

BAMBINI CONTESI

- IL MINORE NELLA PSICOLOGIA FORENSEE NELL'ART. 31 DEL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI -

di Catello Parmentola

Circa la metà delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari riguarda psicologi che operano in ambito giuridico.

Se deontologicamente la psicologia giuridica è la zona più scivolosa della psicologia, la psicologia forense è la zona più scivolosa della psicologia giuridica, e il minore è la zona più scivolosa della psicologia forense.

I colleghi si devono confrontare con casi delicati in un contesto confliggente e regolato da norme complesse, dove operano altre professionalità forti.

Bisogna possedere una forte competenza sia di natura psicologico-clinica che di procedure giuridiche, e spesso la competenza non è sufficiente per affrontare gli snodi deontologici.

Ci sono diversi contesti giudiziari (penale, civile, minorile), molte diverse “vesti” professionali (consulente, perito, operatore di un servizio sociale o sanitario, giudice onorario), molti diversi interlocutori.

Gli “incroci” possono produrre dunque decine di sottordini e fattispecie, con rischi di slittamento e conseguenti comportamenti scorretti.

In una tale complessità la comunicazione è fondamentale: andrebbe chiarito ogni volta in quali termini si pone quel contenuto (per esempio il segreto professionale) in quella specifica fattispecie.

Il minore è la zona più scivolosa della psicologia forense perché non si istituisce solo un contesto confliggente tra le parti, bensì anche nella parte.

Lo psicologo – perito di parte può avere, infatti, come psicologo e come perito, due assoggettamenti diversi: da un lato la prioritaria tutela del minore, dall'altro la fedeltà alla parte.

Quando i due assoggettamenti confliggono, quale dovrebbe prevalere?

In che misura lo psicologo che va nel forense, smette i propri codici, il proprio stato formale, i propri vincoli (p. e. deontologici), per assumere codici, stato e vincoli propri del contesto?

1. RIFLESSIONI SULLE MODALITA' DI INTERVENTO NELLE SITUAZIONI DI “BAMBINI CONTESI”

Non toccate i figli agli adulti, diventano pazzi...

Attraverso i bambini gli adulti esprimono cose molto forti, cose che alle volte è meglio non toccare

La vita è fatta di compromessi: se vi si rinuncia, le barriere esplodono e la brutalità invade il campo...

I bambini sono a volte capro espiatorio e a volte “arma impropria” nei conflitti interni ad una coppia.

A volte ci sono situazioni familiari così gravi da rendere indispensabile un intervento delle Istituzioni a tutela dei figli e soprattutto dei minori.

Garantire al meglio questa tutela non è ovviamente semplice come enunciarne astrattamente il principio.

In questi anni ci sono stati vari casi di genitori “sbattuti in prima pagina” con accuse massimamente infamanti, e poi completamente scagionati da ogni accusa.

Questo perché, riguardo ai problemi legati alla diagnosi ed all’intervento sui minori, i pareri raggiungono un minimo di omogeneità solo nei casi meno complessi di “bambini contesi”, quelli di “routine” e, soprattutto, quelli che non fanno risuonare vissuti, paure e fantasmi degli operatori. Oppure, nei casi in cui le evidenze oggettive non lasciano spazio per i dubbi e tempo per le evocazioni.

Ma nelle situazioni complesse ed ambigue, con protagonisti controversi, quando tutto è incerto e si mischia con soggettività remote, allora le competenze tecniche non si incontrano in protocolli comuni ed interventi condivisi.

O ci si ripara dietro protocolli rigidi che, impermeabili ad ogni portato soggettivo, standardizzano le risposte a domande molto diverse, oppure il bagaglio personale di emozioni e di vissuti, mai “mischiato” con i dati oggettivi, diventa finalmente uno strumento fondamentale per decifrarli e comprenderli

Proprio l’etica della responsabilità può imporre di mettersi in gioco, *con l’animo laico ed aperto del clinico*, per vedere meglio le cose nelle cose.

Questi sentieri non andrebbero comunque mai percorsi da soli: le competenze soggettive dovrebbero essere sempre oggettivabili *in una dimensione integrata e multidisciplinare*.

In Italia spesso, ad operatori di ancora insufficiente esperienza, vengono affidati casi complessi che sarebbero di difficile gestione anche per Colleghi molto più esperti

Negli Stati Uniti, le linee-guida A.P.S.A.C. (American Professional Society on the Abuse of Children) per la qualificazione del valutatore nei casi di presunto abuso sessuale nei confronti dei minori, già dal 1990 precisano che il valutatore debba essere obbligatoriamente in possesso dei seguenti requisiti professionali:

- una laurea in disciplina attinente alla salute mentale;
- un’esperienza clinica come diagnosta e terapeuta di bambini e famiglie, della durata di almeno due anni, più altrettanti di esperienza professionale con bambini sessualmente abusati
- un adeguato aggiornamento sulla letteratura riguardante il tema e padronanza delle dinamiche psicologiche conseguenti all’abuso;
- un’esperienza acquisita e dimostrabile nel condurre valutazioni in ambito forense.

In Italia, invece, per essere “valutatore”, basta l’iscrizione ad un Ordine o Collegio professionale, conseguibile con una “laurea breve”.

Il sapere tecnico-professionale dunque è il terzo imprescindibile elemento (insieme ad un atteggiamento “clinico” ed al supporto multiprofessionale) che può aiutare nel perseguimento della correttezza deontologica.

2. IL MINORE NELLE LINEE GUIDA DI PSICOLOGIA GIURIDICA E FORENSE

Le Linee Guida della psicologia giuridica e forense, deliberate dal Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi, ricordano, all’art. 11, che lo psicologo deve sempre farsi orientare dal *miglior interesse per il bambino*.

All’art. 24, lo psicologo forense utilizza *metodologie scientificamente affidabili*, con il rilevamento sia dei dati soggettivi che dei piani di relazione interpersonale.

All’art. 26, lo psicologo forense esprime valutazioni e giudizi professionali solo se fondati sulla *conoscenza professionale diretta*, ovvero su documentazione adeguata e attendibile: è da

considerare deontologicamente scorretto esprimere un parere su un bambino non esaminato in modo diretto.

All'art.32, lo psicologo forense chiarisce al minore gli scopi del colloquio curando che ciò non influenzi le risposte, tenendo conto della sua età e della sua capacità di comprensione, evitando che egli si senta responsabile per il procedimento e gli eventuali sviluppi. Garantisce che l'incontro avvenga in tempi, modi e luoghi tali da assicurare la serenità del minore e la spontaneità della comunicazione, evitando domande suggestive o implicative.

Forse proprio con riferimento a questo, nel corso del 2007, il Prof. Gulotta ha proposto di inserire nel Codice, prima dell'art. 31, un articolo che l'Osservatorio ha posto in articolato giuridico-formale nel modo seguente.

Nei procedimenti giudiziari che coinvolgono minori, ogni valutazione avente questi ultimi per oggetto deve eseguirsi esclusivamente col consenso degli esercenti la potestà genitoriale o, in mancanza, per ordine del giudice.

Lo psicologo deve porre la massima cura nella formulazione di domande o di richieste al bambino, in modo da limitare ogni aspetto suggestivo e da non lasciar trasparire aspettative che possano compromettere la genuinità delle sue risposte.

Nel giudizio diagnostico è necessario tenere in debito conto le sollecitazioni ed i suggerimenti che eventualmente siano stati indirizzati al minore da persone interessate alla formulazione di particolari valutazioni.

È altresì necessaria un'estrema prudenza dal trarre conclusioni diagnostiche di specifici eventi di stress da eventuali sintomi e da esami testologici, dovendosi tenere obbligatoriamente in considerazione la loro equivocità.

All'art. 33, si tiene in gran conto *...che il minore è già sottoposto allo stress che ha causato la vertenza giudiziaria.* Va tutto organizzato quindi in modo da minimizzare gli stress ulteriori...

All'art. 35, nelle valutazioni riguardanti la custodia dei figli, lo psicologo forense valuta non solo il bambino e i genitori ma anche l'ambiente in cui eventualmente si troverebbe a vivere. Nel vagliare le preferenze del figlio, tenuto conto del suo livello di maturazione, particolare attenzione va posta alla sincerità delle affermazioni e l'influenza esercitata soprattutto dal genitore che lo ha in custodia.

All'art. 36, prima di sottoporre ad una perizia un minore, occorre avere il consenso di tutti e due gli esercenti la potestà genitoriale, anche nel caso di un "affido disgiunto esclusivo", e con l'unica eccezione di una perizia o una C.T.U., per la quale il perito psicologo è stato nominato dal Giudice.

All'art. 37, nel caso di una C.T.P., ognuno dei due genitori è libero di scegliersi il proprio Consulente Psicologo, ma il minore lo incontra solo il C.T.U., per evitargli troppe esposizioni stressogene. Ovviamente i C.T.P. ed il C.T.U. si mettono poi d'accordo sugli aspetti specifici, caso per caso, nell'ambito di una corretta relazione professionale.

All'art. 38, per quanto riguarda la "presa a carico" di un minore da parte di uno psicologo, la potestà è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori. In caso di contrasto, ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al Giudice.

All'art. 39 delle Linee Guida, per la presa a carico di un minore è necessario avere il consenso di tutti e due gli esercenti la potestà genitoriale, anche nel caso di un "affido disgiunto esclusivo" e con la sola eventuale eccezione di una prestazione direttamente richiesta dal Giudice. Ma, anche in presenza della decisione di un Giudice, se non vi è il consenso di entrambi i genitori, è molto difficile gestire la situazione adeguatamente e per un sufficiente periodo di tempo, e svolgere in modo adeguato il processo di presa a carico e di cura.

Primario compito di uno Psicologo dovrà essere quindi quello di affiancare al diretto lavoro con il minore, ogni volta che ciò sia possibile e con tutti i limiti del caso, anche un'opera di coinvolgimento e di sensibilizzazione di ciascuno dei due genitori.

3. LINEE DI INDIRIZZO PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 31 DEL CODICE DENTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI

Su tutto quanto trattato finora, il Codice Deontologico dice troppo poco con il suo attuale art. 31.

Le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono generalmente subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela.

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

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

Anche per questo, molti degli esposti, e di conseguenza molti dei procedimenti disciplinari, relativi ad ipotetiche infrazioni del Codice Deontologico, ed una percentuale molto elevata dei quesiti rivolti agli avvocati nell'ambito delle consulenze per gli iscritti, riguardano proprio l'art. 31. L'art. 31 può presentare difficoltà di interpretazione, soprattutto se calato in contesti altamente complessi nei quali è necessario considerare molteplici variabili in correlazione tra di loro.

Lo psicologo, nell'esercizio della professione, deve rispettare le norme del Codice Deontologico, ma –prima ancora– quelle dell' Ordinamento Giuridico generale.

Le norme vanno poste in posizione gerarchicamente ordinata le une rispetto alle altre, secondo il fondamentale principio di “gerarchia delle fonti del diritto”, che definisce il “grado di cogenza” delle norme (ovvero il grado di importanza di ogni singola norma, regolando l'eventuale prevalenza dell'una rispetto all'altra).

Il principio di “gerarchia” delle fonti non è però l'unico principio applicabile.

Ci sono anche il principio di “competenza”, il rapporto tra norma “speciale” e norma “generale”, il principio cronologico...

Per questo è sempre meglio consultare un esperto in caso di difficoltà interpretative.

Il Codice Deontologico contribuisce ad un'identificazione professionale basata anche sulla individuazione di modalità di comportamento corretto.

Con riferimento a queste linee d'indirizzo sono importanti due problemi di carattere generale: *il consenso* - sul quale interviene l'art 24 del C. D. che prevede la necessità del consenso informato del destinatario dell'intervento –, e quello della *non coincidenza tra committente e destinatario dell'intervento psicologico*, a proposito del quale l'art. 4 del C. D. evidenzia la necessità di tutelare prioritariamente il destinatario del suo intervento e non il committente, poiché 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 del destinatario.

L'art. 24 C. D. è uno snodo fondamentale per ben comprendere l'art 31.

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 può esprimerlo.

Lo psicologo 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.

L'art. 32 della Costituzione, infatti, garantisce il diritto alla salute quale diritto fondamentale, precisando però che *nessuno può essere obbligato ad 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 da art 3 del C. D.: *Lo psicologo è consapevole che, nell'esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri*), tocca proprio quegli interessi primari, costituzionalmente garantiti.

CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato consiste nell'accettazione volontaria di un trattamento sanitario, accettazione che il paziente esprime in maniera libera, dopo essere stato adeguatamente informato. Può essere espresso soltanto se sussistono due condizioni di base: *la capacità di agire*, che si acquisisce con il compimento del diciottesimo anno di età (art. 2 del Codice Civile), e *la capacità di intendere e di volere*.

E, per avere validità, deve essere:

- *personale*, ovvero deve essere manifestato dal destinatario dell'intervento, unico titolare del diritto alla salute costituzionalmente garantito; in minorenni ed incapaci, il consenso deve essere espresso dai genitori o dal tutore;
- *libero*, cioè dato dal singolo come frutto di una scelta personale e consapevole;
- *attuale*, cioè dato in un momento prossimo alla prestazione cui inerisce;
- *informato*, cioè preceduto da un'informazione completa sulla situazione, sul trattamento, sui rischi e benefici;
- *compreso*: si rende pertanto necessario verificare che il paziente abbia recepito quanto comunicato;
- *manifesto*, cioè espresso in forma scritta o in qualunque altra forma che comprovi senza alcun dubbio le reali intenzioni del soggetto.

Quando si parla di consenso informato si intende quindi non solo e non tanto la sottoscrizione di un modulo di consenso, ma un *benessere sostanziale* senza il quale ogni agire rischia di essere non solo giuridicamente non corretto, ma altresì completamente inutile.

Sono legittimati alla manifestazione del consenso

- per i minori, *gli esercenti la potestà genitoriale*;
- per coloro che non sono in grado di intendere e volere (interdetti), *il tutore*.

CONSENSO INFORMATO NEL CASO DI MINORI

Il tema dell'*autodeterminazione del minore* è in continua evoluzione, con un progressivo contenimento dei poteri decisionali degli adulti.

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.

Il legislatore ha riconosciuto, attraverso leggi specifiche e particolari, la possibilità per il minorenne di avere *accesso a prestazioni sanitarie* per effetto di un proprio consenso valido ed autonomo.

Ad esempio, la L. 194/78 in tema di tutela sociale della maternità e di interruzione volontaria della gravidanza, all'art. 2, prevede che nelle strutture sanitarie e nei consultori la somministrazione, su prescrizione medica, dei mezzi necessari per conseguire le finalità scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori.

L'art. 12 della medesima legge, premesso che l'interruzione di gravidanza da parte di una minore richiede l'assenso di chi esercita la potestà o la tutela, prevede che alla presenza di seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, il consultorio o la struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia debbano relazionare al Giudice Tutelare, il quale, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle sue ragioni e della relazione trasmessa, può autorizzare l'interessata a decidere l'interruzione della gravidanza.

Anche l'art. 120 della L. 309/90, in tema di accesso al Servizio pubblico per le Tossicodipendenze o ad una struttura privata autorizzata, consente ai minori, oltre che agli interdetti, di richiedere personalmente lo svolgimento dei necessari accertamenti diagnostici e l'esecuzione di un programma terapeutico e socioriabilitativo.

POTESTÀ GENITORIALE

Il tema di chi eserciti *la potestà genitoriale* è fondamentale per l'applicazione dell'art. 31 del Codice Deontologico.

La regola generale è dettata dall'art. 316 del Codice Civile, secondo cui la potestà sul minore è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (comma 2), salva la possibilità (comma 3), 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.

Tale norma si applica anche nel caso in cui manchi ancora una decisione del Tribunale circa l'affidamento della prole e quindi circa l'attribuzione della potestà.

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 è esercitata, però, in modo esclusivo dall'altro genitore.

Nel caso di separazione personale o divorzio, occorre distinguere il tema dell'*affidamento* dei minori da quello dell'*esercizio della potestà genitoriale*.

Quanto all'affidamento,

- il nuovo testo dell'art. 155 del Codice Civile, (applicabile anche alle unioni di fatto per la Legge 54 del 2006), prevede che il Giudice valuti prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati ad entrambi i genitori (*affidamento condiviso*).
- L'*affidamento esclusivo* ad uno solo dei genitori è limitato invece all'ipotesi in cui l'affidamento all'altro risulti contrario all'interesse del minore.

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.

L'art. 155) prevede inoltre che:

- *le decisioni di maggiore interesse per i figli*, relative all'istruzione, all'educazione e alla salute, sono assunte di comune accordo da entrambi i coniugi, tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle aspirazioni dei figli;
- il coniuge cui i figli non siano affidati ha il diritto-dovere di vigilare sulla loro istruzione ed educazione e può ricorrere al Giudice quando ritenga che siano state assunte decisioni pregiudizievoli al loro interesse;

- 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.

Pertanto, il genitore unico affidatario del minore non può, *anche nell'esercizio esclusivo della potestà genitoriale*, decidere autonomamente di far sottoporre ad una "presa a carico" psicologica il proprio figlio minore, trattandosi appunto di una "decisione di maggior interesse". L'altro genitore, nell'esercizio del diritto (dovere) di vigilanza, potrà quindi in tal caso rivolgersi al Giudice contestando la legittimità della decisione stessa.

Anche nel caso in cui il Giudice abbia stabilito *l'affido congiunto – e quindi il congiunto esercizio della potestà* – occorrerà pertanto il consenso di entrambi i genitori, salvo ancora una volta la possibilità, nel caso di disaccordo, di rivolgersi all'autorità giudiziaria.

DIECI "CONSIGLI"

Lo psicologo deve dunque osservare, nel caso di prestazioni rivolte a minori, una particolare attenzione.

1. Si informa preventivamente ed approfonditamente sulla situazione giuridica parentale, richiedendo anche ogni certificazione in proposito.
2. A garanzia di validità del consenso informato, è preferibile sempre la firma di entrambi i genitori alla presenza dello psicologo.
3. L'interesse del minore (destinatario dell'intervento sanitario) deve sempre prevalere su quello del genitore (committente).
4. Un intervento richiesto da uno dei genitori, in assenza del consenso di entrambi, costituisce violazione deontologica. L'intervento psicologico non può dunque rientrare in quell'ordinaria amministrazione cui un solo genitore può provvedere in assenza del consenso dell'altro.

Né vale il criterio dell'urgenza dell'intervento, posto che la valutazione dell'urgenza psicologica lascia ampi spazi di dubbio ed è prefigurabile solo in rarissimi casi.

5. 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 del codice penale.

Ma ovviamente uno psicologo può "venire a conoscenza" solo con i tempi ed i modi della clinica e l'utilizzo dei propri strumenti professionali: una cosa sono i riferiti di reato, altra le ipotesi di reato ed altra ancora i reati.

6. In sede di intese preliminari, lo psicologo concorda gli obiettivi perseguibili e, qualora vi siano richieste o aspettative che ritiene in scienza e coscienza di non poter accogliere, lo esplicita.
7. Costituisce violazione deontologica anche la stesura di relazioni tecniche, su richiesta di un solo genitore, relative a situazioni pregresse prive del consenso informato di entrambi. Al contrario, è consentito l'utilizzo in giudizio, da parte di un genitore, di una relazione redatta in passato con consenso informato di entrambi.
8. 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 Tribunale per i Minorenni).

Nei casi in cui non c'è grave nocimento per il minore ed i genitori sono separati, si suggerisce invece di sollecitare il genitore a chiedere l'intermediazione del proprio Legale.

È importante rispettare sempre i tempi e i modi delle procedure.

9. Ovviamente la richiesta di consulenza per un minore da parte di un avvocato non esonera dall'acquisizione del consenso informato di entrambi i genitori.
10. Allo stesso modo, lo psicologo che opera in sportelli psicologici di Istituti Scolastici, si accerta che entrambi i genitori abbiano firmato il consenso informato prima di svolgere qualsivoglia attività professionale che riguardi un minore.

4. PROPOSTE DI MODIFICA ALL'ART. 31

Quello che segue è il vigente Art. 31 del Codice Deontologico degli psicologi italiani.

Le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono generalmente subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela.

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

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

La prima modifica che s'impone riguarda la dizione del primo comma, quando si parla di *prestazioni professionali* senza ulteriore specificazione.

Nella formulazione attuale, lo psicologo dovrebbe stabilire *praticamente alla cieca* se occorra o meno il consenso di chi esercita la potestà genitoriale o la tutela, prima ancora del primo colloquio e prima ancora, quindi, di potersi rendere conto della natura della propria prestazione. Va meglio:

Le prestazioni professionali dello psicologo, che richiedano approfondimenti diagnostici ovvero una presa in carico psicoterapeutica nei confronti di persone minorenni o interdette, sono generalmente subordinate al consenso ovvero all'assenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela.

L'introduzione del termine *assenso* si rende necessaria per il fatto che in quasi tutti i casi è rilevante la volontà del soggetto – utente, per cui la volontà del genitore o del tutore si *affianca* a quella, e non si sostituisce. Il termine *consenso*, utilizzato da solo, porrebbe nel nulla la volontà dell'utente anche in quei casi in cui tale volontà ha rilevanza (si pensi al minorenne sufficientemente maturo per rendersi conto di ciò che gli si richiede, o anche l'incapace interdetto non completamente deteriorato).

Nel secondo comma, per coerenza, va introdotto il concetto di *assenso*, per cui si dovrebbe leggere:

Lo psicologo che, in assenza del consenso o dell'assenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto a informare il Tribunale per i Minorenni dell'instaurarsi della relazione professionale.

In luogo di *Autorità Tutoria*, che potrebbe ingenerare la confusione tra il Giudice Tutelare (assolutamente incompetente a questi fini) e il Tribunale per i Minorenni, è opportuno precisare che è quest'ultimo ad essere destinatario della comunicazione.

Ci chiedevamo all'inizio in che misura lo psicologo che *va* nel forense, smette i propri codici, il proprio stato formale, i propri vincoli (p. e. deontologici), per assumere codici, stato e vincoli propri di un mondo altro. Ecco di seguito come un eventuale nuovo articolo 31 potrebbe affrontare la questione.

Lo psicologo che accetti l'incarico di perito di parte o di consulente di parte in procedimenti giudiziari nei quali gli sono richieste valutazioni aventi ad oggetto persone minorenni o incapaci, o comunque coinvolgenti tali persone, deve ritenere preminente l'interesse di queste ultime, fatto salvo lo stretto obbligo di fedeltà nei confronti del proprio cliente.

Ove rilevi una contraddizione fra le richieste del proprio cliente e tale accertato interesse, si adopererà per tentare di risolvere siffatto contrasto.

Nel caso che, ciò nonostante, il conflitto permanga, lo psicologo dismetterà l'incarico ricevuto.

Ecco di seguito come potrebbe essere quindi un eventuale nuovo art. 31.

Le prestazioni professionali dello psicologo, che richiedano approfondimenti diagnostici ovvero una presa in carico psicoterapeutica nei confronti di persone minorenni o interdette, sono generalmente subordinate al consenso ovvero all'assenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela.

Lo psicologo che, in assenza del consenso o dell'assenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare il Tribunale per i Minorenni dell'instaurarsi della relazione professionale.

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

Lo psicologo che accetti l'incarico di perito di parte o di consulente di parte in procedimenti giudiziari nei quali gli sono richieste valutazioni aventi ad oggetto persone minorenni o incapaci, o comunque coinvolgenti tali persone, deve ritenere preminente l'interesse di queste ultime, fatto salvo lo stretto obbligo di fedeltà nei confronti del proprio cliente.

Ove rilevi una contraddizione fra le richieste del proprio cliente e tale accertato interesse, lo psicologo si adopererà il più possibile per tentare di risolvere siffatto contrasto. Nel caso che, ciò nonostante, il conflitto permanga, lo psicologo indicherà al proprio cliente le motivazioni della propria incompatibilità di fatto e, di conseguenza, rassegnerà le proprie motivate dimissioni dall'incarico ricevuto.

Bibliografia

- RIFLESSIONI SULLE MODALITA' DI INTERVENTO NELLE SITUAZIONI DI "BAMBINI CONTESTI"
di Fulvio Frati
- L. G. DI PSICOLOGIA GIURIDICA E FORENSE deliberate dal Cons. Naz. Ordine Psicologi
- LINEE DI INDIRIZZO PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 31 DEL C. D. PSICOLOGI
a cura di Manuela Colombari
- PROPOSTE DI MODIFICA ALL'ART. 31
Eugenio Calvi
- Materiali di lavoro dell'Osservatorio Deontologico del Consiglio Naz. Ordine Psicologi
- E. Calvi e G. Gulotta (a cura di), Il codice deontologico degli psicologi, Giuffrè 1999
- Catello Parmentola, Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia, nel Codice Deontologico degli psicologi italiani, Giuffrè 2000

Note biografiche

CATELLO PARMENTOLA (Scafati, 1955), Psicologo, Psicoterapeuta, è Dirigente psicologo presso l'ASL Salerno 2.

È stato vicepresidente dell'Ordine Psicologi della Regione Campania e componente della Commissione Deontologia dell'Ordine Nazionale che estese il primo Codice Deontologico degli psicologi italiani.

È docente di Deontologia presso l'Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale e membro dell'Osservatorio Deontologico del Consiglio Nazionale dell'Ordine.

Ha collaborato a molte riviste scientifiche (*Territorio, Esperia, Psicologia oggi, Simposio, La Professione di psicologo, Malamente, Nuove Prospettive in Psicologia, Nuova@mente, Quaderni d'Altri Tempi, Link, Janus...*) ed a vari volumi: *IL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI commentato articolo per articolo*, Giuffrè 1999; *LO PSICOLOGO AL LAVORO. CONTESTI PROFESSIONALI, CASI E DILEMMI, DEONTOLOGIA*, Franco Angeli 2001; *L'APPROCCIO PSICOLOGICO NEL DIABETE- IL DIALOGO, LE TEORIE, L'ESPERIENZA*, edito da Roche Diagnostics S.p.A. 2007; *PSICOLOGIA PENITENZIARIA*, E.S.I. Editore 2007...

È autore di otto pubblicazioni, fino a

NOTTE A MARGINE - i numeri e le parole della droga a Salerno, Laveglia Editore, 1997;

IL SOGGETTO PSICOLOGO E L'OGGETTO DELLA PSICOLOGIA nel Codice Deontologico degli Psicologi italiani, Giuffrè Editore, 2000;

PRENDERSI CURA -il soggetto psicologo e il senso dell'Altro tra clinica e sentimento, Giuffrè Editore, 2003;

LA DIMENSIONE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE DIABETICO, Plectica editrice per la Menarini CheckUp Division, 2008.

Dirige dal 1997 la Collana di Scienze Umane della Plectica Editrice.