamente connessi con la conoscenza dell'animo umano e rilevanti in sede giudiziaria - non dispongono autonomamente di tutte le conoscenze necessarie per dirimere le problematiche che via via si possono presentare loro in ambito forense e che esigono l'apporto di specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche.

Significativi profili di responsabilità penale possono, così, discendere dall'assunzione da parte dello psicologo del ruolo di perito in sede penale, *ex art. 221 ss. c.p.p.* - che si estendono al consulente tecnico d'ufficio in sede civile, *ex art. 64 c.p.c.* - nonché dalla connessa qualificazione come pubblico ufficiale. In questa prospettiva pare evidente come lo psicologo giuridico debba avere una specifica competenza non solo delle metodologie di indagine legate all'accertamento peritale che gli viene richiesto, ma anche delle problematiche e dei profili di responsabilità, anche penali, connessi all'espletamento dell'incarico che gli viene assegnato dal giudice. Ciò allo scopo di mantenere nello svolgimento del proprio mandato un comportato massimamente improntato a rigore e metodologia, sia tecnica che deontologica.

Il perito e il c.t.u., una volta ricevuto l'incarico nelle rispettive sedi e pronunciata la formula d'impegno, assumono la qualificazione giuridica di pubblico ufficiale e, in quanto tale, ad essi si estenderanno tutte le previsioni penali che riguardano proprio il pubblico ufficiale come soggetto attivo di un'eventuale condotta illecita. Così, in una rapida e non esaustiva carrellata, si potrà procedere penalmente contro tali soggetti laddove siano ritenuti soggetti attivi dei reati di: concussione (art. 317 c.p.), corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.), corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.), corruzione in atti giudiziari (art. 319-*ter* c.p.), abuso d'ufficio (art. 323 c.p.), rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.), rifiuto di atti d'ufficio. Omissione (art. 328 c.p.), usurpazione di funzioni pubbliche (art. 347 c.p.), omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale (art. 361 c.p.). Allo stesso tempo, la qualifica così assunta da parte dello psicologo, lo vedrà soggetto passivo di eventuali condotte illecite altrui, nel caso in cui subisca reati di: istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.), violenza o minaccia a un pubblico ufficiale (art. 336 c.p.), resistenza a un pubblico ufficiale (art. 337



c.p.), millantato credito (art. 346 c.p.), e così via.

Qualche cenno di riflessione maggiore pare, però, doveroso dedicare a quei reati propri del perito - o consulente tecnico d'ufficio - in quanto tale.

Tra questi, si ricordano i reati di rifiuto di uffici legalmente dovuti (art. 366 c.p.), falsa perizia o interpretazione (art. 373 c.p.), frode processuale (art. 374 c.p.), ritrattazione (art. 376 c.p.), rivelazione di segreti inerenti a un procedimento penale (art. 379-*bis* c.p.), dovendosi invece menzionare i reati di intralcio alla giustizia (art. 377 c.p.) o quello di millantato credito del patrocinatore (art. 382 c.p.) tra quelli che possono vedere specificamente il perito come persona offesa dal reato.

Peraltro, ai fini del presente lavoro, teso a valorizzare i possibili profili di responsabilità penale in cui può incorrere lo psicologo nello svolgimento della propria funzione e, in particolare, nello svolgimento della funzione "forense", un cenno deve essere fatto anche all'art. 360 c.p. che, pur destinato alla disciplina del pubblico ufficiale in generale, statuisce un principio cardine certamente applicabile anche al perito e al c.t.u. Attraverso tale previsione si chiarisce che, in caso di commissione di reati per i quali la qualifica di p.u. assuma valenza quale elemento costitutivo del reato o eventuale circostanza aggravante, "la cessazione di tale qualità, nel momento in cui il reato è commesso, non esclude l'esistenza di questo né la circostanza aggravante, se il fatto si riferisce all'ufficio o al servizio esercitato". In altri, termini, deve tenersi in precipua considerazione l'esistenza di una connessione funzionale tra il delitto asseritamente commesso e la qualifica di pubblico ufficiale a suo tempo rivestita, anche se la stessa sia formalmente terminata al momento della presunta commissione del fatto di reato. Ciò in quanto, in tema di reati contro la pubblica amministrazione, la tutela penale apprestata dall'ordinamento in relazione alle qualità di pubblico ufficiale, incaricato di pubblico servizio o esercente un servizio di pubblica necessità è disposta nel pubblico interesse, il quale può essere leso o posto in pericolo non solo nell'attualità dell'esercizio delle proprie mansioni, ma anche quando il soggetto abbia perduto le relative qualifiche, sempre che sussista un rapporto funzionale tra la commissione del reato e l'ufficio ricoperto.

Ebbene, una tale norma vale certamente anche il perito, il quale "non cessa dalla sua specifica qualità dopo che ha espletato la perizia; né dopo che ha depositato la relativa relazione; né, infine, dopo che sia stato eventualmente esaminato nel dibattimento. Si deve invece ritenere che la qualità di perito, sempre



ai fini qui in discussione, perduri almeno per tutta la durata del procedimento penale in cui egli ha prestato la propria opera, ed anche oltre. In particolare, deve ritenersi che tale qualità non cessi mai, ove il delitto eventualmente commesso "nella qualità", anche dopo la definitiva chiusura del procedimento in cui l'opera peritale fu prestata, sia comunque connesso con l'attività peritale a suo tempo espletata" (A. Manacorda, *La perizia psichiatrica nel processo penale*, CIC Edizioni Internazionali, 2003, 281). Così, esemplificando, si potrebbe sempre ritenere penalmente responsabile il comportamento di quel perito o c.t.u. psicologo, che, pur avendo espletato il proprio mandato, abbia ommesso la restituzione dei fascicoli processuali consegnatigli per lo svolgimento dell'incarico.

Intanto, nel delineare i più significativi profili di responsabilità penale in *subiecta materia*, non pare superfluo ricordare come l'ufficio peritale sia dovuto dal soggetto incaricato dall'Autorità giudiziaria, per cui egli non può sottrarsi tranne che nei casi previsti dalla legge. Laddove il perito ottenga con "mezzi fraudolenti" l'esenzione dall'obbligo di comparire o di prestare il proprio ufficio, attraverso comportamenti positivi univoci e concludenti - quali artifici, raggiri, simulazioni, menzogne o altri inganni idonei a conseguire lo scopo - egli potrebbe andare incontro alla contestazione del reato di rifiuto di uffici legalmente dovuti (art. 366 c.p.). Si badi come, a fronte di un orientamento più datato, fedele al dato letterale e teso, dunque, a sanzionare il perito ai sensi della previsione in commento non solo laddove il suo rifiuto concerna il momento iniziale di assunzione dell'incarico, bensì anche quando esso riguardi la fase dell'esecuzione, si è, tuttavia, susseguita una differente impostazione giurisprudenziale, oggi maggioritaria, di segno opposto. Secondo tale ultima corrente, il ricorrere della fattispecie del rifiuto dovrebbe essere limitato ai comportamenti prodromici all'assunzione di funzioni pubbliche, escludendo invece quelli riguardanti la fase dell'esecuzione dell'incarico, rilevanti ai fini della configurabilità del diverso e più grave delitto di omissione di atti d'ufficio (art. 328 c.p.). Tale ultima fattispecie - da considerarsi generale rispetto alla norma speciale di cui all'art. 366 c.p. destinata ai cd. pubblici ufficiali "temporanei" - dovrebbe, infatti, essere preferita dopo l'assunzione concreta delle funzioni da parte del perito, laddove costui indebitamente rifiuti, ometta o ritardi un atto del proprio ufficio o servizio, in quanto in quel momento egli è soggetto al regime giuridico penale cui sono sottoposti i pubblici ufficiali "permanenti".



Ma l'ipotesi delittuosa più grave nella quale può certamente incorrere un perito nello svolgimento delle proprie funzioni è quella del cd. falso in perizia (art. 373 c.p.), che si integra nel momento in cui costui, nominato dall'Autorità giudiziaria, dia pareri o interpretazioni mendaci o affermi fatti non conformi al vero, magari valutando in modo volutamente distorto il contenuto dell'osservazione psicologica effettuata e riportando considerazioni non veritiere al giudicante. Resta ferma la necessità di un puntuale accertamento circa la sussistenza dell'elemento psicologico del reato, incontestabilmente rappresentato dal dolo e, dunque, dalla coscienza e volontà di offrire all'autorità procedente un responso scientemente menzognero. Non così, evidentemente, in caso di errori valutativi, adesioni a teorie che, pur accettate dalla comunità scientifica, non siano unanimemente riconosciute, interpretazioni non corrette di elementi obiettivi, che derivino da mera imperizia e non siano assistiti da dolo. D'altro canto, lo psicologo, nella propria autonomia metodologica e valutativa, così come stigmatizzata finanche in sede deontologica all'art. 6, può addivenire a delle conclusioni che contrastino con quelle offerte dalle valutazioni di parte. Ma deve sempre tenersi ben distinta l'attribuzione di un diverso significato ad uno stesso elemento passibile di plurime interpretazioni rispetto all'offerta consapevole di contributi fallaci e di interpretazioni strumentalmente distorte. Si tratta di delitti destinati alla tutela dell'ordinato svolgimento dell'attività giudiziaria, cui il perito è chiamato ad offrire il proprio contributo con la massima serietà, che importano, oltre alle consuete pene detentive e pecuniarie variamente determinate, anche l'applicazione della sanzione accessoria dell'interdizione dalla professione o dall'arte, sovente percepita dal professionista come maggiormente afflittiva rispetto alla comminatoria delle pene, soprattutto se condizionalmente sospese.

Peraltro, in seno al processo penale, anche il pubblico ministero, oltre al giudice, ha la facoltà di avvalersi dell'opera di consulenti tecnici per la risoluzione di "operazioni tecniche per cui sono necessarie specifiche competenze" (art. 359 c.p.p.) e anche in una simile evenienza lo psicologo non può rifiutare la propria opera. In tale eventualità tutte le operazioni tese all'accertamento della verità sono però coperte dal segreto investigativo ai sensi dell'art. 329 c.p.p., salvo che l'accertamento da svolgersi non abbia natura irripetibile e allora segua le cadenze operative di cui all'art. 360 c.p.p., che consentono un contraddittorio immediato con le parti private e, dunque, anche con eventuali consulenti di



parte. Quale conseguenza, nel caso in cui si agisca nel pieno della segretezza investigativa, anche il consulente tecnico dovrà mantenere il riserbo più totale su tutte le informazioni che riguardano il procedimento penale e la sua attività, potendo essere chiamato a rispondere, in caso contrario, del reato di rivelazione di segreti inerenti a un procedimento penale (art. 379-bis c.p.).

Anche le parti private, poi, come si è accennato, potranno avvalersi di propri consulenti tecnici e ciò potranno fare sia nel processo penale, nei casi di perizia ex art. 225 c.p.p. o al di fuori di essi ex art. 233 c.p.p., sia nel processo civile ex art. 201 c.p.c. In termini generali, il consulente di parte - che dovrà accettare l'incarico solo in quanto ritenga di avere le competenze adeguate in relazione alla materia di cui si tratta - sarà chiamato a fornire un valido e qualificato supporto all'avvocato nella propria attività defensionale, fornendogli elementi tecnici a sostegno della difesa, di modo da consentire la massima tutela dei diritti ed interessi individuali della parte rappresentata. Ciò non significa che il consulente debba assumere in prima persona le vesti di difensore del soggetto, dovendo piuttosto mantenere un preciso contegno improntato al massimo rigore sia scientifico che deontologico. In questa veste lo psicologo dovrà agire in totale indipendenza dagli accordi presi con il cliente, operando sempre secondo scienza e coscienza al fine di far emergere, nel perseguimento della verità, quegli elementi tecnici che si possano meglio valorizzare a sostegno della posizione rappresentata. Appare del tutto evidente, peraltro, come il consulente tecnico del privato non possa porsi in contrasto con la parte che gli abbia dato l'incarico, poiché, in caso contrario, potrebbe essere chiamato a rispondere del delitto di patrocinio o consulenza infedele (art. 380 c.p.), che si concretizza ogni qualvolta il consulente di parte, "rendendosi infedele ai suoi doveri professionali, arreca nocumento agli interessi della parte da lui assistita o rappresentata dinanzi all'Autorità giudiziaria". Peraltro, come si è avuto modo di affermare in giurisprudenza, gli interessi tutelati dal legislatore in tal caso - e cioè quello concernente il normale funzionamento della giustizia e quello della parte ad una corretta assistenza tecnica - si presentano come complementari, richiedendo la legge, ai fini della consumazione del reato, che sia arrecato anche un nocumento al soggetto patrocinato; nocumento che, però, si badi, non deve essere necessariamente ulteriore rispetto al mancato raggiungimento del fine cui il procedimento era preordinato. In altri termini, non è necessario che la consapevole insolvenza ai doveri professionali di diligenza,



lealtà e correttezza posta in essere dal consulente arrechi un danno nel senso civilistico, patrimoniale del termine, ma sarà sufficiente che si verifichi per la parte il mancato conseguimento dei beni giuridici o dei benefici di ordine anche solo morale che alla stessa sarebbero potuti derivare dal corretto e leale esercizio del mandato. E' pur vero che le valutazioni di parte non possono, ancorché mendaci, integrare gli estremi del falso in perizia, mancando quel dovere di fedeltà che deriva dall'impegno assunto dinanzi all'autorità giudiziaria e mancando altresì la connessa qualifica di pubblico ufficiale del perito; tuttavia, lo psicologo dovrà comunque mostrare una indispensabile ed imprescindibile aderenza ai principi di scienza, pur nell'agire secondo un interesse di parte, e dovrà operare con correttezza e veridicità, impostagli non solo dal rispetto dei codici professionali e deontologici, ma anche in sede penale attraverso tutte le previsioni in materia di falsità materiali o ideologiche.

Peraltro, lo psicologo, oltre a poter essere coinvolto dal proprio cliente in sede processuale quale consulente tecnico di parte, potrebbe essere comunque richiesto, anche quale libero professionista, di fornire certificati o atti destinati comunque ad essere prodotti all'Autorità giudiziaria, ad esempio per dimostrare la sussistenza di determinate problematiche o la sottoposizione a percorsi psicoterapeutici del proprio cliente. Ebbene, in questo caso, laddove lo psicologo dichiara o attesti falsamente condizioni, qualità personali, trattamenti terapeutici e così via relativi all'imputato o ai soggetti ad esso assimilati, potrebbe rispondere del reato di false dichiarazioni o attestazioni in atti destinati all'autorità giudiziaria (art. 374-*bis* c.p.), non essendo peraltro rilevante ai fini dell'integrazione del reato in sé né la presentazione del certificato o dell'atto all'autorità medesima laddove se ne possa comunque dimostrare la formazione, né l'effettivo conseguimento dello scopo per i quali tali documenti erano stati preordinati.

E, allora, pur nella valenza esemplificativa e certamente non esaustiva che si è inteso rappresentare con questa breve disamina di alcune fattispecie di rilievo penale, vale forse la pena ricordare come la delicatezza del ruolo assunto dallo psicologo forense in sede giudiziaria, chiamato a dirimere contrasti di carattere tecnico involgenti peculiari interessi di rilievo costituzionale (si pensi alle varie declinazioni della libertà personale, al diritto alla salute, alla tutela della famiglia o della gioventù), imponga sempre da parte sua un comportamento massimamente improntato a rigore e correttezza, nonché profondamente rispettoso della legge.



Il Codice Deontologico in ambito peritale

di Luana Marghi

In ambito forense, il ruolo dello psicologo, sia esso CTU/Perito o CTP, risulta molto complesso e richiede una grande attenzione nel definire il proprio contesto di applicazione e nel mantenere saldi i confini stabiliti dal mandato cui il professionista è chiamato a rispondere. Già all'udienza di comparizione il giudice istruttore ricorda al consulente l'importanza delle sue funzioni, in assoluta sintonia con quanto stabilito dall'art.3 del nostro CD (*“Lo psicologo è consapevole della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri. (...) Lo psicologo è responsabile dei propri atti professionali e delle loro prevedibili dirette conseguenze”*). Già all'atto del giuramento, quindi, lo psicologo forense non solo deve essere ben consapevole della responsabilità morale e giuridica che assume in quel momento, ma deve altresì avere molto chiaro il confine della propria opera professionale con le profonde differenze che caratterizzano e distinguono il contesto giuridico da quello clinico in termini di ruolo, formazione e *setting*. Se il bagaglio clinico può certamente essere uno strumento di lettura di indubbio valore rispetto alle complesse dinamiche psicorelazionali sottostanti le situazioni che l'esperto si troverà ad affrontare nell'adempimento del proprio compito, questi tuttavia non dovrà in nessun modo dimenticare che il suo campo di intervento è strettamente delimitato dal quesito che



gli viene posto; ciò significa che, pur fedele al principio dell’*operare per migliorare la capacità delle persone di comprendere se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace*” (art.3), non dovrà cedere alla lusinga narcisistica accettando la delega di responsabilità cui spesso si assiste in ambito istituzionale. Allo stesso modo, l’esperto dovrà sapientemente districarsi tra le maglie delle triangolazioni e delle deleghe del conflitto cui sarà oggetto almeno fin tanto che espletterà la sua funzione, siano esse agite dalle parti, dai committenti o dalle istituzioni. E, cosa da non sottovalutare, dovrà muoversi integrando l’obbligo deontologico di garantire il rispetto e la dignità della persona (art.4) con il principio del contraddittorio e l’esigenza di fornire al giudice ogni elemento utile ai fini del giudizio adoperandosi a non fornire informazioni che, invece, esulano dagli obiettivi preposti. Saper restare entro il limite del quesito che viene posto all’esperto rende questo più semplice e un quesito ben posto permette allo psicologo forense il pieno rispetto della deontologia che lo guida. L’esperto, infatti, *“accetta il mandato professionale esclusivamente nei limiti delle proprie competenze”* (art.37), anche se questo significa rifiutare incarichi per i quali non si ritiene di possedere un’adeguata preparazione o, ancora, concordare il quesito posto dall’Autorità Giudiziaria nel caso in cui il contenuto richiesto non rientrasse nelle competenze specifiche di uno psicologo forense, attraverso una riformulazione del quesito, mantenendo la propria autonomia professionale (art.6).

In quest’ambito una grande importanza riveste la figura del CTP, il quale, nel rispetto della propria autonomia professionale (art. 6), può ricoprire un fondamentale ruolo di supporto alla parte, sostenendola nella riflessione e nell’acquisizione di strategie più adattive senz’altro utili ad uscire dalla logica del conflitto e della rivendicazione senza, però, aderire acriticamente alle richieste della parte e vigilando sulle operazioni peritali affinché si svolgano secondo metodologie corrette. Questo, soprattutto nei casi in cui siano coinvolti i minori, in cui, talvolta, il loro preminente interesse risulta sacrificato sull’altare dei bisogni di rivendicazione degli



adulti, con grave pregiudizio del loro sviluppo psicorelazionale. Il rispetto dell'art. 6 è dunque alla base della possibilità di creare, in ambito forense, una collaborazione tra esperti che sia davvero messa al servizio di tutti gli attori coinvolti nel processo tra cui, in particolare, i minori trascinati loro malgrado nelle logiche processuali, ma è anche alla base della possibilità di confrontarsi lealmente sull'operato del CTU, manifestando il proprio dissenso e criticando, ove necessario, le sue formulazioni, esplicitando le proprie posizioni sulla base di argomentazioni di carattere scientifico e professionale e non personale (art. 36).

In ogni caso, lo psicologo forense dovrà sempre operare informando adeguatamente le parti circa le regole e le caratteristiche del suo specifico intervento (art. 9); nel caso in cui il mandato gli sia conferito da persona diversa dal soggetto esaminato, ad esempio da un magistrato, l'informativa non è tuttavia finalizzata all'ottenimento del consenso informato delle parti quanto a tutelare il loro diritto alla riservatezza (art. 4), chiarendo le implicazioni giuridiche di quanto andranno a rivelare, in contraddittorio, lungo il processo consulenziale. L'esperto psicoforense dovrà quindi informare adeguatamente le parti sulla natura e sulle finalità dell'intervento (art. 32), chiarendo in particolar modo i limiti riguardanti il segreto che derivano dal contesto consulenziale o peritale (art. 24). La necessità di informare gli attori coinvolti nell'indagine riguarda anche i minori, i quali, sulla base della loro età e della loro capacità di comprensione, dovranno essere edotti dallo psicologo forense sugli scopi del colloquio.

Da quanto fin qui descritto appare allora evidente come lo psicologo forense, nell'assumere il suo ruolo di esperto, non possa far semplicemente conto sulla propria esperienza, ancorché clinica e magari pluriennale, per bene e fedelmente adempiere alla funzione affidatagli e come egli non possa prescindere da una formazione specifica e da un aggiornamento continuo (art. 5) necessario al mantenimento di un livello di preparazione professionale adeguato a rispondere alla complessità dell'ambito forense (una complessità che, si ricorda, va ad incidere profondamente nella vita



delle persone coinvolte) e in sintonia alla necessità di fornire chiarificazioni al giudice, senza assumersi responsabilità decisionali né procedere in senso verificazionista rispetto ad eventuali idee preconcrete. Soprattutto in ambito giuridico, lo psicologo forense, consapevole della ricaduta dei suoi atti professionali, dovrà necessariamente prestare particolare attenzione nel fornire una prestazione scientificamente equilibrata e depurata da opinioni personali e atteggiamenti collusivi con l'una o con l'altra parte, garantendo quindi la fondamentale neutralità nel proprio atteggiamento, anche astenendosi dall'intraprendere o dal proseguire la propria attività professionale laddove, ad esempio, vi sia una commistione di ambiti tale da rendere ambiguo l'intervento stesso, compromettendone la credibilità e l'efficacia (art. 26). A tutela della propria posizione scientifica, l'esperto dovrà quindi utilizzare metodologie scientificamente affidabili, delle quali è, cioè, in grado di indicare fonti e riferimenti scientifici (art. 5), valutando il grado di validità e di attendibilità delle informazioni, dei dati e delle fonti utilizzate, esponendo le ipotesi interpretative alternative, esplicitando i limiti dei risultati cui è pervenuto (art. 7) e indicando la fonte degli altri contributi cui si è riferito nel presentare i risultati della propria indagine (art. 35).

Soltanto in questo modo, lo psicologo forense potrà fornire alla magistratura un chiaro contesto teorico di riferimento nel quale inquadrare le informazioni rese in ottemperamento al proprio mandato, garantendo imparzialità e neutralità alla situazione oggetto di indagine ed evitando di dare riferimenti fortemente autoreferenziali, talvolta arbitrari, che non permettono al giudice di utilizzare la relazione peritale come ausilio nel processo decisionale.



La diagnosi tra attività clinica e appartenenze professionali

di Daniela Pajardi

La diagnosi nell'attività clinica

L'attività diagnostica, come ben noto, è un'attività centrale della professione dello psicologo, tanto da essere annoverata all'articolo 1 della legge istitutiva dell'Ordine degli Psicologi: “La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità”.

Tra le ragioni che portano la diagnosi a essere centrale nella professione, vi è il fatto che la diagnosi sia il processo centrale su cui si snoda una attività di valutazione e di intervento, nonché, ovviamente, l'attività terapeutica, anche se la letteratura evidenzia come l'attenzione alla diagnosi rischi di portare ad un riduzionismo e ad una semplificazione per cui avere una diagnosi sia già, di fatto, conoscere il soggetto come se “l'aver dato un nome ad una serie di fenomeni equivalga a conoscerli”⁶⁰.

⁶⁰ Stanghellini G., Rossi Monti M., *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Cortina, Milano, 2009, p. 87.



Il problema suscitato dalla diagnosi si articola su diversi livelli, tra i quali possiamo evidenziare i seguenti:

1. *Un livello concettuale e fondativo, che riguarda*

- l'oggetto specifico, ad esempio una particolare funzione psichica o l'intero funzionamento della persona,
- l'approccio teorico di riferimento, con il conseguente specifico assetto metodologico e chiave di lettura del funzionamento psichico,
- la funzione della diagnosi, a seconda che sia rivolta a una domanda di aiuto del soggetto, a una certificazione, a una richiesta di un'autorità esterna, come quella giudiziaria;

2. *Un livello professionale che riguarda*

- chi possa svolgere la diagnosi,
- la contrapposizione tra psichiatri e psicologi,
- l'immagine sociale della diagnosi a seconda di chi la effettua.

Sull'attività psicoterapeutica una sorta di contesa professionale tra psichiatri e psicologi ha trovato una sua composizione regolamentata sul piano legislativo, con l'istituzione di un elenco comune tra Ordine dei Medici e Ordine degli Psicologi. Per quanto riguarda la diagnosi, è ancora presente una certa rivalità tra le due categorie professionali, soprattutto in alcuni contesti come quello giudiziario, con ripercussioni di confusione sulle competenze degli uni e degli altri in utenti privati e istituzionali. La diagnosi svolta e firmata da uno psichiatra sembra avere una maggiore validità scientifica e accreditamento professionale di quella svolta da uno psicologo.

Questo contenzioso è particolarmente sentito in contesti in cui l'attività professionale è del tutto centrata sulla diagnosi stessa, nel senso che non c'è poi un'attività di intervento o di terapia, ma si limita ad una attività di certificazione o di valutazione fondata appunto sulla diagnosi. Un contesto in cui si assiste a questa diatriba è evidentemente quello giudiziario,



visto che la consulenza tecnica e la perizia sono in diversi casi prettamente a carattere diagnostico, in quanto volte ad accertare determinate condizioni cliniche, psicopatologiche, relazionali, cognitive, in relazione al quesito posto dal giudice in quella specifica situazione giudiziaria.

La formazione universitaria sulla diagnosi

Il tema della diagnosi è, come si è detto, un tema centrale della psicologia clinica. È trattato nella formazione universitaria di base degli psicologi, e sviluppato, con diversa enfasi e specificità, a seconda dell'impostazione e del focus del corso di studio, per cui saranno previsti in adeguata misura insegnamenti dei settori scientifico-disciplinari specifici, in particolare la psicologia clinica, dinamica e le neuroscienze. Il panorama italiano della formazione universitaria di secondo livello, cioè delle lauree magistrali, evidenzia una netta predominanza di corsi di laurea dell'area della psicologia clinica, a indicare questa area caratterizzata da maggiore offerta da parte delle università e da maggior domanda di formazione da parte degli studenti.

Sembra utile riportare quello che lo stesso Ministero prevede come declaratoria della psicologia clinica, cioè come descrizione della *mission* formativa di questo settore scientifico-disciplinare: “Il settore comprende le competenze relative ai metodi e alle tecniche di intervento che nei diversi modelli operativi (individuale, relazionale, familiare e di gruppo) caratterizzano le applicazioni cliniche della psicologia a differenti ambiti (persone, gruppi, sistemi) per la soluzione dei problemi. Nei campi della salute e sanitario, del disagio psicologico, degli aspetti psicologici delle psicopatologie (psicosomatiche, sessuologiche, tossicomane incluse), dette competenze, estese alla psicofisiologia e alla neuropsicologia clinica, sono volte all'analisi e alla soluzione di problemi tramite interventi di valutazione, prevenzione, riabilitazione psicologica e psicoterapia”.

Risulta, quindi, evidente, come il percorso formativo degli psicologi si



centri su insegnare e apprendere gli strumenti per condurre un'attività professionale che la legge riconosce loro a pieno titolo.

Quale diagnosi?

Dal punto di vista teorico e metodologico, il tema della diagnosi apre una discussione molto ampia e variegata, il cui approfondimento esula, evidentemente, dagli intenti di questo contributo, e che trova approfondita trattazione nell'ampia manualistica sia, in generale, sulla psicologia clinica che, specifica, sulla diagnosi.

Tra le definizioni presenti in letteratura possiamo sottolineare che la diagnosi rappresenti «sia il processo per mezzo del quale (dia-) cerchiamo di conoscere (gnosis) il funzionamento psichico di un determinato soggetto sia la denominazione, basata su una terminologia condivisa dalla comunità scientifica, che attribuiamo a tale funzionamento»⁶¹.

In un documento sulla diagnosi, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi focalizza sia il ruolo della psicologia di fronte al funzionamento normale ma anche quello patologico. “La psicologia è la scienza del comportamento e dei processi mentali sia normali che patologici, di cui la psicopatologia – e conseguentemente la diagnosi psicopatologica – è un aspetto interno. La diagnosi psicopatologica si riferisce quindi alla valutazione dei comportamenti e dei processi cognitivi ed affettivi disadattivi e/o fonte di sofferenza, attraverso la loro valutazione che prevede l'utilizzo di strumenti specifici e mirati, la loro classificazione in un sistema diagnostico riconosciuto e l'individuazione dei fattori psicologici che li hanno originati e che li mantengono”⁶².

⁶¹ Dazzi N., Lingiardi V., Gazzillo F., La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia, Milano, Raffaello Cortina, 2014.

⁶² Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOF), Parere sulla diagnosi psicologica e psicopatologica, 2009, p. 8.



Possiamo fin da subito evidenziare come l'oggetto della diagnosi, il funzionamento psichico, normale e patologico, sia analogo a seconda di chi la svolge, sia esso uno psicologo o uno psichiatra, ma è il focus di lettura che tende a differire a seconda della prospettiva professionale. La diagnosi medica si centra sul sintomo e sul ricondurre esso ad una condizione organica, prevedendo una cura prevalentemente farmacologica; la diagnosi psicologica, invece, interpreta il sintomo cercandone la causa in una problematica intrapsichica o relazionale a seconda della teoria di riferimento, prevedendo prevalentemente una cura psicoterapeutica. Mentre la diagnosi psichiatrica si centra sull'inquadrare la sintomatologia in una classificazione nosografica, la diagnosi psicologica fa un ulteriore passaggio, andando a rilevare la ricaduta della sintomatologia sul funzionamento della persona sia in termini di disfunzionamento, che di funzionamento residuo che di risorse e resilienza attive. Le teorie di riferimento del professionista che compie la diagnosi influiscono, evidentemente, sulla cornice teorica in cui essa viene iscritta e sul percorso metodologico che viene svolto, in quanto, a monte, l'approccio teorico influisce sulla chiave di lettura che viene data dei processi di funzionamento psichico.

Molti psichiatri fanno riferimento alle varie teorie sul funzionamento psichico, dalla psicoanalitica, alla fenomenologica, alla cognitivo-costruttivista, ecc. quindi sono portati a dare una lettura non solo medica in senso organicistico. Alcuni ambiti specialistici della psicologia, peraltro, in particolare la neuropsicologia, possono fare riferimento prevalentemente a condizioni organiche che spieghino il funzionamento e quindi avere un approccio alla diagnosi che fa leva sul substrato organico.

La diagnosi risulta quindi essere una categoria concettuale molto ampia che riguarda il fluire tra normalità e patologia. Quando si riferisce a quest'ultima possiamo individuarla come diagnosi psicopatologica, denominazione che supera concettualmente e linguisticamente il rischio che la psicopatologia venga ad essere attribuita di competenza alla psichia-



tria. “L’attività di diagnosi psicologica ricomprende quindi al suo interno come caso specifico la diagnosi psicopatologica, in un rapporto da genere a specie. Tale posizione risulta consolidata storicamente, scientificamente e giuridicamente. La diagnosi sulle funzioni psichiche normali e patologiche si realizza attraverso una metodologia di competenza specifica della professione di psicologo”⁶³.

La tipologia di diagnosi può essere definita anche in relazione alla sua funzione. Si ritiene utile soffermarsi sulla dimensione descrittiva della diagnosi, e su quel tipo di diagnosi che necessita di essere condivisa nei criteri da un ampio mondo scientifico-professionale. Questo tipo di diagnosi fa riferimento principalmente alla manualistica internazionale che vede attualmente nel DSM-5 il manuale principale di riferimento, senza comunque trascurare il ruolo dell’ICD-10 e del PDM.

La diagnosi condotta con il riferimento ai manuali internazionali risponde al criterio di trovare un linguaggio e una nosografia comune che permettano, in primo luogo, una condivisione concettuale e linguistica e un confronto tra clinici su un certo quadro di funzionamento/disfunzionamento del soggetto, ma che diano anche dei riferimenti omogenei all’esterno della comunità scientifico professionale. Non si può entrare in questa sede nel merito dell’utilità o opportunità del ricorso a questi manuali, in particolare al DSM che, forse anche perché il più diffuso, è oggetto di molte critiche. Si ritiene comunque importante sottolineare come, in certi contesti, il ricorso a una nosografia condivisa da una così vasta comunità scientifica rappresenti una scelta di opportunità per rendere più agevole il confronto e la condivisione.

Uno di questi contesti è certamente quello giudiziario, in cui l’utilizzo di una classificazione come quella del DSM arriva quasi ad essere un po’ una “scelta obbligata”, in quanto fa riferimento non solo a una tradizione

⁶³ Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi (CNOPI), Parere sulla diagnosi psicologica e psicopatologica, 2009, p.15.



professionale consolidata, ma anche a una reputazione di scientificità apprezzata dagli interlocutori e committenti, cioè i giudici (Sent. Cassazione Sezioni Unite n. 9163/2005, c.d. sentenza Raso). In alcuni casi è quindi consigliato che lo psicologo giuridico utilizzi questa classificazione, specie quando condivisa nell'ambito di un certo mondo professionale specialistico, come, ad esempio, nella valutazione del danno alla persona, o nell'ambito della imputabilità.

È da tenere presente che come parte della comunità scientifica degli psicologi sia contrario alla classificazione del DMS, anche il mondo psichiatrico non è univoco nell'utilizzo di questa classificazione, ma è, forse, più compatto nel fare riferimento ad esso quando c'è la necessità di utilizzare una nosografia condivisa e accreditata.

L'utilizzo del DSM da parte degli psicologi in alcuni contesti clinici non è esente da critiche, nonostante non vi siano preclusioni nel manuale all'utilizzo da parte degli psicologi, e ampia manualistica della psicologia clinica faccia riferimento ai criteri e alla metodologia di classificazione nosografica del DSM e dell'ICD-10. Una pretesa di esclusività nell'utilizzo del DSM è comunque presente nell'ambito professionale da parte degli psichiatri, tanto che alcuni di essi reclamano una titolarità esclusiva su questo strumento. Come sottolinea ripetutamente un documento dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte⁶⁴ “nella diagnosi psicologica, soprattutto in ambito forense, l'utilizzo della nosografia descrittiva della psicopatologia, come si è detto, è a volte oggetto di contestazione, ad esempio da parte di alcuni psichiatri che ritengono di loro esclusiva pertinenza l'utilizzo di manuali diagnostici e la classificazione in essi contenuta (si veda, ad esempio, il DSM nelle sue diverse edizioni), contestazioni che causano poi incertezze e conflitti tra avvocati, e tra magistrati e avvocati, sulla definizione delle competenze professionali dei consulenti”.

⁶⁴ Ordine degli Psicologi del Piemonte, Lo psicologo e l'atto diagnostico: contesto clinico e contesto forense, 2016, p.9, www.ordinepsicologi.piemonte.it/consulte/forense.



Quale professionista?

La diatriba tra psichiatri e psicologi su quale professionista entri più adeguatamente in gioco nel momento in cui si debba svolgere un'attività di diagnosi, è un tema che sembra superato nella definizione dei due contesti professionali e dalla definizione di diagnosi psicopatologica.

Il tema della diagnosi, cruciale della attività dello psicologo, rischia di diventare un oggetto di contesa tra categorie professionali. Viene da chiedersi la ragione di questo, che forse trova una delle spiegazioni nell'accreditamento verso utenti o committenti, che comporta sia aumento delle opportunità lavorative sia miglioramento dell'immagine professionale. È, infatti, evidente come sia particolarmente importante poter sancire una priorità della diagnosi svolta dagli uni piuttosto che non dagli altri, per poter detenere un ruolo di maggior potere, quando non addirittura di vera e propria egemonia professionale su una determinata materia, a volte in modo non strettamente collegato a una così radicale diversità dell'oggetto, del metodo e del risultato finale. In questo gioca in modo molto evidente la diversa immagine sociale che la psichiatria ha rispetto alla psicologia, in quanto la psichiatria appartenendo al mondo medico, ha una immagine di maggiore stabilità e affidabilità dal punto di vista scientifico professionale, quasi che non utilizzasse gli stessi criteri epistemologici, come il criterio della probabilità, che usa la psicologia; come se non radicesse molto spesso le proprie valutazioni sui test psicodiagnostici, elaborati e condotti proprio dagli psicologi.

La diagnosi prevista da entrambi gli Ordini professionali, ha accentuazioni diverse sull'aspetto eziologico, nosografico e funzionale a seconda del professionista che la svolge, ma sembra proprio di poter dire che il contenzioso e il divario che viene lamentato tra diagnosi psicologica e diagnosi psichiatrica, in quanto diagnosi clinica, sia a volte più esasperato e accentuato di quanto esso sia sul piano del contenuto e del metodo.



La psicologia giuridica e i contesti critici sulla diagnosi

Il contesto giudiziario, come si è già accennato, presenta delle peculiarità e una situazione di contrasto accentuato tra psicologi e psichiatri in tema di diagnosi.

È importante sottolineare che l'operare in psicologia giuridica necessita di una specifica e approfondita formazione, per poter coniugare le competenze e le conoscenze scientifiche e professionali dello psicologo a un contesto, come quello giuridico, che non solo ha sue norme specifiche, ma che ha norme che sono sovrastanti sia professionista che utente, perché tutelano interessi individuali e collettivi e obbligano a norme e comportamenti.

Si tratta, inoltre, di un contesto in cui gli effetti della diagnosi sono decisamente rilevanti sulla vita delle persone, fino a determinare conseguenze nella vita familiare (ad esempio, nei casi di separazione o di adozione) e nella libertà individuale (ad esempio, nei casi di imputabilità e di abuso e maltrattamento).

In diversi contesti giudiziari la diagnosi è un elemento centrale delle valutazioni, e gli psicologi operano a pieno titolo, con ampio riconoscimento di giudici e avvocati. È sufficiente pensare a quei contesti in cui la decisione giudiziaria si centra sulla valutazione del funzionamento psichico, della gestione delle emozioni, delle capacità comunicative e delle competenze genitoriali. Nell'ambito del diritto di famiglia, sulle decisioni sull'affidamento e collocamento dei figli o della idoneità all'adozione, o più in generale sulle decisioni sulla responsabilità genitoriale, la consulenza tecnica degli psicologi e la diagnosi psicologica sono un punto di riferimento fondamentale per i giuristi.

Anche in tema di valutazione della capacità del minore a rendere testimonianza, la psicologia giuridica offre un contributo molto importante nel processo penale.

I temi più critici sono quelli che fanno riferimento alla rilevazione di una eventuale patologia e all'utilizzo, richiesto dalla metodologia prevalente-



mente accreditata, del DSM. Si tratta di contesti critici che, ai fini della tutela professionale, hanno portato l'Ordine degli Psicologi della Lombardia a chiedere e pubblicare, già diversi anni fa, un parere pro-veritate⁶⁵ e delle considerazioni sul ruolo dello psicologo giuridico⁶⁶. Tali considerazioni hanno ancora una certa attualità, non essendo, purtroppo, evoluta in modo realmente significativo la situazione professionale degli psicologi in due contesti che suscitano particolare criticità di demarcazione del nostro ruolo in tema di diagnosi.

Il primo caso riguarda la valutazione dell'imputabilità degli adulti, con riferimento all'art.220 del codice di procedura penale: "Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza, non sono ammesse perizie per stabilire l'abitudine o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche".

Il riferimento a cause patologiche è stato letto nella prassi professionale come un riferimento a cause inquadrabili solo da psichiatri, quasi che gli psicologi non possano pronunciarsi sulla patologia. Ciò rappresenta una interpretazione piuttosto restrittiva e penalizzante del campo di attività degli psicologi, che invece hanno competenze e legittimazione scientifica a occuparsi anche della patologia: "tale norma è stata grossolanamente strumentalizzata da coloro che intendono negare *tout court* l'ingresso dello psicologo in qualità di perito nel processo penale"⁶⁷.

La perizia è vietata a qualunque clinico se meramente finalizzata a valutare aspetti come il controllo dell'aggressività, la tendenza a delinquere e le caratteristiche di personalità dell'imputato, se non derivanti appunto, da

⁶⁵ Minerva, P., Parere pro-veritate avente ad oggetto l'espletamento di perizia psicologica in ambito processuale civile e penale, Newsletter dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia, 2, pp. 5-6, 2005.

⁶⁶ Pajardi, D. Considerazioni in merito al ruolo dello psicologo giuridico, Newsletter dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia, 2, pp. 6-9, 2005.

⁶⁷ Minerva, P., Parere pro-veritate avente ad oggetto l'espletamento di perizia psicologica in ambito processuale civile e penale, Newsletter dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia, 2, 2005, p. 5.



cause patologiche e ai fini della valutazione dell'imputabilità. "Ciò che il legislatore ha inteso vietare, infatti, è solo l'indagine sul carattere la personalità e le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche dell'imputato effettuata nella fase di merito al fine del giudizio sulla responsabilità penale. In particolare, si è voluto scongiurare il rischio che il Pubblico Ministero possa utilizzare simili accertamenti per trovare nella personalità dell'indiziato caratteristiche che confermino, a prescindere dagli elementi di fatto e di diritto, l'ipotesi accusatoria" ⁶⁸.

Il fatto che la valutazione sulla capacità di intendere e di volere possa essere fatta anche dagli psicologi e non solo, come prevalente tradizione professionale delle aule di giustizia, dagli psichiatri, sembra essere determinato non tanto da competenze professionali e scientifiche, visto che peraltro non è da nessuna parte citato che la perizia debba essere svolta da uno psichiatra, quanto, piuttosto, da una sorta di immagine e consuetudine che identifica lo psichiatra come colui che si occupa di psicopatologia a ogni livello di gravità, mentre lo psicologo come colui che si occupa di situazioni di normalità e minore gravità non inerenti i presupposti per pronunciarsi sull'imputabilità.

Anche in merito all'ampio tema del danno non patrimoniale e del danno biologico di natura psichica a seguito a eventi di vario genere (si pensi a incidenti stradali, responsabilità medica, mobbing ecc.) si apre il contenzioso sulla possibilità per gli psicologi di poter effettuare una diagnosi utile a questo tipo di valutazione, visto che la diagnosi prevalentemente richiesta in questi casi è quella nosografica con il DSM, sulla base del quale sono state costruite linee-guida che permettono di quantificare percentualmente il danno come richiesto dal giudice per poter definire la liquidazione del risarcimento.

Escludere o limitare il ruolo dello psicologo nella diagnosi nosografica con uso del DSM vuol dire precludere o quantomeno fortemente mettere

⁶⁸ Ibidem



sotto condizione il fatto che possa entrare ad operare a pieno titolo in questo contesto di valutazione forense.

Il riferimento alla diagnosi psicopatologica può essere il modo per arrivare a dare risposta ai quesiti del diritto sulla condizione clinica del periziando, sia essa normale che patologica, superando contrapposizioni e ristabilendo competenze e immagine della psicologia.

Proprio la criticità del contesto forense ha portato anche il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi a delineare gli ambiti professionali di attività dello psicologo giuridico, grazie alla recente costituzione di un Gruppo di lavoro sulla psicologia giuridica, che sta operando per identificare e descrivere le attività che lo psicologo può a pieno titolo svolgere e che rientrano negli atti tipici della professione.



Nota sull'organizzazione della funzione disciplinare degli Ordini territoriali degli psicologi italiani

di Pietro Stampa

La funzione disciplinare, complementare e integrabile a quella di custodia dell'Albo, rientra fra le principali previste dall'ordinamento delle professioni nel nostro diritto amministrativo. Va quindi in primo luogo sottolineato come il procedimento relativo, benché presenti profili di diritto penale, rientri in tale ambito. In particolare, la discrezionalità amministrativa dell'Ente lascia ai Consigli un certo margine di valutazione in merito all'interesse sanzionatorio dell'Ente stesso, così come non sussiste per l'Ente l'obbligo dell'azione disciplinare, che la Costituzione impone invece all'azione penale da parte delle Procure. I profili di diritto penale nell'attività disciplinare degli Ordini riguardano invece il diritto di difesa, che deve essere garantito all'incolpato negli stessi termini e con le stesse modalità che appunto la procedura penale prevede in applicazione di un principio di rango costituzionale.

Ciò premesso, vediamo prima di tutto quanto stabilito a riguardo dalla L. 56/89.

Articolo 26. Sanzioni disciplinari

1. All'iscritto nell'albo che si renda colpevole di abuso o mancanza nell'esercizio della professione o che comunque si comporti in modo non conforme alla dignità o al decoro professionale, a seconda del



la gravità del fatto, può essere inflitta da parte del Consiglio regionale o provinciale dell'ordine una delle seguenti sanzioni disciplinari:

- a) avvertimento; b) censura; c) sospensione dall'esercizio professionale per un periodo non superiore a un anno; d) radiazione.
2. Oltre i casi di sospensione dall'esercizio professionale previsti dal Codice Penale, comporta la sospensione dall'esercizio professionale la morosità per oltre due anni nel pagamento dei contributi dovuti all'Ordine. In tale ipotesi la sospensione non è soggetta a limiti di tempo ed è revocata con provvedimento del Presidente del Consiglio dell'Ordine, quando l'iscritto dimostra di aver corrisposto le somme dovute.
3. La radiazione è pronunciata di diritto quando l'iscritto, con sentenza passata in giudicato, è stato condannato a pena detentiva non inferiore a due anni per reato non colposo.
4. Chi è stato radiato può, a domanda, essere di nuovo iscritto, nel caso di cui al comma 3, quando ha ottenuto la riabilitazione giusta le norme di procedura penale.
5. Avverso le deliberazioni del Consiglio regionale o provinciale l'interessato può ricorrere a norma dell'articolo 17.

Articolo 27. Procedimento disciplinare

1. Il Consiglio regionale o provinciale dell'Ordine inizia il procedimento disciplinare d'Ufficio o su istanza del Procuratore della Repubblica competente per territorio.
2. Nessuna sanzione disciplinare può essere inflitta senza la notifica all'interessato dell'accusa mossagli, con l'invito a presentarsi, in un termine che non può essere inferiore a trenta giorni, innanzi al Consiglio dell'Ordine per essere sentito. L'interessato può avvalersi dell'assistenza di un legale.
3. Le deliberazioni sono notificate entro venti giorni all'interessato e al Procuratore della Repubblica competente per territorio.
4. In caso di irreperibilità, le comunicazioni di cui ai commi 2 e 3



avvengono mediante affissione del provvedimento per dieci giorni nella sede del Consiglio dell'Ordine e all'albo del Comune dell'ultima residenza dell'interessato.

L'art. 17 sopra richiamato riguarda i ricorsi avverso le deliberazioni consiliari, che possono essere impugnate «con ricorso al Tribunale competente per territorio, dagli interessati o dal Procuratore della Repubblica presso il Tribunale stesso».

Gli Ordini che, in questi anni, hanno potuto implementare un sistema istruttorio entro la procedura disciplinare, hanno costituito Commissioni Deontologiche ad hoc, dotandole di opportuni Regolamenti. Disegniamo qui un modello che, con possibili variazioni di scarsa rilevanza tecnica, mostra il loro funzionamento.

La Commissione ha come compito di istruire le pratiche relative a possibili infrazioni del Codice Deontologico, filtrandole per il Consiglio che ne è il destinatario naturale e al quale spetta la titolarità del procedimento così come previsto dall'art. 27 della L. 56/89. La Commissione raccoglie, in primo luogo, le segnalazioni provenienti dalle diverse fonti che sollecitano l'azione disciplinare nei confronti di un iscritto, ovvero agisce *motu proprio* nei casi in cui, per es., si sia imbattuta in corso di istruttoria in dati non direttamente riguardanti lo psicologo oggetto di segnalazione, ma che appaiono di possibile rilevanza deontologica a carico di altri psicologi. È buona prassi che le segnalazioni anonime vengano protocollate e conservate in archivio, ma non considerate idonee all'attivazione dell'istruttoria, salvo che riguardino possibili infrazioni del Codice Deontologico pubblicamente rilevabili, come per es. affissioni promozionali documentate o forme pubbliche di comunicazione come tipicamente quelle postate su siti web o social network.

La prima valutazione della Commissione riguarda la congruenza della segnalazione: se il Consiglio le ha concesso (come è senz'altro opportuno) la facoltà di archiviazione in fase istruttoria, la Commissione può valutare di non attivarsi a fronte di segnalazioni manifestamente irrilevanti sotto il



profilo deontologico, archiviandole con effetto immediato, o può iniziare l'istruttoria. In questo caso, lo psicologo oggetto di segnalazione ne riceve copia e viene invitato a produrre memoria difensiva; in alcuni casi viene anche convocato in audizione davanti alla Commissione, alla quale è tenuto a presentarsi nel proprio interesse anche se non sussiste un obbligo in tal senso, e nel corso della quale può avvalersi dell'assistenza di un avvocato o di un collega; se non convocato, può chiedere di essere ascoltato e a tale richiesta la Commissione non può opporre un diniego. Per tutta la durata dell'istruttoria lo psicologo incolpato può produrre e depositare documentazione a discarico. La Commissione, in casi eccezionali, può reiterare la convocazione, così come può audire persone informate dei fatti, sia se indicate dal segnalante, sia se indicate dallo psicologo oggetto di segnalazione.

A questo stadio dell'istruttoria, completata la raccolta delle informazioni e vagliata la loro pertinenza, la segnalazione può essere archiviata direttamente dalla Commissione, o invece inoltrata al Consiglio perché la prenda in carico: la Commissione effettua l'inoltro con proposta di archiviazione, qualora non abbia provveduto in tal senso autonomamente, preferendo che sia il Consiglio a valutare le circostanze emerse dall'istruttoria; o con proposta di avviamento del procedimento disciplinare ai sensi dell'art. 27 della L. 56/89.

In questo secondo caso, la procedura cessa di rispondere ai criteri stabiliti dai Regolamenti disciplinari di competenza territoriale, per rientrare in quella prevista appunto dal citato art. 27 e uniforme a livello nazionale. La Commissione Deontologica non è competente a indicare al Consiglio la possibile sanzione da comminare qualora l'incolpato venga giudicato responsabile della violazione attribuitagli, ma solo a indicare in riferimento a quali articoli del Codice Deontologico il procedimento disciplinare possa essere avviato: ciò in quanto il Codice Deontologico, fermo il principio della proporzionalità della sanzione alla gravità dell'infrazione accertata, non fissa tale proporzionalità, lasciandone al Consiglio la valutazione e la



decisione relativa.

L'opposizione alla sanzione dinanzi al Giudice ordinario competente per territorio può essere proposta dall'interessato ai sensi del citato art. 17 della L. 56/89.

Alcuni limiti nell'azione disciplinare dei Consigli territoriali, e di conseguenza delle attività istruttorie delle Commissioni Deontologiche ove esistenti, è la mancanza nella L. 56/89 dell'istituto della sospensione cautelare dello psicologo oggetto di procedimento penale per reati incidenti in modo diretto nell'attività professionale, come tipicamente reati a danno personale o patrimoniale di persone assistite, o tipologie di reati contro la persona che suggerirebbero l'interdizione provvisoria dall'esercizio professionale, in attesa delle decisioni della Magistratura.

In assenza di tale possibilità, si verifica il paradosso per il quale lo psicologo a carico del quale si debba aprire un'istruttoria disciplinare a seguito di segnalazione all'Ordine da parte della Procura della Repubblica, proprio a causa della circostanza non sarà oggetto di procedimento disciplinare fin quando la sua eventuale condanna non sia passata in giudicato: e nel frattempo, almeno in linea teorica, potrà quindi continuare a esercitare. La Commissione Deontologica, infatti, non potrà far altro che sommariamente istruire il caso e proporre al Consiglio l'apertura del procedimento disciplinare, che il Consiglio potrà solo aprire e sospendere contestualmente, appunto, all'esito del procedimento penale.

La soluzione di tale forzata *impasse* dell'azione disciplinare non potrebbe essere altra se non una modifica della L. 56/89 che introduca l'istituto della sospensione cautelare.

Quanto alla tipologia e alla "forza" delle sanzioni a disposizione del Consiglio, si deve rilevare la scarsa possibilità di gradazione in rapporto alla gravità dell'infrazione, considerato che le due più miti previste dall'art. 26 della L. 56/89, avvertimento e censura, hanno carattere riservato e pertanto non possono essere portate a conoscenza del pubblico, con conseguente appiattimento del loro effetto sul curriculum del professionista sanziona-



to (salvo che la censura costituisce, ovviamente, un precedente più rimarchevole); e la prima delle due sanzioni più gravi, la sospensione, configura già un danno significativo tanto per l'immagine quanto per l'economia del professionista che l'abbia ricevuta, in quanto deve essere comunque pubblicizzata oltre a obbligarlo a un fermo lavorativo. Una sanzione intermedia fra la censura e la sospensione, quale una sorta di ammonizione resa di pubblico dominio, richiederebbe anch'essa una modifica della L. 56/89, ma soprattutto appare oggi probabilmente non compatibile con le tendenze legislative in materia di riservatezza dei dati personali.

Si pone, riguardo alla gravità e all'efficacia delle sanzioni, anche un problema tecnico procedurale a cui è bene che i Consigli pongano attenzione nell'allestimento dei relativi Regolamenti disciplinari. Il provvedimento della sospensione dall'esercizio professionale, in quanto di natura amministrativa anche se concernente l'ambito disciplinare, se non diversamente specificato è caratterizzato da immediata esecutività: ciò che urta con la possibilità di ricorso entro i termini di Legge al Giudice ordinario, in quanto il ricorso presuppone la conoscenza da parte dell'interessato delle motivazioni della decisione sanzionatoria, motivazioni che difficilmente potranno essere contestuali alla pronuncia del Consiglio, di regola essendo redatte e depositate in un secondo momento.

A riguardo è da valutare l'opportunità che la sospensione abbia effetto, per Regolamento, a partire non dalla decisione relativa adottata con delibera del Consiglio, ma dal deposito delle motivazioni, che è comunque necessario vengano predisposte con ragionevole celerità.

È infine raccomandabile che le Commissioni Deontologiche vengano utilizzate dagli Ordini anche in funzione di prevenzione disciplinare, agendo come consulenti degli iscritti di fronte a criticità etico-giuridiche nelle quali si trovino coinvolti in corso di attività professionale. Tale funzione accessoria ma non secondaria, risponde a una domanda latente degli psicologi che, se adeguatamente raccolta e trattata, può portare a una significativa riduzione del contenzioso con i clienti e tra colleghi, dovuta a



infrazioni di natura colposa (la assoluta maggioranza) per imperizia, negligenza o inosservanza di regole del corretto esercizio della professione. La Commissione Deontologica dell'Ordine Lazio ha implementato questo tipo di servizio via e-mail, con il significativo risultato, in soli tre anni, di raggiungere un trend di oltre 350 richieste di consulenza l'anno su questioni di applicazione del Codice Deontologico in situazioni di difficoltà decisionale soggettiva o oggettiva da parte degli iscritti, soprattutto dei più giovani. Ovviamente la consulenza viene resa esclusivamente su casi che non abbiano già determinato l'avvio di un'istruttoria disciplinare; gli ambiti in cui gli psicologi sembrano più spesso incontrare tali difficoltà sono lo sportello di ascolto nella scuola e più in generale il rapporto con le istituzioni e con i genitori nell'assistenza a soggetti minorenni; le consulenze tecniche nel processo di famiglia; le richieste di certificazione che presentino il rischio di rivelazione di segreto professionale: questioni spesso complesse e delicate in cui la consulenza della Commissione Deontologica può rivelarsi fondamentale per evitare che da parte degli iscritti meno esperti vengano commessi errori potenzialmente forieri di conseguenze disciplinari.



Documento recepito
dal Consiglio
dell'Ordine nella seduta
del 14 luglio 2017

Documento sulle prestazioni sanitarie etero-determinate: diritto alla salute e libertà di scelta

*di Marco Pingitore, Giovanni Lopez,
Massimo Aiello e Rocco Chizzoniti
GdL Psicologia Giuridica presso l'Ordine
degli Psicologi della Calabria.
Consulenza esterna: Dott. Gustavo Sergio*

Premessa

Gli interventi psicologici a carattere sanitario sono un formidabile strumento di tutela del benessere psichico, fisico e sociale messo a disposizione delle persone dalle professioni e dalle scienze psicologiche. Nello specifico la valenza curativa della psicoterapia è stata recentemente ribadita dal Sistema Sanitario Nazionale che ha inteso favorirne l'accesso inserendola nei Livelli Essenziali di Assistenza. Tuttavia, il ricorso alla psicoterapia necessita di peculiari condizioni di impiego che garantiscano gli interessi del paziente, favoriscano l'efficacia dell'intervento e ne limitino gli effetti iatrogeni. Tali condizioni sono fondamentalmente rinvenibili nelle teorie e tecniche di riferimento dei vari orientamenti psicoterapici.

Negli ultimi tempi appare diffusa e frequente la tendenza, di vari Tribunali, a prescrivere un trattamento sanitario, in genere un sostegno psicologico alla genitorialità e/o una psicoterapia, alla coppia genitoriale con l'obiettivo di affievolire il conflitto e recuperare le competenze genitoriali. Nelle cause giudiziarie per l'affidamento della prole il Giudice, spinto dal-



la tutela e salvaguardia del minore, anche su suggerimento del Consulente Tecnico di Ufficio, talvolta dispone un trattamento sanitario a carico dei genitori da seguire individualmente e/o in coppia.

Molto spesso, le suddette pronunce prevedono, in caso di mancata adesione, la perdita dell'affidamento del figlio - con conseguente pregiudizio sulla responsabilità genitoriale - oppure l'inversione della abitazione abituale del minore (dall'uno all'altro genitore).

Alla luce di questa premessa, occorre precisare che è vietato imporre qualsiasi trattamento sanitario nei confronti di soggetti adulti. Divieto sancito dall'art. 32 della Costituzione italiana che recita al secondo comma:

[...] Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge...

Tale principio è anche espresso in una recente sentenza⁶⁹ della Suprema Corte di Cassazione allorquando si chiarisce che:

la prescrizione ai genitori di sottoporsi ad un percorso psicoterapeutico individuale e a un percorso di sostegno alla genitorialità da seguire insieme è lesiva del diritto alla libertà personale costituzionalmente garantito e alla disposizione che vieta l'imposizione, se non nei casi previsti dalla legge, di trattamenti sanitari. Tale prescrizione, pur volendo ritenere che non imponga un vero obbligo a carico delle parti, comunque le condiziona ad effettuare un percorso psicoterapeutico individuale e di coppia confliggendo così con l'art. 32 della Costituzione.

Qualsiasi intervento di natura psicologica ha l'obiettivo di "promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità" attraverso una ridefinizione dei significati che la persona attribuisce alla realtà circostante.

Elemento a fondamento di una buona riuscita dell'intervento psicologico

⁶⁹ Cassazione Civile, sez. 1, sentenza n. 13506/15 – Pres. Fabrizio, Rel. Bisogni



è la motivazione del soggetto al cambiamento di una situazione di disagio persistente.

La Consulenza Tecnica di Ufficio nei casi di valutazione della responsabilità genitoriale: la prassi attualmente più diffusa

L'accertamento peritale ha l'obiettivo di rispondere ai quesiti del Giudice in tema di responsabilità genitoriale (idoneità genitoriale), valutando sostanzialmente la situazione psicologica della famiglia divisa, con specifico riferimento all'esercizio delle funzioni genitoriali e ravvisando eventuali elementi di disagio del minore (soprattutto quando derivano da un inadeguato adempimento delle funzioni genitoriali) e proponendo interventi adeguati alla situazione.

Capita che il CTU concluda con il suggerimento, per i genitori, di intraprendere una psicoterapia o un sostegno psicologico al fine di ridurre il conflitto coniugale; suggerimento che, il più delle volte, si concretizza in una richiesta di una vera e propria prescrizione.

La prescrizione del Tribunale

Alla luce di questa prassi, su impulso della Consulenza Tecnica di Ufficio, il Giudice può orientare la propria decisione prescrivendo un sostegno psicologico per la coppia genitoriale e/o una psicoterapia individuale al fine di abbassare / rimuovere quel conflitto che di regola produce effetti pregiudizievoli per la vita quotidiana e per lo sviluppo psico fisico del figlio minorenne, investendo a tal fine anche i Servizi Sociali/Aziende Sanitarie Provinciali del territorio.

La prescrizione del trattamento sanitario sottende, spesso in termini espliciti, la minaccia di ulteriori provvedimenti sfavorevoli, in tema di



affidamento del figlio e di responsabilità genitoriale, in quanto l'eventuale rifiuto di una o dell'altra parte potrà essere valutato come condotta ostensiva alla corretta crescita del figlio, in quanto oppositiva al diritto alla bi-genitorialità.

È possibile imporre un cambiamento?

Anche se con un intento generoso, aspirando a favorire incisivamente sulla presa di coscienza dei genitori responsabili della situazione conflittuale, è pacifico ritenere che imporre un cambiamento di un'idea o di un convincimento potrebbe risultare inefficace oltre che rappresentare una funzione distorta, questa sì, dell'intervento sanitario di tipo psicologico il quale non ha e non può avere come obiettivo quello di *far cambiare idea alle persone*, seppur nel supremo e condiviso interesse del minore, alla stregua di una esplicita/implicita minaccia *se non cambi potresti perdere tuo figlio*.

La premessa di un percorso di sostegno psicologico e/o psicoterapico è la motivazione del soggetto interessato dettata dalla sua libertà di autodeterminazione e di scelta.

Lo psicologo non è in grado di cambiare le idee e di modificare i distorti convincimenti mediante un'imposizione indotta da un soggetto terzo. Alla base della relazione tra paziente e professionista vi sono l'alleanza, la fiducia, il rispetto reciproco e una condivisione degli obiettivi terapeutici co-costruiti e non prescritti dall'esterno.

Il genitore coinvolto in un trattamento sanitario di tipo psicologico dovrebbe poter liberamente esprimere le sue idee in merito alla propria situazione familiare al suo psicologo senza sentirsi già a priori giudicato dal professionista inteso alla stregua di un ausiliario del giudice, dunque di un'autorità che può adottare, anche indirettamente, provvedimenti che possono essere negativi per lui.

Senza motivazione risulta estremamente difficile, se non impossibile, in-



traprendere qualsivoglia intervento psicologico per ridurre la conflittualità coniugale, anche perché, laddove essa ci fosse già, probabilmente, la regolazione dei rapporti con i figli si sarebbe potuta maturare in sede di mediazione familiare o di negoziazione assistita.

Nei casi di alienazione parentale in cui uno dei due genitori non riesce ad avere accesso al figlio a causa dell'altro genitore, quest'ultimo, di per sé, potrebbe non avere alcuna intrinseca motivazione a intraprendere un percorso terapeutico volto al ripristino del rapporto con l'ex partner e tra questi ed il figlio. Analoga mancanza di motivazione potrebbe valere per quest'ultimo.

La psicoterapia, in tali circostanze, potrebbe addirittura provocare perdite di tempo e nessuna possibilità per il genitore rifiutato di recuperare il rapporto con il figlio. Si pensi ai casi di alienazione parentale in cui un Tribunale, all'esito di una CTU, preveda soltanto un intervento sanitario sulla coppia genitoriale, senza disporre un intervento, più incisivo, volto all'allontanamento del figlio dal genitore irresponsabile. Quest'ultimo potrebbe, infatti, strumentalizzare lo spazio e il tempo dell'intervento terapeutico a danno dell'altro: per esempio, ritardando i tempi dell'intervento, spostandone date e orari, simulando una motivazione al cambiamento senza che ci sia un'effettiva intenzione.

Tempi, obiettivi e finalità della terapia giudiziaria e sua efficacia

Se è vero che un intervento psicologico può produrre un cambiamento, è altresì vero che per cambiare valgono i tempi di maturazione di ogni persona, occorre una dimensione confidenziale con un terapeuta inteso come professionista di esclusiva fiducia dell'assistito e non investito, anche indirettamente, dal giudice anche al fine di controllare l'evoluzione del conflitto (*rectius* "dell'intervento psicologico") per l'adozione di ulteriori



provvedimenti (anche negativi) nei propri confronti. Solo un rapporto di fiducia che scaturisce da una libera scelta della persona può alimentare e, poco a poco, sviluppare la motivazione al cambiamento.

Senza motivazione, tutti gli interventi psicologici potrebbero rivelarsi sterili e di breve durata.

Le dinamiche conflittuali della famiglia divisa, inoltre, sono molto complesse e intrecciate. Appare quindi difficoltoso per lo psicologo, per esempio, lavorare solo sulla coppia genitoriale tralasciando il figlio (magari inviato ad un centro di Neuropsichiatria Infantile).

In queste circostanze, ci si potrebbe interrogare non solo su quali possano essere gli obiettivi “forzati” dell’intervento, ma anche sull’eventuale possibilità per lo psicologo di interrompere il trattamento in qualsiasi momento lo ritenga opportuno, per svariati motivi legati sia allo stesso professionista, sia all’eventualità che il suo tipo di impostazione metodologica non sia indicata per quel tipo di situazione. Inoltre, interrotto l’intervento, genitori e psicologo dovrebbero comprendere come procedere: ritornare dal Giudice per altre indicazioni o esercitare l’autonomia nella scelta di un altro professionista.

Da un punto di vista tecnico gli obiettivi degli interventi psicologici, prescritti dal giudice, non sono riferibili ad una tecnica scientificamente valutata, né i tempi e la frequenza degli interventi dipendono da peculiarità operative derivanti da determinate scuole, quanto, piuttosto, dalle risorse dei servizi effettivamente disponibili.

In realtà prevalgono gli obiettivi contenuti nelle prescrizioni - eventualmente maturati in sede giudiziaria nell’ambito di una CTU - e non necessariamente condivisi dagli operatori dei servizi chiamati a realizzare un intervento per definizione progettato da altri e per di più non sulla base di un consenso liberamente maturato ed espresso da parte delle persone interessate.



Criticità legate al Codice Deontologico degli psicologi

A complicare maggiormente il quadro, vanno poi considerati alcuni articoli del Codice Deontologico degli Psicologi che evidenziano le criticità dell'intervento psicologico eseguito per ordine, diretto/indiretto, del Tribunale:

– **il rispetto di opinioni e credenze altrui** (Art. 4 C.D.): “nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; ne rispetta opinioni e credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori...”;

– **l'autonomia professionale** (Art. 6 C.D.): “lo psicologo accetta unicamente condizioni di lavoro che non compromettano la sua autonomia professionale ed il rispetto delle norme del presente codice...” per tal motivo, lo psicologo potrebbe opporsi o interrompere un intervento, per svariati motivi, anche se imposto da un Tribunale;

– **il segreto professionale** (Art. 11 C.D.): “lo psicologo è tenuto a mantenere il segreto delle informazioni apprese durante il suo esercizio professionale”;

– **libertà di scelta** (Art. 18 C.D.): “in ogni contesto professionale lo psicologo deve adoperarsi affinché sia il più possibile rispettata la libertà di scelta, da parte del cliente e/o del paziente, del professionista cui rivolgersi”;

– **il consenso informato** (Art. 24 C.D.): il genitore o entrambi dovrebbero essere resi edotti dallo psicologo sulle “informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza, al fine di esprimere un valido consenso informato” che si tradurrebbe, invece, in un paradossale “consenso imposto” oppure in un “consenso viziato” dalle eventuali ripercussioni sulla responsabilità genitoriale in caso di rifiuto del trattamento;



- interruzione del rapporto terapeutico (Art. 27 C.D.): “lo psicologo valuta ed eventualmente propone l’interruzione del rapporto terapeutico quando constata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della cura stessa. Se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi”;
- sviluppo della libertà di scelta (art. 39 C.D.): “lo psicologo presenta in modo corretto ed accurato la propria formazione, esperienza e competenza. Riconosce quale suo dovere quello di aiutare il pubblico e gli utenti a sviluppare in modo libero e consapevole giudizi, opinioni e scelte”

Conclusioni

Alla luce delle osservazioni effettuate finora sulle prestazioni sanitarie etero-indotte, nello specifico sostegno psicologico alla genitorialità e psicoterapia, si richiama l’orientamento maggioritario della giurisprudenza di legittimità⁷⁰ secondo cui il presupposto indefettibile di ogni trattamento sanitario risiede nella scelta, libera e consapevole - salvo i casi di necessità e di incapacità di manifestare il proprio volere - della persona che a quel trattamento si sottopone, considerando la persona soggetto attivo e partecipe dei processi decisionali che lo riguardano per l’attuazione del diritto alla salute.

Ogni intervento sanitario coatto sui soggetti adulti dovrebbe assumere le forme di un Trattamento Sanitario Obbligatorio e non quelle di un invito-imposizione tanto da provocare, già in partenza, un significativo pregiudizio al trattamento sanitario di natura psicologica, lesivo della libertà dell’individuo.

⁷⁰ Cfr Cassazione Penale, sez. 5, sentenza n. 16678/16 – Pres. Fumo, Rel. Settembre



Reati procedibili d'Ufficio

Delitti sessuali:

(artt. 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies e 609-octies c.p.)

- a) Violenza sessuale commessa nei confronti di minore di anni 18;
- b) Violenza commessa dal genitore (anche adottivo) o dal di lui convivente, dal tutore o da persona alla quale il minore sia affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia;
- c) Violenza commessa da un Pubblico Ufficiale o da incaricato di un Pubblico Servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
- d) Violenza connessa ad altro delitto perseguibile d'Ufficio;
- e) Atti sessuali compiuti su persona che non ha ancora compiuto i 10 anni;
- f) Violenza sessuale di gruppo.

Stalking:

(art. 612-bis c.p.)

il reato è procedibile d'Ufficio solo se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità di cui all'art.3 della Legge 5 febbraio 1992, n.104, nonché quando il fatto è connesso con altro delitto per il quale si procede d'Ufficio.



Delitti contro la famiglia:

- a) Abuso di mezzi di correzione o di disciplina (art. 571 c.p.);
- b) Maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli (art. 572 c.p.).

Delitti contro la libertà individuale:

- a) Sequestro di persona (art. 605 c.p.);
- b) Violenza privata (art. 610 c.p.);
- c) Minaccia aggravata (art. 612 c.p.);
- d) Incapacità procurata mediante violenza (art. 613 c.p.);
- e) Prostituzione minorile (art. 600-bis c.p.).





Progetto grafico by **WebLogo.it**
Via Galluppi, 37 - Cosenza
Tel. 0984 22957
weblogo@weblogo.it
www.weblogo.it