

## **Note del Consigliere Anna Barracco alla bozza del documento sugli atti tipici, presentata dal consigliere dott. Paolo Campanini.**

### Premessa

La necessità di definire gli **atti tipici** della professione di psicologo, quelli cioè che devono essere riservati ai professionisti abilitati alla professione e iscritti all'Ordine, è particolarmente sentita nel contesto italiano, per due motivi principali:

- il tipo di organizzazione italiana delle professioni è di tipo autorizzatorio, cioè è lo Stato che autorizza, attraverso la delega all'Ordine Professionale, i professionisti a esercitare la professione. I limiti del campo professionale sono dunque tendenzialmente individuati a partire dall'**oggetto specifico** di cui la professione si occupa, e l'autorizzazione viene data a partire dal controllo sul percorso di studi che il professionista deve seguire PRIMA dell'accesso all'Ordine.

Nel caso dello psicologo, l'Ordine professionale è tenuto a verificare che sia stato ottenuto il diploma di laurea triennale o magistrale, il tirocinio *post lauream*, l'esame di Stato per l'abilitazione alla professione di psicologo e l'iscrizione al rispettivo Albo.

Questo tipo di organizzazione (autorizzatoria) mette l'accento sull'importanza del corso di studi **necessario e sufficiente** *ex ante* per ottenere l'iscrizione all'Albo, e mette assai meno l'accento sulla formazione continua, sulla necessità di continuare a mantenere un livello adeguato di preparazione professionale, al passo con i tempi, ecc. Queste necessità sono sì indicate, come principi, nel Codice deontologico (art. 5, in particolare), ma a questi principi non corrisponde nella realtà un sistema di accertamento del livello effettivo di *expertise* raggiunta e mantenuta dal professionista, né di incentivazione della responsabilità del professionista a stare al passo con i tempi.

- A questo si aggiunge, nell'ordinamento italiano, il **valore legale** attribuito al titolo di studio universitario, nonché ai titoli conferiti

dall'Ordine professionale, ai fini della partecipazione a pubblici concorsi o ai fini della possibilità o meno di esercitare determinate attività (es. la specializzazione quadriennale in psicoterapia, sia conseguita nelle università che negli istituti privati a tal fine riconosciuti, permette l'accesso ai pubblici concorsi per dirigente nel SSN)..

Questo sistema è dunque oltre che molto **formalistico** - una laurea presa a Chieti può essere molto diversa da una presa a Milano, o da una presa *on line*, così come molto differenti possono essere le esperienze effettive cui si accede con il tirocinio - anche un sistema tutto sbilanciato su quanto avviene prima dell'iscrizione all'Ordine.<sup>1</sup>

\_ A questo genere di questioni va aggiunto che ad una modalità autorizzatoria pura, si aggiunge una specifica strutturazione del sistema delle professioni regolamentate italiane, che non si limita alla sola protezione del **titolo professionale**, ma si spinge fino a stabilire che l'abuso di professione - cioè nel caso si dimostri che le azioni e gli interventi messi in campo da soggetti non autorizzati rientrano a pieno titolo fra gli "atti tipici" di una professione (in questo caso, quella di psicologo) - è in sé un reato penale (art. 348 Codice Penale).

Da questo particolare impianto discende la necessità cogente di definire con chiarezza quali siano gli atti tipici di esclusiva pertinenza di ciascuna professione, in modo da garantire l'utenza e anche di permettere alle altre professioni, che si trovano a collaborare e a interfacciarsi con le professioni ordinate, di non incappare erroneamente o in mala fede nel reato di abuso di professione.

Occorre specificare che ciò che è riservato per legge alle professioni ordinate, è per l'appunto **l'uso** degli strumenti riservati, e non certo la diffusione, la spiegazione, l'illustrazione e lo scambio interprofessionale e anche culturale a beneficio del grande pubblico, dal

---

<sup>1</sup> A questo proposito, si può osservare come anche il piano ECM - fortemente voluto dal Ministero della Salute per andare a modificare e in parte correggere il sistema verticale dell'autorizzazione, tutta spostata appunto sui criteri *ex ante*, non è stato accolto dal CNOP, e anche l'Ordine Lombardo ha ritenuto di escludere da questo sistema di aggiornamento continuo i liberi professionisti, senza che peraltro altri sistemi di accertamento e di verifica periodica della formazione continua, siano stati ad oggi implementati.

momento che questa diffusione e questa informazione sono essenziali per consentire la collaborazione interprofessionale, la capacità di critica e di scelta da parte dell'utenza, e anche il progresso delle scienze, delle discipline e delle tecniche, specie in una realtà complessa e in continua evoluzione, dove le competenze trasversali, la collaborazione interdisciplinare e anche la contaminazione di linguaggi, diviene sempre più necessaria per l'accrescimento del patrimonio scientifico, tecnico ed etico.

Anzi è solo grazie a questa ostensione –assolutamente necessaria per la diffusione, l'integrazione e l'incremento continuo delle conoscenze – che può trovare un senso la riserva professionale dell'uso *di alcuni specifici e circoscritti atti*, dal momento che l'addestramento e la familiarità necessaria per svolgere questi atti è sufficientemente chiarita e viene garantita da un particolare e specifico corso di studi e *training* professionale. Tutto questo almeno in teoria.

In realtà il modello autorizzatorio puro, affermatosi e strutturatosi in Italia all'inizio del '900, si è mostrato sempre meno in grado di rispondere alle esigenze complesse della società.

Le professioni classiche, infatti, che hanno costruito negli anni la loro tradizione e le loro istituzioni di tutela e vigilanza, per identificare ciò che è fatto oggetto di riserva specifica, sono andate sempre più perdendo il riferimento al loro *corpus* accademico, nel senso che lo specifico professionale non è definito in termini scientifici ed epistemologici, quanto legato a elementi di consuetudine e tradizione.

Nei campi (come la medicina e le professioni forensi) dove la tradizione è millenaria e autorevole, l'ambito di azione è definito in senso generico da un ambito di applicazione (per la medicina “il corpo-organismo”) *che tuttavia non coincide affatto, in quanto tale, con la riserva esclusiva della professione medica.*

Del corpo e della salute fisica si occupano moltissime professioni coordinate e subordinate alla professione medica (l'infermiere, l'ostetrico, il puericultrice, il fisioterapista, il dietista, l'ottico, il riabilitatore, ecc.). Anche diversi interventi sul corpo sono appannaggio di professionisti diversi, anche non regolamentati: per fare un *piercing* alla lingua, all'addome o in qualsiasi parte del corpo, non esiste alcuna necessità di essere medico-chirurgo. Esistono regole igienico-sanitarie

da rispettare, tuttavia, quella che a tutti gli effetti è un'operazione sul corpo-organismo, non viene definita "intervento chirurgico", per via del differente obiettivo e per il contesto in cui l'intervento si situa, laddove per "contesto" si intende in realtà la finalità o il *vertice di significato* da cui l'operazione in sé è inserita, dal cliente, dal professionista e dalla società stessa. Si tratta di un intervento che avviene, parafrasando quanto scritto dal dott. Campanini, in un contesto definito, rilevante dal punto di vista professionale, ma in cui gli obiettivi si differenziano da quelli di un intervento chirurgico o medico, e pertanto anche gli strumenti assumono tutt'altro significato.

Sono invece le *specializzazioni riservate ai laureati in Medicina*, i percorsi specifici e gli strumenti specifici che negli anni sono andati costituendosi, che delimitano con sufficiente chiarezza e circoscrivono la mappa delle specificità e delle riserve della medicina.

Sono andate in ogni caso strutturandosi e consolidandosi nel tempo ampie aree di *sovrapposizione interdisciplinare* e di *collaborazione* con le professioni paramediche.

Oggi la professione medica, come quella forense, è infatti un contenitore complesso, che condivide linguaggi, pratiche, tecniche, teorie di riferimento, con moltissime altre professioni limitrofe.

La medicina in particolare – come scienza e come professione – allo stessa stregua della psicologia, occupandosi della salute e della prevenzione, spazia negli ambiti più vari, dalla dietologia alla psichiatria, dalla medicina di comunità alla medicina del lavoro, dalla chirurgia alla farmacologia, ecc.

Alcuni recenti contenziosi hanno permesso di cogliere come la questione dell'atto tipico si sia posto, rispetto alle professioni limitrofe, anche per quanto riguarda la professione medica. Non più di un anno fa, è stata intentata una causa dall'Ordine dei medici contro l'Ordine dei biologi, che aveva come oggetto la decisione circa la competenza dell'atto professionale della prescrizione di una dieta, da parte del medico dietologo o del biologo nutrizionista.<sup>2</sup>

Questo contenzioso è interessante perché permette di cogliere nel concreto come il sistema autorizzatorio, fondato sull'oggetto della prestazione,

---

<sup>2</sup> Rispetto alle differenze di prestazione fra professioni affini, è interessante verificare come nei siti ufficiali degli Ordini dei medici dietologi, biologi nutrizionisti e semplici dietisti, esistano distinzioni piuttosto capziose, e i confini continuano ad essere ridefiniti, anche a seguito di qualche significativo contenzioso.

finisca per non reggere alla complessità dell'organizzazione dei saperi. Infatti la decisione del Tribunale di Roma (in questo caso, come in altri casi specifici alla professione di psicologo di cui si discuterà in seguito) ha spostato il vertice del problema dall'atto in quanto tale (prescrizione di una dieta) *all'obiettivo specifico di tale atto*. Per cui prescrivere la dieta a fini terapeutici per una singola persona, è atto tipico della professione medica, prescrivere una dieta per una comunità infantile o per un ospedale, **è atto caratteristico, e dunque non riservato** alla professione medica e può essere effettuato anche da un biologo nutrizionista; per controllare gli effetti di una dieta e la tollerabilità del paziente, è sufficiente l'apporto professionale del dietista, o dell'assistente sanitaria. Infine, dare consigli sulla dieta e disquisire di alimentazione, ecc., è patrimonio comune a disposizione di chiunque.

Dall'esame della giurisprudenza, ricca non solo per quanto riguarda le "guerre di confine" relative alla psicologia, si coglie una significativa evoluzione per cui ciò che discrimina un **atto tipico** (e dunque riservato ad una professione ordinata) da un **atto caratteristico** (e dunque patrimonio di più professionisti, ordinati o non ordinati). In linea di massima si evince come a fare la differenza non sia più *l'oggetto in sé* della prestazione, ma il *contesto* e soprattutto *l'obiettivo* che ci si propone con quell'atto. Un medesimo atto dunque può essere tipico e dunque riservato, ovvero caratteristico, e dunque patrimonio di approcci diversi, e pertanto essere patrimonio di professioni diverse.

In altri casi, come nel caso delle professioni economico-amministrativo-contabili (come il commercialista) gli atti tipici, riservati alla professione ordinata, non hanno alcun rapporto con il *curriculum* e *l'expertise* necessaria ad accedere alla professione. Atto tipico e riservato al Commercialista è l'invio delle dichiarazioni telematiche all'Agenzia delle Entrate.

E' chiaro quindi che la riserva non riguarda un'abilità specifica in questo atto (premere il bottone e inviare la dichiarazione) ma sta a sottolineare semplicemente una responsabilità (e una riserva) in capo al professionista. Tutta l'operazione di analisi della documentazione, calcolo delle aliquote ecc., può essere svolta dal tributarista, ma solo il commercialista (per convenzione e per legge) può effettuare questo invio. In questo senso si può sostenere che la riserva professionale e l'organizzazione di tipo autorizzatorio corrispondono in gran parte ad una logica simile a quella del

“copyright” e dei diritti d’autore. Infatti più che a un’etica della responsabilità, l’organizzazione risponde alla logica della riserva: il tributarista (professione non regolamentata, e affine a quella del dottore commercialista) può svolgere tutte le operazioni di contenuto, ma non può interfacciarsi con l’Agenzia delle entrate, esattamente come una dieta scritta su un foglio di carta intestata diventa un atto medico, mentre la stessa dieta, se consigliata, è patrimonio di chiunque.

Questa “ratio” è massimamente visibile nel caso della professione notarile, dove la riserva professionale è direttamente associata anche allo stretto controllo del numero di professionisti in riferimento a un determinato territorio, laddove è evidente che il costo della prestazione non ha alcuna relazione con il suo valore intrinseco. Questo è uno dei casi in cui maggiormente è visibile come il sistema autorizzatorio, basato cioè non sulla sola protezione e certificazione dei titoli e dei percorsi professionali – ma **sulla riserva di atti specifici**, per lo più accompagnata dalla definizione del numero chiuso rispetto al territorio e/o alla popolazione – costituisca una modalità che ben poco tutela l’utenza, la circolazione del sapere e l’evoluzione della società, mentre costituisce in gran parte un freno alla crescita economica, alla mobilità sociale e in definitiva al progresso della società nel suo insieme.

Occorre però sottolineare che un discorso parzialmente diverso va fatto per la professione medica e per quella forense, nonché in parte per le professioni ordinate d’area psicologica<sup>3</sup>. Queste professioni hanno il compito di occuparsi della difesa e della salute dei cittadini. In tutte le Costituzioni questi diritti sono tutelati in modo specifico, pertanto in questi campi la definizione degli atti tipici e in generale la definizione dello specifico oggetto delle prestazioni è maggiormente in rapporto con il contenuto del *training* professionale specifico e con il sapere acquisito.

Ciò non implica, tuttavia, che la riserva sia definita dal campo scientifico che la disciplina occupa, a livello universitario. Le garanzie vengono per o

---

<sup>3</sup> E’ ancora controversa la questione se la psicoterapia possa essere considerata una professione, ovvero soltanto una specializzazione, trasversale a due professioni – la medicina e la psicologia. Questa seconda opzione è quella accreditata dal testo letterale dell’art. 3 della legge 56/89. Tuttavia, a seguito dell’entrata in vigore della direttiva CE 89/48 relativa alla libera circolazione delle professioni, e al decreto legislativo 115/92 di recepimento della direttiva, la psicoterapia è stata a tutti gli effetti inserita autonomamente nell’elenco delle professioni sanitarie presso il portale del Ministero della salute. Anche la giurisprudenza del CdS in materia di riconoscimento del titolo professionale di psicoterapeuta, ha ripetutamente confermato l’autonomia della psicoterapia come professione. In questo senso, nel testo, parlo di “professioni ordinate d’area psicologica” riferendomi alle due distinte professioni di psicologo e di psicoterapeuta.

più dall'articolazione complessa dei modi in cui la professione si esplica nel sociale.

Infatti, per quanto riguarda le professioni sanitarie e forensi, l'organizzazione delle professioni, dei saperi e delle cure, è molto variegata. Nei paesi anglosassoni, per esempio, la psicoterapia familiare, le terapie sistemiche e relazionali e gli interventi psico-sociali, vengono svolti da professionisti il cui *curriculum* è diverso dai professionisti di area sanitaria, che si occupano delle psicoterapie cognitivo comportamentali.

Ma di questo ci occuperemo più diffusamente.

### **Atti tipici e atti caratteristici**

Gli *atti tipici*, quindi, cioè quegli *atti che concernono l'uso degli strumenti riservati alle professioni ordinate*, sono atti specifici e oggettivabili, facilmente individuabili in quanto hanno un correlato fisico (es. una prescrizione, l'atto materiale dell'invio della dichiarazione dei redditi per via telematica, a cui corrisponde un *account* e dunque un referente unico e specifico, l'atto della somministrazione di un *test*, l'atto della certificazione relativa ai calcoli di sostenibilità d un ponte, ecc.).

Solo questi possono essere definiti *atti tipici*, cioè soggetti a riserva ed esclusiva. Nel caso di interferenze o invasioni di campo, ovvero incertezze circa il limite di competenza, vengono in soccorso le procedure e i percorsi professionali accreditati e sedimentati nel tempo, che permettono di inserire i singoli atti e le relative competenze (caratteristiche, ordinarie, trasversali) all'interno potremmo dire di *una sintassi* dove è l'obiettivo e il contesto che possono determinare l'esito dell'attribuzione di un medesimo atto, a quel professionista o a quell'altro, o a entrambi. Nel caso di atti comuni a più professioni, inseriti in sintassi differenziate, si parla **di “atti caratteristici”**.

Gli *atti caratteristici*, sono gli atti che appartengono a più professioni, e che i professionisti d'area condividono. Gli atti caratteristici rappresentano la maggior parte della strumentazione di ogni professione, e la sovrapposizione, la condivisione di competenze e linguaggi (anche laddove lo specifico atto e la relativa responsabilità restano demandate a ciascun profilo) **permette di per sé l'evoluzione delle professioni, il loro cambiamento nel tempo e anche lo spostamento dei relativi confini.**

## Sistema autorizzatorio (Ordini) e sistema accreditatorio (certificazione delle competenze)

D'altra parte va da sé che questo genere di considerazioni originano proprio dal sistema autorizzatorio, dal momento che laddove le professioni sono organizzate secondo il sistema accreditatorio (Paesi anglosassoni, Francia, Austria, Germania in parte), il problema non si pone: lo Stato certifica e protegge solo il titolo professionale, ed al titolo corrisponde un percorso specifico. Qualsiasi professionista può però svolgere qualsiasi professione, purché non si fregi di un **titolo** riconosciuto e protetto. Lo Stato in quel caso, cioè non entra nel merito dell'oggetto di ciò che il professionista fa, nessuno si preoccupa di stabilire confini e campi di esclusività, ma naturalmente ciascun professionista o cittadino, poi risponde per gli eventuali danni che procura. Non solo, ogni professionista è incentivato a spiegare, a rendere ostensibili i propri percorsi e anche a diversificare e illustrare l'offerta specifica, rispetto a quella che può essere messa in campo da altri professionisti. *In questo quadro, il vertice si sposta dal "cosa", al "chi".*

E' il professionista che dice chi è (cioè come si chiama il servizio che offre, la professione che svolge), spiega con quali strumenti, in quali tempi e con quali prevedibili risultati opera, ecc.

Laddove il sistema accreditatorio è appaiato all'assenza del valore legale del titolo di studio, l'accreditamento e la certificazione dei percorsi professionali non solo *ex ante*, ma anche nel corso di tutta la vita professionale diventa il *focus* attorno a cui si organizza il sistema di riconoscimento e ostensione delle pratiche professionali.

In questo quadro, dunque, entrano in gioco sistemi di certificazione di primo (la dichiarazione del professionista) , secondo (la garanzia dell'associazione cui il professionista appartiene) e terzo livello (il riconoscimento statale delle associazioni), che tendono attraverso un sistema significativamente differente a disegnare il sistema delle professioni.

Lo Stato stabilisce, di concerto con le associazioni professionali di categoria, gli *standard* minimi per l'accesso a una determinata professione, e le associazioni (che sono diverse, pur insistendo su uno stesso segmento professionale) offrono servizi diversi al professionista. Lo Stato fissa anche alcuni *standard* per l'aggiornamento permanente, e il sistema si autoregola, basandosi però su un controllo continuo della qualità delle



prestazioni, e anche su un sistema chiaro e ostensibile; è vitale interesse dei professionisti, in assenza di titoli “opachi”, validi una volta per tutte, informare la società civile e dunque l’utenza.

Nella maggior parte dei Paesi esiste peraltro un sistema misto, autorizzatorio-accreditatorio. Anche in Italia, negli ultimi anni, seppure molto lentamente, si sta andando verso il depotenziamento del sistema autorizzatorio. Con l’abolizione delle tariffe minime e massime, con l’abolizione dei vincoli pubblicitari, con l’introduzione di alcuni obblighi di informazione nei confronti dell’utenza (ancora non è chiaro se verrà inserito l’obbligo di preventivo, ma è evidente che il *trend* va in questa direzione), e soprattutto con il sistema di aggiornamento continuo obbligatorio (entrato in vigore per la maggior parte delle professioni ordinate), sono stati introdotti significativi correttivi, anche in Italia, al sistema autorizzatorio.

### **Le professioni sanitarie.**

E’ altrettanto vero, tuttavia, che restano ancora sacche di privilegio e di organizzazione (anche nel campo sanitario) che poco o nulla hanno a che vedere con la tutela dell’utenza e con la promozione della salute. E’ il caso delle licenze limitate ad aprire farmacie, che ancora è possibile fra l’altro lasciare quasi in eredità; nel diritto alla prelazione del figlio del titolare (a condizione che entro un certo numero di anni si laurei in farmacia) c’è ancora un residuo medievale del puro privilegio di casta.

Con l’aumento dei laureati in farmacia e la progressiva democratizzazione della società, il dibattito e lo scontro si sta facendo molto aspro; resta tuttavia la tendenza degli Ordini professionali dei farmacisti a voler difendere (“vendendo” questa difesa come un vantaggio per l’utenza) il numero limitato di licenze e anche l’esclusiva della vendita dei farmaci in fascia C, laddove è evidente che nessuna tutela della salute del cittadino può essere accampata, dal momento che i titolari delle “parafarmacie” sono comunque laureati in farmacia e iscritti all’Ordine.

L’esempio dei farmacisti serve qui solo per mostrare come l’organizzazione corporativa che nasce apparentemente per tutelare l’utenza, cosa che appare certamente necessaria soprattutto nel settore della salute, in molti casi non è affatto il sistema migliore per il perseguimento di questo obiettivo, ma si presta piuttosto al mantenimento di privilegi e rendite di posizione.

## La professione di psicologo.

E' significativo osservare come la professione di psicologa nasca, in Italia, originariamente, come **professione non sanitaria**, che contempla al suo interno attività di tipo sanitario. Inizialmente il Ministero vigilante era il Ministero della Giustizia. Solo nel 2006 c'è il passaggio al Ministero della Salute e l'annessione della professione di psicologo e di psicoterapeuta nel novero delle professioni sanitarie a tutti gli effetti, vigilate dal Ministero della Salute.

Sarebbe troppo lungo qui analizzare il senso storico di questo cambiamento. Qui basti ricordare che l'impianto iniziale della legge prevedeva che la psicoterapia (attività considerata sanitaria da sempre) non fosse che una specializzazione della professione, e peraltro fosse aperta anche ai laureati in medicina.

L'idea era forse quella di un contenitore complesso, modulare, che avrebbe potuto avvalersi di contaminazioni e apporti di saperi diversi. Nei settori a più alta valenza sanitaria avrebbe dovuto competere con la lobby medica, e anche inserirsi a pieno titolo fra le attività di cura, mentre nei settori relativi al sociale, alla prevenzione, all'abilitazione e riabilitazione, avrebbe potuto e dovuto essere in grado – dialogando con gli altri saperi e le altre pratiche, di stampo sociale, pedagogico, filosofico, ecc.. - entrare nel vivo della società civile.

Per molti motivi che qui non è possibile riassumere<sup>4</sup>, gli Ordini hanno optato per la sanitarizzazione della professione. Dal 2006 in avanti si registra anche il significativo passaggio della psicoterapia da specializzazione “atipica” per i medici e da unica specializzazione riconosciuta per psicologi, a professione autonoma<sup>5</sup>.

Alla luce di queste considerazioni, vediamo dunque cosa dice l'art. 1 della legge 56/89:

*“la professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e sostegno, in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali, alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito”.*

---

<sup>4</sup> Per un approfondimento vedi Patrizia Adami Rook e Rolando Ciofi “pensare la professione”, edizioni Vertici on line

<sup>5</sup> Il passaggio è evidente dalle tabelle del Ministero della salute e anche dalla giurisprudenza in materia. Ad oggi il Consiglio Nazionale non ha ufficialmente preso atto di questo dato di fatto.

L'oggetto è dunque molto vasto, tuttavia si tratta di definire quali siano gli strumenti il cui uso è riservato, e soprattutto quali siano gli ambiti psicologici, come vadano circoscritti, relativamente a ciò che si indica come “prevenzione, sostegno, diagnosi, abilitazione, riabilitazione”.

Rispetto a tutto quanto detto sopra, è chiaro che sul segmento della prevenzione opereranno professionisti diversi (il medico *in primis*, ma anche l'educatore di strada, l'assistente sanitaria, l'assistente sociale, ecc.), così come esiste un vastissimo campo della riabilitazione che non è certo di esclusiva pertinenza dello psicologo, lo stesso dicasi per il sostegno (esiste il sostegno scolastico, per es.).

Se queste aree vengono poi intese nella loro più ampia accezione, è evidente che un numero enorme di attività e di professioni si pongono, direttamente o indirettamente, effetti di prevenzione, abilitazione, riabilitazione.

Della diagnosi, e delle difficoltà a stabilire confini con le competenze mediche, non c'è certo bisogno di dilungarsi, così come anche sulla natura francamente anticostituzionale con cui l'art. 1 pretenderebbe di riservare agli iscritti all'Ordine degli psicologi la didattica in ambito psicologico. In effetti, tale riserva è ad oggi lettera morta.

### **Gli atti tipici e i percorsi tipici dello psicologo**

Non sembra possibile condividere quanto sostenuto nel documento di OPL, laddove si dice che “l'oggetto della psicologia è identificato con la psiche, o lo psichico, laddove l'oggetto di “altre professioni” ha a che fare con il somatico (pag. 12, 13).

Sembrerebbe che mentre il campo del somatico pacificamente riguarda più professioni organizzate e integrate, l'area dello “psichico” debba intendersi come di pertinenza esclusiva dello psicologo: pertinenza dello psicologo è indagare e intervenire sui processi psichici (intesi in senso lato, comprendendo dunque le emozioni, le difese, ecc.) , osservarli, descriverli, con l'obiettivo di modificarli.

L'area dello psichico e l'area del somatico, peraltro si intersecano e si annodano continuamente, in una prospettiva che è quella del “corpo vivente”. Pertanto appare difficile pensare – soprattutto nel campo della prevenzione, del sostegno, ma anche dell'abilitazione e riabilitazione, che l'intervento professionale in tale ambito possa essere riserva esclusiva

dello psicologo, come di qualunque altro professionista ordinato o non ordinato.

Il benessere e la qualità della vita sono patrimoni di cui nessuna professione può appropriarsi. Recentemente in Germania il sistema sanitario ha messo in capo una sperimentazione in cui i medici hanno “prescritto”, cioè dato gratuitamente ai pazienti, a spese del Servizio Sanitario, i biglietti di ingresso a mostre e spettacoli teatrali, dal momento che studi specifici sembrano aver dimostrato l’effetto terapeutico dell’esposizione all’arte, sui sintomi della depressione e dell’ansia. Anche questo è naturalmente un caso estremo, ma nel mezzo ci sono le professioni dell’arte e della cultura, le professioni del *fitness* e del benessere, le professioni di derivazione filosofica, le professioni pedagogiche, ecc.

In questo senso, dirimente è la sentenza del Tribunale di Lucca, n° 619/2010, in cui si specifica chiaramente che il dettato di cui all’art. 348 c.p., va considerato in una logica di garanzia dello sviluppo delle prerogative di promozione e sviluppo del benessere individuale. In questo senso, le riserve ordinistiche, possono avere senso solo in un ottica di **stretta specificità e tipicità.**

In questa sentenza il Giudice chiarisce inoltre l’importanza che il campo del benessere e della qualità della vita resti aperto alla confluenza e alla collaborazione di professionalità e approcci diversi, né le professioni sanitarie possono in nessun modo ritenere di poter porre un monopolio su questo segmento. Se è vero che la definizione di salute del OMS esprime fortemente la necessità di considerare questo concetto come non riducibile all’assenza di malattia, questo non può significare che della salute, del benessere, della prevenzione e della qualità della vita possano e debbano occuparsi solo le professioni sanitarie! Al contrario, la definizione dell’OMS ha come obiettivo e approccio programmatico evidentemente quello dell’integrazione nell’idea di “salute” degli aspetti sociali, economici, culturali ma anche proprio etici ed estetici. La radice etimologica della parola “salute” riveste il campo semantico della prospettiva etica, il *continuum* salute-salvezza, porta necessariamente a considerare il versante soggettivo, etico, interattivo, e anche filosofico e religioso dell’accezione del concetto di salute. L’esplorazione etimologica del termine “psiche” ci porta sullo stesso sentiero semantico: dal “respiro-soffio vitale”, che nella funzione del corpo-organismo segna la differenza

fra corpo morto e corpo vivente, fino alla psiche come “anima”, intesa come elemento unificatore delle funzioni mentali, ma anche delle speranze, delle possibilità, delle specificità di ciascun essere, nel suo rapporto con il mondo<sup>6</sup>.

### **Colloquio clinico, colloquio psicologico, funzione di ascolto**

In ambito accademico e nella tradizione psicologica, lo studio con metodi scientifici dei processi della mente, del pensiero e dei comportamenti, ha portato alla messa a punto di metodi e tecniche atti ad esplorare questo oggetto.

In questo senso, le teorie e le tecniche del colloquio psicologico costituiscono senza dubbio strumenti che appartengono alla professione di psicologo.

Appare tuttavia del tutto irragionevole oltre che del tutto insostenibile sul piano giuridico, voler da questo dedurre che ogni colloquio che si svolga in contesto professionale rilevante, definito da un *setting*, che faccia riferimento ad una teoria, e che abbia come obiettivo, diretto o indiretto, il benessere soggettivo o di un gruppo, vada di per sé considerato un atto tipico della professione di psicologo.

Qualsiasi medico, nello svolgimento della sua professione, fa uso del colloquio. Egli può essere in possesso di conoscenze che lo mettono in condizioni di utilizzare metodologie di ascolto attivo, di ascolto empatico, ecc., ma non per questo la legge gli richiede di acquisire l’abilitazione come psicologo. Il medico che accede alla specializzazione in psicoterapia, apprende le tecniche più sofisticate e più evolute di intervento sulla patologia psichica – che pure secondo questa concezione “esclusivista” dovrebbero avere come propedeutica l’apprendimento dell’atto tipico del colloquio psicologico – ma non si abilita alla professione di psicologo.

---

<sup>6</sup> Anche le altre parole che riguardano la salute hanno a che fare con un concetto trasversale che passa dall’etica alla sanità: med, è la radice indoeuropea da cui deriva la parola “medico”, e da cui viene anche “media”. Sta a indicare il riferimento, la misura, con tutto ciò che concerne l’idea di “giusto mezzo”, di ricerca della misura. Così come anche la parola “soddisfazione” ha a che vedere con “satis”, quanto è sufficiente, quanto basta, “abbastanza”.

E' del tutto insostenibile che il *curriculum* formativo del medico e quello dello psicologo condividano l'acquisizione di questo tipo di *expertise* . Pertanto, appare arduo anche solo definire in senso stretto il colloquio clinico come atto tipico delle professioni sanitarie, laddove è evidente come invece anche molte altre professioni si formano all'ascolto, alla raccolta di informazioni anamnestiche, all'attenzione alle interferenze fra elementi di informazione e comportamento nel qui ed ora, ecc.

Paradossalmente, è proprio il *curriculum* del medico quello che sembra essere meno equipaggiato, da questo punto di vista, pur condividendo il laureato in medicina la possibilità di accedere alla specializzazione in psicoterapia,

In ogni caso, è senz'altro vero che esistono modalità piuttosto precise con cui si possono attribuire i vari tipi di colloquio clinico alle rispettive professioni, ordinate o no.

Il colloquio clinico è definito da un *setting*, da una teoria, da un obiettivo, da una serie di strumenti che vengono utilizzati e da un contesto.

Anche in questa definizione ridotta e circoscritta, il colloquio clinico non è appannaggio di un'unica professione, tanto meno della professione di psicologo.

Un colloquio che non si definisca clinico, ma educativo, pedagogico, filosofico, infermieristico, ecc., è una diversa fattispecie di interazione fra due persone che può avvenire in un contesto specifico, con un *setting* rilevante, e che può avvalersi di tecniche e metodologie di cui è possibile rendere conto, utilizzate a fronte di una domanda e per un obiettivo specifico.

Va da sé che sarà proprio il contesto, o il setting specifico, o l'obiettivo o le tecniche utilizzate, che permetteranno di stabilire se il professionista che effettua il colloquio sta commettendo abuso della professione medica, o psicologica, o infermieristica, ecc., ovvero se sta operando nei limiti delle proprie competenze e libertà.

Il colloquio psicologico avrà di mira dunque, tipicamente, i processi di pensiero, il comportamento, il funzionamento, la personalità, e anche laddove l'intervento si configuri come sostegno, gli strumenti utilizzati dallo psicologo saranno principalmente strumenti mutuati dalle teorie della mente e dalle tecniche messe a punto in ambito scientifico.

Il colloquio dello psicologo formato all'ascolto empatico, all'introspezione, sarà di qualità completamente diversa. L'ascolto

empatico, l'introspezione e la capacità di sintonizzarsi con lo stati d'animo dell'interlocutore, sono pratiche che poco hanno a che vedere con il patrimonio scientifico-tecnico accumulato dall'accademia, e costituiscono invece il bagaglio principale che viene acquisito in ambito psicoterapeutico-umanistico.

Tali *training* tuttavia non sono riservati alla professione di psicologo, dal momento che accrescere le capacità di ascolto empatico e diventare capaci di sintonizzarsi con il proprio cliente, costituisce una risorsa preziosa per moltissime professioni, *in primis* per i medici e per gli psicologi, ma indubbiamente anche per gli educatori, gli infermieri, gli assistenti sociali, i pedagogisti, gli insegnanti, i manager ecc.

Ciò che viene riservato, in determinati casi ben circoscritti e definiti, è l'uso professionale di questi strumenti, laddove però essi vanno decostruiti e analizzati, di volta in volta, in base al contesto, all'obiettivo, al setting e agli strumenti utilizzati.

Il colloquio in sé non può essere considerato "atto tipico" per il semplice fatto che si tratta di un costrutto complesso. Come nel caso della dieta, o del *piercing*, non è l'atto in sé, non è il contesto rilevante sul piano professionale (servizio a pagamento), bensì è il tipo di domanda e il tipo di contratto che viene stipulato fra il cliente e il professionista, che possono permettere di stabilire se un determinato colloquio o serie di colloquio, può essere ascritto ad una professione o ad un'altra.

In questo senso, il colloquio è l'esempio più calzante e preciso non già di "atto tipico", ma proprio di "atto caratteristico", e come tale patrimonio di moltissime professioni e pratiche. E' la sintassi in cui il colloquio si inserisce, la specificità della strumentazione utilizzata, ma soprattutto l'obiettivo condiviso e in ultima analisi il tipo di contratto che l'utente e il professionista stipulano, a stabilire la pertinenza o meno dell'atto stesso ad una professione o ad un'altra.

In questa prospettiva, certamente, la dimensione oggettiva della riserva si dissolve quasi completamente, entrando in gioco un ordine di considerazioni che sposta radicalmente la questione dal "confine", dal "territorio di pertinenza" (che è massimamente visibile nelle "riserve storiche" dei farmacisti e dei notai) , ***al tipo di accordo e consenso informato, stipulato fra il professionista e il cliente, accordo e consenso informato che implicano l'indicazione e l'esplicitazione, oltre che degli strumenti e dei risultati attesi, anche dei limiti dell'intervento stesso.***

## **La riforma delle professioni, la direttiva europea 89/48 e il decreto attuativo 115/92. Verso un sistema di integrazione e riconoscimento reciproco delle competenze.**

Il processo di unificazione europea ha portato con sé un lento ma lineare processo di smantellamento del sistema corporativo-autorizzatorio.

Abbiamo già visto come alcuni provvedimenti, recenti e anche più antichi (come la legge Bersani del 2006) stanno radicalmente modificando l'assetto autorizzatorio-corporativo delle professioni.

Questo processo è cominciato con le norme di attuazione e recepimento delle direttive europee, ed è sostenuto dalla necessità di strutturare un sistema di comparazione e di reciproco riconoscimento in ambito professionale che renda effettivamente possibile la circolazione dei professionisti. E' a questo sistema ("Bologna *process*") che è ispirata la riforma universitaria contenuta nel DM 509/99.

Il sistema va nella direzione di avvicinare il momento di accesso al mondo del lavoro (lauree triennali professionalizzanti) e di costruire un sistema di approfondimenti che accompagnino il professionista lungo tutto l'arco della vita professionale.

Se si tiene presente questo disegno complessivo, peraltro molto bene illustrato in diverse sentenze che hanno avuto come oggetto le controversie relative all'autorizzazione di esercitare la professione di psicoterapeuta in Italia da parte di professionisti formati nell'ambito UE, è possibile ripensare il discorso degli "atti tipici", trasformandolo radicalmente.

## **Come affrontare il problema dell'armonizzazione dei diversi approcci nel rispetto delle competenze e nel quadro della normativa europea?**

Si tratta di spostare completamente l'ottica dall'"oggetto" di cui il professionista si occupa, al soggetto, o meglio ai diversi soggetti che operano nella società.

Interessarsi dei soggetti (= professionisti) significa interessarsi dei percorsi professionali e della loro certificazione, nonché dei sistemi di accreditamento e certificazione della qualità.



Del resto questo è quello che è avvenuto anche in Italia, per quanto riguarda le professioni più antiche, il cui accreditamento è dato dai percorsi di specializzazione universitari riconosciuti e riservati (i medici hanno oltre 40 specializzazioni dedicate).

La professione di psicologo si trova invece ad avere una sola specialità riconosciuta (psicoterapia) che peraltro negli anni si è sempre più configurata come una professione, più che come una specializzazione, che assorbe la professione di psicologo (per es. ai fini della partecipazione ai pubblici concorsi per dirigente sanitario). Nel momento in cui giustamente si è cercato di mettere l'accento sulla professione di psicologo in quanto tale, ci si è dovuti arrendere al fatto che per la psicoterapia ci si trova di fronte ad una definizione che oggi è diversa da quella scritta nell'art. 356/89. Oggi la professione di psicologo è una professione sanitaria, ma in quanto tale non ha specializzazioni universitarie riconosciute. In questo senso, si trova in tutt'altra posizione rispetto alla professione medica.

D'altra parte le molteplici specializzazioni e scuole in ambito psicoterapeutico (per lo più realizzate da privati) disegnano una professione a sé stante, trasversale a due corsi di laurea (e non a due professioni), che per lo più si espleta nel privato.

Seguendo questo sistema e ripensando in quest'ottica la definizione di ciò che dovrebbe essere riservato allo psicologo e cosa allo psicoterapeuta, occorre quindi cambiare completamente il quadro di riferimento. ***Il contesto nel quale si è prodotto il sintomo delle professioni affini, non è lo stesso con cui se ne può affrontare la soluzione.***

Per circoscrivere gli ambiti di intervento specifici dello psicologo, si potrebbe:

- stabilire lauree triennali di base, che siano professionalizzanti, e individuino alcuni settori di base propri dei vari ambiti di intervento dello psicologo in macroaree: educativa, giuridica, organizzazione-lavoro..
- Stabilire lauree magistrali che ulteriormente permettano la specializzazione in settori di intervento (psicologia del lavoro, neuropsicologia, psicologia scolastica e di comunità).

La laurea triennale e quinquennale dovrebbe indirizzare il professionista psicologo verso un approccio alla cura, alla prevenzione e alla riabilitazione *che non può che essere proprio di una professione sanitaria*, quale la professione di psicologo oggi si configura inequivocabilmente.

A questo “taglio”, si potrebbero poi affiancare specializzazioni universitarie riservate a psicologi, a numero chiuso, che disegnino ambiti di intervento analoghi a quelli esistenti per la medicina (psicologia clinica e ospedaliera, psicologia giuridica, psicologia dell'emergenza, psicologia dello sport, psicologia del lavoro e delle organizzazioni, neuropsicologia, psicogerontologia).

La **psicoterapia** dovrebbe configurarsi come professione a sé stante, come peraltro sembra essere già assodato rispetto alle tabelle ministeriali che elencano le professioni, e come già stabilito da moltissima giurisprudenza..

In conclusione, il problema delle professioni affini, delle invasioni di campo, e della definizione dei confini, non può essere affrontato cercando di ritagliare l'oggetto di ciascuna professione, secondo un approccio ormai superato e indifendibile.

L'ottica va radicalmente modificata, e si tratta di specificare i percorsi di base, magistrali e in seguito le specializzazioni riservate a ciascuna professione, e viceversa gli ambiti di sovrapposizione e di interdisciplina che possono garantire la condivisione delle conoscenze e la crescita di ciascuna disciplina.

In questo senso, meglio della definizione astratta e necessariamente poco utilizzabile degli “atti tipici” (in cui la distinzione fra “tipici” e quindi esclusivi, e “caratteristici” e quindi comuni a più professioni, appare indecidibile) è senz'altro l'elenco degli strumenti utilizzati da ciascun professionista, elenco che può essere strutturato in modo da prevedere l'ambito di utilizzo.

Gli psicologi hanno accumulato negli anni un patrimonio straordinario di competenze in ambito diagnostico, per esempio. Gli strumenti diagnostici utilizzati in un determinato ambito, permettono anche di disegnare specifiche modalità di intervento che derivano da un determinato approccio diagnostico.

Un nomenclatore che individui e descriva gli strumenti di diagnosi e intervento nei principali ambiti di intervento dello psicologo potrebbe essere un aiuto significativo nello stabilire cosa è di pertinenza dello psicologo.