



Le certificazioni psicologiche nelle aziende sanitarie.

Confini normativi e procedure operative

Dr. Paolo Bozzaro

Psicologo Dirigente ASL 3 Catania
Segretario Regionale AUPI Sicilia

Premessa

Sempre più spesso vengono richieste allo psicologo che lavora nella Pubblica Amministrazione interventi finalizzati ad attestare invalidità, handicap, idoneità al lavoro, alla guida di autoveicoli, al porto d'armi, a svolgere determinate mansioni, ad assumere responsabilità genitoriali (adozioni, affidi, affidamenti...) oppure ad integrare dal punto di vista psicologico perizie giudiziarie sia in campo civilistico che penale.

Questo ventaglio di consulenze psicologiche, orientate al rilascio di un'attestazione, se da una parte rappresenta un segno visibile del maggior riconoscimento 'pubblico' della professione dello psicologo, dall'altra pone precisi problemi di natura metodologica e procedurale, dal momento che altre figure professionali invocano ed esercitano competenze affini nel vasto e complesso campo dello 'psichico'.

Alla diversità dei problemi sorti in vari settori (in ambito giudiziario come in quello sanitario) – in relazione alla committenza, ai destinatari, ai metodi, agli strumenti, alla documentazione... - non ha fatto riscontro in questi anni una ricerca di prassi comuni, concordate all'interno della comunità professionale. Per quanto riguarda le certificazioni di invalidità, ad esempio, in alcune aziende l'intervento diagnostico dello psicologo è subordinato alla richiesta dello psichiatra, che ingloba poi la diagnosi psicologica all'interno della propria certificazione; in altre aziende psicologo e psichiatra emettono un unico 'certificato' a doppia firma; in altre ancora psicologo e psichiatra compilano due certificati separati (con valutazioni anche differenziate), sottoposti naturalmente al pagamento di un doppio ticket. Analoga situazione si registra in tema di porto d'armi, per il quale può anche essere richiesto – oltre al certificato dello psichiatra e dello psicologo – anche l'esame tossicologico da parte del SerT.

L'interesse ad una migliore formalizzazione degli atti professionali dello psicologo sotto il profilo giuridico dovrebbe rappresentare un obiettivo da inseguire con più determinazione anche da parte degli Organismi rappresentativi della categoria. La concreta ed efficace tutela della professione, infatti, si realizza anche definendo e regolando gli atti specifici con i quali la professione dello psicologo si articola nei vari contesti. L'identificazione della committenza, l'individuazione delle procedure, la scelta degli strumenti, la definizione del setting, la natura del contratto, le caratteristiche del consenso informato, il rapporto fra autonomia professionale e compiti di istituto... sono tutti aspetti operativi che dovrebbero trovare una formalizzazione chiara, unitaria e condivisa.

'La certificazione' degli atti professionali, oltre che un atto esplicitamente richiesto da varie normative, rappresenta un importante indicatore di riconoscibilità e di rilevanza sociale. Attraverso essa si permette allo psicologo di:

- poter documentare la propria attività
- distinguere meglio l'area delle proprie competenze rispetto a quella di professioni affini
- assumersi in prima persona la responsabilità professionale e legale dei propri atti
- avere riconosciuta una 'potestà di certificazione' con le conseguenze che ne derivano sul piano personale, professionale e pubblico.

Le certificazioni sanitario-legali delle A.S.L. e il ruolo dello psicologo

Con la istituzione del S.S.N (L. 833/78) si è verificata anzitutto una unificazione delle attività medico-legali (svolte prima da ospedali, province e comuni con prassi e ottiche diverse), cui è seguito un progressivo allargamento delle competenze sino a delineare la costituzione di un servizio di Medicina Legale e Fiscale in ogni ASL. Recentemente la medicina legale si è dovuta confrontare con tematiche nuove provenienti dal mondo della bioetica, dallo sviluppo dei sistemi di pubblica tutela e difesa della privacy, dalla richiesta di una maggiore trasparenza nell'assistenza.¹

Tradizionalmente le attività medico-legali venivano raggruppate in due liste:

a. Attività medico-legali di I livello:

- a. Visite di controllo e altri accertamenti connessi all'idoneità di lavoro
- b. Consulenze medico-legali per la USL
- c. Accertamento degli stati di invalidità
- d. Riconoscimento di specifiche idoneità
- e. Altre certificazioni
- f. Attività richieste dall'Autorità Giudiziaria
- g. Medicina necroscopica

b. Attività medico-legali di II livello

- a. Attività autoptica giudiziaria
- b. Attività specialistiche (tossicologia, ematologia, balistica forense...)
- c. Attività di psicologia forense e criminologia

A livello organizzativo le singole Regioni hanno collocato in modo diverso le tradizionali attività medico-legali, che possono essere comunque riportate – in accordo con le Linee Guida approvate nel 2001 dal Consiglio Superiore di Sanità per la prevenzione sanitaria e per l'organizzazione del Dipartimento della Prevenzione (Tabella 8) – alla seguente tipologia:

- A1 – Consulenza medico-legale
- A2 – Certificazioni medico-legali
- A3 – Commissioni sanitarie
- A4 – Medicina necroscopica

Alla luce delle attuali normative l'intervento dello psicologo è richiesto in alcune di queste attività medico-legali. Le modalità di richiesta e di restituzione, i confini di competenza, gli strumenti da utilizzare, la natura del 'prodotto' - diagnosi, certificazione, attestazione, relazione... - a volte sono ben individuati, altre volte assolutamente vaghi.

¹ "La disciplina medico-legale nel SSN è uscita, pertanto, negli anni '90 fuori da una posizione residuale imponendosi in molte Regioni come disciplina autonoma dall'igiene pubblica, trovandosi a compiere passi culturali nuovi in un quadro assistenziale in cambiamento... La medicina legale si è quindi definitivamente evoluta da 'res medica sub specie juris' in 'disciplina medica applicata al diritto finalizzata, sia a garantire prestazioni e accertamenti medico-legali in seno al SSN, sia a collegare qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dalle ASL, in ambito ospedaliero e territoriale, in una moderna visione del rapporto cittadino-istituzioni che ponga la persona umana al centro del SSN" (M.MARTELLONI, *Medicina Legale e Servizio Sanitario Nazionale*, in AA.VV., *Guida all'esercizio professionale per i medici-chirurghi e gli Odontoiatri*, C.G.Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2006, pp. 402-430).

1) Certificazioni di idoneità al lavoro

Rientrano in questo titolo gli *accertamenti in caso di assenza dal lavoro* per malattia propria o di un familiare o delle lavoratrici durante la gravidanza. Le visite di controllo vengono effettuate dal medico con modalità diverse se trattasi di dipendenti pubblici o privati (cfr. *D.M. 8 gennaio 1985*). Anche se causa di assenza dal lavoro è una malattia psichica o un disturbo nel quale le implicazioni psicologiche sono rilevanti, la certificazione dello *'stato di malattia'* è esclusiva competenza del medico. Nessuna norma prevede attualmente che uno psicologo o uno psicoterapeuta (che di fatto fa diagnosi e si prende 'cura' delle persone con disturbi della sfera psichica) possa effettuare tale certificazione o visite di controllo.



Rientrano in questo campo anche le *verifiche di idoneità al lavoro*. E' questo un compito previsto da specifiche disposizioni di legge per alcune categorie (ad es. minori) e dall'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori (*Lg. 300/1970*), che assegna al datore di lavoro la facoltà di far controllare l'idoneità psico-fisica del lavoratore da parte di enti pubblici (*Lg. 11 novembre 1983*). Tale valutazione può avvenire al momento dell'assunzione (*DPR 10 gennaio 1957*) e in sede di verifica successiva ed è svolta normalmente dal servizio di Medicina del lavoro. Tale servizio ha ereditato le attività degli ex-ENPI all'interno dei quali era spesso presente in pianta stabile anche lo psicologo, che esprimeva regolarmente la propria attività di consulenza e di valutazione (cfr. *per quanto riguarda la Sicilia l'art. 42, c. 2 della L.R. n. 30/93*).

Il Servizio di Medicina del lavoro interviene per stabilire, come nel caso previsto dall'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori, la ricorrenza o meno di *inidoneità al lavoro*.

In tale ambito può essere richiesto allo psicologo della ASL, in concorrenza di fattori psicologici, un approfondimento diagnostico che miri ad evidenziare non l'attitudine specifica a svolgere un determinato lavoro (non è questo l'obiettivo della richiesta), bensì la presenza o meno di controindicazioni di natura psicologica a svolgere mansioni per le quali il soggetto è stato assunto.

2) Accertamento degli stati di invalidità

Con la *L. 15 ottobre 1990, n. 295* l'accertamento degli stati di invalidità è stato assegnato alle UU.SS.LL., che costituiscono all'uopo specifiche Commissioni, il cui presidente deve essere un medico legale specialista o convenzionato.

L'attività di controllo sulle Commissioni delle ASL è svolta dalle Commissioni periferiche del Ministero del Tesoro e, in caso di ricorso, dalle Commissioni centrali.



Nell'accertamento degli stati di invalidità oggetto di valutazione è:

- la permanente riduzione della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo (*art. 1, L. 118/71*) per i soggetti di età compresa tra i 18 e i 65 anni;
- le difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (*art. 2, L. 118/71; art. 6 Dlg. 509/*) per i soggetti sotto i 18 anni e sopra i 65.

Il Ministero del Tesoro ha emanato le norme di coordinamento e le relative disposizioni (*Decreto del 5 agosto 1991, n. 387*), insieme ad una scheda di valutazione percentuale, alla quale si è aggiunta nel 1992 una nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità (*Decreto Min. San. 5 febbraio 1992*), ritoccata ulteriormente qualche anno fa.

Prassi comune e consolidata delle Commissioni è quella di richiedere, a sostegno ma anche a verifica delle dichiarazioni del richiedente, accertamenti diagnostici specialistici e strumentali, relativi agli stati patologici invalidanti, da eseguire presso pubbliche strutture.

Fra questi rientrano anche quelli relativi all' *'apparato psichico'*.

Dell'apparato psichico si occupano a diverso titolo: neurologo, psichiatra, psicologo. Le normative non indicano espressamente lo specialista cui inviare per gli approfondimenti né le procedure da seguire. L'invio pertanto può essere per tutti e 3. Nelle note esplicative del Ministero (*Suppl. Ord. G.U. del 26.2.1992*) vengono tuttavia precisati i criteri diagnostici da seguire per la valutazione della patologia invalidante, della quale occorre indicare il livello di gravità (lieve, medio, grave). Viene anche detto che la valutazione deve essere effettuata mediante esami neuroradiologici e/o neurofisiopatologici e/o neuro-psicologici.

Nel paragrafo relativo ai *disturbi dell'apparato psichico*, al di là dei diversi modelli nosografici, vengono indicati i seguenti:

- disturbo del linguaggio
- disturbo dell'analisi visivo-spaziale
- deficit di memoria
- disturbi del comportamento
- deficit delle funzioni intellettive
- deficit della funzione psichica

3) Indennità di accompagnamento

Tale indennità è riconosciuta ai non vedenti assoluti e ai *"cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua"* (art. 2, c. B, L. 21 novembre 1988, n. 508).

La stessa Legge afferma che tale indennità non è incompatibile con lo svolgimento dell'attività lavorativa e che l'invalidità totale non ne è una condizione sempre necessaria.

Per favorire una esatta interpretazione della legge, il Ministero del Tesoro, con *Circ. n. 14 del 28 settembre 1992* ha dato delle indicazioni estremamente chiare e precise, che non sempre però vengono tenute presenti dalle Commissioni. Una di queste riguarda il concetto di 'potenzialità lavorativa', che va indicata solo nei casi in cui si deve applicare la nuova tabella delle percentuali di invalidità. Un'altra riguarda le eventuali infermità non presenti in tabella, per le quali può essere usato il rapporto di 'analogia'.

Per *'atti quotidiani della vita'* si intendono *"quelle azioni elementari che espleta quotidianamente un soggetto normale di corrispondente età e che rendono il minorato che non è in grado di compierle, bisognevole di assistenza"*, azioni quali il nutrirsi, vestirsi, l'igiene personale, l'effettuazione di acquisti, la preparazione dei cibi, lo spostamento nell'ambiente domestico, l'orientamento spazio-temporale...



4) Accertamento dell'handicap



La Legge-quadro sull'assistenza ai soggetti portatori di handicap (L. 5 febbraio 1992, n. 104), dopo aver stabilito i principi generali e indicato i requisiti e i criteri per individuare i soggetti aventi diritto, ha attribuito alle ASL "gli accertamenti relativi alla minorazione, alla difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva residua".

Le ASL svolgono questo compito attraverso le Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, integrate "da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le USL" (art. 4).

Il coinvolgimento dello psicologo in questo settore è importante specie in presenza di handicap che compromettono lo sviluppo intellettuale, emotivo, comportamentale e relazionale, ostacolando l'integrazione sociale e l'inserimento lavorativo dei soggetti.

Nella Legge-quadro particolare importanza viene assegnata alla integrazione scolastica (cfr. artt. 12, 13, 14, 15, 16), per la realizzazione della quale si rimanda ad un apposito **Atto di indirizzo**.

A differenza di altri Paesi Europei (Germania, Belgio, Olanda...), che mantengono un doppio percorso scolastico per i soggetti normodati e per i 'diversi', l'Italia già con la 517/1977 ha scelto la strada dell'integrazione.

Nell'a.s. 2005/06 gli alunni in situazione di h. presenti nella scuola italiana sono stati **178.220**

Infanzia	Primaria	Secondaria I*	Secondaria II*	Totale
17.481	67.755	55.244	37.740	178.220

L'Atto di indirizzo per l'integrazione scolastica degli alunni con h. (DPR 24 febbraio 1994), nel definire i compiti delle UU.SS.LL. distingue il momento dell'**individuazione** dell'alunno portatore di handicap dai momenti successivi (**diagnosi funzionale, profilo dinamico funzionale, piano educativo individualizzato**), dei quali deve occuparsi una équipe specifica, l'Unità Multidisciplinare in collaborazione con docenti e familiari.

L'**individuazione** dell'alunno come portatore di handicap (sino allo scorso anno) è stata effettuata – in base all'art. 2 – dal medico specialista o dallo psicologo esperto in età evolutiva in servizio presso le USL o in regime di convenzione. Con il DPCM n. 185/2006 gli accertamenti devono essere collegiali e svolte seguendo determinate procedure.

Con il termine **individuazione** il Legislatore sembrerebbe aver voluto evitare l'uso del termine diagnosi, che invece riserva subito dopo al medico, al quale è assegnato il compito di redigere la 'diagnosi funzionale'. Se a stilare una diagnosi vera di handicap deve essere il medico dell'Unità Multidisciplinare (al quale però non vengono direttamente segnalati gli alunni) attraverso quali criteri ... il medico specialista o lo psicologo operano l'individuazione' del soggetto con handicap?

Cosa devono essi 'riferire' alle direzioni sanitarie e amministrative per i successivi adempimenti entro dieci giorni (questo imponeva la Legge) se non il risultato di una prima diagnosi?!

La nuova normativa prevede che sia un 'organo collegiale' a redigere, non oltre 30 g. dalla richiesta, il verbale di individuazione dell'alunno con h. dal quale si deduca il tipo di invalidità (stabilizzata o progressiva), la gravità, l'eventuale rivedibilità. . .

L'Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia (D.A. 7.2.2007), approvando la direttiva, attribuisce il compito alle Unità distrettuali di neuropsichiatria infantile. L'organo collegiale è composto dal neuropsichiatra infantile, dallo psicologo e dal medico specialista nella patologia segnalata; il codice di classificazione da usare è l'ICD10; viene proposto uno schema-tipo di verbale. E infine raccomanda che "laddove tali unità operative di NPI non dispongano di tutte le figure professionali previste le stesse dovranno essere opportunamente integrate".

L'accertamento di disabilità ai fini dell'integrazione scolastica prescinde dall'eventuale riconoscimento della condizione di disabilità ai sensi dell'art. 4 della legge 104/92 effettuato dalla Commissione medica e non è subordinata ad una sua ratifica.

Della *diagnosi funzionale* continua ad occuparsene l'Unità multidisciplinare, confluita di fatto nelle UU. OO. di N.PI. che la redige secondo quanto previsto dall'art. 3, c. 2 del DPR 24.2.1994, e la consegna ai genitori insieme al verbale di individuazione.

La redazione del *profilo dinamico funzionale* va definito entro il 30 luglio, data individuata dalla L. 333/01 per la definizione delle risorse strutturali e umane necessarie per l'a.s. successivo

'L'individuazione' di un soggetto h. è un atto pubblico, che comporta degli effetti sul piano istituzionale (=gli interventi successivi che scuola e USL devono mettere in atto) e sul piano legale. E' pertanto uno dei pochi atti formalmente chiari sui quali si fonda la potestà di certificazione degli psicologi.

5) Idoneità alla guida di autoveicoli, di motocicli e natanti

Per idoneità alla guida non si intende la piena integrità fisica e psichica, ma il possesso di quella quota parte minima di requisiti psicofisici che consenta di 'guidare con sicurezza'.

Gli studi, le ricerche, le statistiche in tema di sicurezza viaria hanno da tempo evidenziato come causa primaria degli incidenti stradali siano 'fattori relativi al guidatore': malori improvvisi in soggetti 'a rischio', abuso di alcool o di altre sostanze, guida spericolata, scarsa percezione del pericolo e del rischio. . .

Quasi tutte le nazioni europee hanno adottato una 'politica' più attenta approvando normative più rigide e severe per il riconoscimento dell'idoneità alla guida, con percorsi di educazione e formazione per chi inizia e percorsi di riabilitazione per chi ha provocato incidenti. ²

L'approvazione del Nuovo Codice della Strada (D.L. 30 aprile 1992, n. 285) aveva sollevato anche in Italia una certa sensibilizzazione. L'AUPI aveva investito molte risorse nella predisposizione di un programma di formazione a vasto raggio (rea-



² L'esperienza italiana più recente, quella della 'patente a punti', che avrebbe dovuto rappresentare un deterrente e insieme un sistema 'rieducativo' per i trasgressori più accaniti, si è di fatto arenata nelle secche della burocrazia. Dopo 4 anni di sperimentazione e un felice avvio (fino al 2005 il numero degli incidenti e dei morti erano diminuiti costantemente), il trend si è quasi fermato. La metà dei comuni italiani non ha comunicato al Ministero la decurtazione dei punti. I test con l'etilometro sono un evento abbastanza raro. Solo 1 automobilista su 5 ha subito una decurtazione e ha facilmente ottenuta la riparazione dei punti senza dover sostenere alcun esame. In totale solo 50 mila (su 35,3 milioni di automobilisti) hanno dovuto lasciare la macchina in garage per un certo periodo. In caso di processo penale, i punti non possono essere tolti fino alla sentenza e quando il processo si conclude, se intanto sono passati due anni senza infrazioni, non possono essere più tolti. (cfr. M.LILLO, *Il bluff della patente a punti*, in "L'Espresso", 21 giugno 2007 n° 24, pp. 36-41).

lizzando i primi eventi formativi in Italia sulla psicologia viaria) e molte energie a livello istituzionale nella speranza che il Legislatore adottasse sull'esempio della Spagna, dell'Austria e dell'Olanda l'obbligo della 'valutazione psicologica'.

La dizione dell'art. 119 (*Requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida*) inizialmente prevedeva tale obbligo, almeno per alcune categorie speciali, e il primo Regolamento di esecuzione e di attuazione (*DPR 16 dicembre 1992, n. 495*) indicava espressamente la necessità di constatazioni obiettive, indagini cliniche e di laboratorio, ivi compresa la valutazione attenta dei "tempi di reazione".

Tutto invece rientrò, compresa l'obbligatorietà della visita psicologica. Attualmente solo se il medico legale ritiene indispensabile un approfondimento psicodiagnostico, avviene l'invio allo psicologo (*DPR 19 aprile 1994, n. 575*).

Nel *D.M. 15 settembre 1995*, che ha rivisto i requisiti psicofisici per conseguire e mantenere in esercizio licenze e attestati aeronautici, i "requisiti psicologici" sono stati chiaramente distinti dai "requisiti psichiatrici". E' questo un testo importante perché esplicita con relativa chiarezza il concetto di 'valutazione psicologica': "La completa valutazione psicologica include un insieme di dati biografici, la valutazione dell'attitudine, tests della personalità e intervista psicologica. I seguenti aspetti devono essere indagati: a) biografia; b)attitudini operazionali; c) fattori personalologici".

Analoghe raccomandazioni troviamo per il conseguimento e rinnovo delle patenti nautiche (*DPR 9 ottobre 1997, n. 431*).

Spiace che in un settore così delicato e importante, sul quale in occasione delle 'evitabili' stragi del sabato sera si versano fiumi di inchiostro, non si persegua un'azione concertata e coerente che includa sia la prevenzione sia la sanzione più severa. Che ben vengano le iniziative di educazione stradale (parecchie scuole la promuovono in vista del 'patentino'), ma insieme ad una attento e completo esame che accerti i requisiti psicofisici indispensabili per l'idoneità alla guida, a iniziare dai ciclomotori.

Con la *L. n. 168 del 17 agosto 2005* l'obbligo del conseguimento del certificato di idoneità alla guida di ciclomotori, previsto per i minorenni, è stato esteso anche per i maggiorenni non titolari di patente di guida, ma la procedura per l'accertamento dei requisiti psicofisici si esaurisce per tutti nel certificato rilasciato dal medico di medicina generale, che – in ragione della diretta e personale conoscenza delle condizioni di salute del proprio assistito – sicuramente ne conosce la storia clinica, ma non necessariamente l'assetto di personalità o gli stili attentivi o i comportamenti a rischio.

Nella prospettiva di una seria educazione stradale basata sulla prevenzione dei comportamenti a rischio la psicologia è in grado di offrire, oltre ad un solido contributo di conoscenze, degli strumenti diagnostici e delle metodologie individuali e di gruppo per favorire l'assunzione di atteggiamenti orientati alla responsabilità e alla sicurezza.³

6) Idoneità per il porto d'armi

Il rilascio della licenza al porto d'armi per uso sportivo o di difesa personale è subordinato alla esibizione di un certificato medico di idoneità (*L. 6 marzo 1987, n. 89*).⁴



³ Cfr. P. SARDI-LISA, *Lo psicologo del traffico. In Italia e in Europa*, ed. Carocci, Roma 2005.

⁴ A differenza di paesi come gli Stati Uniti, dove l'acquisto e il possesso di armi è ritenuto una espressione della libertà personale, in Italia vige una regolamentazione secondo la quale il porto d'armi per uso sportivo o per difesa personale è un diritto limitato e subordinato a specifica concessione dell'Autorità di Pubblica Sicurezza. La presenza tra l'altro di una storica diffusione delle armi in ambito criminale (dai tempi del brigantaggio alle associazioni mafiose) ha spinto il legislatore a ritenere prioritaria la salvaguardia dell'ordine pubblico e della sicurezza che non un presunto diritto soggettivo. (cfr. M. MARTELLONI-G.TERRANOVA-E.PIOLI-G.PUNTONI, *Idoneità all'uso e al possesso delle armi da fuoco: criteriologia medico-legale*, in "Professione", maggio 2007, n. 5, pp. 29-31).

I requisiti psicofisici minimi sono indicati nel *D.M. 28 aprile 1998*, che individua nel *medico certificatore* (degli Uffici medico-legali o dei distretti sanitari delle USL o delle strutture sanitarie militari e della Polizia di Stato) il responsabile di tutta la procedura.

Prima di emettere la certificazione di idoneità, ricevuto dal medico curante il certificato anamnestico, egli prescriverà tutti gli accertamenti specifici che riterrà necessari, da effettuarsi presso strutture sanitarie pubbliche.

Tra questi il Decreto al punto 5. prevede *'accertamenti che comprovino l'assenza di disturbi mentali, di personalità o comportamentali, dipendenza e assunzione anche occasionale di sostanze stupefacenti, abuso di alcool e/o psicofarmaci'*.⁵

Il decreto non specifica nominalmente gli specialisti ai quali fare l'invio e anche in questi casi si sono registrate nella varie ASL procedure diverse.

Noi abbiamo ritenuto che la procedura più corretta sia quella del doppio invio separato allo psichiatra e allo psicologo, dai quali il medico certificatore riceverà attestazioni separate.

La prassi dell'invio allo psichiatra, che decide autonomamente di avvalersi o meno dell'azione dello psicologo, non ci sembra né scientificamente né legalmente sostenibile.

7) Altre certificazioni...

Il ventaglio delle certificazioni previste è ben più ampio di quelle esaminate. Ne indichiamo alcune a titolo esemplificativo, sottolineando come il contributo della psicologia e dello psicologo nella fattispecie (anche se non espressamente previsto) possa essere estremamente utile e puntuale, in quanto oggetto di indagine e di valutazione è l'assetto psichico e mentale dell'individuo in riferimento a specifici comportamenti.

- Idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica
- Certificato per adozione nazionale e internazionale
- Certificato di idoneità all'impiego di bambini in attività lavorativa di carattere culturale, artistico, sportivo o pubblicitario e nel settore dello spettacolo
- Certificati di proposta e di convalida della necessità di trattamento sanitario obbligatorio (TSO)
- ...

LA POTESTÀ DI CERTIFICAZIONE DELLO PSICOLOGO

Lo psicologo ha, sul piano giuridico, la stessa potestà di certificazione del medico in quanto anch'egli è **pubblico ufficiale** (art. 357 C.P.) o **incaricato di pubblico servizio** (art. 358 C.P.) se dipendente o a contratto determinato del SSN, o **persona esercente un servizio di pubblica necessità** (art. 359 C.P.) se agisce in attività libero-professionale.



⁵ Nel 2003, a seguito di alcuni tragici fatti di cronaca, il Ministero dell'Interno ha disposto mediante circolari (9 e 20 maggio) una revisione straordinaria delle licenze già rilasciate, sottolineando *"la necessità di assicurare sempre, al momento del rilascio di qualsiasi licenza di porto d'armi e per ogni nulla osta all'acquisto delle stesse, la scrupolosa verifica dei requisiti personali dei richiedenti e specificamente di quelli psico-fisici..."* in particolare *"l'assenza di alterazioni neurologiche, di disturbi mentali, della personalità o comportamentali o di situazioni di dipendenza da sostanze psicotrope, alcool, stupefacenti..."*.

Va precisato che – secondo le interpretazioni giurisprudenziali più accreditate – ciò che connota la figura di pubblico ufficiale non è tanto l'appartenenza ad un ente pubblico, ma il fatto che attraverso norme di diritto pubblico e atti autorizzativi la Pubblica Amministrazione esprime (ed impone) al pubblico ufficiale la propria volontà di perseguire l'interesse pubblico. La potestà di certificazione è la “*potestà di rilasciare attestazioni scritte relative a fatti di natura tecnica, obiettivamente rilevati nell'esercizio professionale, di cui l'atto è destinato a provare la verità*”. Il certificato pertanto “*è la testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può condurre all'affermazione di diritti soggettivi previsti dalla norma, ovvero determinare conseguenze a carico dell'individuo o della collettività aventi rilevanza giuridica*” (M. Barni).

L'attività di certificazione, in senso lato, è intrinseca all'attività di pubblico ufficiale, anche se in campo sanitario la natura degli atti (=oggetto e valore dei singoli certificati e attestati) è in genere stabilita da norme specifiche di riferimento, che puntualizzano gli ambiti dichiarativi, assegnano specifico valore al contenuto dei vari certificati, ne formalizzano aspetto e contenuto. Ne è derivata pertanto una varietà di atti (circa 70 le tipologie di certificazione sanitaria), alcuni obbligatori altri facoltativi, con finalità diverse e con diversi gradi di responsabilità penale e/o amministrativa per l'estensore.⁶

Lo psicologo possiede un ventaglio molto più ridotto di attività di certificazione, ma sul piano scientifico, legale, amministrativo essa ha lo stesso valore di quella prodotta dai medici. E' bene allora che lo psicologo ne conosca e ne curi con attenzione i requisiti formali e sostanziali, i limiti di applicabilità, i settori di competenza e che gli altri professionisti gli riconoscano tale potestà.

a) Procedure di invio e restituzione al Committente

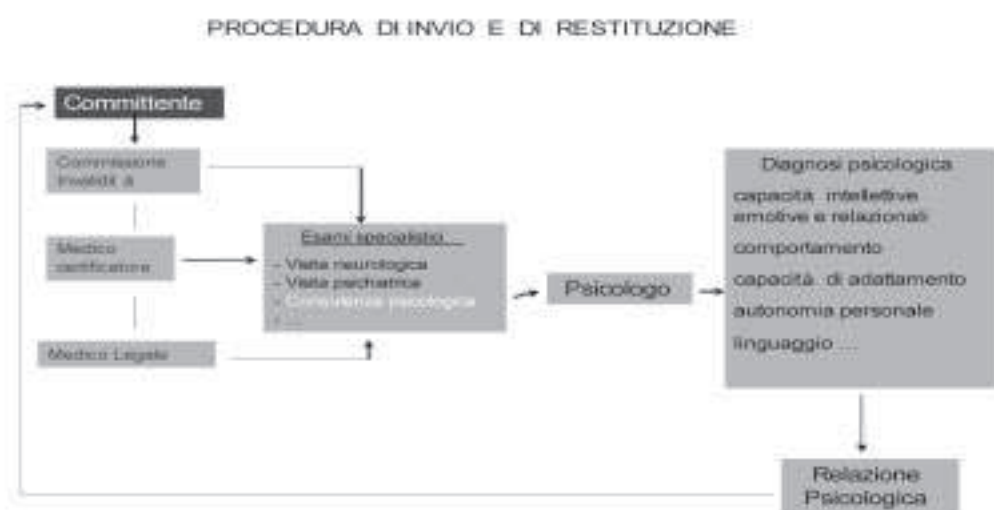
Le procedure seguite attualmente nelle ASL sono spesso difformi. L' uniformità va invece promossa a livello nazionale e regionale per ragioni di principio e di trasparenza.

Noi riteniamo che la procedura più coerente con il quadro normativo e legislativo attuale sia quella di ricevere direttamente dal committente (Commissione Invalidi, medico certificatore, medico legale, giudice...) la richiesta della diagnosi psicologica e di restituire ad esso la relazione finale, a pari titolo di professionalità e di responsabilità delle altre figure sanitarie.⁷

⁶ Cfr. S. DEL VECCHIO-G.GUALANDRI-S.PELOSÌ-A.L.SANTUNIONE, *Lineamenti di medicina legale per il Medico di medicina generale*, C. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2007

⁷ Richiesto di un parere, a seguito di un contenzioso sulle procedure di restituzione della certificazione psicologica emerso nel 2006 nella ASL 5 Messina, l'avv. Montalbano (legale dell'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia) così si esprime: “*Dal combinato disposto dell'art.1 della Legge 56/89 con l'art.15, 3°c. del Dlgo 502/92 deriva che tutti gli strumenti conoscitivi e di intervento che riguardano la prevenzione, la diagnosi e le attività in ambito psicologico rientrano nell'autonomia tecnico professionale dei dirigenti psicologi e non possono essere esercitate da dirigenti medici se non violando le norme sopra indicate. Sulla base dei predetti dati normativi deriva: 1) L'attività certificatoria di tipo diagnostico, terapeutico e prognostico ai sensi della legge 56/89 appartiene alle competenze dello psicologo; 2) Le valutazioni psicodiagnostiche svolte per conto e su richiesta delle Commissioni mediche per l'accertamento dell'invalidità civile e della Medicina legale per i requisiti psicofisici minimi al rilascio di porto d'armi o patente etc... vanno sostenute di specifiche richieste indirizzate allo psicologo; 3) La valutazione psicodiagnostica va esitata in un consultivo documentale firmato dallo psicologo; 4) La valutazione predetta va trasmessa alle Commissioni mediche per gli invalidi civili o agli uffici di medicina legale che ne fanno richiesta. Quelli testè enunciati sono pareri su quesiti specifici che certamente non esauriscono tutte le possibili problematiche che possono nascere, in merito alle quali ritengo di potere esprimere il seguente avviso: l'attività certificatoria di tipo diagnostico, terapeutico e prognostico e le valutazioni psicodiagnostiche per quanto concerne la professione di psicologo, come definita dall'art. 1 della legge 56/89, appartengono per espressa statuizione legislativa generale e contrattuale al dirigente psicologo, a meno che non vi sia una espressa deroga legislativa specifica*”.

La certificazione psicologica è assimilabile da ogni punto di vista – compreso l'eventuale pagamento del ticket – alle altre certificazioni sanitarie. Le prassi che limitano o subordinano l'azione dello psicologo (specie nei servizi di psichiatria) alla discrezionalità o alla supervisione del medico, spesso giustificate da presunte necessità interne di tipo organizzativo (percorso standard di accoglienza per le prime visite, responsabilità del Direttore della struttura su tutti gli atti che escono dal Servizio, obbligatorietà della diagnosi medica...), rappresentano di fatto una interferenza con l'autonomia professionale ed è opportuno modificarle o armonizzarle nel rispetto dello statuto professionale e dirigenziale dello psicologo del S.S.N.



b) Osservazione psicodiagnostica

Il termine **diagnosi** (= dal greco *"riconoscimento"*) è un termine presente nella tradizione medica fin dai tempi di Ippocrate, che caratterizza l'atto di individuazione, lettura e interpretazione di determinati 'segni' come correlati a determinate malattie o disturbi ...

Che questo 'atto' sia legittimamente entrato a far parte della pratica psicologica non stupisce. Una vasta letteratura scientifica documenta e descrive modelli, paradigmi, metodi e strumenti di natura 'psicodiagnostica', utilizzati nell'ambito professionale con finalità di ricerca, di conoscenza, ma anche di intervento *"per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità..."* (Lg.18 febbraio 1989, n. 56 - Art. 1).

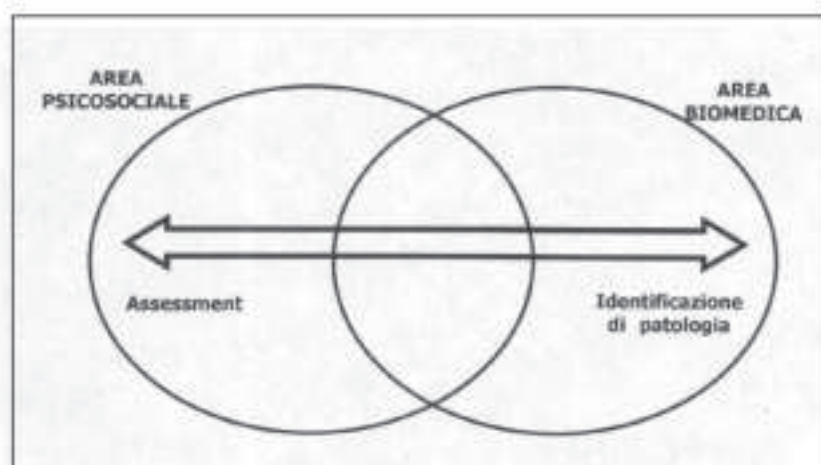
L'ambito clinico, che per certi versi rimane l'ambito elettivo nel quale si sono sperimentate e diffuse le principali pratiche psicodiagnostiche, è stato attraversato negli ultimi anni da rinnovate attenzioni, finalizzate tra l'altro a rendere più fruibili le diagnosi cliniche anche al di fuori dell'ambito della cura. Lo sviluppo e la diffusione di sistemi internazionali di classificazione diagnostica (DSM, ICD...), sempre più condivisi dalle varie comunità scientifiche, sono serviti anche a tale fine.

Non hanno certamente risolto i problemi di natura epistemologica e metodologica connessi all'azione di diagnosi; anzi, per alcuni aspetti, hanno fatto emergere maggiormente le antinomie e le discrasie presenti in ogni processo diagnostico. Resta

aperto e problematico, ad esempio, il rapporto fra validità e attendibilità. Si può far raggiungere ad un sistema diagnostico un buon livello di attendibilità, costruendolo mediante criteri diagnostici sempre più specifici e precisi, sui quali il grado di condivisione e di convergenza tra chi lo usa è molto alto. Tutto ciò porterà a diagnosi molto 'attendibili', ma da esse non ricaviamo assolutamente nulla riguardo alla 'validità' diagnostica, dal momento che in ambito clinico i criteri di validità sono proprio tanti e non tutti sovrapponibili.⁸

La diagnosi psicologica presenta a tal riguardo una particolare complessità. Se quella medica attraverso l'osservazione e l'esplorazione dell'area somatica è finalizzata soprattutto a identificare delle patologie, la diagnosi psicologica si muove su un terreno più esteso, che include l'area psichica e le sue duplici espansioni, quella bio-psichica e quella socio-psichica.⁹

Figura 1



Dall'osservazione psicologica deve derivare una "diagnosi differenziale", in grado di esprimere la variabilità soggettiva delle 'funzioni' psichiche in presenza o meno di patologie specifiche. Piuttosto che attenersi a un sistema classificatorio di tipo categoriale, come si usa fare in psichiatria, la diagnosi psicologica sembrerebbe essere più attratta dai 'sistemi dimensionali', dove l'uso delle 'dimensioni' (piuttosto che delle 'categorie') rinvia ad un modello nel quale le 'malattie' "si distribuiscono secondo variazioni quantitative (relative alla gravità del disturbo, alla personalità, alla percezione, alla cognizione, alla tonalità dell'umore, ecc.) distribuite in un continuum che va fino alla normalità" (P. MIGONE, 1995, p. 2).

⁸ Si veda al riguardo G. DE GIROLAMO-P. MIGONE, *Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria*, in "Psicoterapia e Scienze Umane", 1995, n.1.

⁹ P. PORCELLI, *La competenza della diagnosi psicologica*, 2002, pp. 1-2 (in www.sipsot.it): "E' possibile concepire il concetto di 'diagnosi' lungo un continuum che attraversa due aree distinte ma parzialmente sovrapposte, l'area psicosociale e l'area biomedica (Figura 1). Ad un primo estremo, relativo all'area psicosociale, la diagnosi è intesa in senso ampio come valutazione, assessment nell'accezione anglosassone... All'estremo opposto, nell'area biomedica, la diagnosi viene intesa in senso stretto come atto di identificazione e classificazione di una patologia... In un'area centrale di sovrapposizione, la nozione di diagnosi diventa ancora più ibrida e indefinita. E' un campo dove sono presenti disturbi di somatizzazione o comunque con una sintomatologia a cavallo fra problematiche psicosociali e sintomi medici per i quali i molteplici metodi psicologico-valutativi non consentono ugualmente di raggiungere alcuna certezza scientifica".

L'attività diagnostica, finalizzata alla certificazione, ha delle caratteristiche peculiari rispetto a quella effettuata ai fini di una presa in carico o di un trattamento psicoterapico, anche se sul piano metodologico le prassi tecniche possono essere in sostanza le stesse.

- Essendo orientata a fornire una risposta chiara alla domanda specifica del Committente (e non al soggetto), la correttezza del *setting* di osservazione esclude che possa stabilirsi con la persona oggetto di valutazione una qualunque forma di 'alleanza strategica' e tanto meno una presa in carico.¹⁰
- L'osservazione psicodiagnostica deve essere integrata e 'documentata' attraverso procedure e strumenti diagnostici standardizzati e accreditati scientificamente (test, scale, check-list...)¹¹
- La redazione del documento finale deve rispettare i requisiti *soggettivi* e *oggettivi* dell'atto pubblico

Riguardo ai *modi*, ai *mezzi* e agli *strumenti* da utilizzare per l'attività psicodiagnostica le normative generalmente non danno indicazioni specifiche.

Non esistono *Linee Guida* nel campo della certificazione, anche se il momento diagnostico è il segmento del percorso clinico sul quale maggiormente ci si attende una convergenza e una condivisione di strumenti e procedure comuni.

La scelta degli strumenti tecnici, in realtà, attiene allo specifico professionale. E' lo psicologo – come qualunque altro esperto o consulente – che, conoscendo gli strumenti del proprio lavoro, sceglie quelli che meglio si prestano a effettuare l'osservazione o la rilevazione in relazione all'obiettivo contenuto nella richiesta del committente e alla situazione specifica.

Per quanto riguarda le invalidità, ad esempio, il Ministero nel paragrafo relativo al "*deficit delle funzioni cognitive*" non si limita a indicare una serie di disturbi (specificatamente: a) disturbo del linguaggio; b) disturbo di analisi visivo-spaziale; c) deficit di memoria; d) disturbi del comportamento; e) deficit delle funzioni intellettive; f) deficit della funzione psichica), ma puntualizza che per quelli associabili a un danno organico cerebrale deve esserci il riscontro mediante esami neuropsicologici e/o neuroradiologici e/o neurofisiopatologici. Riguardo ai criteri diagnostici, oltre a richiedere che venga espresso per ognuno il livello di gravità (lieve, medio o grave), stabilisce d'ufficio per alcuni delle occorrenze (ad es. per diagnosticare un deficit lieve delle funzioni intellettive il deficit lieve di memoria deve essere associato ad almeno due dei seguenti segni: disorientamento temporale; afasia lieve; disturbi del comportamento lievi). Nel caso di deficit della funzione psichica il Ministero si spinge a chiedere direttamente "*l'accertamento del Q.I. mediante test di W.A.I.S.*", stabilendo che un Q.I. tra 60 e 70, insieme a disturbi emotivi apprezzabili a seguito di stress psichici, con capacità lavorativa conservata e capacità di affrontare i problemi della vita quotidiana ci danno un deficit *lieve*, mentre occorre un Q.I. tra 40 e 50, insieme a disturbi emotivi gravi e frequenti, farmacoterapia con controlli frequenti, necessità di un'assistenza sociale adeguata per tutti i problemi economici e assistenziali, terapia psicologica di appoggio per un quadro grave.¹²

Non è questa la sede per discutere se questi "indicatori" siano i più significativi per stabilire l'entità del deficit o se ne esistano altri più significativi. E' evidente che un qualunque 'modello diagnostico' deriva da un preciso 'modello dell'apparato

¹⁰ E' vero che l'art. 4, c. 4 del Codice Deontologico afferma che "*in tutti i casi in cui il destinatario e il committente dell'intervento di sostegno o di psicoterapia non coincidano, lo psicologo tutela prioritariamente il destinatario dell'intervento stesso*", tuttavia riteniamo che tale principio non possa essere generalizzato anche alle diagnosi a fini di certificazione, dove l'interesse prevalente è quello di accertare la verità e lo psicologo opera in veste di pubblico ufficiale.

¹¹ "*L'utilizzo dei test psicodiagnostici in ambito medico-legale presuppone alcune caratteristiche fondamentali, ossia la validità scientifica, la facilità di applicazione, la riproducibilità dei risultati. L'utilizzo dei test che presentano tali caratteristiche dà la possibilità di definire in modo più accurato la presenza di una componente psicopatologica... In questo ambito di valutazione medico-legale test psicodiagnostici e valutazione clinica sono strumenti inscindibili, entrambi indispensabili*" (M.MARTELLONI-G.TERRANOVA-E.PIOLI-G.PUNTONI, *art. cit.*, p. 30)

¹² Cfr. Supplemento Ordinario alla G.U. – Serie Generale del 26.2.1992.

psichico” adottato, derivato a sua volta da modelli teorici della struttura e della funzione della mente, della personalità, del sistema nervoso... Qui interessa segnalare come sia importante convenire su ‘indicatori’ di tipo strutturale e funzionale quanto più oggettivabili e verificabili anche da prospettive diagnostiche diverse, rilevabili con gli strumenti di cui solo il professionista conosce pregi e limiti. Gli psicologi sanno perfettamente che la W.A.I.S. è un valido strumento di valutazione e misurazione delle abilità cognitive, ma sanno anche che il concetto psicologico di “intelligenza” non è identificabile con il Q.I., una espressione numerica sintetica che si presta a pericolosi fraintendimenti fuori dal contesto di riferimento.

Le richieste allo psicologo da parte delle Commissioni sono spesso molto generiche e formulate in modo non sempre appropriato. La più frequente è “*visita psicologica*” dove il termine ‘visita’ rimanda alla prassi della “visita medica”, all’interno della quale era ‘lo sguardo’ (=l’occhio clinico) a guidare l’azione di riconoscimento dei segni e dei sintomi. Anche se noi usiamo terminologie simili (“*osservazione*”, “*indagine*”...) l’operazione attraverso la quale giungiamo ad una diagnosi psicologica ci richiede forse più l’uso della bocca (=parola) e dell’orecchio (=l’ascolto) che non della vista...¹³ E infatti alcuni committenti scrivono direttamente “*colloquio psicologico*” anche se oggetto della richiesta è poi un profilo di personalità per il porto d’armi.

In altri casi nella richiesta non viene indicata la prestazione, ma un parte di essa, tipo: “*test di livello*”, “*valutazione QI*”, “*test di personalità*”, “*valutazione delle capacità residue*”, “*autonomia personale*”...

Una esatta e omogenea dizione è importante perché attraverso essa viene individuata la prestazione psicologica specifica che lo psicologo deve erogare. E qui specificità significa garanzia di appropriatezza sulla corrispondenza tra richiesta della committenza e ‘risposta’ tecnica da parte dello psicologo. Significa anche correttezza amministrativa dal momento che le prestazioni sanitarie a fini di certificazioni non rientrano (se non eccezionalmente) tra i L.E.A. (*Livelli Essenziali di Assistenza*) cioè tra quelle prestazioni che sono a totale carico del S.S.N.

Si pone anche un problema collaterale di organizzazione e distribuzione dei carichi di lavoro corrispondenti. L’aumentata richiesta di certificazioni da parte di vari committenti (Commissioni Invalidi ma anche e soprattutto Tribunali) rappresenta per gli psicologi che lavorano nei Consultori Familiari o nei Servizi di Tutela Mentale o di Neuropsichiatria Infantile, ma anche nelle Unità Operative e/o Servizi di Psicologia (ove esistenti), un rilevante impegno quotidiano, non sempre riconosciuto e valorizzato, che sottrae tempo ed energie al lavoro clinico di assistenza e di cura.

E’ anche questo un compito istituzionale che va garantito e svolto con professionalità e attenzione, ma che non può sovrapporsi in modo puramente massivo e disordinato alle altre attività. L’aumento degli interventi psicologici a finalità di certificazione legale, indirizzati agli psicologi dei SSN, potrebbe essere l’occasione per rivedere gli attuali assetti organizzativi degli psicologi, non solo in vista di una migliore razionalizzazione delle attività, ma anche per una riformulazione delle dotazioni organiche. Fermo restando che una parte di tale attività potrebbe essere espletata anche in regime di convenzionamento con psicologi libero-professionisti.

c) Requisiti della certificazione

Prescindendo dalle certificazioni per le quali è prevista una modulistica prestabilita, non esistono disposizioni normative specifiche circa la corretta compilazione di un certificato o di una relazione. Tuttavia requisiti *oggettivi* indispensabili dell’atto

¹³ Cfr. M. MELONI, *L’orecchio di Freud. Società della comunicazione e pensiero affettivo*, Dedalo, Bari 2005.

pubblico sono la *chiarezza* e la *veridicità*. L'efficacia probatoria della certificazione, infatti, deriva dalla corretta redazione dell'atto che deve soddisfare i seguenti criteri:

- Completezza dei dati (generalità del certificante compresa la qualifica, generalità del richiedente, oggetto dell'attestazione, data e luogo del rilascio...)
- Chiarezza espressiva (formale e semantica, tenendo conto del destinatario, ma anche del rigore tecnico-scientifico della disciplina)
- Veridicità delle dichiarazioni con quanto constatato obiettivamente' durante l'osservazione
- Corrispondenza dell'attestazione con quanto richiesto dal committente (oggetto)

La *veridicità* riguardo al contenuto significa semplicemente che quanto dichiarato deve scaturire dall'osservazione e dalla constatazione diretta da parte dello psicologo. Se l'utente riferisce qualcosa, per la quale non è possibile effettuare un riscontro attraverso l'osservazione clinico-strumentale, l'informazione può essere riportata, indicandone però esplicitamente la fonte ("Il soggetto riferisce ...").

Si incorre nel reato di falso se si attestano coscientemente fatti non corrispondenti al vero (*falso ideologico*) o se si manipola il testo con correzioni, cancellature, aggiunte... (*falso materiale*). Il reato di falso ideologico, che presuppone sempre il dolo, cioè la volontà e la consapevolezza di alterare i dati, viene punito con sanzioni diverse se lo psicologo, al momento della certificazione, riveste il ruolo di esercente di un Servizio di Pubblica necessità¹⁴ o di pubblico ufficiale.¹⁵

Anche la *falsità materiale* è punita con pene che vanno da sei mesi a tre anni di reclusione (*art. 485 C.P.*).

E' chiaro che i contenuti espressi nella relazione o nella certificazione devono rientrare nei confini della propria competenza professionale sia per le modalità con le quali essi vengono rilevati sia per le modalità con le quali vengono descritti e comunicati. A tal riguardo va osservato che l'adozione di uno specifico 'linguaggio tecnico' (sufficientemente accreditato sul piano della letteratura psicologica) se da una parte assicura una maggiore congruenza concettuale e terminologica, può risultare poco comprensibile al committente. In questo caso è opportuno integrare (non sostituire) le espressioni tecniche con spiegazioni che facilitino l'esatta comprensione.

Requisiti *sogettivi* dell'attività di certificazione sono:

- La tutela della riservatezza
- Il consenso informato

La tutela della riservatezza è stata oggetto negli ultimi anni di una vasta e specifica normazione, confluita nel Testo Unico sulla privacy (*D.Leg. 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali*) alla quale si è accompagnata sistematicamente una azione di vigilanza e di chiarificazione da parte del Garante. Non sempre alla ricchezza e varietà delle argomentazioni ha fatto riscontro l'adozione e l'implementazione immediata e coerente di comportamenti e di prassi corrispondenti: il trattamento dei dati personali e di quelli sensibili è un campo estremamente delicato sul quale una vigilanza 'formale' non è sufficiente a garantirne la protezione.

¹⁴ "Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la veridicità, è punito con la reclusione" (art. 481 C.P.)

¹⁵ "Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente, in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la veridicità, è punito con la reclusione da 3 mesi a 2 anni" (art. 480 C.P.).

Tuttavia gli atteggiamenti di fondo sono cambiati e sempre più estesa è l'applicazione in ogni campo (Sanità compresa) di procedure e sistemi che dovrebbero tutelare la riservatezza dei dati, monitorarne (e limitarne allo stretto necessario) la circolazione, permetterne una archiviazione più sicura. Le modalità generali con le quali trattare i dati sono contenute nell'art. 11 del Codice sulla privacy, che indica anche i requisiti che tali dati devono avere (devono essere raccolti, registrati e utilizzati per scopi determinati, espliciti e legittimi; devono essere esatti e aggiornati...).

Nel settore delle certificazioni gli attori (enti compresi) che a vario titolo intervengono sulla stessa 'pratica' sono molteplici e non sempre è possibile assicurare ad ogni passaggio lo stesso grado di tutela della privacy. I momenti di maggiore esposizione sono naturalmente quelli relativi alla richiesta e alla restituzione delle prove documentarie, che dovendo avere necessariamente una efficacia probatoria non possono essere 'mascherate' con linguaggi eccessivamente tecnici o con codificazioni criptiche.

Anche in tema di consenso informato si è fatta strada in Italia una diversa cultura nei confronti della organizzazione sanitaria che ha modificato profondamente il rapporto medico-paziente, basato in passato su atteggiamenti di stampo 'paternalistico' che finivano spesso col giustificare un potere di intervento e di decisione unilaterale da parte del sanitario anche contro la volontà del paziente. È sufficiente mettere a confronto il Codice Deontologico dei Medici del 1989 con quello del 1995 per registrare il profondo cambiamento di mentalità. Nella nuova versione si afferma con chiarezza che *"Il medico ha il dovere di dare al paziente, tenendo conto del suo livello di cultura e di emotività e delle sue capacità di discernimento, la più serena e idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia, nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche, anche al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte diagnostiche-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve comunque essere soddisfatta"* (art. 29) e subito dopo (art. 31): *"Il medico non deve intraprendere alcuna attività diagnostico-terapeutica senza il consenso del paziente validamente informato"*.¹⁶

A rafforzare questo comportamento contribuisce anche il *Codice sulla privacy* che all'art. 76 stabilisce che i dati sensibili di interesse sanitario (quei dati cioè idonei a rivelare lo stato di salute e la sfera sessuale) devono essere trattati:

- con il consenso dell'interessato se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato;
- anche senza il consenso dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante, se la finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica riguarda un terzo o la collettività.

Anche il Codice Deontologico degli Psicologi italiani (1997) riconosce il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione e all'autonomia di coloro che si avvalgono delle loro prestazioni (art. 4) e l'obbligo di informare adeguatamente i soggetti coinvolti, previa verifica e raccolta del consenso: *"Lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, fornisce all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, 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. Pertanto opera in modo che chi ne ha diritto possa esprimere un consenso informato"* (art. 24).

¹⁶ Pur non menzionandolo esplicitamente permane per alcuni nel Codice Deontologico dei Medici il cosiddetto 'privilegio terapeutico' (cfr. commi 3 e 4 dell'art. 29), la facoltà da parte del medico di omettere di dare alcune informazioni in circostanze particolari, purché ciò sia a vantaggio del paziente. Cfr. a riguardo G. NIVOLI-L. LORETTU (a cura), *Il consenso informato in psichiatria*, Editore INC, Roma 2006.

Nel caso specifico delle certificazioni, va applicato con scrupolosità l'art. 25, c. 2 che così recita: “*Nel caso di interventi commissionati da terzi, informa i soggetti circa la natura del suo intervento professionale, e non utilizza, se non nei limiti del mandato ricevuto, le notizie apprese che possano recare ad essi pregiudizio*”.

Conclusione

Lo scenario appena descritto non è certamente esaustivo né completo. Deliberatamente non si è fatto riferimento all'ampia e variegata attività di tipo peritale che gli psicologi svolgono in ambito giudiziario sia civile che penale, dove sembrano ormai essersi consolidate delle buone prassi, grazie alla presenza e all'impegno di valenti colleghi, presenti nei tribunali in qualità di giudici onorari, CTU e CTP.

Appena accennato è stato l'aspetto più squisitamente tecnico del processo diagnostico (tempi, modi, strumenti...) che meriterebbe un approfondimento in relazione alle specifiche certificazioni richieste (vedi allegato A).

L'obiettivo principale di questo articolo è stato quello di mostrare che la certificazione psicologica, oltre ad essere un atto legittimo sul piano della giurisdizione e della prassi amministrativa, può rappresentare per gli psicologi un'occasione per stimolare la ricerca e promuovere la definizione di specifiche pratiche psicodiagnostiche, attendibili e valide, a tutela dell'attività professionale, ma soprattutto della persona interessata e dei committenti.

E' anche un modo per verificare 'sul campo' la tenuta dell'identità professionale dello psicologo, una identità che a turno qualcuno cerca di negare o di ignorare.



BIBLIOGRAFIA

- BARNI M., *Diritti e doveri, responsabilità del medico, dalla bioetica al biodiritto*, Giuffrè Editore, Roma 1999.
- BOSIO C. (a cura), *Professioni psicologiche e professionalizzazione della psicologia*, F. Angeli, Milano 2004.
- DE GIROLAMO G. - MIGONE P., *Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria*, in "Psicoterapia e Scienze Umane", 1995, n.1.
- DEL VECCHIO S. - GUALANDRI G. - PELOSI S. - SANTUNIONE A.L., *Lineamenti di medicina legale per il Medico di medicina generale*, C. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2007.
- LILLO M., *Il bluff della patente a punti*, in "L'Espresso", 21 giugno 2007 n° 24, pp. 36-41).
- MARTELLONI M., *Medicina Legale e Servizio Sanitario Nazionale*, in AA.VV., *Guida all'esercizio professionale per i medici-chirurghi e gli Odontoiatri*, C. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2006, pp. 402-430).
- MARTELLONI M. - TERRANOVA G. - PIOLI E. - PUNTONI G., *Idoneità all'uso e al possesso delle armi da fuoco: criteriologia medico-legale*, in "Professione", maggio 2007, n. 5, pp. 29-31).
- MELONI M., *L'orecchio di Freud. Società della comunicazione e pensiero affettivo*, Dedalo, Bari 2005.
- NIVOLI G. - LORETTU L. (a cura), *Il consenso informato in psichiatria*, Editore INC, Roma 2006.
- PORCELLI P., *La competenza della diagnosi psicologica*, 2002, pp. 1-2 (in www.sipsot.it).
- SARDI P. - LISA L., *Lo psicologo del traffico. In Italia e in Europa*, Ed. Carocci, Roma 2005.
- VITIELLO G. - CATALANO C. - ANTONELLI F. - VITIELLO N. - CEI R., *Invalità civile, disabilità, handicap*, G. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino 2007.

Settore	Disposizione	Provvedimento	Committente	Professionista	Richiesta per ψ	Strumenti ψ
Rilascio di porto d'armi	<p>Norme per l'accertamento medico all' idoneità al porto delle armi e per l'utilizzazione di mezzi di segnalazione luminosi per il soccorso alpino</p> <p>Determinazione dei requisiti psicofisici per il rilascio del porto d'armi</p> <p>Requisiti psicofisici minimi per il rilascio e il rinnovo della autorizzazione al porto di fucile da caccia e al porto d'armi per uso difesa personale</p>	<p>Legge 6.3.1987, n. 89 (G.U. 18.3.1987, n. 64)</p> <p>DM 4.12.1991 e succ. integrazioni (G.U. 30.12.1991, n. 304) D. Min. San. 14.09.1994 D. Min. San. 28.04.1998</p> <p>DM 28.04.1998 e succ. int. (G.U. 22.6.1998, n. 143)</p>	Medico certificatore	<p>Medico</p> <p>Psichiatra</p> <p>Neurologo</p> <p>Psicologo</p>	Assenza di disturbi mentali, di personalità o comportamentali	<p>Colloquio clinico, indagini di personalità, test funzioni cognitive (SCL-90-R; CPRS; BPRS; MMPI, Rorschach, MMT, WAIS...)</p>
Accertamento Handicap	<p>Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate</p> <p>Atto di indirizzo</p>	<p>Legge 5.2.1992, n. 104, art. 23 (G.U. - S.O. 17.2.1992, n. 39)</p> <p>DPR 24 febbraio 1994</p> <p>DPCM 23 febbraio 2006, n. 185 (G.U. 19.05.2006, n. 115)</p>	Commissione Invalidità civile	<p>Medico</p> <p>Psicologo</p> <p>Collegio ↓</p>	Individuazione handicap	<p>Indagine di personalità, colloquio con i familiari, scale di valutazione abilità (ADL, IADL...)</p>

SPECIALE CERTIFICAZIONI PSICOLOGICHE

Settore	Disposizione	Provvedimento	Committente	Professionista	Richiesta per ψ	Strumenti ψ
Idoneità fisica al servizio	Norme di esecuzione del testo unico delle disposizioni sullo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10.01.1957 n. 3	Dpr 3.5.1957, n. 686 (G.U. 8.8.1956, n. 198)	Pubblica Amministrazione	Medico (Psicologo)	Idoneità psicofisica al servizio	Colloquio clinico, indagine di personalità, test funzioni cognitive (SCL-90-R; CPRS; BPRS; MMPI, Rorschach, MMT, WAIS)
Idoneità fisica al servizio, idoneità allo svolgimento di mansioni lavorative	- Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato - Stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali	Dpr 10.1.1957 n. 3 artt.129 e 130 (G.U. 25.1.1957, n. 22) Dpr 20.12.1979, n. 761 (G.U. - S.O. 15.2.1980, n. 45)	Pubblica Amministrazione	Medico (Psicologo)	Idoneità psicofisica al servizio	Colloquio clinico, indagine di personalità, test funzioni cognitive (SCL-90-R; CPRS; BPRS; MMPI, Rorschach, MMT, WAIS...)

Settore	Disposizione	Provvedimento	Committente	Professionista	Richiesta per Ψ	Strumenti
Invalità civile ed handicap	Istanze di riconoscimento d'invalidità civile	L. 30.3.1971, n. 118	Commissione Invalidità civile	Medico Psicologo	Valutazione psicologica	Colloquio clinico, indagini di personalità, test funzionali cognitive (WAIS, Raven...),
Invalità civile e handicap	Indennità di accompagnamento	L. 21.11.1988 n. 508 (G.U.) Circ. Min. Tesoro n. 14 del 28 settembre 1992	Commissione Invalidità civile	Medico Psicologo	Valutazione requisiti psicologici	Indagine di personalità, colloquio con i familiari, scale di valutazione abilità (ADL, IADL...)
Invalità civile ed handicap	Istanza di aggravamento	DLgs 23.11.1988, n. 509	Commissione Invalidità civile	Medico Psicologo	Valutazione requisiti psicologici	Indagine di personalità, colloquio con i familiari, scale di valutazione abilità (ADL, IADL...)

Settore	Disposizione	Provvedimento	Committente	Professionista	Richiesta per ψ	Strumenti
Guida di veicoli	- Nuovo Codice della Strada	DLgs 30.4.1992, n. 285 e succ. mod. (G.U. - S.O. 18.5.1992, n. 114)	Motorizzazione	Medico (Psicologo)	Valutazione requisiti psicologici	Colloquio clinico, indagine di personalità, test funzioni cognitive (WAIS, Raven...),
	- Regolamento di attuazione	Dpr 16.12.1992, n. 495 e succ. mod. DPR 19.4.1994 n. 575 Legge 17.8.2005 n. 168				
Attività di volo da diporto o sportivo	Disciplina del volo da diporto o sportivo	Legge 25.3.1985, n. 106 (G.U. 1.4.1985, n. 78)	Motorizzazione	Medico (Psicologo)	Valutazione requisiti psicologici	Colloquio clinico, indagine di personalità, test funzioni cognitive (WAIS, Raven...),
	Regolamento di attuazione	Dpr 5.8.13.9.1988, n. 215 (G.U. 1998, n. 404)				
	Licenze e attestati aeronautici	D.M. 15.09.1995				
	Patenti nautiche	DPR 9.10.1997, n. 431				