

NORMATIVE ETICHE E DEONTOLOGICHE PER LA RICERCA E PER L'ATTIVITA' CLINICA IN ETÀ EVOLUTIVA

ATTIVITA' DI RICERCA

Il professionista impegnato nella ricerca con soggetti in età evolutiva dovrà attenersi a un insieme di principi e di norme di comportamento che tutelano le persone coinvolte e ne garantiscono l'integrità fisica e psicologica.

1. Chi svolge ricerca in psicologia deve essere consapevole delle proprie competenze e dei limiti di queste e usare solo quei metodi e tecniche per le quali abbia una adeguata preparazione scientifica e una corrispondente esperienza pratica. Deve inoltre aggiornarsi sulle teorie e le tecniche inerenti al proprio ambito di ricerca. Nel caso di ricerche in cui sia possibile ipotizzare un potenziale danno fisico e/o psicologico devono essere comunque incluse nel gruppo di ricerca, o consultate, persone esperte dello specifico settore di indagine (per esempio esperti legali, esperti in neonatologia, pediatri etc.), al fine di evitare rischi per il benessere fisico e psicologico dei/delle partecipanti alla ricerca.

2. Chi fa ricerca si deve **qualificare** esattamente per quanto riguarda i titoli di studio e professionali, la formazione culturale e le esperienze professionali precedenti, e l'attuale attività scientifica, di insegnamento e professionale.

3. Le **responsabilità primarie** di chi svolge attività di ricerca includono i seguenti aspetti:

- impegnarsi a rispettare, e a fare rispettare, le norme di legge vigenti in materia di sicurezza, di sperimentazione e di ricerca con soggetti in età evolutiva;
- favorire la diffusione delle conoscenze allo scopo di aumentare il benessere della società e delle persone;
- evitare di fornire strumenti e insegnare tecniche in sedi non appropriate o a persone non sufficientemente preparate ad applicarle;
- tutelare l'immagine e l'autorevolezza che si dà della psicologia dello sviluppo, sia in sedi scientifiche che attraverso i media;
- preoccuparsi del benessere psicologico di tutte le persone con cui si lavora, e con cui a vario titolo si entri in contatto nelle diverse fasi della ricerca (ad esempio collaboratori/trici, studenti/esse e ogni tipo di personale in formazione).

4. In tutti i casi in cui si vogliono utilizzare dati ottenuti in una ricerca (per esempio video o audioregistrazioni, risposte a questionari o a interviste, e così via), è necessario ottenere il **consenso a partecipare** delle persone coinvolte (o dei tutori legali se soggetti minori), che devono, inoltre, essere informate in modo corretto e per loro comprensibile su tutti gli aspetti della ricerca che potrebbero indurle a ritirare il consenso. Deve anche essere chiaro il nome, l'eventuale istituzione di appartenenza e lo status scientifico e professionale di chi effettua la ricerca.

Chi partecipa alla ricerca deve essere esplicitamente informato della **libertà di ritirarsi** in ogni momento. La libertà di partecipare alla ricerca deve essere accertata con chi esercita la patria potestà, nel caso si tratti di soggetti minori coinvolti nella ricerca. Norme particolari e esplicite andranno inserite laddove i soggetti minori coinvolti siano portatori di handicap o di altra disabilità che li renda esposti a potenziali maggiori vulnerabilità. Nel caso in cui vi sia una relazione esplicitamente asimmetrica fra chi partecipa e chi effettua l'indagine (ne è un caso la relazione insegnante-alunno/a), è necessario evitare che il rifiuto di partecipare comporti esiti negativi.

Nel caso di minori in grado di comprendere la richiesta di collaborazione, occorre un doppio consenso: del/la minore e di chi ne ha la responsabilità.

Nel caso di ricerche svolte con metodi osservativi non intrusivi, in luoghi pubblici e senza la possibilità preventiva o successiva di contattare le persone, dunque in assenza di un loro consenso, ne va comunque tutelata la riservatezza, ad esempio rendendo non riconoscibili i volti e le voci al momento della diffusione dei risultati.

Il consenso di chi partecipa deve essere ottenuto per iscritto nei casi in cui non sia tutelato l'anonimato e in tutti i casi che implicino l'uso di procedure dolorose o potenzialmente disturbanti e di possibili violazioni della privacy.

Chi svolge la ricerca deve essere disponibile a rispondere alle richieste o ai dubbi che insorgessero anche in seguito. Questo si può ottenere permettendo ai/alle partecipanti di restare in contatto con chi ha condotto la ricerca, o predisponendo una breve lista di responsabili, all'interno della struttura di ricerca, a cui potrà rivolgersi anche in seguito.

5. La ricerca non deve comportare alcun **rischio di danni permanenti** di natura fisica o psicologica a chi vi partecipi.

Quando in una ricerca non si possa fare a meno di utilizzare tecniche che rendano possibili danni temporanei di carattere fisico o psicologico (ad esempio lievi effetti dolorosi, recupero momentaneo di memorie traumatiche), per quanto minimi e differiti nel tempo, occorre fornire ampia informazione e ottenere un consenso scritto. Chi fa ricerca deve tenere conto anche dell'esistenza di differenze culturali e individuali.

Particolare cura deve essere usata nei casi in cui la procedura di un esperimento implichi situazioni di disagio (per esempio relative all'ambiente, alla durata delle prove, alla qualità degli stimoli, a particolari posture) che possano essere disturbanti o addirittura pericolose per chi abbia problemi di salute.

6. A chi partecipa alla ricerca deve essere sempre garantita la **riservatezza dei dati raccolti**, ossia la possibilità dell'anonimato. Quando i dati vengano presentati in sedi scientifiche o in altri contesti, deve comunque essere garantita la non riconoscibilità personale di chi partecipa alla ricerca. Nello specifico, nei casi di dati ottenuti tramite videoregistrazioni, per i soggetti minori la riconoscibilità deve essere evitata tramite oscuramento del volto e non riconoscibilità della voce o del nome di battesimo del soggetto minore. Nei casi particolari in cui questo non sia possibile, deve essere ottenuto il consenso del tutore legale di chi abbia partecipato alla ricerca per quanto attiene ai prevedibili usi e alla diffusione dei dati che lo/la riguardano.

7. Chi svolge la ricerca è responsabile del trattamento ricevuto da coloro che vi partecipano da parte delle persone che collaborano ad essa (ad esempio, studenti/esse, laureandi/e, tirocinanti, tecnici di laboratorio o altre figure professionali). Occorre perciò accertarsi delle loro competenze relazionali

e scientifiche per quanto riguarda l'ambito di ricerca in cui hanno contatti diretti con coloro che vi partecipano.

Qualora emergano dalla ricerca informazioni (anche estranee all'obiettivo proposto), su aspetti della salute fisica e mentale di coloro che vi partecipano che meriterebbero approfondimenti (ad esempio, deficit neurologici, problemi affettivi o cognitivi non diagnosticati in precedenza), occorre consigliare alla persona (o a chi ne ha la responsabilità legale) di rivolgersi a strutture che possano effettuare ulteriori indagini o possibili interventi.

8. Durante la diffusione dei dati in sedi scientifiche (congressi, seminari didattici o altro), devono essere rispettati i seguenti requisiti:

a) Non devono essere presentati in alcuna sede, né pubblicati, dati falsificati, inventati o distorti in tutto o in parte. Non devono essere utilizzati dati raccolti in altre ricerche senza citare la fonte o avere il consenso di chi le ha condotte.

b) Coloro che hanno svolto la ricerca devono esplicitare il loro ruolo e la loro responsabilità riguardo ai dati raccolti.

c) Ogni presentazione di ricerche nelle sedi scientifiche dovrebbe avere un carattere di originalità e non essere la ripetizione di lavori già presentati. Nel caso si tratti di una ricerca già pubblicata o già presentata a congressi, ciò va dichiarato esplicitamente con gli opportuni riferimenti.

d) I riferimenti al lavoro altrui devono essere sempre espliciti e precisi.

e) Chi fa ricerca in psicologia deve essere disponibile, per un periodo di tempo di tre anni dalla pubblicazione di una ricerca, a mostrare, su richiesta, i propri dati grezzi ad altri per scopi di discussione scientifica. In ogni caso va tutelata la riservatezza dei/delle partecipanti.

f) Nella comunicazione delle ricerche va evitato un uso del linguaggio che manifesti forme di discriminazione di genere, etniche, religiose o di qualsivoglia gruppo o minoranza.

9. Durante la diffusione dei dati attraverso i media si devono rispettare i seguenti principi:

a) vanno presentate solo idee che siano sostenute da teorie adeguate, o almeno da una personale esperienza professionale. Non vanno presentati come definitivi dati preliminari per i quali non vi sia ancora un'adeguata certezza scientifica.

b) Occorre evitare di personalizzare il rapporto tra l'utente e chi svolge la ricerca psicologica (per esempio, somministrando test all'interno di spettacoli televisivi, o rispondendo a domande in trasmissioni radiofoniche o sui giornali). Inoltre occorre astenersi dall'esprimere valutazioni e giudizi su casi specifici che non siano basati sulla conoscenza diretta e personale del caso e su una adeguata documentazione.

c) Va assolutamente scoraggiato l'uso, anche parziale, di dati, tecniche o strumenti di indagine da parte di persone professionalmente non preparate a questo scopo

Fonte: adattato da Associazione Italiana di Psicologia-AIP- Codice Etico per la ricerca

ATTIVITA' CLINICA

Introduzione

Commissione di Bioetica dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Roma e Provincia **Documento sulla Psichiatria dell' Infanzia**

Sottoscritto dal Consiglio dell'Ordine in data 19 Ottobre 1995

La questione del trattamento psichiatrico nell'età evolutiva appare di estrema rilevanza deontologica, etica e giuridica, merita dunque grande attenzione da parte di tutti gli attori coinvolti. Per ciò che gli concerne l' Ordine di Roma si riconosce pienamente nelle premesse metodologiche del documento "Bioetica con l'Infanzia" curato dal Comitato Nazionale per la Bioetica. In particolare sottoscrive in pieno l'affermazione per cui "i minori [...] non sono i futuri adulti: sono cioè esseri il cui valore è riconducibile e identificabile nella loro identità effettuale (che va capita e rispettata) e non nella loro mera capacità di sviluppo fisico ed intellettuale: sono persone in sé, che partecipano alle dinamiche relazionali di cui è intessuta l'esperienza intersoggettiva, cioè l'esperienza umana tout court, a partire dalla loro potenzialità. " (CNB 1994 - p 8). A partire da questa fondamentale affermazione che riconosce al minore la piena dignità di persona umana portatrice di valore in se stessa e non in quanto futuro adulto, e confrontandola con l' articolo 17 del Nuovo Codice Deontologico che recita: "Il medico nel rapporto con il paziente deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona", l'Ordine dei Medici di Roma, su proposta della Commissione di Bioetica, propone l'adozione dei seguenti principi da adottare nel trattamento psichiatrico del minore:

I. Rispetto della dignità del minore come paziente:

Il minore è un paziente portatore di tutti i diritti di cui è portatore qualsiasi altro paziente. Specialmente in psichiatria infantile è dunque cruciale ricercare il suo consenso alle procedure diagnostiche e terapeutiche a cui lo si sottopone. Il semplice consenso della famiglia è indubbiamente legalmente sufficiente ma non libera il medico dall'obbligo etico di ricercare il consenso anche del suo paziente, cioè del minore. Il consenso deve essere il più possibile informato, si deve cioè cercare di spiegare al bambino la natura dell'intervento a cui gli si chiede di sottoporsi. Questo principio è chiaramente sostenuto da tutta la letteratura sulla bioetica pediatrica (nota 1) ed è stato fatto proprio anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica. In particolare si richiama l'attenzione alla necessità che il consenso sia richiesto anche per le procedure diagnostiche e/o per le indagini epidemiologiche non invasive, che pure possono essere dotate di un'invasività psicologica tale da ledere il minore, in particolare test psicologici proiettivi, e colloqui psichiatrici.

II. Rispetto del principio di equità nella distribuzione delle cure:

La distribuzione delle risorse economiche nelle risorse psichiatriche deve seguire un principio di equità distributiva in accordo alla diversa incidenza delle diverse patologie per diverse classi di età. Considerazioni in merito all'utilità - in termini generali o più specifici di QALYs - dell'investimento

su un settore specifico che portino ad una sovrallocazione in alcuni casi ed una sottoallocazione in altri, non è mai eticamente difendibile. In particolare appare insidioso e da rigettare il ragionamento utilitarista per cui l'investimento nel settore della psichiatria dell'età evolutiva si giustificerebbe con una riduzione del carico di patologia nell'età adulta. Gli investimenti nella psichiatria dell'infanzia devono essere incrementati per un elementare principio di equità distributiva secondo cui i bambini hanno lo stesso diritto all'assistenza psichiatrica degli adulti.

A partire da questi due principi, e in considerazione dei problemi concretamente sollevati durante il corso sulla "Salute Mentale nell' Età Evolutiva", Il Consiglio dell'Ordine, su proposta della Commissione di Bioetica, fa proprie le seguenti raccomandazioni:

1a Raccomandazione: Segreto professionale e confidenzialità

Il Bambino è un paziente a tutti gli effetti. Valgono dunque anche per lui le garanzie definite negli art. 9-10-11 del Nuovo Codice Deontologico concernenti il segreto professionale, la documentazione e le cartelle cliniche. In particolare nel settore della psichiatria dell'infanzia, lo specialista e tutta l'équipe sanitaria saranno tenuti al rispetto scrupoloso della riservatezza su quanto appreso dal bambino stesso in accordo alle regole generali stabilite nell' art. 9 del Codice Deontologico. In nessun modo poi il bambino deve essere meno protetto dell'adulto nel corso di ricerche epidemiologiche e massima cura dovrà essere riservata nel preservare l'anonimato in occasione della pubblicazione di casi clinici. Particolarmente delicato appare poi il rapporto con la famiglia che, in psichiatria dell'infanzia, non è sempre, e di necessità, il soggetto più adeguato a raccogliere informazioni riservate date dal bambino ai sanitari. Anche in questo caso, e al di là del mero formalismo giuridico, si raccomanda di ricercare sempre il consenso del bambino alla divulgazione dell'informazione e di rispettarne le richieste di riservatezza quando queste non confliggano con altre e più pressanti necessità cliniche e/o giuridiche. In particolare si richiama il medico all'art. 28 del Codice Deontologico su "Doveri del medico verso i bambini, gli anziani e i portatori di handicap" in cui il medico è fatto responsabile della tutela del minore nei confronti del suo stesso ambiente familiare.

2a Raccomandazione: Trattamento farmacoterapico

In accordo a quanto stabilito dall'art. 12 del Codice Deontologico il bambino ha diritto alla stessa attenzione terapeutica riconosciuta all'adulto, nel rispetto della sua individualità biologico-psichica. Nessun trattamento efficace deve essere sottratto al bambino solo perché è un bambino. In particolare in psichiatria dell'età evolutiva, in assenza di una specifica controindicazione clinica, non paiono esservi impellenti ragioni etiche e deontologiche per rifiutare un trattamento farmacoterapico al giovane paziente, quando questo trattamento sia razionalmente giustificato, e trovi saldo fondamento scientifico nella letteratura medica.

3a Raccomandazione: Distribuzione delle risorse nel settore psichiatrico

In considerazione del principio di equità nella distribuzione delle risorse nel settore psichiatrico precedentemente enunciato, si raccomanda che le autorità sanitarie preposte allocazione risorse per la difesa e la promozione della salute mentale nell'età evolutiva, e che i servizi esistenti di psichiatria dell'infanzia vengano incrementati ed opportunamente dotati, adeguandoli in maniera proporzionale ai servizi psichiatrici per l'età adulta.

Coordinatore: M. Bernardini - (Medicina del Lavoro) - Consigliere Ordine dei Medici

Membri:

C. Cavallotti - (Medicina interna) - Consigliere Ordine dei Medici
E.V. Cosmi - (Ginecologia e ostetricia) - Commissione di Bioetica del CNR
D. Cosi - (Scienze politiche) - Direttore dell'Ordine dei Medici di Roma
G. Ghirlanda - (Odontoiatria) - Presidente della Commissione Odontoiatri
S. Gindro - (Filosofia e psicologia) - Presidente Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali
A. Isidori - (Andrologia) - Comitato Etico della Facoltà di Medicina dell'Università "La Sapienza"
E. Mordini - (Psichiatria e psicoterapia) - Associazione Europea dei Centri di Etica Medica
F. Sabetti - (Medicina di base) - Consigliere Ordine dei Medici
G. Umani Ronchi - (Medicina legale) - Università di Roma "La Sapienza"

Bibliografia

1. Amelung K. (1992): Die Einwilligungsfähigkeit. Zeitschrift für Strafrechtswissenschaft 104, 525
2. Comitato Nazionale per la Bioetica (1994): Bioetica con l'infanzia. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria. Roma,.
3. Department of Health and Welsh Office (1990): Code of Practice. Mental Health Act 1983. HMSO, London
4. Gindro S. (1994): Luci ed Ombre sul progetto di uomo: In R. Bracalenti (ed): L'adolescenza. Guida, Napoli.
5. Graham P. (1994): Children: Problems in Paediatrics. In Gillon R. (ed): Principles of Health Care Ethics. J. Wiley & Sons Ltd, Chichester.
6. Holder A.R. (1989) : Minor's Rights to consent to Medical Care. JAMA, 254:3400
7. King N.M. (1989): Children as decision makers: guidelines for pediatricians. J. Pediatr., 115:10
8. Knolker U. (1994): Sulla responsabilità dello psichiatra dell'età evolutiva. In Engelhardt von D. (ed): Etica e Medicina, Guerini ed Ass., Bologna
9. Lewis M.A., Lewis C.E. (1990): Consequences of empowering children to care for themselves. Pediatrician, 10:460
10. Napoli E.V. (1995): L'infermità di mente, l'interdizione, l'inabilitazione. Giuffrè Editore, Milano.
11. Nordio S., Brovedani P. (1995): Bioetica in pediatria. In Romano C. e Grassani C. (eds): Bioetica. UTET, 370

Note

(1) "I bambini e gli adolescenti possono, devono il più possibile, dare o rifiutare il consenso, devono essere messi il più possibile nelle condizioni di farlo" (Nordio S. Brovedani P. 1995).

"It is widely accepted that when procedures involving children are to be carried out, these should be explained to children in terms that they understand, no matter how young, they may be. [...] So explanation is a universal right for children." (Graham P. 1994).

Si deve inoltre segnalare che secondo il Royal College of Physicians il consenso va sempre richiesto anche al minore se ha almeno 7 anni, e solo al minore se si tratta di un adolescente di più di 14 anni.

Linee di indirizzo per l'applicazione dell'art. 31 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani
a cura di Manuela Colombari
con consulenza degli Avvocati Margherita Prandi e Federico Gualandi

Sul Codice Deontologico

Il Codice Deontologico ha la funzione di contribuire alla costruzione di un'identità professionale comune, identità basata anche sulla individuazione di modalità di comportamento corretto, innanzitutto dal punto di vista strettamente professionale, idonee a dare certezze al professionista ed a tutelare il destinatario dell'intervento. Vista da questa angolazione, l'inosservanza del CD è da considerare, prima che violazione di norme che la categoria si è data, evidenza di carente competenza professionale.

Indissolubilmente legati alla trattazione del tema in oggetto sono due problemi di carattere generale quali quello del consenso - sul quale interviene l'art 24 del CD che prevede la necessità del consenso informato del destinatario dell'intervento - e quello della ipotesi di non coincidenza tra committente e destinatario dell'intervento psicologico (istituente, ma anche genitore-figlio) a proposito del quale l'art. 4 del CD evidenzia la necessità per lo psicologo, nel caso di interessi confliggenti, di tutelare prioritariamente il destinatario del suo intervento e non il committente. Come affermato da Calvi e Gullotta ne "Il Codice Deontologico degli Psicologi", la tutela del destinatario dell'intervento psicologico è indispensabile proprio perché "...gli interventi di natura clinica o di aiuto presuppongono una condizione di debolezza o fragilità che va "compensata" proprio attraverso il riconoscimento della priorità della tutela sopradetta" (del destinatario n.d.r.). L'art. 24 CD è uno snodo fondamentale per ben comprendere l'art 31, dal momento che si tratta in entrambi i casi di consenso informato; infatti, l'art. 24 introduce il concetto della necessità di consenso informato da parte di un soggetto che sia nelle condizioni di poterlo validamente fornire e l'art. 31 approfondisce la stessa tematica affrontando i casi in cui il destinatario dell'intervento non possa esprimerlo.

Sul consenso informato (art 24 CD)

Lo psicologo, come peraltro il medico, non può essere considerato titolare di un astratto diritto di curare il paziente, ma semplicemente di una facoltà di curarlo in presenza del suo necessario consenso all'indagine diagnostica o al trattamento proposti. Qualsiasi intervento che abbia come obiettivo il miglioramento dello stato di salute psicofisica di una persona deve tenere in considerazione, innanzitutto, che l'art. 32 della Costituzione garantisce il diritto alla salute quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, precisando però che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge "la quale" non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

La professione di psicologo, nella misura in cui incide sulla salute dei singoli o della collettività - come evidenziato anche dall'art 3 del CD stesso, ove si afferma che "...lo psicologo è consapevole della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri"- e sul principio di autodeterminazione in materia sanitaria, tocca proprio quegli interessi primari, costituzionalmente garantiti a tutti i consociati.

Secondo il prevalente orientamento giurisprudenziale, il consenso informato consiste nell'accettazione volontaria di un trattamento sanitario, accettazione che il paziente esprime in maniera libera, non mediata dai familiari, dopo essere stato adeguatamente informato sulle modalità del trattamento stesso, sui benefici ad esso correlati, sugli eventuali effetti collaterali, sui rischi ragionevolmente prevedibili in relazione alle condizioni di salute, nonché sull'esistenza di valide alternative terapeutiche.

In base alla legislazione vigente, il consenso informato può essere espresso da un individuo soltanto se sussistono due condizioni di base:

- la capacità di agire, che salve eccezioni si acquisisce con il compimento del diciottesimo anno di

età (art. 2 c.c.);

- la capacità di intendere e di volere.

In definitiva, quindi, l'attuale ordinamento giuridico prevede che solo gli individui maggiorenni in grado di intendere e di volere possano esprimere il consenso a qualunque trattamento sanitario li riguardi. Il consenso, per essere valido, deve possedere tutte le seguenti prerogative:

- personale, ovvero deve essere manifestato dal destinatario dell'intervento (e non dal committente!),
unico titolare del diritto alla salute costituzionalmente garantito; in casi particolari (minorenni ed incapaci legalmente o di fatto) il consenso deve essere espresso dai genitori o dal tutore;
- libero, cioè dato dal singolo come frutto di una scelta personale e consapevole, senza forzature da parte di familiari o altri soggetti;
- attuale, cioè dato in un momento prossimo alla prestazione cui inerisce; con il passare del tempo, infatti, possono intervenire mutamenti nel contesto in cui il consenso si è formato tali da impedire di considerarlo ancora valido;
- informato, cioè preceduto da un'informazione completa sulla situazione, sul trattamento, sui rischi e benefici, in modo da consentire al soggetto di effettuare una scelta pienamente consapevole;
- compreso, si rende pertanto necessario verificare che il paziente abbia recepito bene quanto è stato comunicato dallo psicologo;
- manifesto, cioè espresso in forma scritta (preferibile) o in qualunque altra forma che non lasci alcun dubbio sulle reali intenzioni del soggetto.

Si può aggiungere, per inciso, che la manifestazione espressa consente di risolvere, all'occorrenza, il problema della "prova" del consenso.

Da quanto suesposto si evince che in capo allo psicologo risiede l'obbligo di informare il cliente in modo esaustivo sull'intervento imminente, fornendogli conoscenze scientifiche aggiornate con modalità terminologicamente corrette, pur senza mai pregiudicare la comprensibilità del linguaggio, che, ai fini della validità del consenso, deve essere in ogni caso parametrato alla capacità di comprensione del paziente.

È allora chiaro che quando si parla di consenso informato si intende non solo e non tanto la sottoscrizione di un modulo di consenso, ma un benessere sostanziale senza il quale ogni agire, ed in particolar modo quello psicologico, rischia di essere, salvi alcuni casi del tutto eccezionali, non solo giuridicamente non corretto, ma altresì completamente inutile.

Sul consenso informato nel caso di minorenni o interdetti (art. 31 CD)

Se, dunque, i minorenni e coloro che non sono in grado di intendere e volere (interdetti) non possono esprimere un valido consenso, qualcun altro - cui la legge riconosce il potere di farlo - deve poterlo esprimere al posto loro; anche in questo caso sono le norme di legge, prima ancora del CD, che individuano chi sia legittimato alla manifestazione del consenso: si tratta degli esercenti la potestà genitoriale (per i minorenni), o del tutore (per gli interdetti).

Preme sottolineare come il tema dell'autodeterminazione del minore sia in continua evoluzione in un quadro normativo che mostra un progressivo contenimento dei poteri decisionali degli adulti accompagnato da un riconoscimento delle competenze del minore o dell'incapace a prendere, o quantomeno a condividere, decisioni che riguardano direttamente la sua salute. I minori sono ritenuti, in taluni casi, in grado di assumere autonoma decisione, come si evince dalle norme legate all'accertamento di AIDS o infezione da HIV, da alcune sentenze in merito alla decisione relativa al trattamento di minori di caso di tumore, dalla convenzione di Oviedo ratificata con L. 145/2001.

Al riguardo, il legislatore ha riconosciuto, attraverso leggi specifiche e particolari, la possibilità per il minorenni di avere accesso, indipendentemente dall'approvazione/consenso del genitore, a prestazioni sanitarie per effetto di un proprio consenso valido ed autonomo. Ad esempio, la l. 194/1978 in tema di tutela sociale della maternità e di interruzione volontaria della gravidanza all'art. 2, dopo aver disciplinato le modalità di assistenza delle donne in stato di gravidanza (con

particolare attenzione al profilo informativo), prevede che nelle strutture sanitarie e nei consultori la somministrazione su prescrizione medica dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori.

L'art. 12 della medesima legge, premessa la regola generale in base alla quale l'interruzione di gravidanza da parte di una donna di età inferiore ai diciotto anni richiede l'assenso di chi esercita su di lei la potestà o la tutela, prevede che nei primi novanta giorni di gravidanza, in presenza di seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, (oltre che nel caso in cui detti soggetti, interpellati, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi), il consultorio o la struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia debbano relazionare al Giudice Tutelare, il quale, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare l'interessata, con atto non soggetto a reclamo, a decidere l'interruzione della gravidanza.

Un ulteriore caso di legittimazione diretta è previsto dall'art. 120 L. 309/90 che, in tema di accesso al servizio pubblico per le tossicodipendenze o ad una struttura privata (autorizzata ai sensi dell'articolo 116 della medesima legge), consente ai minori, oltre che agli incapaci di intendere e di volere, di richiedere personalmente lo svolgimento dei necessari accertamenti diagnostici e l'esecuzione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo.

In relazione agli esempi riportati, si può osservare come le varie norme che esentano i minorenni dal consenso dei genitori riguardino prestazioni/interventi legati prevalentemente alla professione di medico e non a quella di psicologo.

Ciò nonostante, considerato che sul tema dell'autodeterminazione del minore si assiste ad una continua evoluzione, è sempre necessario essere aggiornati su cosa prevede la normativa e come si orienta la giurisprudenza al fine di verificare quali siano gli ambiti di autonomia già riconosciuti ai minorenni ed avere chiara consapevolezza dei limiti del proprio agire.

Sulle norme relative alla potestà genitoriale

Poiché il tema di chi eserciti la potestà genitoriale è fondamentale per l'applicazione dell'art. 31 del CD, è necessario svolgere alcune precisazioni. Al riguardo, la regola generale è dettata dall'art. 316 del codice civile, secondo cui la potestà sul figlio minore d'età è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (a prescindere dalla circostanza che siano o meno uniti in matrimonio) salva la possibilità, nel caso di contrasto su questioni di particolare importanza, di ricorrere senza formalità al Giudice, il quale, sentiti i genitori e il figlio se ultraquattordicenne, suggerirà la soluzione ritenuta più utile nell'interesse preminente del figlio o dell'unità familiare.

Il successivo art. 317 aggiunge che nell'ipotesi di lontananza, incapacità o altro impedimento di uno dei genitori questi non perde la titolarità della potestà, la quale però è esercitata in modo esclusivo dall'altro genitore.

Nel caso di genitori uniti in matrimonio tra i quali intervenga separazione personale o divorzio, occorre distinguere il tema dell'affidamento dei minori da quello dell'esercizio della potestà genitoriale sugli stessi. Quanto al primo, il nuovo testo dell'art. 155 c.c., applicabile anche alle unioni di fatto in forza della l. 54/2006 ("Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli"), prevede che il Giudice valuti prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati ad entrambi i genitori (affidamento condiviso), mentre l'affidamento esclusivo ad uno solo dei genitori è limitato all'ipotesi in cui l'affidamento all'altro risulti contrario all'interesse del minore (artt. 155 co. 2 e 155 bis c.c.).

A prescindere dalle modalità di affidamento, la potestà è esercitata da entrambi i genitori, salvo il caso in cui il Tribunale per i Minorenni sia intervenuto con un provvedimento ablativo o limitativo.

"Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle

aspirazioni dei figli” (art. 155, 3° co. c.c.). In caso di disaccordo (o di ostinata inerzia da parte di uno dei genitori) la decisione è rimessa al Giudice, che deve avere esclusivo riguardo all’interesse morale e materiale del minore.

Indicazioni di comportamento

Premesso che nel proprio agire professionale lo psicologo deve sempre attenersi a quanto previsto dalla legislazione italiana e dal Codice Deontologico, nel preciso rispetto dei limiti entro i quali può intervenire, nel caso di prestazioni rivolte a minori deve essere osservata una particolare attenzione. Le raccomandazioni per una buona pratica possono così riassumersi:

1. Il professionista che si prepara ad incontrare un minore è tenuto ad informarsi preventivamente ed approfonditamente sulla situazione giuridica parentale, eventualmente richiedendo anche certificati o provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria in merito a eventuali separazioni personali, divorzi

o decadenze/limitazioni della potestà genitoriale. Solo in tale caso egli, infatti, sarà in grado di comprendere il contesto relazionale entro il quale dovrà operare, oltre alle potenzialità e ai limiti del proprio intervento. È opportuno precisare che un foglio di consenso informato sottoscritto a domicilio da uno dei genitori può trasformarsi, talvolta, in un problema, posto che non è possibile per il professionista avere la necessaria garanzia sull’identità di chi abbia realmente apposto la firma, su quali informazioni siano state effettivamente fornite, su quanto sia stato compreso e sulle condizioni di libertà e autonomia della decisione: è evidente come in questo caso manchino le condizioni necessarie perché vi sia la garanzia di validità del consenso, e come sia preferibile la firma di entrambi i genitori alla presenza dello psicologo.

2. L’interesse del minore (destinatario dell’intervento) deve sempre prevalere su quello del genitore (committente) che ha richiesto l’intervento professionale. Nel caso in cui uno dei genitori richieda un’osservazione/intervento per un figlio, si precisa che l’osservazione dello stesso, in assenza del consenso di entrambi i genitori, e –ancor più- l’eventuale consegna ad uno di essi della relazione finale da utilizzare giudizio, costituisce violazione deontologica. In tal senso si è già più volte orientato, in sede disciplinare, il Consiglio dell’Ordine dell’Emilia–Romagna.

3. L’intervento psicologico, di qualunque natura, anche se configurato come “consulenza” e non come intervento psicoterapeutico (vedere, al riguardo, la lettera dell’art. 31 che parla in generale di “prestazioni professionali”, senza alcuna ulteriore specifica) non può rientrare nell’ordinaria amministrazione cui un solo genitore può provvedere in assenza del consenso dell’altro; questo in quanto non solo è lo stesso CD che espressamente riconosce che lo psicologo “nell’esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri”, ma anche perché le consultazioni psicologiche, rientrando nell’ambito della tutela della salute (intesa secondo l’ampia definizione corrente, data dall’O.M.S.), devono essere equiparate alle visite mediche specialistiche (alle quali sfuggono completamente, è il caso di sottolinearlo, tutte le prestazioni mediche di routine, quali, ad esempio, un semplice controllo pediatrico o ortodontico), richiedendo pertanto il consenso di entrambi i genitori.

Né vale il criterio dell’urgenza dell’intervento, a volte utilizzabile in campo medico, posto che la valutazione della reale urgenza psicologica lascia ampi spazi di dubbio e si può configurare soltanto in rarissimi casi. In relazione all’urgenza si sottolinea che tutti i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio (quindi psicologi dipendenti ASL, CTU, ecc.) sono tenuti a denunciare all’Autorità Giudiziaria, o comunque a chi abbia l’obbligo di riferirne, situazioni di grave pregiudizio per un minore, configuranti ipotesi di reato perseguibile d’ufficio, di cui vengano a conoscenza a causa o nell’esercizio delle loro funzioni ex artt. 361 e 362 c.p.

4. In sede di intese preliminari con uno o entrambi i genitori lo psicologo è tenuto a concordare

in modo completo gli obiettivi perseguibili e, qualora vi siano richieste o aspettative che ritiene in scienza e coscienza di non poter accogliere, deve esplicitarlo. In particolare, lo psicologo è tenuto a chiarire che non è consentito sottoporre il minore a valutazione psicologica in assenza del coinvolgimento/consenso di un genitore allo scopo di fornire poi una relazione tecnica da produrre in giudizio. È ovviamente corretto, invece, svolgere un'attività che coinvolga un solo genitore allo scopo di aiutarlo o sostenerlo nel rapporto con il figlio.

5. Costituisce violazione deontologica anche la stesura di relazioni tecniche, su richiesta di un solo genitore, relative a situazioni pregresse (seguite in passato) per la quali non ci sia un consenso informato attuale di entrambi i genitori; al contrario, deve ritenersi consentito l'utilizzo in giudizio, da parte di un genitore, di una relazione redatta in passato con consenso informato di entrambi i genitori.

6. Lo psicologo che ritenga necessarie prestazioni a favore del minore, ma non abbia il consenso informato di entrambi i genitori, può formulare regolare istanza all'Autorità Tutoria (solitamente alla Procura del Tribunale per i Minorenni con sede unica regionale a Bologna) nei casi in cui ci sia grave nocumento per il minore stesso.

Regolare istanza nel senso che, in base alla normativa vigente, le modalità attraverso le quali un cittadino si può rivolgere ad un Giudice non sono certamente quelle di redigere ed inviare una "semplice" lettera. Negli altri casi, cioè quando non c'è grave nocumento per il minore ed i genitori sono separati, si suggerisce di sollecitare il genitore a chiedere l'intermediazione del proprio Legale, che provvederà nelle forme di rito. Si potrebbe configurare come violazione deontologica informare l'Autorità Tutoria, senza aver utilizzato le corrette procedure, e svolgere prestazioni professionali per un minore prima di aver ricevuto risposta dal Giudice stesso.

7. Lo psicologo, essendo tenuto alla piena conoscenza ed al rispetto delle norme deontologiche, non può ritenersi esonerato dal rispetto delle stesse anche nel caso in cui abbia effettuato consulenza per un minore - in assenza di consenso informato di entrambi i genitori - in base a richiesta, o su sollecitazione di un avvocato.

Basti al riguardo rilevare che, poiché tale richiesta proviene da professionista iscritto ad altro Ordine, non può certo ingenerare in uno psicologo alcun ragionevole affidamento che lo induca a superare il significato chiaro ed inequivoco della propria norma deontologica.

8. Lo psicologo che opera in sportelli psicologici attivati presso Istituti Scolastici, anche se l'Istituto ha provveduto ad inviare ai genitori (e ritirare) i moduli per il consenso, è tenuto ad accertarsi che entrambi i genitori del minore abbiano firmato il consenso informato prima di svolgere qualsivoglia attività professionale che riguardi il minore stesso.

Consenso ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione di dati personali"

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

nato a _____, il _____

Oppure

A) in caso di incapacità di agire (minore età, interdizione, inabilitazione) dell'interessato o incapacità di intendere e di volere

in qualità di esercente la legale potestà ovvero negli altri casi previsti dall' art. 82 Codice Privacy* su:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____, il _____

Livello di parentela o altra relazione _____

Oppure

B) in caso di paziente minore di età, da compilare e sottoscrivere da entrambi i genitori**

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____ (PADRE)

nato a _____, il _____

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____ (MADRE)

nato a _____, il _____

in qualità di esercente la potestà legale potestà su:

Cognome _____ Nome _____,

nato a _____, il _____

Acquisite le informazioni fornitemi datramite consegna del modulo **“Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali”**

PRESTA IL CONSENSO al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute del sottoscritto per le finalità di cui all'art. 76 del D. L.gs. n. 196/2003 e s.m. (ossia tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato)

N.B. Il mancato consenso al trattamento dei dati, sopra illustrato, comporta l'impossibilità di erogare le prestazioni richieste.

Inoltre:

Firma _____

Nella sola ipotesi B) firma del 2° genitore

Firma _____

Luogo e data _____

*Ai sensi dell'art. 82 del Codice, in caso di prestazioni in emergenza, rese a favore di persone che versano in stato di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e di volere, qualora sia impossibile acquisire il consenso da parte di chi esercita la legale potestà, il consenso stesso può essere acquisito anche da parte di un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato, fermo restando l'obbligo di erogare la prestazione anche senza consenso, in mancanza di tutti questi soggetti o in caso di rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato. In tali ipotesi l'informativa ed il consenso devono intervenire senza ritardo successivamente alla prestazione.

** *Il documento deve essere sottoscritto da entrambi i genitori. Laddove ciò non fosse possibile, per oggettivo impedimento di uno dei due, il genitore che lo sottoscrive, deve rilasciare la **segunte DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA** :Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e, consapevole altresì che ove i suddetti reati siano connessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, **sotto la propria responsabilità,***

DICHIARA di essere a conoscenza che l'altro genitore

Cognome _____ Nome _____, nato a _____, il _____

impossibilitato a sottoscrivere il presente documento, ha dato il proprio assenso al trattamento dei dati del minore

Firma _____

Luogo e data _____

Nota Bene Nel caso di sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva sopra indicata occorre allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante

Modulo per consenso informato per prestazioni psicologiche a minorenni

Carta intestata dello psicologo o dell'AUSL o Struttura presso la quale si svolge il lavoro

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

identificato mediante documento: _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

padre del minore _____

e io sottoscritta _____

nata a _____ il _____

identificata mediante documento: _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

madre del minore _____

in virtù della potestà genitoriale, diamo il consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali (indicare eventualmente quali) _____

dello/a psicologo/a dr. _____

Data _____

Firme _____

Modulo per consenso informato per prestazioni psicologiche a minorenni (tutore)

Carta intestata dello psicologo o dell'AUSL o Struttura presso la quale si svolge il lavoro

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
identificato mediante documento: _____ n° _____
rilasciato da _____ il _____
tutore del minore _____
in ragione di (provvedimento, Autorità emanante, data, numero) _____
sottoscrivo il consenso per le prestazioni professionali (indicare eventualmente quali)

dello/a psicologo/a dr. _____
rivolte a _____

Data _____ Firma _____

AMBITO EDUCATIVE E PSICOLOGIA SCOLASTICA

Introduzione

Riportiamo a tal riguardo il parere di Elena Leardini (Consulente legale della Commissione Etica dell'OPL)

Psicologia Scolastica: problematiche d'attualità sulla privacy e la deontologia professionale

E' stato rivolto nei giorni scorsi all'Ordine degli Psicologi della Lombardia un quesito che sicuramente interessa anche i Collegi che nella nostra Regione operano nell'ambito della Psicologia Scolastica. Lo pubblichiamo pertanto su questo numero del nostro notiziario, insieme alla risposta ad esso fornita dalla dottoressa Elena Leardini, Consulente legale della Commissione Etica dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia.

Il quesito rivolto

“Sto iniziando a lavorare nelle Scuole superiori con i ragazzi; vorrei avere informazioni e approfondimenti circa i principi etico-deontologici che regolano la professione nel lavoro con i minori. Mi riferisco per esempio alle questioni della privacy, del consenso genitoriale all'utilizzo dello sportello da parte dei figli, e soprattutto mi interroga l'art. 13 del Codice deontologico, relativamente all'obbligo di denuncia. Quali situazioni sono considerabili “da denuncia” o “da segnalazione”? Quale rapporto tra l'obbligo etico-deontologico della denuncia e il rispetto del segreto professionale e dei tempi soggettivi del minore che potrebbero non coincidere con il

“dovere della segnalazione”? Quanto può essere fatto all’interno della Scuola e quali servizi del territorio con cui mettersi in rete?”

Risposta

Il Suo quesito tocca argomenti di straordinaria attualità e necessita di una risposta articolata. Data la vastità del tema Psicologo/minore, mi permetto di circoscrivere l’ambito del mio parere al contesto Scuola/Psicologo/minore, ferma restando la mia disponibilità a trattare ed approfondire in altra occasione anche altri aspetti. Lo Psicologo che opera in contesti istituzionali è tenuto, in ogni caso, ad operare nel rispetto dei propri principi etico-professionali, pur tenendo in conto le regole e le esigenze proprie dei suoi referenti lavorativi. In altre parole, lo Psicologo che lavora nell’Istituzione scolastica dovrebbe da un lato assicurarsi che il servizio che è chiamato a fornire sia stato concepito ed istituito dalla Scuola in osservanza delle leggi vigenti e dall’altro sincerarsi che i propri referenti/responsabili siano in grado di garantirgli un certo grado di autonomia, in modo che egli possa agire in scienza e coscienza, nonché nel rispetto delle proprie regole di condotta professionale.

Prima di addentrarci in maniera più specifica nel Suo quesito, ritengo doveroso procedere a due precisazioni, che sebbene all’apparenza ovvie, vengono talora trascurate nella pratica: innanzitutto, “Autonomia della Scuola” è un concetto di carattere amministrativo, traducendosi in una maggiore autonomia organizzativa a livello di singole scuole rispetto all’apparato centrale statale, ma che non può portare a ritenere sussistente un “potere impositivo” della Scuola nei confronti dell’utenza. In altre parole, qualsiasi iniziativa che la Scuola intenda attuare (anche se contenuta nel P.O.F.) deve sempre passare attraverso la raccolta del consenso degli alunni e, ove essi minorenni, degli esercenti la potestà sugli stessi.

La cosiddetta “Scuola dell’obbligo” non può e non deve essere intesa come una “Scuola che obbliga”, bensì come Istituzione di tipo amministrativo creata al fine di garantire alla famiglia il godimento di quel diritto/dovere all’istruzione e all’educazione che la Costituzione (art. 30) attribuisce ai genitori nei confronti dei propri figli.

Il C.D. degli Psicologi prevede il dovere, da parte del Professionista, di accertarsi che ogni prestazione professionale a carico di persona minorenni venga subordinata al consenso degli esercenti la potestà sullo stesso (v. art. 31 C.D. Psic.).

La seconda precisazione riguarda la circostanza che, ad oggi e sulla base della legislazione vigente, l’istituzione di un servizio di Psicologia Scolastica può comportare l’instaurazione di una “relazione” giuridica: tra Professionista e Dirigenza scolastica, nel caso di prestazione di attività di consulenza esclusivamente alla Scuola; tra Dirigenza scolastica, Professionista e Corpo Docente, nel caso di un servizio aperto anche a questi; infine, tra Dirigenza scolastica, Professionista, Corpo Docente e utenza, ove fosse prevista una consulenza anche per gli alunni. Queste varie relazioni necessitano, in genere, l’esatta identificazione di chi sia il committente e chi, invece, il destinatario della prestazione offerta dal Professionista.

Tornando alle prime due questioni da Lei sollevate, esse sono un esempio di come Scuola e Psicologo vengano chiamati ad operare insieme nel rispetto dei diritti dell’utenza: quanto alle norme di tutela della privacy, la raccolta di dati anche sensibili, il loro trattamento e conseguente

custodia devono avvenire nelle forme stabilite dal decreto legislativo 196/2003 “Codice Unico in materia di protezione dei dati personali” (che regola, tra l’altro, anche la prestazione del consenso, nonché l’identificazione del Responsabile dei dati medesimi). Inoltre “lo Psicologo che collabora alla costituzione o all’uso di sistemi di documentazione si adopera per la realizzazione di garanzie di tutela dei soggetti interessati” (art. 17 Codice Deontologico Psicologi).

In ogni caso, è doveroso sottolineare che l’art. 6, 2° comma Codice Deontologico prescrive allo Psicologo di salvaguardare sempre “la propria autonomia nella scelta dei metodi e degli strumenti psicologici, nonché della loro utilizzazione; è perciò responsabile della loro applicazione ed uso, dei risultati, delle valutazioni ed interpretazioni che ne ricava”, riaffermando, in tal modo, uno dei principi cardine della deontologia che è quello della responsabilità professionale personale dello Psicologo. Altro discorso vale circa il dovere del segreto professionale imposto allo Psicologo dagli art. 11 e seguenti del Codice Deontologico e, in particolare, circa le eventuali deroghe a questo dovere dettate dall’art. 13 Codice Deontologico.

Quanto al segreto professionale, esso interviene tra lo Psicologo e il destinatario della sua prestazione e riguarda tutte le “notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale” (art. 11 Codice Deontologico) e può essere derogato solo ove ricorrano specifiche ipotesi, quali – innanzitutto – un esplicito consenso in tal senso espresso da parte del destinatario della prestazione, nonché - ove lo stesso sia minorenni o incapace – di coloro che sullo stesso esercitano la potestà (art. 12, 2° comma, art. 31 Codice Deontologico), ovvero qualora la legge stessa imponga allo Psicologo di informare l’Autorità circa determinate notizie che possono assumere rilevanza pubblica, stante la loro possibile riconducibilità a reati o a situazioni di pregiudizio e/o pericolo per determinati soggetti, in particolare se minori.

Occorre premettere che sia l’obbligo di denuncia, sia l’obbligo di referto sono previsti dal Codice Penale e la violazione di questi principi integra gli estremi di un reato “proprio”, nel senso che può essere commesso solo da determinate categorie di persone: i pubblici ufficiali (artt. 357 e 361 Cod. Penale) e gli incaricati di pubblico servizio (artt. 358 e 362 Cod. Penale) nel primo caso, gli esercenti un’attività sanitaria nel secondo (art. 365 Cod. Penale).

Quanto all’obbligo di segnalazione, esso trova il suo fondamento principalmente nelle norme che si pongono a tutela di soggetti deboli, quali i minori o gli incapaci. Nel caso dello Psicologo che offra un servizio all’interno di una Scuola pubblica o privata-parificata, per determinare se e quale eventuale obbligo gli venga imposto dalla legge, occorrerà preliminarmente verificare il ruolo che egli viene ad assumere all’interno dell’istituzione. Ove tale ruolo sia configurabile, se non come quello di pubblico ufficiale, quanto meno come quello di incaricato di pubblico servizio, egli sarà tenuto a denunciare all’Autorità di cui all’art. 361 Codice Penale un reato del quale abbia avuto notizia nell’esercizio o a causa delle sue funzioni o servizio, a meno che non si tratti di un reato perseguibile a querela della persona offesa. Ritenuto, al contrario, che lo Psicologo non ricopra un ruolo di cui sopra, si dovrebbe stabilire se l’attività prestata possa o meno avere natura sanitaria; nel primo caso, insorgerebbe in capo allo Psicologo un obbligo di referto, a meno che il fatto non costituisca un reato perseguibile a querela di parte, ovvero il referto esponga la persona assistita a procedimento penale.

Pur non esistendo, allo stato, una previsione legislativa che espressamente chiarisca quando e sulla base di quali criteri uno Psicologo possa essere definito quale “esercitante un’attività sanitaria”, si può legittimamente ritenere che un’attività di consulenza psicologica svolta sotto la forma di colloqui limitati nel tempo, quando non addirittura estemporanei, senza che essi possano essere preliminari ad una vera e propria presa in carico da parte dello Psicologo, non possa essere definita “sanitaria”. Nel caso concreto, occorrerebbe altresì verificare e tenere conto degli obblighi contrattualmente assunti dallo Psicologo non solo nei confronti dell’utenza, ma anche nei confronti dello stesso “datore di lavoro/committente” e, cioè, la Scuola. Sempre con riferimento all’ultimo comma dell’art. 13 Codice Deontologico, lo Psicologo, in assenza di un obbligo specifico in tal senso, potrebbe in ogni caso ritenere sussistente “la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi”. In caso di minori, tale facoltà può mutarsi in dovere in base all’art. 9 della L.184/83, che contempla sia la facoltà (riservata a qualunque cittadino dal 1° comma), sia l’obbligo (imposto a determinate categorie di soggetti dal 2° comma) di segnalare all’Autorità Giudiziaria minorile eventuali situazioni di abbandono e/o disagio di un minore.

Posto che la Scuola, in sé e a parte l’esercizio delle funzioni educative sue proprie, non ha alcun potere di interferire coercitivamente nella vita privata familiare delle persone, lo Psicologo potrà (o dovrà), possibilmente di concerto con la direzione scolastica, nonché con il responsabile dei dati personali raccolti, valutare la possibilità ed eventuale efficacia di un primo tentativo di soluzione “volontaria” del problema insorto, anche in collaborazione e con l’ausilio dei Servizi Sociali territorialmente competenti.

In caso di reato, ovvero nei casi più gravi ed in totale assenza di una collaborazione da parte del soggetto e/o degli esercenti la potestà sullo stesso, ritengo che alla Scuola non resti che la segnalazione all’Autorità Giudiziaria, che sarà quella penale in caso di reato, quella minorile in caso di abbandono o pericolo per un minore.

In conclusione, lo Psicologo incaricato dalla Scuola di svolgere la propria attività a favore degli studenti dovrà, a mio avviso e in linea generale, verificare che la Scuola abbia provveduto ad istituire detto servizio nelle forme e nei modi previsti dalla Legge e dall’Amministrazione; sincerarsi che i potenziali fruitori del servizio siano stati adeguatamente informati ed abbiano prestato il loro libero consenso (direttamente o tramite i legali esercenti la potestà); fornire all’utente e alla Scuola “informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza” (art. 24 Codice Deontologico); in ogni caso, sempre e comunque, agire con consapevole professionalità e porsi come primo obiettivo la tutela psicologica del soggetto destinatario della propria prestazione (tra gli altri, artt. 3, 4, 25 Codice Deontologico)”.

Lo Psicologo nella Scuola. Principi di deontologia Professionale

di Domenicassunta Corsetti e Antonino Urso

Il termine “etica” viene introdotto nel pensiero filosofico da Aristotele per indicare quella parte della filosofia che studia i criteri in base ai quali l’uomo valuta i propri comportamenti e le proprie scelte in funzione del proprio agire. L’atto morale che ne consegue è il risultato del rapporto tra il comportamento e i valori che lo orientano

Negli ultimi anni nasce e si sviluppa un’etica della relazione tra esseri umani, sempre più codificata in regole da rispettare all’interno dei vari tipi di relazione. In ambito professionale le interazioni si arricchiscono di norme della condotta (deontologia) alle quali il professionista deve attenersi nell’intrattenere i rapporti con l’utenza e con i colleghi. Ci troviamo in un momento storico in cui si è sviluppata una concezione della professionalità incentrata quasi esclusivamente sulla competenza tecnico scientifica, ma carente di attenzione ai risvolti umani – e perciò etici – dell’attività professionale tanto che verificiamo la quasi totale assenza di corsi di etica professionale in ambito universitario. Eppure avere criteri etici di deontologia professionale è un problema cardine, specie per chi si occupa di formare e/o educare le future generazioni.

I termini “formazione” ed “educazione” hanno radici antiche:

Il primo termine (formazione) deriva dal greco *paideia*, il cui etimo trae origine dall’atto di accompagnare il bambino - nella sua crescita etico-conoscitiva sino alla costituzione di una capacità conoscitiva autonoma e, quindi, adulta. Questo processo, così ben descritto da Platone nel Simposio, nel Fedro e nella Repubblica, non è altro che un continuo marciare con tutta l’anima verso il bene attraverso una visione – partecipazione del bello e del buono. C’è dunque in questo paradigma una pienezza umana da realizzare, un compito alto da portare a termine, una lotta per la costruzione di un sé ideale dalla quale non è possibile esimersi. E questo sfondo etico rimarrà sempre nel pensiero greco.

Il secondo termine (educazione) si sviluppa successivamente ed è invece riconducibile ai termini latini di *e-ducere*, letteralmente trarre fuori da, ed *edere*, che si può esprimere con: mangiare, nutrire (far crescere, allevare) e che trova il suo corrispettivo non nel termine greco di *paideia* ma in quello di *trofeo* (nutro, allevo, educo).

Secondo alcuni autori, ad es. E. Ducci, esimia professoressa da poco scomparsa della Pont. Università San Tommaso e dell’Università degli Studi Roma Tre, e F. Mattei, della medesima Università romana il cui articolo, di recentissima pubblicazione nella rivista dell’ACLI, “Bulimia della formazione, anoressia dell’educazione” ho ampiamente utilizzato nel trattare di formazione ed educazione, nel Novecento sul termine *paideia* (formazione) è calato un velo di - cosciente o inconsapevole – rimozione, col risultato che ha dovuto cedere il passo al termine educazione. Si è così spostata l’attenzione dalla sostanza alla forma dell’istruire, con la crisi delle ideologie (specie quella Marxista e Cristiana) è sembrato opportuno a molti non occuparsi più del fine (l’educare a ben vivere di aristotelica memoria) ma del mezzo (l’istruire all’autonomia) nella beata illusione che una società senza ideali potesse trovare il suo ben-essere nel ben fatto, ne è risultato il primato tecnologico dell’efficacia e dell’efficienza, la ricerca spasmodica dell’ottimizzazione delle prestazioni del sistema. Ciò è ben visibile nella scuola moderna, dove ciò che importa nel giudicare il successo di una politica educativa è il raggiungimento di un maggior numero di diplomati e laureati, possibilmente accompagnato da un contenimento dei costi e, quindi, degli investimenti economici nella scuola, piuttosto che una formazione del futuro cittadino nella direzione dell’essere (ben-essere) che unica porterebbe ad una Società con la esse maiuscola, dove sarebbe gradevole vivere e relazionarsi col prossimo. All’Etica del fine si è via via sostituita una pseudo-etica del mezzo.

Per chi si occupa di formazione il discorso sull'etica acquista un valore del tutto particolare, tanto che alcuni Autori parlano esplicitamente dell'insegnante come "artigiano morale"; si tratta di un'orientamento secondo il quale la grandezza dell'insegnamento risiede distintivamente nella sua dimensione morale, in assenza della quale non sarebbe che una semplice tecnologia. Le tecniche giocano un ruolo secondario; sono i fattori di personalità - l'immaginazione, l'invenzione, la passione, che danno ai metodi d'insegnamento la loro forza e la loro vitalità. In altre parole è la capacità di relazionarsi positivamente con gli altri – e, in special modo con l'altro attore della formazione (l'alunno) - che caratterizza il buon insegnante. La stretta analogia tra le caratteristiche umane che debbono possedere coloro che esercitano la professione di psicoterapeuta e di docente erano già emerse in uno studio di Strupp e Handley (1979) nel quale erano stati confrontati i risultati ottenuti da psicoterapeuti e professori universitari, noti per la loro empatia con gli studenti: alla fine della ricerca emersero risultati sovrapponibili per quanto riguarda l'efficacia di un intervento psicologico di aiuto, a dimostrazione del fatto che, indipendentemente dalla preparazione professionale, sono le caratteristiche di personalità dell'operatore a costituire il miglior predittore del successo di una relazione professionale di aiuto.

Ciò che la deontologia rappresenta oggi nell'esercizio di una specifica attività professionale può essere individuato con maggiore chiarezza se, insieme a fornire di essa un idoneo inquadramento all'interno delle norme legislative che la riconoscono ed una specifica definizione adeguata e condivisa, si cerca di definire preliminarmente anche altri due concetti che inevitabilmente la riguardano, vale a dire quelli di "Etica" e, ancor prima, di "Morale"

Proviamo a definire i termini "Morale", "Etica", "Deontologia" e "Codice Deontologico":

MORALE : il significato della parola "Morale" è riconducibile al termine latino "*mos*", in italiano "*costume*". Definisce ciò che è considerato "bene" e viceversa "male" rispetto ai pensieri ed ai comportamenti umani e, più generalmente, in relazione ai costumi e agli stili di vita vigenti in una determinata società.

ETICA: il termine "Etica" fu introdotto da Aristotele per designare quella parte della filosofia che studia la Morale, Frati (2002), afferma che essa cerca: "... di comprendere e definire i criteri in base ai quali è possibile valutare le scelte e le condotte degli individui e dei gruppi, nonché le caratteristiche e i contenuti delle dinamiche sociali nel corso dei quali si definiscono e si ridefiniscono, in un continuo processo di verifica e di aggiustamento interno ad ogni individuo e degli individui tra di loro, i valori, i principi e le regole cui si richiamano i singoli ed i gruppi."

DEONTOLOGIA : la "Deontologia" è l'insieme dei valori, dei principi, delle regole e delle buone consuetudini che diventano regole condivise da un gruppo professionale, alle quali ogni professionista dovrebbe ispirarsi al momento in cui esercita la professione.

CODICE DEONTOLOGICO : Il "Codice Deontologico" non è altro che lo strumento che stabilisce e definisce le cosiddette "norme deontologiche", ovvero le regole di condotta da rispettate nell'esercizio dell'attività professionale; detto strumento prima di diventare operativo e obbligante per gli iscritti al relativo ordine professionale, va proposto, approvato, - in genere tramite un referendum tra gli iscritti -, e, infine, pubblicato per essere reso di dominio pubblico.

I codici deontologici comprendono al proprio interno sia norme di tipo "imperativo" - alcune sanciscono i divieti, mentre altre definiscono gli obblighi - sia norme di tipo "permissivo", che concedono la possibilità di svolgere attività o di assumere comportamenti senza che divengano obbligatori. Queste ultime si rifanno ad un principio che risulta essere sempre più di fondamentale importanza nell'etica professionale, quello di responsabilità, esplicitato sempre più frequentemente

nei codici deontologici delle varie professioni (in quello degli psicologi italiani lo troviamo negli art. 1, 2, 3).

Infatti, le norme di un codice deontologico non possono esaurire l'intero spazio dell'etica del professionista: la responsabilità nei confronti di un altro essere umano va ben oltre la codifica deontologica e perfino giuridica che, per loro stessa natura, possiedono solo uno specifico valore storico (Urso, 2006). Resta uno spazio etico più generale, un'etica della responsabilità che va oltre le normative specifiche di qualsiasi professione e le caratteristiche di qualsivoglia periodo storico. A nostro avviso infatti, l'adeguata conoscenza degli argomenti etici sul piano strettamente "cognitivo" non è di per sé sufficiente per rispondere pienamente a tutte le richieste deontologiche alle quali un professionista deve fare fronte, in special modo quando si tratti di una professione d'aiuto quale quella docente. In particolare la richiesta, "nodale", contenuta nei vari codici deontologici delle moderne professioni d'aiuto è quella che sottolinea la necessità che il professionista promuova il benessere dell'individuo e della comunità: l'articolo 3, al comma 1, del codice deontologico degli psicologi italiani ad es. afferma che: *"Lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità"*.

L'utilizzo del verbo promuovere all'interno di tale norma porta ad un atteggiamento professionale di tipo "attivo", che non è sufficientemente rappresentato né tanto meno soddisfatto nella mera "non-violazione" delle norme contenute nel relativo Codice, ma che contiene evidentemente in sé la necessità sia di azioni propositive, finalizzate all'affermazione del benessere psicologico delle persone, sia - a monte di tali azioni - di motivazioni personali e professionali coerenti con il raggiungimento degli obiettivi ad esse sottese. Si tratta di discriminare tra una semplice e immediata etica passiva ed una più "dinamica" - e sicuramente di maggiore livello qualitativo - etica attiva.

Se un'etica "passiva" (semplice attenzione alla non violazione delle norme deontologiche) può risultare insufficiente in altri ambiti, ancor più risulta deficitaria per quanto l'ambito scolastico, in quanto la "promozione non solo del sapere ma di una personalità sana e matura dell'alunno" è il fine ultimo di qualsiasi intervento nella scuola.

L'etica cosiddetta "attiva" viceversa comporta che il professionista faccia propria l'esigenza di "contribuire al bene", indipendentemente dal proprio riferimento teorico; così che l'etica non si completa più in un "non-fare" cose contrarie alle norme o ai principi deontologici, ma comporta un impegno ad attivarsi attraverso parole e comportamenti finalizzati alla promozione ed al conseguimento del benessere individuale e collettivo.

Come sostiene F. Frati (2006), nella professione occorre anche molta etica per essere sufficientemente "tecnici". Senza un adeguato rispetto "interno" a noi stessi dei principi e delle norme deontologiche, senza un'adeguata loro "introiezione" che ci consenta di osservarle senza dovercele per forza ricordare, il nostro lavoro non può funzionare, la nostra "tecnica" non può essere sufficiente per produrre risultati positivi.

Conclude, al riguardo, lo stesso Parmentola, componente della commissione redattrice del vigente codice deontologico degli psicologi (cit., pag. 160): *"Quindi, come spesso accade, un rigore tecnico-professionale può già costituire anche una forma di salvaguardia deontologica. Un dottore tecnicamente bravo è, per ricaduta, un dottore corretto. Un dottore deontologicamente scorretto non potrà, per ricaduta, che fornire prestazioni tecnicamente scadenti"*.

È proprio per questo quindi che nella Professione i concetti di "deontologia" e di "qualità" non possono in alcun modo essere disgiunti; anzi, un adeguato approfondimento della materia

deontologica può, e probabilmente deve, essere per ciascuno una via pressoché obbligata per migliorare i livelli qualitativi del proprio concreto agire professionale quotidiano e questo "...specialmente oggi che le istituzioni sociali e familiari lasciano un vuoto notevole per quanto riguarda l'educazione etica: se è vero infatti che l'individuo ha bisogno, per vivere bene, di valori di riferimento, è davvero grave che tanto poco aiuto egli riceva nel corso della formazione di una propria scala di valori..." (Urso, 1990). Mentre da un lato ci si preoccupa sempre più di offrire all'uomo di domani un'adeguata formazione tecnica, dall'altro sembra apparire sempre meno importante aiutarlo a costruirsi una buona coscienza. Il rischio che si corre perseverando in questa direzione è quello di considerare l'uomo alla stregua di uno strumento - anche se sempre più perfetto - e non invece quale individuo con dei bisogni propri. Ma anche lo strumento più preciso necessita di qualcuno che lo gestisca: così l'uomo che non avrà imparato a gestire se stesso sarà destinato ad essere in balia degli altri.

La situazione della Psicologia Scolastica in Italia è la conseguenza dell'applicazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, che, non possedendo inizialmente alcuna dotazione finanziaria, si proponeva dapprima di attingere alle risorse territoriali per poi ridistribuirvele. Pur con il cambio di gestione, alcune professionalità hanno continuato a svolgere le mansioni precedentemente assolte nell'ente di provenienza: i medici che avevano lavorato nelle varie mutue, ad esempio, continuarono ad adempiere alle stesse funzioni sanitarie ricoperte negli enti disciolti. Altrettanto è accaduto per gli psicologi, tranne che per quelli scolastici: impegnati a soccorrere le persone sofferenti sul piano psichico, infatti quasi tutti gli psicologi inquadrati all'interno del Sistema Sanitario Nazionale sono stati assorbiti dalle funzioni psicoterapeutiche rivolte agli adulti e agli adolescenti, finendo con l'occuparsi dei minori solo se già diagnosticati. Ma le ricerche effettuate a livello internazionale dimostrano viceversa quanto l'intervento degli specialisti risulti determinante quando i minori riescono ad elaborare i problemi prima che questi si acuiscono o, peggio, incancreniscono. Lo psicologo facilita l'elaborazione positiva dell'esperienza personale, anche se non è l'unico ad assolvere a tale compito: di solito - e per fortuna - è lo stesso ambiente familiare e sociale a consentire l'evoluzione favorevole della situazione problematizzata, in ragione dei numerosi fattori che concorrono ad integrare e colmare le lacune e le distorsioni venutesi a determinare. Ma allorché è l'ambiente familiare e/o sociale stesso ad impedire al minore l'elaborazione della situazione potenzialmente patogena, l'ascolto psicologico rappresenterà un'importante valvola di sicurezza - talvolta l'unica - in grado di consentire al soggetto in età evolutiva quella possibilità di sviluppo libero e costruttivo che la Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo afferma essergli sempre e comunque dovuta.

Per questi motivi tutti i Paesi civili, anche quelli più parsimoniosi nella spesa pubblica, hanno posto la psicologia - e dunque gli psicologi - al servizio dei minori - di tutti i minori - prima che degli adulti, persino di quelli ammalati. Il principio universalmente riconosciuto è esemplificabile con la seguente immagine: se, all'interno di un piccolo centro, lo psicologo non è presente, ciò non costituisce necessariamente un'ingiustizia, poiché vi possono essere ben altre necessità più urgenti alle quali dare la precedenza; l'ingiustizia si verificherebbe invece se, in quello stesso centro, lo psicologo venisse prioritariamente messo a disposizione degli adulti e non dei minori.

I principi che hanno indotto molte comunità ad assicurare alla scuola mediamente uno psicologo su quattro, vengono incredibilmente disattesi nel nostro Paese a causa della errata applicazione della legge che avrebbe dovuto razionalizzare la distribuzione delle risorse professionali, indirizzandole prioritariamente verso la prevenzione e solo successivamente verso la cura, e tutto ciò proprio in uno dei settori dove la disomogeneità dei costi fra prevenzione e cura risulta essere più macroscopica. Si pensi ad esempio alla differenza fra l'impegno economico e sociale di un intervento frequente e durevole nel tempo da parte di specialisti che si occupano di problemi psichiatrici, di criminalità e di tossicodipendenza, rispetto al costo di una breve, episodica, precoce

e spesso risolutiva elaborazione psicologica degli stessi problemi. Nuove ricerche stanno ancor più dimostrando la forte correlazione esistente fra la mancata elaborazione precoce e gravi forme di patologia sviluppate in età adulta. Così accade che pochi Paesi quanto l'Italia vengano colti alla sprovvista ogni qualvolta che sulla scuola si accendono i riflettori della cronaca nera a causa di gravissimi episodi, apparentemente inspiegabili proprio in quanto nessun professionista ha potuto essere messo in condizione di offrire ai minori quelle risorse che la moderna scienza psicologica consente di prefigurare avanti che le esperienze si sdoganino da potenza in atto, prima cioè che sia troppo tardi. Infatti è proprio la scuola che potrebbe offrire ai minori un congruo servizio psicologico prima che faccia la prepotente comparsa il bisogno conclamato; nella scuola lo psicologo potrebbe essere raggiungibile da chiunque e senza il preconstituzionale armamentario di diagnosi, prescrizioni, invii e cure, spesso caratterizzati da interventi lunghi e costosi, e che sovente risultano solo parzialmente efficaci poiché giunti tardivamente.

Scopo del Servizio di Psicologia Scolastica, quale supporto alle attività delle singole istituzioni e delle relative utenze, risulterebbe quello di contribuire al miglioramento della vita scolastica, sostenendo lo sviluppo armonico di ogni singolo alunno, operando per la prevenzione del disagio sociale e relazionale e promuovendo il benessere individuale e collettivo nella direzione di quanto sostenuto nelle linee di indirizzo dettate dal Ministero della Pubblica Istruzione per il triennio 2007-2010, che mettono in evidenza la necessità che la scuola rappresenti sempre di più uno strumento per la trasmissione di messaggi positivi che promuovano il benessere dei ragazzi e prevenano il disagio giovanile.

La singola scuola nell'organizzazione di un Servizio di Psicologia Scolastica, qualora non possieda già al suo interno professionalità psicologiche (docenti iscritti all'Ordine degli Psicologi) potrebbe prevedere il ricorso all'opera di strutture specializzate o di singoli professionisti - comunque iscritti all'Ordine professionale - anche mediante apposite convenzioni stipulate ai sensi della normativa vigente, al fine di far fronte con metodo e continuità a tutte le esigenze rilevate. Le istituzioni scolastiche, incentrandosi sulla specifica autonomia didattica, organizzativa, di ricerca e sperimentazione, potrebbero avvalersi dei Servizi di Psicologia Scolastica per predisporre progetti di intervento imperniati sulla valutazione complessiva dei problemi rilevati.

Un Servizio di Psicologia Scolastica dovrebbe finalizzare il suo intervento:

- alla promozione della salute mentale e del benessere individuale e collettivo degli studenti, delle famiglie e del personale scolastico; dell'integrazione scolastica e sociale degli studenti italiani, stranieri e diversamente abili; della motivazione allo studio finalizzata al successo formativo e all'inserimento professionale;
- alla prevenzione: del disagio giovanile e della dispersione scolastica (*drop out*); del disagio degli insegnanti (*burn out*); dei comportamenti a rischio nell'infanzia e nell'adolescenza (disturbi alimentari, abuso di sostanze psicotrope ed alcol, nuove dipendenze, bullismo e devianza minorile, IVG e MST, ...)

L'organizzazione delle attività potrebbe essere così articolata:

- attività su richiesta delle scuole o di singoli utenti: collaborazione nell'analisi delle esigenze del territorio e nella strutturazione del POF; consulenza ai dirigenti scolastici per la gestione delle complesse dinamiche inter e intra – istituzionali;
- attività di collegamento e mediazione tra le diverse istituzioni (Reti di scuole – Enti Locali - ASL - Associazioni operanti nel territorio – Consulte Municipali) finalizzate alla creazione di un network di servizi a favore dei minori e dei loro adulti di riferimento (insegnanti, familiari, etc.);

- sviluppo della funzione di coordinamento tra scuola, altre strutture formative superiori (università e percorsi professionalizzanti) e mondo del lavoro;
- collaborazione nella pianificazione ed attuazione - o affidamento ad altri professionisti, mediante convenzioni - di progetti specifici, concordati con le singole scuole, che prevedano l'intervento diretto sui gruppi-classe: sostegno alla motivazione allo studio e all'orientamento, educazione all'affettività, sviluppo delle capacità assertive, gestione dei conflitti, educazione interculturale con finalità di prevenzione della dispersione scolastica, delle devianze e dei comportamenti trasgressivi, del bullismo, delle condotte alimentari devianti, delle dipendenze da sostanze psicotrope, da alcol e dalle cosiddette "nuove dipendenze".
- attività di screening per temi e per fasce di età ed eventuale "invio protetto" alle strutture TSMREE territoriali, per l'intervento precoce dei disturbi di apprendimento e di ogni forma di disagio giovanile;
- sportello di ascolto per studenti;
- formazione e counseling per i genitori;
- formazione e consulenza psico-pedagogica per il personale docente e non docente;
- partecipazione ai GLH d'Istituto o ai GLH operativi, su richiesta degli Organi Collegiali delle scuole e in accordo con gli psicologi / psichiatri dei TSMREE territoriali;
- attività di raccordo con l'università e il mondo del lavoro per facilitare i passaggi di continuità in uscita dal percorso formativo scolastico.

Il Servizio di Psicologia Scolastica si configurerebbe quindi come l'insieme coerente di attività psicologiche, integrate e coordinate tra loro, relative alle tematiche e alle problematiche proprie del mondo della scuola, e di conseguenza il Servizio di Psicologia Scolastica risulterebbe finalizzato a:

- contribuire al miglioramento e allo sviluppo della vita scolastica e della sua organizzazione;
- favorire la crescita e lo sviluppo degli studenti;
- supportare le famiglie nello svolgere le funzioni educative e genitoriali;
- migliorare la qualità dei servizi offerti dalle istituzioni scolastiche;
- contribuire allo sviluppo di un rapporto di rete fra l'istituzione scolastica ed il territorio.

Il Servizio di Psicologia Scolastica si ritroverebbe quindi a svolgere le seguenti attività:

- promozione di un clima collaborativo all'interno della scuola e tra personale scolastico, studenti e famiglie;
- integrazione scolastica e sociale degli studenti italiani, stranieri e diversamente abili;
- sostegno alla motivazione allo studio finalizzata al successo formativo, all'orientamento e all'inserimento professionale, per la prevenzione della dispersione scolastica;
- promozione del benessere e sviluppo delle risorse individuali per prevenire la strutturazione del disagio e la comparsa di comportamenti a rischio;
- formazione, consulenza e sostegno per gli adulti di riferimento (insegnanti e genitori);
- interventi di consulenza individuale agli studenti (per i minori gli incontri sono effettuati con il consenso dei genitori);
- sviluppo della funzione di coordinamento della scuola con le strutture formative superiori (Università e percorsi professionalizzanti) e con il mondo del lavoro;
- attività di collegamento e mediazione tra le diverse istituzioni (Reti di scuole – Ente Locale - ASL - Associazioni del territorio – Consulte Municipali) finalizzato alla creazione di un network di servizi a favore dei minori e dei loro adulti di riferimento (insegnanti e familiari).

Il Servizio di Psicologia Scolastica opererebbe naturalmente in collegamento con gli altri servizi territoriali, fatte salve le rispettive competenze.

Bibliografia

- AA. VV. (a cura di) "Psicologia Scuola Europa: lo psicologo dell'educazione e della formazione", Atti Convegno 26/02/1999, Notiziario dell'Ordine degli psicologi del Lazio.
- AA. VV. (a cura di) – Psiche tre i Banchi: teoria e prassi dell'intervento psicologico a scuola, Anicia, 2004.
- Frati F. (2002) - "La deontologia come parametro di qualità nell'esercizio della professione di psicologo", sul Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna, n.3 del 2002
- Frati F. (2006) – I principi deontologici fondamentali dello "psicologo del terzo millennio".
- Parmentola C. - Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia nel Codice Deontologico degli psicologi italiani, Milano, Giuffrè, 2000
- Strupp H. H. e Hadley S. W. – Specific vs. Nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome, Archives of General Psychiatry, 1979, 36, 1125-1136.
- Urso A. (1990) - "Un Codice Deontologico per gli psicoterapeuti", Newsletter Istituto Walden, n. 3 e 4
- Urso A. (2006) -Etica e deontologia professionale, in Metamorfosi nella Psichiatria Contemporanea: Competenze, esperienze, tendenze a cura di M. Di Giannantonino e M. Alessandrini (a cura di), Edizioni Magi, Roma.
- Urso A e Di Bonito T. (2007) – Il bullismo in Italia: cause e diffusione, in L'aggressività e il bullismo nella scuola: Prevenzione e intervento, I. Gagliardini e G. Bortone (a cura di), Edizioni Kappa, Roma.