

MODIFICA DEL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI ITALIANI. SIAMO D'ACCORDO? PROVIAMO A LEGGERE TRA LE RIGHE

Cari Colleghi, in vista del nostro voto al referendum sulla modifica del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, **ci preme condividere con voi tutti alcune opinioni e perplessità in merito alle modifiche inserite nella proposta di revisione del Codice Deontologico¹.**

Con l'obiettivo di informare, riportiamo qui di seguito una nostra analisi del documento e i **molteplici elementi che ci indirizzano a votare NO** a questa proposta di modifica del Codice, augurandoci che queste riflessioni possano stimolare uno scambio attivo e proficuo tra tutti noi iscritti.

L'analisi che vi presentiamo è stata inoltre sottoposta alla supervisione di avvocati ed esperti di altre discipline, che hanno colto importanti aspetti ed espresso osservazioni che trovate integrate in questo documento; per cui ogni notazione è stata attentamente valutata e ponderata.

Buona lettura e grazie per l'attenzione.

UNA DEBOLE CAMPAGNA INFORMATIVA E L'IMPOSSIBILITÀ DI VOTARE SULLA MODIFICA DI OGNI ARTICOLO

In data 10/06/2022 il CNOP informa, tramite e-mail, la comunità degli psicologi che sta iniziando un nuovo percorso di modifica del codice: *«Occorre la partecipazione di tutta la comunità professionale. Per tale motivo è importante essere parte integrante di questo percorso partecipativo e di ascolto, rivolto a tutte le iscritte e gli iscritti».*

Sempre nel mese di giugno 2022, gli iscritti sono invitati via e-mail a compilare un questionario contenente alcune domande specifiche rispetto ai singoli articoli che compongono il Codice. Una parte degli iscritti ha dichiarato di non aver mai ricevuto questa e-mail; inoltre, i risultati del questionario non sono mai stati resi disponibili alla comunità professionale. La proposta della versione finale del nuovo Codice Deontologico, approvata dal Consiglio, è stata resa pubblica solamente con la newsletter del 16 giugno 2023, annunciando la successiva presentazione al pubblico durante il convegno degli Stati Generali della Professione Psicologica.

Il 27 giugno 2023 è stato comunicato che il quesito referendario sarà uno e soltanto uno, cioè quello di accettare o rifiutare in blocco il nuovo Codice Deontologico. La richiesta di approvare o rifiutare in toto le modifiche rappresenta di per sé una **limitazione alla libertà di espressione, che orienta la decisione verso una forzata approvazione;**

¹ https://www.psy.it/wp-content/uploads/2023/06/CDPI_-2023-clean-con-premessa-etica.pdf

potremmo infatti essere d'accordo sulla modifica di alcuni articoli e in disaccordo sulla modifica di altri articoli, ma non ci è data alcuna possibilità di esprimere questa scelta. Questo orientamento si allontana da quello adottato nel referendum precedente (del 2013), in cui si proposero tre distinti quesiti in merito alla possibile modifica di tre distinti articoli del codice (un quesito per articolo).

Inoltre, l'attuale campagna informativa sulla revisione del Codice è apparsa poco strutturata e poco approfondita, facendo passare il messaggio che sono stati apportati cambiamenti minimi di adeguamento dei termini di legge e di rifinitura linguistica, mentre a nostro parere risultano esserci cambiamenti sostanziali che andrebbero meglio argomentati.

Nel complesso, emerge la riluttanza del CNOP a coinvolgere e considerare il punto di vista dei propri iscritti, attivando quel percorso partecipativo di cui parla.

ALL'INTERNO DEL CODICE: UNA PREMESSA ETICA CHE NON POTREMO VOTARE

All'interno della proposta del nuovo Codice Deontologico è stata inserita una premessa etica che si compone di 4 principi etici, in parte estrapolati da commi appartenenti ad articoli del Codice vigente (che sono quindi stati spostati in questa premessa) e in parte composti da ulteriori enunciati.

Tale premessa **non è sottoposta a referendum**, come invece il resto del Codice Deontologico. Pertanto, un ristrettissimo numero di professionisti (Commissione Deontologia e Osservatorio Permanente del Codice Deontologico) decide e potrà decidere in futuro il fondamento etico della professione di un'intera Comunità, in modo autocratico e senza alcuna consultazione con i colleghi iscritti. Tutto ciò risulta particolarmente grave alla luce del fatto che la premessa etica è vincolante e informa la deontologia dello psicologo.

La scelta di non sottoporre al voto la premessa indebolisce il nuovo Codice Deontologico, poiché lo priva di un'importante opportunità di legittimazione attraverso la partecipazione e sembra **educare** la comunità di colleghi a obbedire a priori. Le premesse riguardanti *etica* e *valori* dovrebbero essere frutto di concertazione tra coloro che si pongono in ascolto dei diversi pareri e istanze; un ascolto, questo, che è lo strumento base della professione psicologica. Le procedure scientifiche così come quelle democratiche cominciano dalla condivisione delle premesse; riteniamo pertanto non etico sottrarre al vaglio referendario la premessa etica.

Inoltre, tenendo conto di quanto sia stata trascurata l'etica in questi ultimi anni, rispetto ad alcuni dei diritti fondamentali delle persone che abbiamo visto calpestati (diritti mai messi in discussione prima), **riteniamo ci sia particolare necessità di confrontarci su cosa consideriamo etico in relazione alle acquisizioni scientifiche, al fine di salvaguardare le diverse istanze** presenti nella comunità professionale e senza operare discriminazioni.

PERPLESSITÀ NEI CONTENUTI DELLA PREMESSA ETICA

Leggendo questa premessa, si osserva la **genericità di diverse frasi e concetti, che si possono prestare a interpretazione, lasciando un potenziale ampio margine d'azione**. Sembra che queste aggiunte/modifiche spingano per consentire un uso *passepertout* della norma: non si comprende quale sia la direzione intrapresa ma appare evidente che grazie a queste nuove introduzioni venga **ampliato il margine interpretativo a svantaggio della chiarezza normativa, vulnerabilità che espone il Codice Deontologico a un uso inopportuno**.

Si osserva, inoltre, come alcuni concetti risultino espressi in modo improprio. Esponiamo qui di seguito le nostre criticità.

In merito alla frase «*Le psicologhe e gli psicologi fondano le loro ricerche e la loro pratica professionale su conoscenze scientifiche specifiche, discusse e condivise dalla comunità scientifica internazionale e nazionale*», ci risulta lacunosa e fuorviante l'assenza di chiarezza sul concetto di *comunità scientifica nazionale ed internazionale*: **a quale comunità scientifica si sta facendo riferimento?**

Il concetto di comunità scientifica, infatti, non può esaurirsi unicamente nel circuito di enti e società scientifiche ufficialmente riconosciuti dallo Stato o dalle organizzazioni intergovernative. Questo non garantirebbe una neutralità della scienza, come abbiamo già potuto riscontrare in relazione alla gestione della più importante problematica sanitaria della storia recente.

Dal momento che le parole **scienza e scientifico** ricorrono genericamente in più punti, mentre non compaiono nel vecchio e attualmente vigente Codice Deontologico, e considerando ora la professione di psicologo compresa tra le professioni sanitarie soggette a *linee guida* autorizzate dal Ministero (come leggiamo nella nuova formulazione dell'art. 22), **ci preme problematizzare ciò che viene considerato scienza** nella pratica professionale: lo svolgimento della nostra professione necessita di competenza e consapevolezza scientifica (cioè saper sostenere e argomentare premesse teoriche, scegliere procedure tecniche idonee e coerenti e validarne gli esiti). È sicuramente necessario preservare innanzitutto la correttezza metodologica, ovvero una metodologia che permetta di dimostrare e verificare ciò che afferma. Riteniamo parimenti necessario tenere conto del fatto che nelle comunità scientifiche di qualunque disciplina, il confronto/contraddittorio tra metodologie, teorie e risultati, è necessario in misura proporzionale alla complessità dei sistemi oggetto di studio, al fine di garantire il progresso della conoscenza. **Gli enti che si dovrebbero occupare di dirimere le controversie scientifiche dovrebbero essere *super partes*, svincolati da interessi politico-economici**. Da qui, sarebbe inoltre necessario precisare in quale misura le loro opinioni sarebbero da ritenersi vincolanti per tutti i professionisti.

Lo sviluppo della libera conoscenza scientifica implica inoltre lo stretto legame con la responsabilità etica e non può patire di ambigue commistioni con logiche di mercato o dell'ideologia di un momento storico contingente. Esempi rispetto a questo sono abbondantemente documentati nella storia della scienza.

Nel portare avanti una scienza fondata sull'etica, è necessario riconoscere quando il termine "scientifico" può venire pericolosamente inquinato dal trionfo farmaceutico/economico/politico.

Questa specificazione si rende necessaria, constatata l'ormai stabile tendenza alla **strumentalizzazione del legame tra etica e scienza** che ha avuto come esito un paradosso per cui le decisioni politiche potevano ammantarsi di valori etici, riparandosi dietro alla presunta neutralità, veridicità e indiscutibilità della "scienza". Ciò risulta particolarmente evidente se analizziamo il contesto medico, all'interno del quale risulterebbe etica una validazione di metodi e risultati attraverso la ricerca scientifica ma questa ricerca scientifica non può più essere considerata garanzia di neutralità laddove diviene teatro di gravissime ingerenze ad opera di istituzioni medico-scientifiche corrotte, che hanno portato avanti una rappresentazione di scienza forzosamente univoca con l'obiettivo di tutelare interessi di tipo economico. L'assoggettamento a queste istituzioni, arbitrariamente designate come uniche autorità garanti, rende l'associazione tra etica e scienza particolarmente difficile da realizzarsi, se non si vuole piegare l'etica professionale in direzione della mera obbedienza a decisioni che riflettono i mutevoli assetti politico-istituzionali e gli interessi economici dei promotori della ricerca scientifica stessa, i quali spesso rivestono anche il ruolo di revisori dei risultati.

Ci troviamo d'accordo con la non troppo paradossale espressione del filosofo della scienza Paul Feyerabend che si spingeva a chiedere, dopo la separazione tra Stato e Chiesa, anche la separazione tra Stato e scienza, contestualizzando questa espressione all'attuale condizione sociale, in cui lo Stato è sempre più ostaggio delle politiche economiche che indirizzano parte dei flussi di finanziamento nella ricerca.

Gli psicologi hanno una grande responsabilità in merito al **corretto rapporto tra scienza e etica**, ma si ha l'impressione che le modifiche proposte per il nostro Codice allontanino da un approccio scientifico proprio perché lo affidano a *linee guida* (indicate nella revisione dell'art. 22), esautorando lo psicologo dall'obbligo di operare in "scienza e coscienza". **Non vorremmo pertanto avallare la scelta di sottostare a linee guida che scaricano il/la professionista dalle vere responsabilità etiche, oltre a limitarne l'autonomia.**

Venendo al concetto di **autonomia professionale**, emerge una contraddizione tra la frase riportata nell'art. 6 (sia del testo vigente che nella sua revisione), dove si afferma che gli psicologi «**accettano unicamente condizioni di lavoro che non compromettano la loro autonomia professionale ed il rispetto delle norme del presente codice**» (specificando quindi come l'autonomia professionale sia limitata solo dalle norme del Codice Deontologico), e quanto si afferma invece in premessa etica: «*le psicologhe e gli psicologi fondano le loro ricerche e la loro pratica professionale su conoscenze scientifiche specifiche, discusse e condivise dalla comunità scientifica internazionale e nazionale*». Queste conoscenze, in assenza di ulteriori chiarimenti, **sembrano proprio derivare da una diversa fonte, altra rispetto al Codice Deontologico, la cui sola osservanza limita l'autonomia dello psicologo**. Si mostra con tutta evidenza questo nuovo soggetto al centro dell'attenzione negli ultimi anni: la "**comunità scientifica internazionale e nazionale**", all'interno della quale tali conoscenze e prassi sono discusse e condivise. Questo paradigma diventa il recinto entro il quale dovrebbero muoversi la ricerca, la pratica e la formazione,

limitando così la natura innovativa dell'approccio scientifico. Il riferimento a conoscenze, per così dire "validate", dalla suddetta comunità, come vedremo, trova seguito in alcune modifiche del Codice. Ciò che si pone in discussione non è la validazione delle conoscenze, bensì l'uso che se ne fa (per approfondimenti, si rimanda a quanto scritto nel presente documento, in merito all'art. 22).

Andiamo ora ad esaminare, qui di seguito, i quattro principi etici della premessa.

Il primo comma del primo principio etico della premessa etica è stato estrapolato dall'art. 4 del Codice Deontologico vigente, e in parte rielaborato:

- l'art. 4 del Codice vigente riporta: *«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 [...]»*

- mentre nella proposta di revisione (primo comma del primo principio etico) leggiamo: *«Le psicologhe e gli psicologi rispettano e promuovono i diritti fondamentali della dignità e del valore di tutte le persone e degli animali».*

In questa formulazione colpisce che la dignità venga annoverata tra i diritti fondamentali quando la dignità non è qualcosa che la psicologa e lo psicologo riconoscono, ma la condizione naturale di ogni essere umano. Così come risulta ambigua l'introduzione del "diritto del valore delle persone" che non trova riscontro a livello giuridico e appare aleatoria anche a livello etico.

È stato aggiunto «e degli animali» ed è stato tolto il riferimento diretto al rispetto dell'autodeterminazione delle persone. Non si comprende il bisogno di questa aggiunta, dal momento che già nell'art. 10 sono riportate le specifiche sulle attività professionali con gli animali. Inoltre, non è chiaro, ed è comunque incoerente, perché il termine "*animali*" compaia solo nel primo periodo del primo principio etico e non anche nel secondo (*...persona, animale, gruppo o comunità*). Questa aggiunta distrae inoltre da un punto fondamentale: la sparizione, dal nuovo dettato, del concetto imprescindibile di **autodeterminazione, un termine peculiare che indica una qualità specificamente umana.**

Nel corso della trattazione, andremo a esaminare molteplici passaggi in cui emerge proprio la limitazione dell'autodeterminazione sia del cittadino utente che del professionista, indirizzato da linee guida, che se da un lato sembrano proteggerlo, dall'altro lato ne limitano l'autonomia intellettuale e professionale.

Nel secondo principio etico è scritto che la competenza degli psicologi è data, tra i vari aspetti, da una pratica sottoposta *«alla supervisione di colleghe o colleghi esperti e altamente qualificati»*. Chi decide, e in base a quali criteri, quando si diventa "altamente qualificati"? Questa mancata specifica si ritiene piuttosto rischiosa, specialmente perché si tratta di un'integrazione non inclusa nel Codice.

Proseguendo nel dettato, gli psicologi "**riconoscono i limiti delle loro specifiche competenze e i confini dei loro ambiti di intervento**": in questa specifica si potrebbe intuire una compressione dell'autonomia degli psicologi, contestualizzando questa frase all'interno della proposta di revisione.

Interessante, o per così dire scappato di penna, l'esordio di cui al **terzo principio etico**, rubricato "*Responsabilità*": «*Le psicologhe e gli psicologi hanno la responsabilità professionale e scientifica verso le persone che a loro si rivolgono, verso la comunità e verso la società in cui lavorano e verso l'ambiente che li circonda*». La categoria non altrimenti specificata di "**responsabilità scientifica**", è forse più chiara se associata con la parola che segue, la *comunità*, atta a validare le conoscenze. Ci si chiede se si tratti di un **errore** voluto o di concetti epistemologici ancora non validati.

Non si comprende se l'aporia evidente fra il testo dell'art. 6, che ancora tutela l'autonomia dello psicologo ponendo il rispetto del Codice Deontologico quale unico limite, e la **comparsa di nuovi paradigmi** (comunità scientifica), **parole** e **neologismi** (*responsabilità scientifica, lealtà umana* - vedi quarto principio etico) non siano **evidenti contraddizioni** che necessitano di correzioni e chiarimenti.

Sempre nel terzo principio etico è scritto che gli psicologi «*si assumono la responsabilità della scelta dei metodi, [...] prestando attenzione affinché le loro prestazioni non vengano usate in modo strumentale*»: la genericità con cui è formulato questo passaggio lascia intravedere possibili ipotesi di *culpa in vigilando*, che costituirebbero una rischiosa estensione delle fattispecie disciplinate dall'art. 2048 del Codice Civile²; in particolare, ci si riferisce alla seconda parte dell'articolo 2048, che recita: «*I precettori e coloro che insegnano un mestiere o un'arte sono responsabili del danno cagionato dal fatto illecito dei loro allievi e apprendisti nel tempo in cui sono sotto la loro vigilanza*». Se sostituiamo *i precettori e coloro che insegnano un'arte* con "psicologi" e *allievi* con "pazienti", ne risulta che lo psicologo sarebbe responsabile per un danno cagionato dal paziente.

La premessa etica **conclude** con il seguente testo, questa volta sottolineato: «*I principi sopra enunciati sono fondamentali e imprescindibili; le psicologhe e gli psicologi si impegnano a rispettarli, ad ispirarsi ad essi ed a diffonderne la conoscenza. Sulla base di tali principi regolano i rapporti che intrattengono nella loro comunità scientifico-professionale e quelli che sviluppano con le altre professioni*». Tale affermazione, più che una richiesta di correttezza professionale a cui ogni professionista di ogni ambito è tenuto, sembra "suggerire" l'**invito all'obbedienza a indicazioni istituzionali**; un aspetto, questo, che si può intravedere in diverse modifiche apparentemente marginali.

È singolare pretendere che gli appartenenti a un Ordine professionale regolino i rapporti con gli appartenenti ad altro Ordine professionale sulla base delle premesse etiche e non delle disposizioni del proprio Codice Deontologico o del proprio Ordine.

² <https://www.codice-civile-online.it/codice-civile/articolo-2048-del-codice-civile>

PERPLESSITÀ IN MERITO ALLE MODIFICHE SALIENTI PRESENTI IN DIVERSI ARTICOLI DEL CODICE DEONTOLOGICO

Si premette che nel corpo del documento, tra i **termini/diciture modificati** all'interno dei vari articoli troviamo:

- **Persone** al posto di **soggetti**. La sostituzione di *soggetto* con *persona* è già utilizzata in vari atti normativi europei. Con questa sostituzione si escludono, dall'ambito della tutela giuridica, soggetti quali per esempio l'embrione e si rende, inoltre, più ambiguo il confine del potere di autodeterminazione del soggetto. In merito alla modifica del nostro Codice, osserviamo una svalutazione della soggettività in favore di una oggettività scientifica non meglio definita. Vorremmo ricordare che tutta la storia della psicologia si costruisce intorno alle specificità dei soggetti e non alla ricerca degli aspetti normativi, compito di altre discipline.

- **Responsabilità genitoriale** al posto di **patria potestà** (nuovi artt. 9 e 31). La nuova dicitura si adatta a un quadro normativo che si è evoluto negli ultimi decenni, dove «*il minore è diventato non solo oggetto di diritto ma soggetto di diritti ed in questo è cambiato il rapporto con i genitori che sono stati intesi non più come titolari di un potere ma esercenti di una responsabilità*» (pag. 39 del documento del 2022 sulle “*Linee di indirizzo per la funzione della Psicologia del SSN*”³). Questo cambio di paradigma, che esplicita il venir meno del *potere* dei genitori sui propri figli, a favore della *responsabilità*, non è esente da insidie nel momento in cui si declina nel nuovo Codice Deontologico (ad es. per le ambiguità presenti negli artt. 4 e 24), con il rischio che questa *responsabilità* possa essere subordinata a norme istituzionali, stabilite per esempio dal Ministero della Salute, come da altri enti (per approfondimenti, si rimanda alla trattazione degli articoli citati).

- **Trattamento/intervento sanitario** (artt. 22, 24, 29, 31) nel caso in cui si parli di consenso informato e di *linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali* da seguire, anziché **rapporto professionale/prestazioni professionali/cura** (nell'art. 22 si intuisce l'impossibilità della libera scelta del professionista, dovendosi appunto attenere a tali linee guida e buone pratiche).

Il *trattamento sanitario* si riferisce quindi all'attività clinica che necessita di consenso informato, disgiunta da altre attività psicologiche, come per esempio l'insegnamento, dove non verrebbe più richiesto il consenso informato: un cambiamento che solleva delle perplessità, di cui si parlerà più avanti.

Nella maggior parte dei casi resta la dicitura *prestazione/rapporto professionale*.

Scompaiono dalla revisione le importanti diciture *rapporto terapeutico* e *cura*, presenti nell'attuale art. 27.

Veniamo ora alle perplessità sulle modifiche più rappresentative di questa revisione, partendo dagli articoli che riportano, a nostro parere, i cambiamenti maggiormente degni di nota.

³ <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1666036625.pdf>

ART. 4 – Principio del rispetto e della laicità

Il vecchio art. 4, ancora vigente, è caratterizzato da grande trasparenza espositiva e sottolinea fermamente la tutela fondamentale del paziente, recitando: «*Lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni*». Nella proposta di revisione, questo comma è stato estromesso dal Codice per essere collocato nella premessa etica, con alcune cesure e modifiche che ne diminuiscono l'incisività: «*Le psicologhe e gli psicologi rispettano e promuovono i diritti fondamentali della dignità e del valore di tutte le persone e degli animali. In particolare, operano per la promozione della libertà, dell'autonomia e del benessere psicologico, nel rispetto della soggettività di ciascuna persona, gruppo o comunità*». **Come vediamo, il rispetto all'autodeterminazione del paziente/cliente viene cancellato, ma più in generale è il concetto stesso di tutela dell'autodeterminazione a scomparire dall'intero documento revisionato.** Per chiarire l'importanza di questo passaggio riportiamo il significato del termine "autodeterminazione": *L'atto con cui l'uomo si determina secondo la propria legge: espressione della libertà positiva dell'uomo, e quindi della responsabilità e imputabilità di ogni suo volere e azione* (dal dizionario Treccani). Viene difficile comprendere quale possa essere la ratio sottostante questa cesura che rappresenta **l'eradicazione di un diritto fondamentale, eticamente imprescindibile nella nostra pratica professionale.**

Altra modifica degna di nota di questo articolo è lo stralcio della parte riguardante **il rispetto del diritto alla riservatezza del paziente/cliente**, presente nella precedente formulazione. A nostro avviso **l'eliminazione di questi due diritti fondamentali (autodeterminazione e riservatezza)**, finora garantiti al paziente dal nostro codice Deontologico, non può essere considerata come migliorativa e sono **allarmanti i risvolti che questa modifica potrebbe avere ai danni dell'Utenza.**

Allo stesso modo risulta **difficilmente giustificabile l'eliminazione del comma riguardante le discriminazioni** (lo psicologo «*non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità*») trattandosi di aspetti imprescindibili da preservare, che costituiscono una norma importante nel rapporto con il paziente, in quanto vietano esplicitamente le discriminazioni sulla base di condizioni personali o sociali tutelate in Costituzione Italiana (cfr. art. 3). Al contempo è stato introdotto: (gli psicologi) «*Riconoscono le differenze individuali, di genere e culturali, promuovono inclusività, rispettano opinioni e credenze e si astengono dall'imporre il proprio sistema di valori*». L'utilizzo dei verbi "riconoscere" e "rispettare" esprimono intensità differenti rispetto all'atteggiamento di tutela nei confronti dell'utenza, che ancora una volta uscirebbe indebolita dalle modifiche che si vorrebbero operare con questa revisione.

L'etica professionale dovrebbe quindi far decadere la sua funzione di rispetto dei diritti delle persone, nonostante le sempre più rilevanti discriminazioni personali, sociali ed economiche che attraversano la nostra società, soggetta a multiple crisi? Questo cambio di paradigma dovrebbe cedere il passo a un più aleatorio "riconoscimento", una semplice presa d'atto, di poche condizioni, politicamente corrette e molto più à la page?

Come può una professione d'aiuto quale quella psicologica, essere pensata senza avere come baluardo i diritti fondamentali dell'essere umano?

In conclusione, possiamo dire che questi cambiamenti sono connotati in generale da una minor certezza e chiarezza nella tutela dei pazienti/clienti, con la possibile conseguenza di un restringimento della libertà dei singoli in favore di un controllo sempre maggiore da parte di istituzioni, autorità giudiziaria, ecc. che in tempi recenti hanno assunto un potere sempre maggiore a detrimento dei diritti di riservatezza e autodeterminazione dei cittadini; diritti che anche nella proposta del nuovo Codice sono scomparsi.

Ci riferiamo, per esempio, al DL 44/2021, che negli ultimi anni ha aperto alla possibilità di imporre un trattamento farmacologico. Ma anche al caso di genitori di figli minorenni, la cui responsabilità genitoriale può venire meno, in certe situazioni, a favore di un maggior potere decisionale da parte delle istituzioni. A questo proposito, a pag.10 del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale PNPV 2023-2025⁴ leggiamo: *«le vaccinazioni prescritte rientrano nella responsabilità genitoriale secondo il criterio dell'interesse superiore del fanciullo e del suo diritto ad essere vaccinato»*. In queste righe viene contraddetto il principio di libertà di cura garantito dalla Costituzione italiana ed è lo Stato a sostituirsi al genitore per decidere ciò che è bene per suo figlio, stabilendo delle limitazioni alla sua responsabilità genitoriale, contravvenendo al diritto di esercitarla.

ART. 22 – Condotte non lesive

La modifica di questo articolo riporta un'aggiunta che abbiamo qui di seguito sottolineato: *«La psicologa e lo psicologo adottano condotte non lesive per le persone di cui si occupano professionalmente, e nelle attività sanitarie si attengono alle linee guida e alle buone pratiche clinico-assistenziali»*.

Viene introdotta la dicitura *attività sanitarie*, che si lega alle *linee guida e alle buone pratiche clinico-assistenziali*, **limitando così l'intervento del professionista che diviene il veicolo di contenuti preconfezionati non pensati sul singolo caso**, con il rischio di ridurre sia la/il terapeuta che chi usufruisce dei suoi servizi a pezzi di una catena di montaggio, dove l'unicità del soggetto scompare in favore di processi uguali e replicabili per tutti.

Particolare attenzione deve essere riservata alla preoccupante contraddizione generata dalla modifica dell'art. 22 che incide pesantemente sull'autonomia professionale garantita dall'art. 6. Infatti, se in quest'ultimo viene affermato che «La psicologa e lo psicologo salvaguardano la loro autonomia nella scelta dei metodi, delle tecniche e degli strumenti psicologici, nonché della loro utilizzazione», nel nuovo articolo 22 l'esercizio professionale viene sempre subordinato all'attenersi "a linee guida e buone pratiche" nel caso di attività sanitarie. Come può conciliarsi quindi questa prescrizione con la cosiddetta autonomia del/della professionista? Dobbiamo considerare le peculiarità di una professione sanitaria come la nostra, in cui la relazione (unica e irripetibile) tra professionista e paziente è il principale strumento di cura a nostra disposizione, caratteristica che la rende intrinsecamente differente da tutte le altre professioni afferenti all'ambito sanitario.

⁴ <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1679488094.pdf>

Nella revisione del Codice non viene specificato da chi siano state elaborate queste linee guida, da dove si debba attingere, i criteri di sviluppo, le modalità di confronto, conferma e revisione, ma si ipotizza un riferimento alle seguenti leggi e documenti:

- Legge 24/2017⁵, che si riferisce al Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)⁶. Ai sensi di questa legge, sappiamo che siamo soggetti a rispettare le linee guida promulgate dalle società scientifiche ora presenti nel cosiddetto **libro bianco**, presentato da David Lazzari (presidente nazionale dell'Ordine degli Psicologi e presidente dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria) durante il convegno *Psiche e Vita* degli Stati Generali della Professione Psicologica⁷

- Linee guida pubblicate dal CNOP⁸.

Il Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG) suddivide queste ultime in base alle diverse patologie organiche individuando perlopiù raccomandazioni di tipo medico, anziché psicologico. Rispetto alle rarissime raccomandazioni di interventi psicologici, in questo documento, si osserva come venga considerata una gamma davvero ristretta di approcci psicologici/psicoterapeutici. In particolare, vengono privilegiati gli interventi brevi, come quelli comportamentali, che sono tra quelli più studiati e sono i primi considerati *evidence based* e maggiormente soggetti a precisi protocolli. A proposito degli interventi brevi, che sembrano costituire la direzione predominante, vedasi anche il convegno sugli *Stati Generali della Professione Psicologica*, del 2023, e il documento ISS sulle *terapie psicologiche per ansia e depressione* del 2022⁹.

Inoltre, nel documento sulle *Linee di indirizzo per la funzione della Psicologia del SSN*¹⁰ si parla di valutazioni periodiche dell'efficacia dell'approccio che si sta adottando. A questo proposito, sappiamo quanto dei profondi processi di cambiamento necessitino di tempo per essere realizzati. Per esempio, nell'arco di un anno i risultati di un determinato approccio terapeutico potrebbero essere migliori di quelli ottenuti con un altro approccio, ma ci sarebbe da valutare quanto questi risultati siano duraturi, dal momento che l'efficacia potrebbe capovolgersi nel tempo, a favore di un approccio che inizialmente dà minori risultati. Ci si chiede quanto si tenga conto di questo, nonostante la logica aziendale possa prediligere le soluzioni più economiche in base a un certo tempo richiesto per ottenere un certo risultato (si parla di logica aziendale, in quanto in questo documento si parla di Azienda Sanitaria, Territoriale e/o Ospedaliera, che «*dispone poi di protocolli, linee di indirizzo, buone prassi e percorsi clinici integrati (PIC) in gran parte tarati sui modelli organizzativi prevalenti*» – pag. 27 del documento).

Tenendo conto di tutti questi documenti, non sappiamo quanto l'attenersi a tali linee guida, declinate in possibili e precisi protocolli, possa compromettere in futuro il valore della pluralità di approcci insita nella nostra disciplina, ricordando che in psicologia le differenze teoriche stanno alla base della sua storia. Un buon ventaglio di scuole di psicoterapia non è soggetto a protocolli, pur mostrando un livello di efficacia, nella

⁵ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>

⁶ <https://www.iss.it/web/guest/-/snlg-homepage-consultazione>

⁷ www.youtube.com/watch?v=haVjIL-hTLE

⁸ <https://www.psy.it/aree-tematiche/societa-scientifiche-e-associazioni-tecnico-scientifiche-di-ambito-psicologico-ai-sensi-del-d-m-2-agosto-2017/linee-guida/>

⁹ https://www.iss.it/documents/20126/0/Consensus_1_2022_IT.pdf

¹⁰ <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1666036625.pdf>

pratica clinica, al pari di scuole, ad esempio, di derivazione sperimentale, neurobiologica o comportamentale. Non dimentichiamo che il termine **psicologia deriva dal greco *psyché* (*ψυχή*), che significa *spirito, anima*.**

Inoltre, il comune denominatore, che fa la differenza nell'applicazione di ogni approccio psicologico, è la relazione di fiducia che il singolo professionista stabilisce con il singolo paziente, tenendo conto del fatto che ogni relazione di fiducia si può consolidare in tempi diversi. Come già sopra accennato, **ci si chiede quanto determinate linee guida rischiano di limitare e snaturare l'ampia dimensione della relazione terapeutica e di annullare la personalizzazione e l'arte della cura.**

Nel complesso, il profilo dello psicologo che deriva da queste modifiche risulta impoverito da quelle imprescindibili peculiarità e valori fondanti che caratterizzano gli **aspetti umani** della relazione, mentre vengono enfatizzati **aspetti normativi** che suonano come monito a un certo **allineamento**. Queste modifiche sembrano quindi annunciare, in modo subliminale quanto imperturbabile, **una certa perdita di autonomia nell'esercizio della professione, in particolare nella libertà di cura terapeutica.**

Art. 24 – Consenso informato sanitario nei confronti di persone adulte capaci

Nella revisione di questo articolo si può cogliere, in più passaggi, una certa **limitazione dell'autonomia sia del paziente/utente che del professionista e un tentativo di assimilazione della psicologia all'ambito medico** per quanto riguarda determinati aspetti, annullando in questo modo le specificità della nostra disciplina.

Viene introdotto il concetto di *trattamento sanitario* (al posto di *rapporto/prestazione professionale* riportato nell'art. 24 ancora vigente) in merito al tema del consenso informato.

Da ciò discenderebbe che **le prestazioni psicologiche sanitarie continuerebbero ad essere soggette a consenso informato mentre per le altre prestazioni psicologiche non sarebbe più necessario**. Resta in sospeso un chiarimento ufficiale su **quali prestazioni professionali psicologiche siano da considerarsi "trattamento sanitario" e quali no**, così come chi deve e può tracciare questa linea. In rete sono comparsi alcuni video e documenti in cui autorevoli colleghi, anche autori di questa revisione, sostengono che la nuova definizione *trattamenti sanitari* alleggerirebbe lo psicologo da incombenze che vi erano finora. Ciò significa che, per esempio, riguardo ai minori (come vedremo meglio nell'art. 31), nel caso di un intervento a scuola, non sarebbe necessario il consenso da parte dei genitori o tutori. Riteniamo questa modifica potenzialmente pericolosa, in quanto **l'assenza di consenso informato in caso di minori apre la strada alla possibilità, per lo psicologo, di approfondire tematiche e impartire insegnamenti, non dando modo ai genitori di esprimere il consenso e di essere coinvolti.**

Inoltre, l'assenza di consenso informato varrebbe per tutti gli ambiti *non sanitari* in cui lo psicologo opera. Ne consegue una grave **limitazione dell'autodeterminazione delle persone e della loro possibilità di scelta.**

La compressione dell'autonomia si rileva inoltre nel comma che recita: «*Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge*».

Questa frase e diversi altri commi del nuovo dettato, che vengono introdotti in questo articolo, sono stati direttamente estrapolati dalla legge 219/2017¹¹ sul consenso informato: questa introduzione non è attinente all'ambito psicologico, in quanto fa espressamente riferimento ai trattamenti sanitari di tipo medico. Se, infatti, per i trattamenti di tipo medico sono previste delle deroghe alla raccolta del consenso informato, per quanto riguarda l'ambito psicologico non ci sono trattamenti psicologici sanitari che possono essere imposti su disposizione di legge e quindi fuori dal consenso libero e informato dell'utente.

Sempre in questa cornice, risulta difficile la decodifica della frase che indica il dovere dello psicologo di informare circa le «**conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario**»; anche questa frase è ripresa dalla legge 219/2017.

Anche per il professionista si riscontra una riduzione dell'autonomia nell'aggiunta della frase «*L'acquisizione del consenso informato è un atto di specificata ed esclusiva responsabilità della psicologa e dello psicologo*», dove è possibile ravvisare uno **scarico di responsabilità sul professionista sanitario**, che però risulta essere l'ultimo anello di una catena, spinto all'obbedienza/applicazione di determinate indicazioni.

Nel complesso, il tentativo di sottoporre la professione psicologica alle logiche della professione medica non può che menomare la psicologia di aspetti umani imprescindibili.

La proposta di revisione dell'art. 24 appare la manifestazione più esplicita di un approccio medico paternalistico, sempre più diffuso negli anni, che sminuisce ancora una volta il ruolo attivo del paziente.

Art. 31 – Consenso informato sanitario nei casi di persone minorenni o incapaci

Le modifiche apportate nell'art. 24, che limitano il consenso informato ai soli "trattamenti sanitari", acquistano una gravità e un impatto ancora maggiore in questo articolo, che si occupa del consenso riguardante minori o persone incapaci.

Questo articolo prevede il **ricorso al giudice** nei casi in cui non sia concesso, o venga ritirato, il consenso al trattamento da effettuare sul minore o sulla persona incapace. Mentre nella vecchia formulazione lo psicologo era «*tenuto ad informare l'Autorità Tutoria dell'instaurarsi della relazione professionale*», nella proposta di riforma è scritto: «*Nei casi di assenza in tutto o in parte del consenso informato di cui al primo comma, ove la psicologa e lo psicologo ritengano invece che il trattamento sanitario sia necessario, la decisione è rimessa all'autorità giudiziaria*». Questo esclude il professionista dal processo di valutazione della situazione che potrebbe richiedere un tempestivo intervento e, ancora una volta, rischia

¹¹ <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=62663>

di sminuire l'importanza del coinvolgimento dei genitori/tutori. Inoltre, in questa formulazione aumenta così tanto la **discrezionalità di interpretazione** da condurre a risultati imprevedibili, anche lontani dall'interesse del minore o della persona incapace.

Nella revisione di questo articolo cogliamo l'aggiunta della frase: «*La psicologa e lo psicologo tengono conto della volontà della persona minorenni o della persona incapace in relazione alla sua età e al suo grado di maturità nel pieno rispetto della sua dignità*», affermazione questa che può, ancora una volta, rafforzare la crescente marginalizzazione del ruolo genitoriale e anche questo potrebbe non andare in favore degli interessi del minore¹².

Art. 9 - Consenso informato nella ricerca

Leggendo il dettato dell'art. 9 riformulato, si osserva come venga **indebolito il diritto al consenso informato del soggetto di ricerca**. Infatti, rispetto ai casi in cui non sia possibile rendere edotto il soggetto prima del test, laddove il vecchio articolato prescriveva di informarlo e ottenere il consenso "*alla fine della prova ovvero della raccolta dei dati*", ora questo potrà avvenire "*alla fine dell'attività sperimentale e/o di ricerca*", termine vago che può posporre il momento tutelante dell'informazione e il rilascio del consenso anche dopo lunghissimi periodi di tempo.

ART. 12 - Testimonianza

Come ben sappiamo, l'interpretazione di questo articolo ha sempre generato confusione, poiché si è spesso riscontrata una certa ambiguità per quanto riguarda la sua applicazione e frequentemente non si sono trovate risposte univoche.

Si è detto che le modifiche apportate al nostro Codice volevano andare incontro alle esigenze concrete della comunità professionale, ma nella riformulazione di questo articolo ci troviamo davanti a **nuove ambiguità**. Anzitutto, oltre al caso della **testimonianza**, viene aggiunta una seconda eccezione all'obbligo di segreto professionale, costituita dalla fattispecie "**informazioni**". Poiché stiamo trattando tematiche che vanno ad afferire all'ambito giuridico, vale la pena ricordare che i due termini hanno significati completamente diversi così come sono differenti i contesti in cui trovano applicazione: le *informazioni* si danno al Pubblico Ministero, ove ci sia espressa richiesta da parte di quest'ultimo, o alla polizia giudiziaria delegata dal Pubblico Ministero; mentre la *testimonianza* si rende al giudice in tutte le sedi in cui questa è ammessa (penale, civile, amministrativa, eccetera).

Nella proposta di modifica la **tutela del paziente**, che nella formulazione precedente risultava centrale, è adesso **notevolmente attenuata**: se prima veniva specificato che la possibilità di deroga al segreto professionale era subordinata al consenso da parte del paziente in maniera inequivocabile ("esclusivamente in presenza"), ora questa possibilità risulta meno incisiva, così come l'opportunità, da parte del professionista, di considerare

¹² Pag. 39, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1666036625.pdf>

l'interesse del paziente, anche in sede di testimonianza. Questo cambiamento risulta maggiormente evidente nella parte finale della nuova formulazione in cui si afferma: «*La psicologa e lo psicologo devono [...] rimettersi alla motivata decisione del Giudice*».

In questo modo, il senso dell'art. 12 viene completamente stravolto rispetto a quello vigente e non trova riscontro nella Giurisprudenza, dove vengono specificati i casi in cui si può/deve derogare al segreto professionale e in nessun caso si fa riferimento alla volontà del Giudice.

ART. 13 – Casi di referto o denuncia o deroga alla riservatezza

Anche nella riformulazione dell'art. 13, **la tutela del paziente risulta attenuata** («*la psicologa e lo psicologo limitano a quanto strettamente necessario, all'adempimento di tale obbligo, il riferimento...*» al posto di «*lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento...*»), mentre **assume una posizione prevalente l'adempimento dell'obbligo**. Ci si chiede allora quale idea di professione sia sottostante a queste modifiche, se andremo incontro anche noi a una burocratizzazione della nostra pratica professionale, già denunciata da altre professioni sanitarie, distogliendo dal rapporto umano che si è, sempre connotato come la caratteristica principale del nostro lavoro.

Questo slittamento del focus è confermato dal titolo scelto per questo articolo, in cui si cita la *deroga alla riservatezza*, nonostante **la riservatezza non sia un qualcosa di regolamentato dalla legge**, mentre lo è il segreto professionale, a cui noi siamo tenuti.

ART. 17 – Protezione di dati e documenti

Nella revisione dell'art. 17, il termine **segretezza è stato sostituito da riservatezza** nella frase: «*La riservatezza delle comunicazioni deve essere protetta e garantita anche attraverso la custodia e il controllo di appunti, note, scritti o registrazioni.*».

Ci soffermiamo sul significato importante di questi due termini: *riservatezza* significa «*Caratteristica di quanto è improntato a discrezione e a rispetto del segreto e dell'intimità*», mentre *segretezza* è un termine più deciso e meno soggetto a interpretazioni, il cui significato è: «*Carattere assolutamente riservato e precluso alla conoscenza altrui*» (dal dizionario Oxford Languages). In questa modifica sembra, di nuovo, **venir meno un certo confine e una certa chiarezza, in merito alla tutela del paziente**.

Inoltre, rispetto alla custodia e alla protezione della documentazione sul paziente da parte dello psicologo, per almeno i cinque anni successivi alla conclusione del loro rapporto professionale, è stato tolto il seguente comma (presente nel vecchio art. 17): «*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*». Questa modifica è stata motivata come vantaggiosa dagli estensori del nuovo codice, in termini di «tenuta amministrativa,

controllo e onerosità dei provvedimenti»¹³; ma questo non può che risultare **svantaggioso per il paziente/utente, in materia di protezione dei dati.**

ART. 21 – Insegnamento di metodi, tecniche e strumenti professionali

Nell'art. 21 revisionato scompare quest'ultima parte, presente nell'attuale articolo: «*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*». Si tratta di **frasi che vanno a specificare e a chiarire l'ambito di competenza** dello psicologo, in particolare nella sua attività di insegnamento, tracciando dei **confini** più definiti rispetto all'articolo revisionato, che parla di insegnamento in maniera più generica. **Vediamo così scomparire definitivamente dal Codice dei termini tipici della nostra professione, quali i processi psichici (relazionali, emotivi, cognitivi, comportamentali).**

Art. 29 – Condizioni preliminari all'intervento

L'articolo modificato recita l'aggiunta qui di seguito sottolineata: «*La psicologa e lo psicologo possono subordinare il loro intervento ad altri trattamenti sanitari*», che costituisce un passaggio non menzionato nel vecchio e attualmente vigente articolo.

Esistono già dei contesti dove l'intervento psicologico è coordinato con un trattamento sanitario più ampio, ma la modifica di questo articolo sembra spingere ulteriormente verso una **medicalizzazione dell'intervento**. Prendiamo inoltre atto di cambiamenti che vedono la **sovrapposizione della psichiatria alla psicologia**, laddove la prima ha ripreso una posizione di dominio in quasi tutti i servizi pubblici.

Inoltre, nell'andare a subordinare l'intervento psicologico ad altri trattamenti sanitari si intravede una potenziale **contraddizione** con l'articolo 6, che recita: «*Nella collaborazione con professionisti di altre discipline, la psicologa e lo psicologo esercitano la piena autonomia professionale nel rispetto delle altrui competenze*».

Art. 36 - Giudizi sull'operato di colleghe e colleghi

Nella nuova formulazione dell'articolo, viene introdotto un termine che aumenta il livello di controllo all'interno della comunità professionale: **tra i motivi di segnalazione, oltre alla scorretta condotta professionale, si aggiunge quella "metodologica"**. Ci si chiede, quindi, se un collega potrà segnalarne un altro non solo per azioni indecorose o lesive, ma anche per aver utilizzato approcci metodologici sgraditi alla "comunità

¹³ Nel Webinar sulla riforma del Codice Deontologico degli psicologi, Parmentola ha affermato: «*In futuro alleggeriremo altre procedure troppo onerose e complicate*». Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=VDc60sIkWEY>

scientifico-professionale” ovvero alle scuole di pensiero prevalenti al momento. Insieme al generale orientamento del nuovo Codice, nel quale sembra restringersi l'autonomia del professionista, questa integrazione appare un'ulteriore estensione dei vincoli a cui il professionista si deve attenere per poter esercitare.

Art. 41 – Osservatorio permanente sul CDPI

Nella modifica di questo articolo non viene più specificato che la revisione periodica del Codice Deontologico si attiene «*alle modalità previste dalla Legge 18 febbraio 1989, n. 56*».

Anche qui, si tratta di una modifica sostanziale che merita ulteriori ed esaustive specifiche.

È già successo, nella storia delle modifiche al Codice Deontologico, che non venisse rispettato l'iter previsto e questa omissione sembra rafforzare un andamento già in essere per cui non si tiene conto della comunità dei colleghi e le decisioni vengono prese in maniera oligarchica. A partire da questa omissione, un'importante domanda che quindi emerge è: le modifiche del Codice potrebbero non essere più soggette a referendum?

PERCHÉ DISPORRE UN WEBINAR CON TEST ECM SU UNA PROPOSTA DI REVISIONE DEL CODICE DEONTOLOGICO ANCORA DA APPROVARE?

In una cornice dove la comunità professionale è di fatto esclusa dal dibattito scientifico c'è chi utilizza un webinar ECM per implementare la visione di un cambiamento rispetto al quale dobbiamo ancora essere chiamati ad esprimerci.

Premettiamo che questo webinar non è stato organizzato da CNOP ma da FIP-Federazione Italiana Psicologi, che è un'associazione privata il cui presidente è lo stesso presidente di OPP.

Tale webinar si presenta agli iscritti come se la revisione del Codice Deontologico fosse già stata approvata, rilasciando i crediti ECM se si contrassegnano le risposte al test ritenute giuste dagli organizzatori. Tra i quesiti del test compaiono anche **riflessioni** sulle specifiche modifiche di revisione, che si presuppone dovrebbero essere libere e personali, mentre invece **vengono imposte agli iscritti, pena la non acquisizione dei crediti ECM.**

Questo dovrebbe essere il tempo in cui siamo chiamati a riflettere su tali modifiche.

Imporre agli iscritti un'opinione su qualcosa che il referendum non ha ancora reso effettivo risulta condizionante, indottrinante, e sembra veicolare un'implicita richiesta di allineamento.

Sarebbe opportuno sottolineare agli organizzatori che il referendum dovrà ancora esserci, per cui **risulta estremamente fuori contesto far studiare ad oggi delle modifiche non ancora approvate.** Ci si interroga dunque sulla legittimità di tale scelta.

LA PREMESSA ETICA DEL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI E LA COSTITUZIONE ETICA DI FNO TSRM E PSTRP

Ponendo a confronto la Premessa Etica del Codice Deontologico degli Psicologi con la Costituzione Etica della FNO TSRM e PSTRP¹⁴, approvata l'8 aprile 2021¹⁵, si rileva una certa **comunanza di intenti**, confermata dal fatto che nella Costituzione Etica è esplicitato: «*ci auguriamo che un giorno non troppo lontano la Costituzione etica della Federazione venga adottata da tutte le 30 professioni della sanità*» e che questo «*progetto interdisciplinare e multiprofessionale ha proseguito nel suo cammino attraverso un profondo lavoro di studio e di comparazione di tutti i codici etici e deontologici, nazionali, europei ed internazionali*».

Per esempio, se andiamo a leggere i due documenti, possiamo osservare la somiglianza tra il secondo principio etico *Competenza* della nostra Premessa Etica e la *Parte VIII – COMPETENZA* (medesimo titolo) della Costituzione Etica.

Anche il concetto di *lealtà* (una novità linguistica che non ha cittadinanza etica né giuridica) è riportato sia nella nostra Premessa Etica che in questa Costituzione Etica.

In entrambi i documenti si ritrova una frase evidentemente tratta dalla L. 219/2017, art. 1, comma 8: «*Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura*»¹⁶. In merito a questa frase, nella nostra Premessa Etica leggiamo *Il tempo della comunicazione è tempo di cura*, mentre nella Costituzione Etica è riportato *Il tempo di relazione è tempo di cura*, addirittura come titolo di un articolo. Risulta paradossale il riferimento alla semplice *comunicazione* per una professione come la nostra, anziché *relazione*, che viene invece indicata in queste altre professioni sanitarie.

In questa Costituzione Etica della FNO TSRM e PSTRP si osserva un **particolare riguardo e attenzione alla dimensione psicologica e l'utilizzo di terminologie di carattere squisitamente psicologico, che paradossalmente non trovano luogo nella revisione del nostro Codice.**

Leggiamo per esempio nella Parte IV – RELAZIONE, della Costituzione Etica: «*Il professionista sanitario instaura con la persona una relazione contraddistinta da umanità ed empatia, educazione e gentilezza, e favorisce un comportamento reciprocamente rispettoso, collaborativo, non aggressivo né intrusivo. La relazione con la persona è modulata tenendo conto dell'età, del genere, dell'etnia, della cultura, della religione e dei valori etici di riferimento [questo passaggio ricorda vagamente il comma eliminato dalla revisione dell'art. 4 riguardo allo psicologo che «non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità»]. Il professionista sanitario si pone in una situazione di ascolto attivo, conferisce rilievo alle informazioni raccolte finalizzandole alla qualità dei propri interventi. Valuta anche la prossemica, intesa come spazi e distanze adeguate alla situazione. Il professionista sanitario mantiene nella relazione con la persona assistita il giusto equilibrio tra prestazione*

¹⁴ Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione: <https://www.tsrp-pstrp.org/>

¹⁵ <https://www.registro-osteopati-italia.com/Costituzione-etica-FNO-TSRM-e-PSTRP-def.pdf>

¹⁶ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg>

professionale e coinvolgimento personale. Il professionista sanitario cura stile, modalità e qualità della relazione; ritiene che ridurre la persona assistita ad una patologia o ad un segmento corporeo sia lesivo della sua dignità personale e sociale (in questo caso la dignità non è posta come diritto, come invece accade nella revisione del nostro Codice, ma è una naturale peculiarità dell'essere umano). Il professionista sanitario sostiene la relazione con la persona assistita, in particolare qualora si trovi in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie, modalità e contesti comunicativi efficaci. Il professionista sanitario, con il proprio agire, concorre pienamente alla qualificazione della relazione di cura anche quando non ha rapporti diretti con la persona assistita».

Proseguendo, l'articolo 22 della Costituzione Etica, che riporta il titolo *Il tempo di relazione è tempo di cura*, recita: «L'ascolto attivo, il dialogo, gli interventi specifici e autonomi di natura intellettuale, relazionale ed educativa, necessari per instaurare e mantenere una efficace relazione tra professionista sanitario, persona assistita e persone di riferimento, costituiscono elementi qualificanti del tempo di cura». Ricordiamo che nella revisione del nostro Codice scompaiono le parole *cura e rapporto terapeutico*.

Sempre in Costituzione Etica si legge della necessità di «*adoperarsi affinché l'Italia viaggi tutta alla stessa velocità di connessione*» e si fa menzione dei «*principi fondamentali di Universalismo e Uguaglianza*». **Non vorremmo che queste indicazioni educino le diverse professioni sanitarie a un certo appiattimento omologante**; la parola *educare* ricorre particolarmente nella Costituzione Etica (*educare le persone / continua campagna di educazione /...*). Da professionisti che rispettano e promuovono l'autonomia nei loro pazienti/clienti, prendiamo le distanze da questa parola, che non si addice a dei soggetti adulti e autodeterminanti.

Dalle dichiarazioni esplicitate nella **Costituzione Etica** della FNO TSRM e PSTRP e dalle **analogie presenti tra questa e la Premessa Etica** del Codice Deontologico degli Psicologi si evince che andiamo verso una **visione unificata**, che va a confluire sulla riformulazione dei Codici Deontologici delle professioni sanitarie. Alcune di queste riformulazioni sono già in essere, mentre altre sono in programma per il prossimo anno (come nel caso dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri). Queste evidenze fanno capire che è in corso un vero e proprio **cambio di paradigma** ad opera di piccoli gruppi di professionisti investiti di tale compito, **senza il coinvolgimento attivo della comunità professionale** che si trova, nel migliore dei casi, a dare il proprio assenso a cambiamenti fondamentali calati dall'alto.

CONCLUSIONI

Nel complesso, non si ritiene affatto che questa revisione del Codice Deontologico degli Psicologi implichi delle mere modifiche di forma e di semplice aggiornamento di termini, ma si osservano modifiche sostanziali che, inoltre, data la vaghezza in più passaggi, si prestano a interpretazioni che non è dato sapere fin dove possono spingersi.

Concludendo, si desidera esplicitare la **necessità di un Codice Deontologico privo delle zone d'ombra menzionate, che si presenti con una maggiore chiarezza espositiva e che tuteli:**

- **l'autonomia, l'autodeterminazione e la riservatezza del paziente/cliente e dello psicologo/psicoterapeuta;**
- **l'imprescindibile valenza della responsabilità genitoriale sui figli minorenni;**
- **la libertà di cura da parte del professionista, non obbligato a sottostare a linee guida che non compaiono nelle fondamenta di molti approcci di psicoterapia;**
- **la segretezza e la libertà di scelta del professionista in merito ai trattamenti sanitari a cui si sottopone.**

**Per tutti questi motivi, esplicitiamo con convinzione il nostro voto al referendum:
un chiaro NO a questa modifica.**

**E ci auguriamo di favorire con questo documento delle riflessioni,
sulle quali siamo ben disponibili a confrontarci con voi.**

**Auguriamo a noi e a tutti voi, cari colleghi, un voto il più possibile consapevole. Siamo
in tempo per far valere la nostra opinione. Non perdiamo questa occasione.**

Grazie per l'interesse mostrato a leggere il presente documento.