

GLI ABSTRACTS  
DEI SEMINARI DEL SABATO  
DEDICATI AI PUNTI CHIAVE  
DELLA DEONTOLOGIA  
PROFESSIONALE

## ETHICS

**Sabato 3 marzo 2007**

### Etica della Relazione Terapeutica

Antonino Urso e Domenicassunta Corsetti

*Antonino Urso (Pont. Università San Tommaso, Roma; Coordinatore Commissione Deontologica Ordine Regionale degli Psicologi del Lazio)*

Esistono molti tentativi di definire la psicoterapia; noi siamo d'accordo con Grasso, Lombardo e Pinkus (1988) quando sostengono che tali definizioni presentano alcuni denominatori comuni: la psicoterapia utilizza mezzi psicologici (verbali e non verbali) ed esclude invece strumenti fisici, chirurgici o farmacologici; il fine della psicoterapia è quello di trattare problemi di natura psichica, anche se a volte questi si esprimono con sintomi somatici; la psicoterapia consiste nello stabilire una relazione in piena libertà tra due persone (lo psicoterapeuta e il paziente); la psicoterapia è una relazione professionale: esistono cioè un professionista preparato a tal uopo (lo psicoterapeuta) ed un aspetto contrattuale del rapporto (che non è né occasionale, come tra due conoscenti, né gratuito, come tra amici e parenti). Anche se ai primordi di questa disciplina (v. ad es. lo stesso Freud dei primi anni) si credeva che il successo di una psicoterapia dipendesse dalle interpretazioni dello psicoterapeuta e dagli insight del paziente, è ormai noto che:

- Interpretazioni diverse conducono spesso allo stesso risultato.
  - L'insight non è sufficiente al fine di ottenere una modifica profonda e permanente della condotta del soggetto e la conseguente maturazione della personalità.
- Producono invece una maggiore in-

cidenza sul processo psicoterapico:

- L'atteggiamento dello psicoterapeuta, fortemente condizionato dalla personalità e dalle esperienze di precedenti interazioni (ivi compresa quella psicoterapica e/o di supervisione) più che dalla formazione teorica e tecnica ricevuta; infatti è proprio l'atteggiamento dello psicoterapeuta che permette al paziente di sperimentare una nuova tipologia di interazione (psicoterapica) che, nel pieno rispetto del suo modo di essere, egli può successivamente generalizzare ad altri tipi di rapporto interpersonale.
- Il tipo di apprendimento (emotivo, comportamentale e cognitivo) che deriva al paziente dalle nuove prese di coscienza e di abilità acquisite.

Ciò ha portato molti Autori ad affermare che l'efficacia della psicoterapia dipenda più dalla personalità dello psicoterapeuta che dalla psicoterapia utilizzata. Il successo di un trattamento psicoterapico sarebbe legato alla possibilità che viene offerta al paziente di interagire con una persona aperta, interessata, tollerante, coinvolta, comprensiva, rispettosa, onesta. L'instaurarsi di un rapporto empatico all'inizio dell'incontro psicoterapico è risultato infatti essere tra i migliori predittori del successo di una psicoterapia: il terapeuta esperto sa che le sue migliori risposte e i suoi più validi interventi non sono quelli che derivano da un atteggiamento essenzialmente tecnico, ma quelli che risultano dall'integrazione di tutte le sue potenzialità umane messe pienamente, seriamente e genuinamente al servizio del proprio paziente.

L'utilizzo clinico del rapporto terapeutico all'interno di una psicoterapia

si può schematizzare in due fasi (Urso, 1991):

1. La prima, che si ha già nel primo stadio di ogni intervento, si caratterizza come fiducia da parte del paziente nel proprio terapeuta: nella sua voglia di aiutarlo e nella bontà degli strumenti che utilizzerà a tale scopo. La mancanza di questa fiducia impedisce di fatto una psicoterapia ed è quindi una premessa necessaria per passare dalla fase dell'assessment all'intervento vero e proprio.
2. Nella seconda fase (detta di transfert) il lavoro riguarderà principalmente gli schemi di attaccamento che sono, come ampiamente dimostrato da Harlow, di fondamentale importanza nello sviluppo dell'uomo, in quanto rappresentano un bisogno primario ancor più basilare del cibo. La teoria dell'attaccamento, sviluppata da Bowlby, sostiene l'esistenza di una predisposizione innata, che si sviluppa dal secondo semestre di vita extrauterina, a creare legami di attaccamento con altre persone che si prendono cura di noi. È questa predisposizione innata che guida la definizione degli schemi cognitivi ed emotivi dell'attaccamento e del repertorio comportamentale utilizzato per mantenere il contatto con le figure significative. Come dimostrano alcuni studi longitudinali gli schemi primari di attaccamento (il modo in cui ci amiamo, amiamo gli altri e dagli altri ci sentiamo amati) si sviluppano e si modificano in funzione delle esperienze della vita ma, una volta apprese nell'infanzia, le loro caratteristiche basilari tendono a persistere immutate negli anni; questo non solo perché il

comportamento genitoriale (che ne è la causa principale) è stabile nel tempo, ma anche perché gli schemi stessi hanno la tendenza ad autopertuarsi; così che il paziente tenderà a riprodurre anche nella relazione con lo psicoterapeuta gli stessi schemi di attaccamento utilizzati con le figure affettive di riferimento. A proposito della psicoterapia cognitiva, sostengono Cionini e Mattei (1992) che “Nell’ambito specifico del setting, una volta che la relazione paziente-terapeuta sia stata definita all’interno delle categorie accettazione, comprensione, imparzialità, interesse, affidabilità, sicurezza, congruenza emotiva, la possibilità di leggere ed analizzare lo stile di attaccamento messo in atto dal paziente è facilitata sia dalla disponibilità dell’*hic et nunc* di tutti i dati necessari, che dalle caratteristiche di minor rischio - di situazione protetta - implicite in una relazione che è finalizzata alla crescita di uno dei suoi due membri”.

In questa fase il lavoro dello psicoterapeuta cognitivo e dello psicoanalista acquisiscono chiaramente gli stessi contorni, in quanto nella relazione terapeutica avremo riprodotti uno per uno gli stadi dell’innamoramento (Urso, 1991):

1. “Un primo stadio in cui l’amante idealizzerà l’amato (in questo caso il terapeuta) immaginando che egli è una specie di eroe (cavaliere senza macchia e senza paura sempre pronto ad aiutarlo) senza limiti (che assomiglia così tanto allo stadio in cui il bambino idealizza i propri genitori) e che porta il paziente (come il bambino) a sentirsi, viceversa, veramente insignificante al confronto con l’eroe. In questa fase le difficoltà e, quindi l’impegno del paziente e le capacità di aiutarlo del terapeuta, si presentano al momento di accettare (riconoscere con se stessi) e quindi comunicare (al terapeuta) il proprio sentimento d’amore, dove è sì spesso presente anche un desiderio sessuale (come giustamente afferma la psicoanalisi) ma ciò che è preminente è il desiderio di essere coc-

colato e protetto da tutto ciò che dal mondo esterno può far soffrire (il paziente, come già il bambino col genitore, tende ad usare il terapeuta alternativamente come dispensatore di rinforzi, come porto sicuro dalle tempeste che si verificano al di là del setting terapeutico, nonché come consigliere a cui ricorrere davanti ad ogni decisione fonte di tensione). In questo stadio è importante che il terapeuta accetti pienamente (non solo razionalmente ma anche e soprattutto affettivamente) il paziente”. In questo stadio non mancheranno le difficoltà nel percorso psicoterapico; infatti “Un paziente che ha avuto nella sua storia evolutiva un legame con i propri genitori caratterizzato da un basso livello di cure o addirittura di rifiuto, tenderà probabilmente a manifestare, anche nel setting, una difficoltà a fidarsi del terapeuta, a lasciarsi andare completamente in un investimento affettivo che pure, rispetto ad altri indicatori, risulta di fatto strutturato in maniera molto evidente. Un paziente con legami genitoriali caratterizzati da iperprotezione, controllo del comportamento esplorativo, intrusione ecc... può tendere a definire un legame di estrema dipendenza dal terapeuta o viceversa a porsi in modo conflittuale costruendo come costrittiva qualsiasi sua richiesta o proposta. Comunque, in qualsiasi modo si sia strutturato il rapporto nel setting, è importante che egli riesca ad analizzarlo, a comprendere come le sue caratteristiche possano essere strettamente correlate con quelle dei propri schemi primari di attaccamento e a riconoscere le somiglianze fra le aspettative costruite nei confronti del comportamento dei genitori e quelle attuali rispetto al terapeuta” (Cionini e Mattei, 1992). Come già sostenuto (Urso, 1991): “... sentirsi accettato (affettivamente) come persona e nello stesso tempo stimato (razionalmente) per le proprie qualità da parte dell’amato permetterà al paziente (che non l’ha già fatto perché non si è sentito così nel rapporto con le figure significative del suo passato affettivo) di imparare a sua volta

a stimarsi ed amarsi (stadio così detto narcisistico): L’accettazione dell’altro (il terapeuta) e di se stesso tipica di questo stadio è però solo di tipo idealistico (riguarda solo i pregi, siamo quindi davanti ad un eroe fantastico e non in presenza di un individuo reale); il paziente rispetta, per il momento, pienamente i propri desideri, ma non fa altrettanto con la realtà ed i suoi limiti”.

2. Nel secondo stadio (Urso, 1991): “... l’individuo (come già il bambino con i suoi genitori e gli altri suoi eroi) si rende conto che il terapeuta non è l’eroe che egli immaginava e che ha dei limiti posti dalla realtà e dalla sua individualità, il primo limite del suo eroe con cui il paziente dovrà confrontarsi è dato dal fatto che questi non sarà sempre a sua disposizione (suo uso e consumo) ma avrà altri interessi, impegni, e persone a cui è legato affettivamente... a cui dedicare tempo; così che i desideri del paziente non potranno sempre essere soddisfatti (così come il genitore non può e non vuole soddisfare tutti i desideri del bambino)... Se il terapeuta è un buon terapeuta e non ha quindi velleità e desideri propri di rivalsa sul mondo (complesso divino) non reciterà la parte del super eroe e mostrerà i propri limiti, a cominciare da quello di non possedere nessuna bacchetta magica per i mali del paziente. Questo permetterà al paziente di cogliere questi limiti ed odiare (si proprio odiare) oltre che amare il proprio terapeuta (eroe) che ha deluso le sue aspettative: è la fase delle critiche e delle aggressioni (più o meno velate) da parte del paziente al suo terapeuta (come già il bambino con i suoi genitori). È questa una fase molto difficile sia per il paziente (se è difficile esprimere i propri sentimenti positivi lo è ancora di più esprimere quelli negativi, specie se nel passato si è stati duramente puniti per questo o più semplicemente se questi sentimenti non sono stati accettati dall’altro) che per il terapeuta (che deve essere veramente una persona sana psicologicamente e con un’ottima auto-ac-

cettazione affettiva per non viverci male e con sentimenti di rifiuto dell'altro frustrante gli attacchi a cui verrà continuamente sottoposto). ...Il paziente può quindi esprimere se stesso (i propri desideri, le proprie qualità ma, soprattutto, i propri limiti) sentendosi, nel momento in cui lo fa, realmente accettato; non ci deve essere cioè in questo momento il rifiuto affettivo (che invece è stato così spesso vissuto dal bambino nel rapporto con le figure significative per lui quando lo hanno scoperto con dei limiti) e nello stesso tempo deve essere presente nel terapeuta la capacità di fare da specchio al paziente per permettergli di valutare i propri limiti (disarmonie), per poter... accettarli come proprie limitazioni nella capacità di realizzazione dei propri desideri e trovare quindi strade alternative per realizzare gli stessi ...Il paziente imparerà così ad amare il terapeuta (come modello) e, quindi se stesso con i propri pregi ed i propri limiti (come persone reali insomma). Ma in questo stadio farà ancora una distinzione tra realtà terapeutica e realtà esterna. Ci sarà quindi bisogno di generalizzare quanto appreso nel setting terapeutico agli altri rapporti affettivi (passati e presenti) del paziente”.

3. In questo terzo stadio “Alla luce delle nuove conoscenze acquisite su di sé attraverso la relazione psicoterapeutica, il paziente può essere quindi incoraggiato e facilitato nella ricerca e riconsiderazione dei propri ricordi d'infanzia, nella ricostruzione delle esperienze affettive con le figure di attaccamento e nella revisione dei processi attraverso i quali si è andata strutturando nel tempo la costruzione della sua immagine di sé. In questo lavoro, come afferma Bowlby (1988), la relazione deve rappresentare per il paziente una “base sicura”, una piattaforma, da cui poter partire per esplorare e rivivere le esperienze più dolorose della propria vita ed i sentimenti - talvolta mai confessati anche a se stesso - che le hanno accompagnate.” (Cionini e Mattei, 1992). Come altrove soste-

nuto (Urso, 1991): “...bisognerà gradualmente rivivere, con gli occhi nuovi dati dall'esperienza del transfert, i rapporti affettivi significativi del paziente. Bisognerà cioè dare un significato più reale alle tante frustrazioni affettive vissute dal paziente (da bambini si vive come fortemente frustrante anche il semplice interesse mostrato da un genitore per un fratello o un cugino), il quale imparerà a vederle e viverle nella loro giusta dimensione (a non idealizzarle cioè, né generalizzandole, né drammatizzandole). Qui le difficoltà saranno: per il terapeuta accettare di non essere più per il paziente né l'unica persona affettivamente significativa, né quella più importante (sarà quindi necessario che egli non abbia desideri di questo tipo da soddisfare, che non si senta cioè insoddisfatto affettivamente) e, per il paziente, il coraggio di uscire dal porto sicuro del setting terapeutico per affrontare le incognite del mare aperto (la vita fuori)

#### Bibliografia

- Cionini L. e Mattei D.M. “*Relazione terapeutica e cambiamento in psicoterapia cognitiva*”, *Terapia del Comportamento*, 1992, 35/36, Bulzoni, Roma, 55-64.
- Grasso M., Lombardo G.P. e Pinkus L. *Psicologia clinica*, La Nuova Italia Scientifica, 1988.
- Urso A. “*La psicoterapia cognitivo-comportamentale oggi*”, *Terapia del Comportamento*, 1991, 32, Bulzoni, Roma, 7-36.

#### Sabato 31 marzo 2007

##### Il prontuario e le tariffe professionali

Antonino Urso, *Pont. Università San Tommaso, Roma*; *Coordinatore Commissione Deontologica Ordine Regionale degli Psicologi del Lazio*  
Avvocato Luca Lentini, *Consulente legale Ordine Psicologi del Lazio*

I moderni “dottori dell'anima” (psichiatri e psicologi-psicoterapeuti) sono spesso criticati e accusati di non fare molto di più di ciò che farebbe un buon amico o un buon parroco, pronti anch'essi ad ascoltare ed a aiutare. Ma un amico o un sacerdote non si fanno pagare per ascoltare e consigliare. Eppure l'A.P.A. (l'associazione che riunisce gli psicologi statunitensi), nel primo significativo documento dedicato all'etica professionale dello psicologo, -l'Ethical Standard of Psychologist (1953)- afferma già nella prefazione che: “Lo psicologo crede nella dignità e nel valore di ogni essere umano e si dedica ad accrescere la comprensione che l'uomo ha di se stesso e degli altri. Mentre persegue questo scopo, egli protegge il benessere di chiunque richieda i suoi servizi o di chiunque, uomo o animale, sia oggetto dei suoi studi”. Tale affermazione sembra confermare che lo psicologo rientri nella categoria di quei professionisti che svolgono un'attività ad alto contenuto sociale, che presuppone quindi in chi la svolge una ferma volontà di aiutare l'altro: una specie di missione. Ma, come sostiene Spinsanti (1987), “La volontà di aiutare non è una condizione sufficiente per giustificare l'intervento psicoterapeutico. La morale individuale a cui si aderisce può prevedere l'obbligo di assistere, con le proprie risorse materiali e spirituali, il prossimo in necessità. Ma lo spirito missionario, anche se espressione autentica di un essere umano che ha superato il narcisismo solipsistico per aprirsi alla dimensione della reciprocità, non conferisce di per sé un diritto a entrare nello spazio psicologico dell'altro. La professione psicoterapeutica non si può fondare sulla missionarietà”.

Del resto, come afferma Szazs, 1965: “L'analista non ha prodotti da vendere; non può curare una malattia, prescrivere una medicina per alleviare l'ansia del paziente o fornire una giustificazione medica per un impegno del pa-

ziente. Egli può unicamente contrattare la vendita di tempo e di servizi... Il paziente, da parte sua, ha bisogno e desidera un aiuto psicoterapeutico; in cambio offre al terapeuta denaro e una responsabile collaborazione nella terapia... Su questa base essi possono negoziare e contrattare tra loro in maniera significativa". Paziente e psicoterapeuta negoziano il rapporto psicoterapico che andranno a stabilire già dal loro primo incontro: ne contrattano i termini, stabiliscono ciò di cui hanno bisogno e ciò che scambievolmente si offrono; ma, sostiene ancora Szasz, 1965, "Il negoziato è impossibile o tende a fallire ogniqualvolta c'è un eccessivo squilibrio tra la posizione di contrattazione del paziente e quella del terapeuta". Da tutto ciò deriva l'opinione generalmente condivisa tra gli psicoterapeuti che il fatto che i clienti paghino per il loro trattamento influisca positivamente sul risultato della terapia. Sostengono infatti Kendall e Norton-Ford (1982) che: "Teorie terapeutiche diverse affrontano il problema in modo alquanto diverso, ma la prospettiva psicoanalitica costituisce un esempio chiarificatore. Da questo punto di vista, il fatto che il cliente deve pagare è considerato un impegno simbolico alla terapia". Szasz, 1965, aggiunge: "Trovo quindi difficile immaginare come la terapia contrattuale possa funzionare senza che il paziente paghi l'onorario all'analista, in quanto è il pagare l'analista che più di ogni altra cosa mette il paziente in condizioni di essere parte negoziante responsabile in un contratto con lui...".

Oggi la situazione torna di grande attualità; infatti da una parte assistiamo alla rinnovata attenzione della classe politica nazionale ed internazionale circa la necessità di offrire servizi psicologici alla portata di tutti, ivi compresi i soggetti appartenenti alle classi sociali economicamente più disagiate; dall'altra, quanti ne hanno la possibilità fanno ancor più ricorso a forme di assistenza assicurativa privata, spostando il rapporto economico all'esterno della relazione terapeutica, sono infatti terze persone (le assicurazioni) a regolare l'onorario dello psicologo-psicoterapeuta. Nel recente passato ciò ha condotto:

- alla nascita di Servizi di Psicologia non solo presso i Servizi Sanitari (ASL ed Ospedali) ma anche in luoghi più capillari, quali ad es. le

scuole dell'obbligo;

- all'avvio, ormai da diversi anni, presso alcune università pubbliche, sia statali (come "La Sapienza" di Roma) che pontificie (quali la "San Tommaso" e la "Salesiana" di Roma) di servizi di consulenza psicologica gratuiti o semi-gratuiti per gli studenti del loro ateneo e di recente tali servizi si stanno estendendo agli studenti universitari in generale;
- all'attenzione di alcuni enti locali che hanno approvato specifiche disposizioni, ad esempio la legge istitutiva del Servizio di Psicologia Scolastica presso le scuole pubbliche, approvata dalla Regione Abruzzo, che prevede dei servizi di psicologia gratuiti per tutti gli utenti della scuola;
- al riconoscimento dell'importanza dell'assistenza psicologica e psicoterapica da parte della stessa classe politica italiana che, già da molti anni, ha previsto il rimborso totale delle spese per le prestazioni psicologiche e psicoterapiche sostenute dai propri membri (Onorevoli e Senatori) e dai loro familiari, indipendentemente da dove e da chi si siano rivolti per fruire della psicoterapia; si sta altresì tentando, pur se con notevoli difficoltà, di approvare leggi ad hoc che permettano di estendere tali benefici a tutti i cittadini o almeno a quelli meno abbienti - ad es. la proposta di legge presentata dal On. Luigi Cancrini sulla psicoterapia in convenzione;
- all'approvazione, da parte dell'attuale legislatura (si veda il Decreto Legge Bersani sulle liberalizzazioni) di articoli di legge che aboliscono i minimi professionali permettendo di fatto l'apertura di servizi che offrano prestazioni totalmente o parzialmente gratuite agli utenti.

Questo processo di offerta di servizi di psicologia a tutti i cittadini ha incontrato non pochi ostacoli lungo il suo percorso; ci riferiamo soprattutto alle resistenze mostrate da:

- taluni politici, spaventati dai costi economici preventivati per l'allargamento a tutti i cittadini del beneficio del quale essi stessi godono da molti anni; e da alcune lobby sanitarie, spaventate dalla possibilità che una parte della spesa sani-

taria pubblica venga dirottata dalla spesa farmaceutica e/o ospedaliera verso la psicoterapia pubblica o in convenzione. Tali resistenze si esprimono sotto forma di critiche sull'efficacia della psicoterapia stessa e/o come dubbi sul fatto che il costo di una psicoterapia risulterebbe molto superiore ad un equivalente trattamento medico psichiatrico (farmaci e/o ricovero).

- Molti tra gli operatori della psiche, dubbiosi circa la partecipazione attiva alla psicoterapia da parte dell'utente che non si sia previamente impegnato ad un congruo pagamento di tale prestazione (si veda il dibattito precedentemente accennato).

Risulta fin troppo facile rispondere ad entrambe queste obiezioni:

1. Oggi abbiamo una copiosa letteratura scientifica circa la superiorità qualitativa degli interventi psicofarmacologici e psicoterapici - (specie se combinati tra loro) - rispetto al placebo e, cosa ben più significativa, le inchieste sull'indice di soddisfazione dei fruitori dei servizi di psichiatria e psicoterapia offrono risultati molto significativi. Un'indagine condotta in tal senso da Altroconsumo nel 2003, su di un considerevole numero di cittadini europei (14.000, dei quali 2.550 italiani) che a causa di problemi psichici aveva usufruito di interventi per almeno sei mesi, ha mostrato come il grado di soddisfazione personale rispetto alla scelta di curarsi fosse molto alto: il 75% di quanti avevano scelto uno psichiatra e il 74% di quanti avevano scelto uno psicologo hanno infatti dichiarato di aver constatato un miglioramento della loro salute psichica; il 44% di quanti erano stati curati dallo psichiatra e il 67% di quelli curati da uno psicologo hanno risposto di godere di più della vita grazie alla terapia; ancora, il 50% di quelli curati dallo psichiatra e il 73% di quanti curati dallo psicologo vedevano accresciuta la fiducia in se stessi a seguito della terapia; il 67% dei curati dallo psichiatra e il 76% dei curati dallo psicologo hanno dichiarato di aver imparato a conoscere meglio se stessi durante il trattamento; infine, il 49% di quanti in cura psichiatrica e il 63% di quelli in cura psicologica hanno affermato di

aver migliorato le loro relazioni col prossimo dopo la terapia. L'efficacia dei trattamenti psichiatrici e psicologici è oggi ampiamente dimostrata: anche se sono sicuramente più numerosi gli studi effettuati sull'efficacia dei farmaci (studi per lo più finanziati dalle case farmaceutiche), negli ultimi anni si è osservato un grande fiorire di gruppi di ricerca che, grazie ai finanziamenti pubblici e/o agli studi svolti all'interno di grandi Università, hanno testato l'efficacia della psicoterapia e in particolare modo della psicoanalisi e della psicoterapia cognitivo-comportamentale. Nel 1991 infatti 40 gruppi di ricercatori (29 nordamericani e 11 europei) lavoravano per studiare l'efficacia o meno della psicoterapia (P. Migone, 1999); e già nel 1980 Smith, Glass e Miller confrontando 475 studi sull'efficacia della psicoterapia con la metodologia statistica della meta-analisi conclusero che la psicoterapia produce un miglioramento nell'85% dei casi trattati rispetto al gruppo di controllo. Esiste inoltre un numero sempre più considerevole di studi sul confronto tra l'efficacia di più psicoterapie e della sinergia tra psicoterapia e psicofarmaci; a proposito del confronto d'efficacia tra trattamento psicoterapico e trattamento psicofarmacologico meritano particolare attenzione le ricerche svolte da Wexler e Nelson (1993) sulla depressione maggiore e da J Malgraf e S. Schneider (1995) sugli attacchi di panico. Il primo studio valutò la diversa efficacia della sola psicoterapia, del solo intervento farmacologico o dei due interventi combinati nel trattamento della depressione maggiore: la psicoterapia risultò superiore agli psicofarmaci (58% di miglioramenti contro il 46%), ma fu decisamente il trattamento combinato a dare la migliore performance (64% di successi). Il secondo studio, una ricerca promossa dalla Società Tedesca per la Ricerca (atto numero MA 1116/1) sul rapporto costi/benefici di un trattamento psicoterapico nelle sindromi di ansia caratterizzate da attacchi di panico, ha preso in considerazione 66 pazienti con una durata media del disturbo ansioso di 7 anni; con i quali era già stato tentato un trattamento sanitario senza successo; tutti furono sottoposti

a psicoterapia cognitivo - comportamentale da psicologi - psicoterapeuti e controllati per un periodo di quattro anni; il risultato fu che l'80% vennero curati con successo (percentuale in linea con le medie relative a questo tipo di psicoterapia); il dato sicuramente più significativo però riguarda il risparmio che ne è derivato alla Cassa Mutua dei pazienti: infatti, a fronte di una spesa di oltre 8000 marchi per paziente per un periodo medio di due anni (tra interventi medici, farmaci, ricoveri, ecc.) grazie alla psicoterapia i costi risultano scesi a circa 1.458 marchi. Se si conteggiano poi i risparmi ottenuti nei due anni successivi al trattamento, si arriva a scoprire che per ogni marco speso per la psicoterapia cognitivo - comportamentale sono stati risparmiati circa 11 marchi in altri settori del sistema sanitario. Il dato è talmente rilevante che riteniamo debba far riflettere chi si occupa di politica sanitaria, tanto più che la sindrome di attacchi di panico, insieme all'agorafobia, sembra riguardare il 5% della popolazione.

- Alla domanda "Se c'è qualcuno di diverso dal paziente che paga l'onorario, ciò può danneggiare la psicoterapia?" hanno già risposto Kendall e Norton-Ford (1982), analizzando le ricerche specificamente condotte in tal senso durante gli anni '70 negli Stati Uniti ed in molti Paesi europei, dove è ormai un fatto consolidato che qualcun altro (assicurazioni o ente pubblico) paghi la psicoterapia al paziente, in particolare gli studi di Pope, Geller e Wilkinson (1975) e De Muth e Kamis (1980), i primi hanno confrontato la variabile concernente il pagamento della psicoterapia individuale in 434 clienti divisi in cinque gruppi (nessun pagamento, pagamento tramite l'assistenza pubblica, tramite assicurazione privata, rateale e per intero); con diagnosi di psicosi, nevrosi, disturbi del carattere, disturbi situazionali transitori, ecc.; il risultato fu che, quando gli effetti dello stato socioeconomico e della diagnosi risultano sotto controllo, il pagamento non è una variabile in grado di influire sul risultato della psicoterapia; infatti l'unica variabile significativamente correlata al risultato della psicoterapia risultò

essere la tipologia del problema presentato; i secondi hanno affrontato il rapporto fra fonte di pagamento e utilizzazione dei servizi nella psicoterapia trovando che il rimborso tramite terzi non conduce ad alcun abuso dei servizi.

Tutto ciò fa concludere a Kendall e Norton-Ford (1982) che "In generale, la regolazione dell'onorario non appare correlata al risultato, quando si tiene conto della diagnosi e dello stato socio-economico".

#### Bibliografia

- Kendall P.C. e Norton-Ford J.D. *Clinical Psychology. Scientific and Professional Dimensions*, N.Y., John Wiley & Sons, 1982 (ed. Italiana: Psicologia Clinica, il Mulino, 1986).
- Migone P. "Valutazione dei risultati terapeutici in psicoterapia" in P. Pancheri, G.B. Cassano e al. (a cura di) *Trattato Italiano di Psichiatria* (2<sup>a</sup> ed.), Masson, vol. 3, 3148-3164.
- Spinsanti S. *Etica biomedica*, Paoline, 1987.
- Szazs T.S. *The Ethics of Psychoanalysis. Theory and Method of Autonomous Psychotherapy*, Basic Book Inc. Publ., New York - London, 1965 (ed. it. *Etica della psicoanalisi*, Armando, 1979).

**Allegato**

DECRETO LEGGE “BERSANI”:  
COMMENTO DELL'AVVOCATO  
LUCA LENTINI, CONSULENTE  
LEGALE ORDINE PSICOLOGI  
DEL LAZIO

Il Decreto Legge 4-7-2006, n. 223 “*Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale*” (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 luglio 2006, n. 153), meglio noto come “Decreto Bersani” all'articolo 2 (“*Disposizioni urgenti per la tutela della concorrenza nel settore dei servizi professionali*”) così disponeva:

“1. *In conformità al principio comunitario di libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali:*

- a) *la fissazione di tariffe obbligatorie fisse o minime ovvero il divieto di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti;*
- b) *il divieto, anche parziale, di pubblicizzare i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto e il prezzo delle prestazioni;*
- c) *il divieto di fornire all'utenza servizi professionali di tipo interdisciplinare da parte di società di persone o associazioni tra professionisti, fermo restando che il medesimo professionista non può partecipare a più di una società e che la specifica prestazione deve essere resa da uno o più professionisti previamente indicati, sotto la propria personale responsabilità.*

2. Sono fatte salve le disposizioni riguardanti l'esercizio delle profes-

*sioni reso nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o in rapporto convenzionale con lo stesso, nonché le eventuali tariffe massime prefissate in via generale a tutela degli utenti”.*

Consultando, poi, la Legge 4-8-2006 n. 248, recante la “*Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale*” (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 11 agosto 2006, n. 186), si rinviene la seguente nuova formulazione dell'articolo 2 (parimenti intitolato “*Disposizioni urgenti per la tutela della concorrenza nel settore dei servizi professionali*”):

“1. *In conformità al principio comunitario di libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali:*

- a) *l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime ovvero il divieto di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti;*
- b) *il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'ordine;*

2. Sono fatte salve le disposizioni riguardanti l'esercizio delle professioni reso nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o in rapporto convenzionale con lo stesso, nonché le eventuali tariffe massime prefissate in via generale a tutela degli utenti. Il giudice provvede

*alla liquidazione delle spese di giudizio e dei compensi professionali, in caso di liquidazione giudiziale e di gratuito patrocinio, sulla base della tariffa professionale. Nelle procedure ad evidenza pubblica, le stazioni appaltanti possono utilizzare le tariffe, ove motivatamente ritenute adeguate, quale criterio o base di riferimento per la determinazione dei compensi per attività professionali”.*

Dal raffronto delle due stesure della norma emerge come il Legislatore, dopo più meditata ponderazione, abbia sostituito al divieto di fissare tariffe professionali minime il divieto di rendere vincolanti dette tariffe.

Pertanto, rientra tuttora tra i poteri degli Ordini professionali quello di assegnare alle varie tipologie di prestazioni un valore economico minimo, da considerare come soglia identificativa di uno standard di qualità.

Anche la legge di conversione del Decreto Bersani mantiene ferma la possibilità per il singolo professionista di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti e introduce, rispetto alla decretazione d'urgenza, l'ulteriore correttivo secondo cui *in caso di liquidazione giudiziale il Giudice provvede a determinare i compensi professionali sulla base della tariffa professionale*, che perciò conserva ufficialmente la propria legittimazione tra gli istituti della materia ordinistica.

Stante quanto sopra, ad oggi l'Ordine professionale resta investito del potere di individuare un valore standard minimo di ciascuna prestazione. Peraltro, attualmente l'ordinamento non sembra dotare l'Ordine di un potere punitivo nei confronti di un iscritto che concordi con il cittadino compensi inferiori, potendo l'Ordine semplicemente emettere, in proposito, raccomandazioni e favorire occasioni di incontro e di confronto volte a rafforzare la consapevolezza della valenza deontologica della giusta valorizzazione economica delle attività professionali erogate.

Sabato 26 maggio 2007

**La disciplina del segreto professionale**a cura di Franca Mora, *Psicologa* e Franco Morozzo della Rocca, *Magistrato*

Il rapporto tra lo psicologo ed il suo cliente si svolge nel tempo e, particolarmente per le prestazioni di sostegno o di terapia, esige, per lo sperato buon esito, fiducia e confidenza senza riserve. Il rispetto e la certezza del rispetto del segreto in ordine alle notizie confidenziali, che il professionista attinge dal rapporto, caratterizzano, dunque, la sua prestazione e soddisfano l'interesse di entrambe le parti all'esatto adempimento di essa. L'ordinamento giuridico garantisce e tutela direttamente l'interesse del cliente, sia sul piano penale, sia su quello deontologico, sia attraverso gli strumenti del diritto civile; quello dello psicologo resta, invece, un interesse di mero fatto e trova una limitata tutela solamente di fronte alla pubblica Autorità, che incontra alcuni limiti formali nell'esercizio dei suoi poteri di acquisizione di informazioni e di prove.

**TUTELA DEL SEGRETO  
ART. 622 COD. PEN.**

La tutela penale del segreto professionale è data dall'art. 622 cod. pen, che ne punisce la violazione a titolo di delitto, con la reclusione fino ad un anno o, alternativamente, con la multa: l'ordinamento considera che i soggetti, i quali abbiano necessità di assistenza da parte del professionista (unico abilitato a prestare quel tipo di aiuto), potrebbero essere indotti a rinunciare per il timore di violazioni del segreto in ordine alle loro comunicazioni confidenziali.

**“NOCUMENTO”**

Il diritto penale non pretende di coprire tutta l'area dell'interesse del cliente: l'art. 622 cod. pen. limita la punibilità del fatto, subordinandola alla condizione che dalla violazione del segreto possa derivare un “nocumento”; e ammette che la violazione possa trovare una sua causa giustificativa. La nozione di “nocumento” è ampia, comprensiva di un eventuale danno non patrimoniale; ed il fatto che il legislatore faccia riferimento alla sola possibilità di esso evidenzia l'interesse alla re-

pressione indipendentemente dalla attualità di un danno, ma pur sempre nei limiti di un concreto interesse della persona offesa: alla cui querela è subordinata la promovibilità dell'azione penale, per l'esigenza di lasciare all'interessato la valutazione della miglior tutela del suo interesse leso.

**GIUSTA CAUSA DI RIVELAZIONE**

La giusta causa di rivelazione, che qui esclude la sussistenza stessa del reato, va individuata in un interesse alla propalazione di pari o maggiore rilevanza giuridica, tale che nel bilanciamento tra interesse del cliente al segreto e ragioni della sua rivelazione queste debbano prevalere. Integrano, in pratica, giusta causa le situazioni corrispondenti alle comuni esimenti note al diritto penale ed al diritto civile: in particolare lo stato di necessità (art. 45 cod. pen; art. 2045 cod. civ.) e l'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere (art. 51 cod. pen.). La violazione è, del pari, esclusa dal consenso del paziente, che priva la notizia dei suoi caratteri di riservatezza.

**INDIVIDUAZIONE DELLA PERSONA  
OFFESA DAL SEGRETO**

Comune al profilo penale ed a quello deontologico è il problema della *individuazione della persona offesa* dalla violazione del segreto. È, infatti, possibile che la prestazione, particolarmente negli interventi di sostegno o di psicoterapia, sia resa a persona diversa dal committente; ed è ipotizzabile un conflitto tra i due soggetti, ognuno dei quali potrebbe essere diversamente interessato al rispetto del segreto od alla sua rimozione.

Nel caso, il diritto del committente al rispetto del segreto trova la sua fonte nel contratto; quello del paziente, destinatario della prestazione, è di rango primario nel diritto assoluto alla riservatezza in ordine a tutto ciò che si riferisce alla sfera intima della personalità: è, cioè, un diritto tutelato dall'art. 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e, di conseguenza, in quanto diritto inviolabile dell'uomo, dall'art. 2 della nostra Costituzione.

**TUTELA DEL DESTINATARIO  
DELLA PRESTAZIONE (SE  
DIVERSO DAL COMMITTENTE)**

Il dovere dello psicologo di tutelare

prioritariamente, nel conflitto con il committente, il destinatario della prestazione è espressamente sancito anche dal codice deontologico all'art. 4, comma 4. L'interesse del committente al superamento del segreto non può, dunque, prevalere sull'opposto interesse del paziente; e lo psicologo, nei limiti del prevalente interesse di questo, è tenuto alla sua osservanza anche nei confronti dello stesso committente. Ciò non significa, per contro, che un eventuale interesse del committente all'osservanza del segreto, in contrasto con una opposta volontà del paziente, sia del tutto privo di tutela: anche un tale conflitto deve essere risolto in ragione della natura dei due interessi, privilegiando quello di rango superiore, sempre tenendo conto del giovamento o del nocumento che ne può derivare al paziente.

**IL SEGRETO NEL  
CODICE DEONTOLOGICO**

Il codice deontologico impone l'osservanza del segreto in termini pressoché assoluti, con riguardo non solamente alle informazioni confidenziali acquisite nel corso del rapporto, ma anche allo svolgimento stesso del rapporto.

Per l'art. 11, infatti, lo psicologo è *strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate.*

I successivi art. 12, 13, 15 e 16 apparentemente enunciano possibili deroghe a tale obbligo di totale segretezza; in realtà limitano la operatività di talune cause, che altrimenti ne giustificerebbero il superamento.

Così l'art. 15 impone riservatezza e cautela anche in caso di interventi in collaborazione con altri soggetti pur tenuti al segreto; e l'art. 16 enuncia una specifica cautela per la redazione di comunicazioni scientifiche; il dovere di rendere testimonianza potrebbe giustificare una deroga, che l'art. 12 subordina, invece, al valido e dimostrabile consenso del destinatario della prestazione; e l'art. 13 impone cautele e limiti con riguardo a ciò che lo psicologo può esporre all'Autorità nell'adempimento dei suoi obblighi di referto o di denuncia.

## RAPPORTI TRA PROFESSIONISTA E PUBBLICA AUTORITÀ

Sul fronte dei rapporti tra il professionista e la pubblica Autorità la tutela del segreto si giova delle previsioni degli art. 200, 256 e 362 cod. proc. pen.: lo psicologo, in quanto esercente una professione sanitaria, è escluso dall'obbligo di rendere testimonianza sui fatti appresi in ragione delle sue prestazioni di terapia o di sostegno, né è tenuto a consegnare atti e documenti coperti dal segreto professionale od a fornire al riguardo informazioni al pubblico ministero; le dette esenzioni valgono anche per il processo civile in forza dell'art. 249 cod. proc. civ., che per esse rinvia al codice di rito penale.

## SEGRETO PROFESSIONALE NEL PROCESSO PENALE

Nel processo penale, tuttavia, il giudice ha il potere di verificare la verità dell'invocato segreto; ed il segreto non copre i fatti, per i quali il professionista abbia obbligo di referto. È da sottolineare che, mentre le norme richiamate *consentono* al professionista di sottrarsi agli obblighi di rendere testimonianza o di consegnare atti e documenti, la regola deontologica (art. 12) *fa divieto* allo psicologo di rendere testimonianza sui fatti coperti dal segreto, a meno che non ricorra la duplice condizione del consenso valido e dimostrabile del destinatario delle sue prestazioni e della assenza di esigenze di tutela psicologica dello stesso destinatario.

## OBBLIGO DI REFERTO

Quanto *all'obbligo di referto* va ricordato che esso sussiste quando il professionista abbia operato in casi aventi i caratteri di un delitto procedibile di ufficio e sempre che il referto non esponga la persona assistita al rischio di essere incriminato (art. 365 cod. pen.); e che i dati e le informazioni da inserire nel referto sono tutti quelli indicati dall'art. 334 cod. proc. pen. (identità della persona assistita, circostanze di tempo e di luogo dell'intervento - non necessariamente includenti dettagli concernenti la terapia - ed ogni notizia utile alla ricostruzione del fatto reato e delle sue conseguenze): l'art. 13, comma 1, cod. deont. non può essere, dunque, letto come limitativo della portata del citato art. 334, ma solamente come un invito a

non inserire nel referto elementi superflui, al di là del dovere di legge.

## DEROGHE ALLA 'DOVEROSA RISERVATEZZA'

Lo stesso art. 13 cod. deont. prevede al comma 2 una deroga alla doverosa riservatezza, se si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto o di terzi. La situazione considerata corrisponde alla figura, civilisticamente e penalmente rilevante, dello stato di necessità. Spetta al professionista valutare in termini di concretezza la gravità ed attualità del pericolo incombente sull'assistito, o su se stesso, o su altro soggetto, tenendo ben conto che concretezza, gravità ed attualità di esso saranno poi oggetto di nuova valutazione in sede penale ed in sede deontologica, se dovesse porsi la questione della violazione del segreto. Così il rilievo di una generica inclinazione del paziente alla pedofilia non giustificherebbe il superamento del segreto; ma la deroga ed il dovere di derogarvi sussiste certamente in presenza di elementi rivelatori di un concreto atto di pedofilia già progettato o, comunque, di probabile, imminente attuazione. In questo caso un pur cauto superamento del segreto è doveroso e, oltre tutto, giova allo stesso paziente, cui viene impedita la commissione di un atto, le cui conseguenze ricadrebbero su di lui.

## IL SEGRETO PROFESSIONALE SUL PIANO CIVILISTICO

Sul piano civilistico va rilevato che l'obbligo del segreto appartiene *naturaliter* al contenuto del contratto di prestazione d'opera professionale e caratterizza la prestazione promessa, per previsione di legge e del codice deontologico; sicché, indipendentemente da una espressa pattuizione delle parti al riguardo, il segreto, nei limiti che abbiamo visto, è dedotto in obbligazione e la sua violazione integra ipotesi di inadempimento o di inesatto adempimento del contratto d'opera professionale. La responsabilità del professionista per i danni cagionati dalla violazione trova, dunque, la sua fonte nell'inadempimento di una specifica obbligazione contrattuale e può dare luogo a responsabilità per tale titolo.

Nei confronti del destinatario della prestazione di sostegno o di psicote-

rapia la violazione, in quanto lesiva del suo diritto inviolabile alla riservatezza per ciò che attiene agli aspetti più intimi della sua personalità, integra anche un illecito extracontrattuale, indipendentemente dalla sua configurazione come reato.

## RISARCIBILITÀ DEL DANNO PER VIOLAZIONE DI SEGRETO PROFESSIONALE

Il destinatario della prestazione avrà, dunque, a sua disposizione sia l'azione contrattuale di inadempimento e di danno, sia l'azione extracontrattuale di responsabilità civile; e potrà scegliere se esercitare l'una o l'altra, od anche perseguire con entrambe, cumulandole, l'unico obiettivo risarcitorio, tenendo conto dei vantaggi che, secondo le circostanze, l'una o l'altra azione può offrirgli sul piano della prova, della liquidazione del danno, della prescrizione.

Il fatto che sia questione di lesione di un diritto inviolabile dell'uomo coperto da garanzia costituzionale importa che vi sia piena coincidenza tra lesione ed evento di danno, con la conseguenza della risarcibilità anche del danno non patrimoniale: qui il danno non patrimoniale si identifica, infatti, con la lesione patita ed è liquidabile in ragione della sua gravità, per il fatto stesso che una lesione del diritto vi è stata ed indipendentemente dalle eventuali conseguenze ulteriori.

## CASISTICA DEONTOLOGICA

La casistica deontologica non è particolarmente ricca in materia di segreto; i precedenti evidenziano soprattutto una sorta di sovraesposizione dello psicologo in vicende, nelle quali è palese il tentativo del denunciante di coinvolgerlo in una sua situazione conflittuale.

Sembra, perciò, utile segnalare che sono abbastanza frequenti, in caso di genitori separati con figli minori in terapia, le richieste di notizie rivolte direttamente al professionista da parte del genitore non affidatario. Il professionista deve ben guardarsi dall'esaudirle: il genitore affidatario cumula in sé i ruoli di committente e di gestore della potestà sul destinatario della prestazione; il genitore non affidatario ha certamente il diritto di essere informato dello stato e dei problemi del figlio, ma può e deve esercitare questo

diritto nei confronti del genitore affidatario (e non dello psicologo), eventualmente rivolgendosi al giudice.

Problemi del tutto particolari si possono porre per lo psicologo che opera nell'ambito di una istituzione, cioè in un ambito nel quale non sempre è ravvisabile una volontà del paziente in ordine alla instaurazione del rapporto professionale.

La tutela psicologica del soggetto destinatario dell'intervento è anche in questo caso preminente: anche in caso di prestazione resa nell'ambito di una struttura ed in forza di un rapporto di pubblico impiego, la prestazione resta di natura professionale, con i connotati di autonomia e con la soggezione alla deontologia che le sono propri.

#### LIMITI DELL'OBBLIGO DI SEGRETO

I limiti dell'obbligo del segreto possono, tuttavia, variare in ragione del tipo di rapporto. Fermo restando che lo psicologo non deve mai superarli in danno delle specifiche esigenze di cura del paziente, gli altri limiti possono risultare superabili in ragione dei doveri imposti dalle regole del rapporto di servizio e dalle funzioni esercitate nella istituzione di appartenenza. Obbligo di referto, adempimento di un dovere, necessità di collaborazione con altri soggetti per la formulazione di una diagnosi, per il sostegno o per la terapia, possono di volta in volta giustificare il detto superamento, ferma restando la necessità di rispettare le preminenti esigenze di tutela psicologica del destinatario della prestazione.

È proprio questa esigenza che sempre segna il confine entro il quale lo psicologo deve muoversi e deve fare le sue valutazioni anche quanto al segreto professionale, ai suoi limiti ed alla importanza del suo doveroso rispetto.

#### Sabato 9 giugno 2007

##### “Pubblicità e siti internet”

Avvocato Luca Lentini, *Consulente legale Ordine Psicologi del Lazio*

Dott. Antonino Urso, *Pont. Università San Tommaso, Roma; Coordinatore Commissione Deontologica Ordine Regionale degli Psicologi del Lazio*

Il Decreto Legge 4-7-2006, n.223, intitolato “Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale” (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 luglio 2006, n. 153), meglio noto come “Decreto Bersani”, all'articolo 2, intitolato “Disposizioni urgenti per la tutela della concorrenza nel settore dei servizi professionali”, così disponeva:

“1. In conformità al principio comunitario di libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali:

- a) la fissazione di tariffe obbligatorie fisse o minime ovvero il divieto di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti;
- b) il divieto, anche parziale, di pubblicizzare i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto e il prezzo delle prestazioni;
- c) il divieto di fornire all'utenza servizi professionali di tipo interdisciplinare da parte di società di persone o associazioni tra professionisti, fermo restando che il medesimo professionista non può partecipare a più di una società e che la specifica prestazione deve essere resa da uno o più professionisti previamente indicati, sotto la propria personale responsabilità.

2. Sono fatte salve le disposizioni riguardanti l'esercizio delle profes-

sioni reso nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o in rapporto convenzionale con lo stesso, nonché le eventuali tariffe massime prefissate in via generale a tutela degli utenti.”

La Legge di conversione 4-8-2006, n. 248, recante “Conversione..., con modificazioni, del D.L. 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale” (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 11 agosto 2006, n. 186), reca la seguente nuova formulazione dell'articolo 2, parimenti intitolato “Disposizioni urgenti per la tutela della concorrenza nel settore dei servizi professionali”:

“1. In conformità al principio comunitario di libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali:

- a) l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime ovvero il divieto di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti;
- b) il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'ordine;

2. Sono fatte salve le disposizioni riguardanti l'esercizio delle professioni reso nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o in rapporto convenzionale con lo stesso, nonché le eventuali tariffe massime prefissate in via generale a tutela degli utenti. Il giudice provvede alla liquidazione delle spese di giudizio e dei compensi professionali, in caso di liquidazione giudiziale e di gratuito patrocinio, sulla base della tariffa professionale. Nelle procedure ad

evidenza pubblica, le stazioni appaltanti possono utilizzare le tariffe, ove motivatamente ritenute adeguate, quale criterio o base di riferimento per la determinazione dei compensi per attività professionali”.

Tra il decreto legge e la legge di conversione sopra indicati si registra una sopravvenuta moderazione delle misure adottate, pur permanendo l'ottica della cosiddetta “liberalizzazione”.

Mentre il decreto legge introduceva rigidamente l'abolizione di ogni divieto “anche parziale, di pubblicizzare i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto e il prezzo delle prestazioni”, la legge di conversione, ferma restando l'elasticità formale dei mezzi pubblicitari utilizzabili, pone al centro della stessa attività pubblicitaria i “criteri di trasparenza e veridicità del messaggio” e demanda agli Ordini il compito di verificare il rispetto di tali criteri.

Pertanto, anche sotto tale profilo, a fronte di una prima tipologia di disciplina improntata alla volontà di fare tabula rasa dei vincoli tradizionalmente fissati, nell'ambito delle professioni in-

tellektuali o “protette”, in materia di forme e contenuti della pubblicità, è stata adottata una soluzione implicante un minor livello di discontinuità rispetto al passato.

Infatti, l'ordinamento vigente mantiene espressamente fermo il potere/dovere degli Ordini di monitorare gli strumenti pubblicitari posti in essere dagli iscritti, quanto meno sotto il profilo della veridicità e della trasparenza; si tratta di due concetti che implicano necessariamente l'osservanza dei principi del rispetto verso tutti i colleghi, del divieto di concorrenza sleale e del divieto dell'illecito accaparramento di clientela.

Quale ulteriore corollario di tali considerazioni, si può sostenere che la pubblicità comparativa da parte dei professionisti resti vietata.

Del pari, permane censurabile la condotta del professionista che conceda avallo o patrocinio a iniziative promozionali a favore di aziende o istituzioni relativamente a prodotti sanitari o commerciali.

In materia, gli Ordini, pur nei più ristretti limiti tracciati dalle nuove norme, conservano poteri di vigilanza e di

controllo che, secondo un'interpretazione oramai diffusa del testo “Bersani”, dovrebbe essere successivo, ovvero di controllo a posteriori rispetto alle iniziative pubblicitarie dei singoli iscritti. Fermo restando, naturalmente, il potere sanzionatorio in caso di violazione dei principi deontologici.

La recente modificazione, mediante referendum, del Codice deontologico degli Psicologi italiani con inserimento di un obbligo di preventiva richiesta di nulla osta per poter effettuare pubblicità, pare porsi in controtendenza rispetto al dettato normativo in tema di liberalizzazione e pare sia oggetto d'esame da parte dell'Autorità Antitrust.

Nel frattempo la Suprema Corte di Cassazione ha sottolineato che le disposizioni “Bersani” hanno abrogato la legge sulla pubblicità sanitaria n. 175/92 ed il Comune di Roma ha, conseguentemente, diramato in data 13-2-2007 un comunicato agli Ordini dei Medici e degli Psicologi in base al quale “...ritiene non necessaria l'autorizzazione del Sindaco inerente il messaggio pubblicitario relativo alle professioni sanitarie..” ■

**visita il sito web dell'Ordine degli Psicologi del Lazio**

**[www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it)**

**dal prossimo anno nuovi strumenti digitali e on line**