

Innanzitutto desidero esprimere apprezzamenti all'On.le Cancrini per aver organizzato l'incontro perché è una occasione di confronto e quindi di crescita per tutti.

Una premessa doverosa: il sottoscritto rappresenta circa 65.000 Psicologi iscritti all'Albo di cui circa 26.000 anche abilitati all'esercizio dell'attività psicoterapeutica. Mi è pervenuta notizia che alcuni colleghi hanno inviato ai componenti della XII Commissione ed al Presidente On.le Lucà comunicazioni non rispettose del ruolo dei Parlamentari stessi. Ovviamente non condivido tali iniziative nella forma perché penso che alla base di ogni confronto vi debba essere il pieno rispetto reciproco. Vorrei cogliere l'occasione per fornire elementi utili per meglio contestualizzare anche in una prospettiva storica quanto sta accadendo in merito alla proposta di legge sulla Psicoterapia.

- L'8 giugno 2000 viene presentato il disegno di legge n. 4652 sulla Psicoterapia (Sen. De Luca e altri)
- Nel 2000 (XIII legislatura) su iniziativa del Senatore De Luca viene costituito un gruppo di lavoro coordinato da Cancrini
- Il Gruppo di lavoro rivede il testo iniziale, modificandone alcuni punti
- viene costituito un Comitato promotore per la raccolta delle firme sul testo modificato
- Nel 2001 (XIV Legislatura) viene presentato il Disegno di Legge n.636 identico al 4652: Le firme erano state raccolte sulla base di un testo, ma poi ne era stato presentato uno diverso!
- Audizione del CNOP del 23 luglio 2002: Il Consiglio nazionale si trova nella spiacevole situazione di dover presentare emendamenti che in realtà dovevano essere già stati recepiti
- XV Legislatura: Il 4 maggio 2006 viene Comunicato alla Presidenza il Disegno di Legge n. 439: la prima versione era del tutto identica al 4652, nella seconda versione alcune proposte del CNOP erano state inserite
- DdL 1856 – On.le Di Virgilio : la diagnosi agli Psichiatri
- DdL 2486 – Conti-Meloni – La diagnosi agli Psichiatri e d agli Psicologi
- Giugno 2007 - Audizioni presso la XII Commissione: Il CNOP presenta un documento in cui illustra il proprio parere in merito alla diagnosi, certificazione e specializzazione.
- Il 26 settembre 2007 la XII Commissione adotta un testo base
- Nelle riunioni successive vengono presentati emendamenti al testo unificato dai componenti della Commissione decisamente sbilanciati a favore degli Psichiatri

- Comincia la mobilitazione istituzionale: Incontri, telegrammi, **Comunicato stampa congiunto** (Comunicato stampa Congiunto 5 novembre: Palma, Zaccaria, Dazzi (Pro-Rettore Università degli Studi di Roma “La Sapienza” e Prof. Ordinario di Psicologia Dinamica), Puglisi (Presidente della Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Psicologia), Lingiardi (Direttore della II° Scuola di Specializzazione in Psicologia Dinamica, Facoltà di Psicologia Università degli Studi di Roma “la Sapienza”), Labella (Presidente del Collegio dei Docenti Universitari di Psicologia clinica e Preside della facoltà di Psicologia dell’Università di Napoli), Sellini (Segretario Generale dell’A.U.P.I.) . **Lettera aperta congiunta** 13 novembre: CNOP, 21 Consigli regionali, Dazzi, Puglisi, Lingiardi, Labella, Sellini, Borgogno (Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica – Università degli Studi di Torino Psicoanalista SPI), Imbasciati (Ordinario di Psicologia Clinica Facoltà di Medicina Università di Brescia), Riolo (Presidente Nazionale della SPI), Vitolo (Presidente Nazionale AIPA, Nicoletti (Presidente Nazionale AIP), Zucconi (Coordinamento Nazionale Scuole di Psicoterapia CNS)
- Nella riunione del 19 dicembre L’On.le Cancrini su richiesta dell’On.le Caruso riformula l’emendamento 2.31: La diagnosi viene riservata allo psichiatra ed al neuropsichiatra.

In tutte le fasi illustrate, a partire dal 2000, gli Psicologi sono stati presenti ed hanno collaborato fattivamente perché convinti della utilità di una legge in grado di garantire il diritto generale alla salute dei cittadini attraverso il riconoscimento del diritto ad accedere alla Psicoterapia e non solo alle prestazioni sanitarie classiche.

Ciò che contestiamo con forza e determinazione:

1) L’emendamento che riserva allo Psichiatra ed al neuropsichiatra la diagnosi è in contrasto con la normativa vigente. Mi riferisco:

a) innanzitutto alla L. 56/89 - Ordinamento della Professione di Psicologo- che prevede che lo psicologo possa fare la diagnosi, psicologica, ovviamente

b) Al DPR 328/01 – Art. 51 – in cui viene ribadito che : *Formano oggetto dell’attività professionale dello Psicologo.. l’uso di strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione , diagnosi, le attività di abilitazione, riabilitazione e di sostegno in abito psicologico rivolte alle persone, al gruppo, agli organismi sociali ed alle comunità.*

Il percorso formativo universitario, realizzato in oltre 30 facoltà/corsi di laurea, per diventare Psicologo è strutturato proprio sulle competenze individuate dalla L. 56/89. I Presidi ed i docenti delle Facoltà di Psicologia con i cambiamenti proposti dalla PdL sarebbero nel grave imbarazzo di formare a competenze professionali che non potrebbero poi essere esercitate.

Dall'analisi della normativa e della giurisprudenza emerge con chiarezza che **l'attività di diagnosi psicologica è un'attività riservata in maniera esclusiva ai professionisti iscritti nell'albo professionale degli psicologi**. Essa viene considerata una delle attività tipiche di tale professione, in quanto il suo svolgimento richiede l'uso degli strumenti conoscitivi di cui sono in possesso detti professionisti.

Le argomentazioni per motivare della necessità della diagnosi medica, sono scientificamente non corrette, superficiali o approssimative, certamente confusive e fuorvianti.

La psicoterapia costituisce un trattamento che utilizza esclusivamente processi psicologici e relazionali per la cura della sofferenza psichica; d'abitudine, addirittura, le prassi rigorose nell'applicazione della psicoterapia prevedono che eventuali trattamenti farmacologici associati vengano affidati a curanti diversi dallo psicoterapeuta.

E' certamente vero che alcune patologie organiche, ad es. quelle oncologiche o neurologiche, possano comportare una sintomatologia indotta di carattere psichico o comportamentale, ovvero una sofferenza psicologica conseguente; ciò tuttavia non preclude che tale sofferenza, ancorché conseguente, debba essere trattata con interventi psicologici. Soprattutto è attenta cura, preoccupazione costante e responsabilità di qualunque psicoterapeuta professionalmente accreditato il non scambiare le cause con gli effetti, così come nessun professionista immaginerebbe di trattare patologie organiche con strumenti psicologici.

Parliamo dell'ormai mitico tumore del lobo frontale! Ma questa è un'evenienza di cui più spesso si favoleggia piuttosto che discuterne su serie basi professionali; le evidenze di letteratura scientifica ed epidemiologiche, infatti, documentano questi casi come rarissimi ed invariabilmente riconducibili ad un **errore medico** di molto antecedente, nel percorso di cura, all'inizio di una psicoterapia. Invero, nei servizi pubblici e molto spesso anche nella pratica privata, il trattamento psicoterapeutico si attua su richiesta/proposta di un medico di famiglia o di un clinico specialista che hanno già vagliato la diagnosi della patologia organica e le sue ipotesi differenziali. La 'diagnosi di esclusione' è dunque già effettuata dallo specialista inviante (ad es. oncologo o neurologo) con competenza sicuramente più specifica; se ciò non bastasse, ogni psicoterapeuta che operi secondo buona prassi è tenuto a considerare ed escludere, prima di iniziare un trattamento, il dubbio che la sintomatologia osservata sia attribuibile a cause non psicologiche, richiedendo nel caso le opportune consulenze e valutazioni diagnostiche a tutela del paziente e del proprio operato. Proprio questo doppio controllo, già in atto negli attuali percorsi di cura, garantisce la tutela del paziente; per converso, l'introduzione di una visita psichiatrica obbligatoria

imporrebbe ai pazienti con disturbi francamente psicologici la necessità di subire una intrusiva valutazione, tanto sgradita quanto inutile, nelle sfere più intime della propria esperienza di vita e di relazione.

Il vero nodo, la questione cruciale e determinante per l'erogazione della psicoterapia in regime convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale non riguardano tanto la 'diagnosi differenziale' o quella 'di esclusione', quanto piuttosto la valutazione sull'appropriatezza dei trattamenti, e dunque la cosiddetta 'diagnosi esplicativa' e la previsione prognostica.

Per uscire dalla terminologia tecnica, l'analisi dei processi psicologici e relazionali che sottendono e spiegano un certo disturbo psichico (ben al di là dell'identificazione di un quadro nosografico) costituisce lo strumento essenziale e imprescindibile per la scelta del trattamento psicoterapeutico più appropriato e, conseguentemente, per favorire la migliore efficacia ed evoluzione prognostica.

E questo tipo di valutazione non è garantita da uno psichiatra o da un neuropsichiatra in quanto medici, ma solo da uno psicoterapeuta (medico o psicologo) in possesso di una solida formazione e di una adeguata esperienza clinica.

L'accurata conduzione della diagnosi esplicativa, o funzionale o di struttura, e la corretta applicazione dei criteri di appropriatezza ed efficacia, questi sì costituiscono una tutela dei cittadini-pazienti ed una garanzia di professionalità ed economicità per il Servizio Sanitario Nazionale, al di là degli interessi e delle pressioni delle categorie professionali.

Conclusioni e proposte finali

- 1) **Diritto alla libera scelta.** Visto che le più recenti ricerche dimostrano che oltre l'80% delle richieste non ha nulla di "psichiatrico" non si comprende la ragione per cui si vuole rendere obbligatoria l'etichetta psichiatrica attraverso la visita psichiatrica per poter accedere alla psicoterapia. Appare inaccettabile oltre che per le ragioni già espresse anche perché di fatto viene negato il diritto alla libera scelta del cittadino.
- 2) **Diagnosi.** Appare necessario sostituire nel testo della PdL la diagnosi (e conseguentemente eliminare il riferimento a chi dovrebbe farla) con la Valutazione - che ovviamente potranno fare sia i medici che gli psicologi abilitati all'esercizio dell'attività psicoterapeutica ai sensi degli artt. 3 e 35 della L. 56/89 - (Valutazione che consiste nell'analisi del caso clinico e cioè l'analisi dei processi psicologici e relazionali che sottendono e spiegano un certo disturbo psichico - ben al di là dell'identificazione di un quadro nosografico) La valutazione costituisce lo strumento essenziale e imprescindibile per la scelta del trattamento psicoterapeutico più appropriato e, conseguentemente, per favorire la migliore efficacia ed evoluzione prognostica.
- 3) **"Diagnosi di esclusione":** Per quanto riguarda tale problematica è sufficiente richiamare nel testo della PdL il comma 3 dell'art. 3 della L. 56/89 che testualmente recita: " Previo consenso del paziente, lo psicoterapeuta (Medico o Psicologo), e il medico curante sono tenuti alla reciproca informazione".

Credo e auspico che le proposte illustrate nei tre punti possano trovare una ampia condivisione. Se ciò non dovesse accadere non mi resta che proporre la modifica del titolo della Legge aggiungendo una sola parola. Anziché “Norme per l’accesso alla Psicoterapia” bisognerebbe parlare di “Norme per **negare** l’accesso alla Psicoterapia”.