



Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

Parere sulla Prevenzione/Promozione in ambito psicologico



*Documento redatto dal Gruppo di Lavoro "Atti Tipici" del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi: Sandra Vannoni (coordinatore), Paolo Barucci, Stefano Manzo, Luca Pezzullo
Si ringraziano per i contributi: prof. Claudio Albino Bosio, prof. Guido Sarchielli,
dott.ssa Cristina Agrillo, dott. Maurizio Mattei, dott.ssa Tania Re*



Consiglio Nazionale **Ordine** degli **Psicologi**

Parere sulla Prevenzione/Promozione in ambito psicologico

Novembre 2012



Indice

Presentazione sintetica	Pag. 5
Gli obiettivi e il quesito oggetto del parere	» 9
1. Cos'è un Atto Professionale	» 11
2. Atti e Funzioni Professionali	» 13
3. La Prevenzione come parte integrante delle competenze sanitarie	» 16
4. Tipicità psicologica della prevenzione/promozione del benessere e della salute	» 18
5. Combinato Disposto Normativa-Giurisprudenza	» 21
6. Atti Tipici e rischio di esercizio abusivo della professione psicologica	» 25
Sintesi conclusiva	» 30
Appendici	
- Normativa	» 33
- Dalla Cornice Europea alla promozione della salute	» 39
Bibliografia	» 50



Presentazione sintetica

Il presente Parere, pur non avendo la pretesa di essere esaustivo di tutta la riflessione scientifica e professionale in materia, si presenta come un documento di sintesi che, attraverso un linguaggio preciso, ma allo stesso tempo semplice, risponde all'esigenza di dare corpo a quanto stabilito nell'art.1 della Legge 56/89, in relazione all'attività di **Prevenzione**:

"La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e 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. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito."

Il vincolo normativo che riserva l'esercizio della professione di Psicologo ai soli iscritti all'Ordine degli Psicologi rende necessario definire cosa è caratteristico, e quindi prerogativa esclusiva, della professione di psicologo e, al contempo responsabilmente stabilire i confini della professione stessa.

Esplicitare quale sia tale esclusività per la professione di psicologo si scontra con il dover fare i conti con una serie di contenitori semantici quali "prevenire", "curare", "salute", "benessere", "promozione" che non sono di appannaggio assoluto della psicologia, nonché scontrarsi con una serie di rappresentazioni di "senso comune", legate ad accezioni ingenuie quali ad esempio: "siamo tutti un po' psicologi". Questo rende necessario, ancorché complesso, andare a definire cosa sia di stretta pertinenza dell'intervento psicologico e quindi quali "*parametri*" *qualifichino un'azione professionale come "psicologica"*.

In questo processo abbiamo ritenuto fondamentale inserire le nostre considerazioni all'interno del dibattito che, nel corso del tempo, ha accompagnato anche in ambito internazionale, il costruito di "salute" da un punto di vista culturale, sociale e di politiche sanitarie.

Il termine 'salute' non è certamente un termine univoco. Non lo è per la gente comune, non lo è stato nel corso del tempo neppure in ambito scientifico. Ognuno di noi costruisce la propria definizione di salute ritagliando "porzioni di realtà" e da ciò conseguono differenti comportamenti o applicazioni operative.



Una nota definizione di Salute è quella dell'**OMS**, che la considera come uno **"stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità"**.

Successivamente, con la **Carta di Ottawa del 1986** viene precisato che "la promozione della salute è il processo che consente alla gente di **esercitare un maggior controllo sulla propria salute** e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale l'individuo o il gruppo **deve poter individuare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e modificare l'ambiente o adattarvisi**. Pertanto la salute è considerata una risorsa per la vita quotidiana, non un obiettivo di vita, bensì un concetto positivo che insiste sulle risorse sociali e personali oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, **la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario**, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani per aspirare al benessere".

Emerge chiaramente che **la 'salute' va creata con il diretto coinvolgimento dell'individuo, dei gruppi e delle comunità sociali**. In tale processo è **fondamentale aiutare le persone ad acquisire quel senso di padronanza e controllo su ciò che riguarda la propria vita** (il cd. *empowerment psicologico*).

Considerando la salute come sopra delineata, è chiara la rilevanza dell'apporto dello psicologo.

La psicologia è scienza delle relazioni, dei rapporti, dei processi di cambiamento e questo contributo può essere messo a disposizione per pensare ad una realtà maggiormente salutare, maggiormente sostenibile, produttrice di una cultura attenta ai bisogni delle persone e quindi di benessere. La psicologia è anche scienza del comportamento e delle sue determinanti, e come tale può sostenere in maniera competente le azioni di prevenzione e di promozione, in modo tale che siano efficaci. Infine la psicologia è anche scienza della cognizione ed ha fornito dettagliate spiegazioni sui meccanismi mentali che entrano in gioco nel mantenimento di comportamenti non salutari.

Contributo fondamentale se pensiamo che secondo i *Centers for Disease Control and Prevention* lo stato di salute delle persone sarebbe condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita. Molto meno importanti gli altri fattori: fattori ambientali (20%), fattori genetici (20%), assistenza sanitaria (10%)¹.

¹ Institute for the Future (2003). *Health and Health Care 2010, The Forecast, The Challenge*. 2nd Edition, Jossey-Bass, Princeton; cfr. pag. 23, su dati IFTF e CDC.



Le molteplici definizioni di psicologia riportano costantemente ai costrutti di salute e benessere quali conseguenze della pratica della professione di psicologo; tali finalità sono evidenziate anche nel Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che all'art. 3 recita: *"lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità."*

Una nota finale in merito al valore pubblicistico delle professioni ordinate e quindi alla necessità di definirne confini chiari ed esclusivi. Nel corso del tempo gli Ordini sono sempre più divenuti enti pubblici esponenziali di interessi della collettività che operano con norme positivizzate e certificative di uno *status* che attesta la qualità della prestazione professionale nel complesso dei comportamenti dei suoi appartenenti². La regolamentazione di una professione trae quindi fondamento non da meri interessi di tutela corporativa bensì dal valore più alto che al cittadino debbano essere offerte prestazioni di qualità, erogate da soggetti di cui sia garantita una competenza formativa di base.

Quando il Legislatore nel 1989 ha emanato una Legge di Ordinamento per la Professione di Psicologo, ha voluto sancire che la salvaguardia di questo specifico ambito professionale (dalla formazione di base alla prassi operativa), e del mandato sociale che da tale specificità deriva, si fonda sulla doverosa tutela del diritto alla salute del cittadino, nel rispetto della Costituzione Italiana che all'art. 32 recita: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività....."*

La Tutela del cittadino diviene, quindi, più cogente quando si interviene in ambiti e prestazioni inerenti la sua Salute: una prestazione improvvisata, erogata da soggetti che non abbiano la dovuta preparazione, verificata all'interno di percorsi pubblici, senza responsabilità in ambito civile e penale, nonché deontologico, espone il cittadino non solo a prestazioni dagli esiti incerti ma, spesso, anche controproducenti e dannosi.

A ben vedere, la ragion d'essere della nostra professione risiede nel riconoscimento che alla piena realizzazione della persona umana sono necessari ben più che i meri mezzi materiali per la sua sussistenza fisica. Alla piena realizzazione della persona umana e del suo benessere concorrono molteplici beni e servizi di natura immateriale, ma non per questo meno reali e necessari, che anche la recente ricerca economica contemporanea ha incisivamente definito *beni relazionali*:

² Cfr. Bertani, A. (2009), *I poteri normativi degli ordini professionali: un esempio di competenza riservata*, in *Dir. amm.* 2009, 91 ss.



"Negli ultimi anni le cose stanno cambiando, e in economia sta facendo, lentamente ma decisamente, il suo ingresso il tema delle relazioni, poiché ci si è resi conto che anche nelle interazioni economiche la qualità dell'interazione intersoggettiva influenza scelte, individuali e collettive, e quindi la qualità dello sviluppo economico e civile. La parola chiave di questa attenzione per la dimensione relazionale oggi nelle scienze e prassi economiche, è il "bene relazionale".

Ogni autore ha una sua propria definizione di bene relazionale. Ciò che distingue l'approccio economico ai beni relazionali è chiamare beni quelle dimensioni relazionali che non possono essere né prodotte né consumate da un solo individuo, perché dipendono dalle modalità delle interazioni con gli altri e possono essere goduti solo se condivisi nella reciprocità.³

Possiamo osservare, in coerenza con il processo/percorso sopra descritto, che l'evoluzione epistemologica della scienza psicologica si è sviluppata in relazione alle trasformazioni culturali e scientifiche che, negli oltre venti anni dall'emanazione della Legge di Ordinamento ad oggi, l'hanno attraversata.

Nell'andare a sostanziare gli Atti Tipici non possiamo quindi prescindere dalla considerazione che la Legge di Ordinamento (L.56/1989), così come allora stilata, risenta di quello che era il mandato sociale attribuitole originariamente oltre venti anni fa, e che quindi nell'attribuire, allora, allo psicologo l'Atto/Funzione di "Prevenzione" utilizzasse una terminologia e dei contenitori semantici coerenti con tale periodo.

Per sviluppare quindi un parere su tale Atto/Funzione psicologica dobbiamo necessariamente considerare il passaggio progressivo da una "cultura focalizzata sulla eliminazione della malattia" ad una "cultura focalizzata sulla promozione della Salute", che trova la sua massima espressione nell'evoluzione della definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, già citata, che nel tempo è passata dal paradigma della salute come "assenza di malattia" a quello di "completo benessere fisico, sociale e mentale", ed a cui concorrono, insieme ai fattori genetici, anche aspetti economici, culturali, sociali, psicologici ed ambientali. Non possiamo quindi prescindere da quelle che sono state le trasformazioni concettuali e di *policies* internazionali nell'ambito della Salute, e degli interventi ad essa correlati.

Il percorso concettuale è stato lungo, ed ha visto come suoi precipui momenti definitori la definizione del concetto di modello "Bio-Psico-Sociale" ad opera di G.

³ Cfr. Bruni L. (2006), *Reciprocità. Dinamiche di cooperazione, economia e società civile* Bruno Mondadori, Milano; Bruni, L. "I beni relazionali" - <http://www.fabbricafilosofica.it>



Engel nel 1977, e la rielaborazione del costrutto di salute nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978 e nella Carta di Ottawa del 1986⁴.

In questo senso, la psicologia come scienza della relazione (individuo, gruppi, comunità – vedi L.170/2003), svolge un ruolo paradigmatico proprio nell'analisi dei "beni relazionali", che sono costituenti essenziali del benessere individuale, familiare e sociale; la comprensione di tali componenti strutturali della salute e del benessere non può quindi esimersi da una prospettiva ed una metodologia tipicamente psicologiche.

Se anche gli economisti sono arrivati a dare valore ai processi relazionali, riconoscendoli come rilevanti per le dinamiche economiche, a maggior ragione questi sono elementi pregnanti per i processi di salute e benessere individuale, familiare e sociale. Per questo la comprensione di tali processi non può esimersi dal contributo della psicologia, che da anni si occupa di tale ambito sul piano scientifico e professionale.

⁴ Cfr. per la documentazione di merito sull'argomento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: <http://www.who.int/healthpromotion/en/>



Gli obiettivi e il quesito oggetto del parere

Attraverso lo stato dell'arte scientifico-epistemologico nazionale e internazionale della professione e del quadro di riferimento giuridico/normativo anche in materia di formazione, ci poniamo l'obiettivo di articolare:

1. una ridefinizione argomentata del concetto di "Atto Tipico" non solo nella sua fattispecie di "atto tecnico specifico e dettagliato", ma, più estesamente, di "Funzione professionale, con ambiti di pertinenza professionali, cui si possono associare anche azioni tecniche specifiche";
2. l'afferenza tipica alla professione psicologica della funzione professionale "promozione della salute" in molte sue articolazioni funzionali;
3. L'approfondimento delle questioni relative alla riserva di legge in ordine agli atti tipici professionali psicologici relativi all'area in oggetto.

Il concetto classico di *Prevenzione* ha una sua ragione d'essere quando si parla di "non insorgenza", "non prosecuzione" o "eliminazione" della Malattia; tuttavia, di pari passo con l'evoluzione del concetto di Salute che va a ridefinirsi scientificamente, culturalmente e socialmente come un più ampio "stato di benessere personale e relazionale" (Organizzazione Mondiale della Sanità), s'introduce anche quello di *Promozione della Salute*, del benessere e della qualità della vita, a livello personale e relazionale.

Se quindi nella concezione classica l'opposto di "Salute" è "Malattia", nella visione scientifico-professionale contemporanea delle professioni sanitarie, e in special modo della psicologia, l'opposto di "Salute" è il "Malessere/ *negativa qualità della vita*", in tutte le sue dimensioni fisiche, psicologiche e sociali.

La prospettiva psicologica alla *Promozione della Salute / Benessere* focalizza quindi una marcata dimensione di promozione multidimensionale della *qualità complessiva della vita*, e non solo della sua *quantità*.

Prevenzione





Promozione



La *Promozione della salute* non può infatti prescindere dalla dimensione *psicologica* di comprensione e gestione di quelle variabili che la ricerca scientifica internazionale ha ampiamente dimostrato influenzare il comportamento salutistico (*pro-health*), implementata con una logica *proattiva*, tramite cui il soggetto è responsabilizzato ad attuare autonomamente condotte finalizzate all'autotutela della propria salute ed al miglioramento complessivo del proprio benessere.

La prevenzione intesa nel senso classico funziona solo quando è possibile collegare in un rapporto di causa-effetto lineare ed univoco un comportamento ad un altro, cosa spesso non perseguibile nell'ambito dei comportamenti a rischio, che sono invece da ricondurre ad un complesso insieme di fattori psicosociali interagenti.

In questo campo le ricerche e gli interventi di ambito psicologico hanno posto in evidenza come il focus ottimale dell'intervento non sia la mera "prevenzione informativa" del comportamento a rischio, quanto la *promozione* attiva dell'acquisizione di una serie di competenze psicologiche e comportamentali, atte a ridurre l'adozione di comportamenti a rischio. Quindi, non tanto un intervento in ottica di mera "informazione", ma di empowerment e potenziamento delle risorse personali e gruppal dei soggetti coinvolti.

Come ben noto, in linea con questa evoluzione, la professione psicologica, a livello internazionale, non si centra più da tempo solo su una mera "*clinica della patologia*", e ancor meno sulla "*psicoterapia*" (che, seppur ad essa connessa, ne rappresenta un'articolazione differente in termini formativi e operativi), ma su interventi di gestione e promozione della salute e del benessere, a livello individuale, di gruppo, organizzativo e di comunità; questo, mentre i suoi Atti sono ancora troppo spesso definiti, in maniera scientificamente erronea e riduttiva, attraverso un linguaggio circoscritto alla sola applicazione in ambito strettamente sanitario.

La dimensione psicologica delle attività di prevenzione/promozione della salute/benessere si basa quindi sull'evidenza oggettiva della ricerca scientifica internazionale, che ha ripetutamente dimostrato come, senza la comprensione e modifica



dei significati e delle rappresentazioni individuali e sociali afferenti ai comportamenti *health-related*, non si possano modificare efficacemente tali atteggiamenti e comportamenti, impedendo così interventi efficaci di promozione della salute e del benessere. Tali competenze tecnico-scientifiche sono, a livello internazionale, di diretta pertinenza psicologica, e si pongono come essenziali funzioni tecnico-professionali tipizzanti l'intervento di promozione della salute e del benessere⁵.

1. Cos'è un Atto Professionale

Nel contesto professionale, è di particolare rilievo il passaggio dalla visione dell'Atto Tipico inteso come semplice " *technè*" esecutiva e meccanica, al concetto di "Funzione Professionale" vera e propria, che è il precipitato operativo di una modellistica teorica e metodologica costruita entro le discipline scientifiche di origine.

Possiamo sostenere che in prima istanza le Professioni nascono dall'esigenza di risolvere classi di problemi caratterizzate da una specifica tecnicità, legate a bisogni sociali; le professioni pertanto sono il riflesso di un più ampio processo di organizzazione sociale delle competenze tecniche e scientifiche, e dei relativi mandati formali.

Prendiamo ad esempio la concettualizzazione di Prandstraller (2010)⁶ in riferimento alle professioni intellettuali: "*La professione intellettuale è un'abilità specifica, non generica, fondata su un sistema di conoscenze scientifiche che si apprendono all'università. Per essere professionista bisogna avere un supporto cognitivo accademico che poi viene sviluppato dalla pratica e dalla formazione continua.*" (pag. 1)

Secondo l'autore, le caratteristiche distintive di una professione sono:

- a) Attività applicata ad uno specifico campo
- b) Base scientifica delle competenze possedute
- c) Formazione principalmente universitaria

⁵ Si vedano, per una sintesi di alcuni dei più rilevanti tematismi scientifico-applicativi in merito: Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Educ Behav*, April 2004 vol. 31 no. 2 143-164. Brown, R. T. et al. (2002). The role of psychology in health care delivery. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 33(6), Dec 2002, 536-545. Smith, T.W.; Orleans, C. T.; Jenkins, C. D. (2004). Prevention and Health Promotion: Decades of Progress, New Challenges, and an Emerging Agenda. *Health Psychology*, Vol 23(2), Mar 2004, 126-131.

⁶ Prandstraller A., ItaliaOggi – n.83 del 8/4/2010, pag. 35.



L'autore, nel definire una professione intellettuale, sceglie quale focus prioritario le competenze acquisite mediante una formazione autorizzata da istituti legittimati. Da questa prospettiva, *Professione* è sinonimo di "funzione competente nel gestire/risolvere classi di problemi/domande", sostanziata e legittimata da una specifica formazione strutturata e riconosciuta (solitamente universitaria), e da un'esplicita verifica, nell'ottica della tutela dell'interesse collettivo, dell'effettivo possesso di competenze adeguate al tipo di attività (ad esempio, tramite Esame di Stato).

Attraverso il concetto di Atto Tipico si definiscono e classificano gli *skills*, il campo d'azione, i confini, di una data professione. *L'Atto Tipico è quindi un macrodescrittore di prassi e funzioni caratteristiche di una specifica professione riconosciuta.*

L'Atto Tipico può palesarsi per legittimazione di apparati giuridici e costituzionali, che ne sanciscono esistenza e funzione, così come l'abilitazione ad eseguirlo professionalmente, che può essere variamente organizzata; ad esempio, in Italia il sistema professionale è regolato dagli Ordini, istituti dallo Stato con funzioni vicarie di garanzia dell'interesse pubblico.

In molti altri Paesi simili funzioni di riconoscimento pubblico e validazione sociale della competenza tecnica sono svolte da *Board* professionali, variamente riconosciuti a livello pubblicistico, con funzione di garanzia pubblica delle competenze del singolo professionista.

L'Atto Tipico e l'abilitazione al suo esercizio, in quanto "contenitore concettuale ed operativo", si presta dunque a raccogliere in sé più vertici di analisi: definisce una prassi operativa, una competenza tecnica, un intervento professionale, un riconoscimento sociale, un'appartenenza identitaria, un mandato normativo.

Non tutte le definizioni di Atto Tipico però comprendono contestualmente tutte le caratteristiche enunciate; molte definizioni di questo tipo (ad esempio, la definizione di Atto Tipico prodotta dall'Unione Europea dei Medici Specialisti)⁷ sono invero piuttosto generiche, e si esauriscono in una declaratoria degli ambiti di

⁷ "L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione".

Questa definizione, adottata per la prima volta nel 2005, è stata in seguito emendata nel 2006 ed infine nel meeting di Bruxelles del 25 aprile 2011.



intervento, dell'appartenenza e dell'esclusività delle prassi mediche, ma non delle singole azioni esecutive che le costituiscono.

2. Atti e Funzioni Professionali

E' del resto irrisolta, sia sul piano funzionale sia su quello normativo, la possibilità di declinare in maniera esplicita, esaustiva, dettagliata e formalmente "definitiva" la declaratoria onnicomprensiva dell'insieme-universo di tutte le azioni di dettaglio che costituiscono, in maniera completa e univoca, una specifica professione, come del resto riconosciuto anche dalla Suprema Corte (Cass., 11545/2012).

Non è quindi possibile, come da alcuni ipoteticamente auspicato, ridurre gli "Atti Tipici" che costituiscono una professione ad un mero elenco descrittivo di singole "microazioni pratiche", più o meno decontestuate⁸; ma questo dato di fatto non significa (sempre anche secondo Cass. 11545/2012) che non sia possibile riconoscere come "Tipiche" (e quindi tutelate normativamente nel loro esercizio) determinate azioni e funzioni professionali. Per farlo, è necessario articolare il collegamento tra l'identità normativa di una professione, le sue funzioni e i suoi Atti.

L'Atto può essere analizzato da diversi vertici d'analisi, tra i quali vige un rapporto di stretta interdipendenza. Nell'economia del presente Parere si vuole operare nella direzione di una tutela che non muova certo in direzione corporativistica, ma che chiarisca ed evidenzi le competenze specifiche di un saper fare che è di appannaggio diretto della professione psicologica.

⁸ Alcuni Atti (ad es., la refertazione clinica, la valutazione psicologica, la rappresentanza in giudizio) sono sempre tipici, afferendo ad una dimensione attivamente normata dal Legislatore e ribadita dalla Giurisprudenza. Altri Atti invece possono assumere tale dimensione di tipicità in relazione alla loro tecnicità ed alla loro implementazione. La stessa "azione materiale" può quindi rivestire significati funzionali diversi: l'applicazione di una garza su una piccola ferita è atto tipico medico se effettuata nel corso di una procedura di chirurgia, ma se effettuata a casa da una madre ad un figlio che si è fatto un piccolo taglio chiaramente non lo è; il "limen" funzionale tra "tipicità ed esclusiva professionale" dell'Atto dipende in questo caso anche dal contesto, senso e competenza tramite cui la mera "azione esecutiva" di applicazione della garza assume *significato funzionale e professionale*. Ad esempio, in un contesto non tecnicamente banale e non privatistico, professionalmente orientato ad azioni basate su una teoria della tecnica di prevenzione/promozione di ambito emotivo-relazionale, le mere azioni tecniche divengono *funzioni professionali psicologiche* altamente delicate e strutturate, tipiche di una professione, con tutte le responsabilità e previsioni di legge conseguenti.



A tal riguardo:

1. Ciò che caratterizza le professioni è **l'intervento** o azione professionale. Dove con intervento intendiamo una capacità di modellizzazione che medi tra la *Competenza tecnica* del professionista, e la *Domanda* del cliente, al fine di produrre un cambiamento migliorativo in risposta ad un bisogno.
2. Le professioni si diversificano in base a oggetto d'osservazione, scopi, strumenti, risultati attesi ed al loro riconoscimento pubblico.
3. Le professioni, in ragione delle differenze e delle considerazioni suesposte, organizzano il proprio intervento in ragione di specifici modelli scientifici che permettono di comprendere i fenomeni e ne orientano le metodologie e le prassi esecutive (possiedono cioè una "teoria della tecnica").
4. Le professioni implicano, oltre ad una competenza di analisi e teorizzazione non meramente tecnico-esecutiva, anche una forte responsabilità deontologica e civilistica nei confronti dell'utenza, in particolare nei contesti che godono di tutele particolari (come quelle di rango Costituzionale sulla Salute, ad esempio).

L'azione professionale si avvale di strumenti concettuali, tecnici e applicativi, in grado di far fronte e rispondere ai bisogni personali e alla domanda sociale; gli strumenti o mezzi rappresentano la ricaduta operativa della modellistica teorica (ad es., teoria della mente) usata per comprendere i fenomeni.

L'Atto Tipico attualizza anche un limite e un vincolo (funzionale e normativo) ad altre azioni e identità professionali; l'Atto è in tal senso "Tipico" nella misura in cui le sue radici teoriche, l'ambito dei costrutti cui si riferisce, la base delle sue tecniche, i processi sui cui interviene ed i suoi obbiettivi professionali afferiscono ad una ben determinata area scientifico-professionale, e nella dimostrata capacità del professionista (che acquisisce tali capacità a seguito di un prolungato percorso formativo, di un tirocinio pratico e di apposita abilitazione) di esplicitarne la teoria della tecnica, e di comprendere i processi contestuali su cui interviene.

L'Atto Tipico è quindi, nella sua sostanza, la competenza esecutiva e contestualizzante di una *technicality* disciplinare, che avviene alla luce di una specifica e dimostrabile capacità di inquadramento scientifico-concettuale, e di un'approfondita comprensione teorica dei processi strutturali che rilevano per la situazione di merito, con uno scopo professionale esplicito. Questo lo distingue da un'azione "generica".

Il rilievo della pressione arteriosa da parte di un medico invece che da parte di una persona non qualificata assume un significato professionale molto diverso,



perché in base alla sua formazione, qualificazione ed esperienza il professionista è in grado di “contestuare” la mera azione meccanica del rilevare la pressione in un più complesso contesto di valutazione e gestione dei parametri fisiopatologici del paziente, trasformando il senso e le implicazioni di un gesto tecnico che solo apparentemente è identico se effettuato da uno pseudo-professionista privo di competenze e abilitazioni.

Anche l’inquadramento legale di un evento basato su categorie giuridiche operato da un avvocato è strutturalmente diverso dall’applicazione ingenua e meccanica di articoli del Codice Civile da parte di un non esperto di Diritto; questo perché il professionista, grazie alla sua formazione e competenza, può basarsi su una *comprensione complessa e contestuale*, con modelli mentali articolati e ben strutturati, di tutto il relativo campo conoscitivo e applicativo, modificando così il senso e le modalità di “inquadramento concettuale e operativo” della problematica presentata.

Lo stesso vale per la psicologia. La capacità di contestualizzare sulla base di specifici costrutti epistemologici e di validate competenze teorico-tecniche quella che altrimenti sarebbe la mera esecuzione di una *praxis* (somministrare un questionario, effettuare un colloquio, impostare un intervento di counselling, proporre tecniche di problem-solving) ne modifica profondamente il senso, l’utilità e le implicazioni operative, permettendo di attivare un processo di cambiamento e di verificarne l’efficacia.

In pratica, la specificità professionale dello psicologo si verifica proprio dalla sua tipica competenza di integrare, in ottica di sistema, l’analisi della Domanda (che non coincide *tout court* con la richiesta esplicita del committente, ma presuppone un’attività di decodifica dei significati impliciti nella stessa)⁹, competenze teorico-tecniche e strumenti operativi fondati su teorie psicologiche.

Ad esempio, la proposizione ad un cliente, con scopo professionale, di un approccio o tecnica di counselling, finalizzata alla prevenzione di un disagio o alla promozione del benessere emotivo-relazionale, e/o per favorire la cosiddetta “crescita personale”, è evidentemente atto professionale che si basa su un corpus teorico-

⁹ La psicologia è una scienza modellistica e come tale l’intervento psicologico è un’operazione che comporta una traduzione della domanda (in genere espressa entro categorie di senso comune) entro categorie psicologiche che consentono l’esercizio professionale. La traduzione/analisi della domanda è un’operazione di riconduzione e trasformazione entro categorie psicologiche della domanda. Il codice utilizzato riflette il rapporto tra un modello generale di funzionamento della mente e la sua manifestazione nelle forme di espressione della relazione.



metodologico di chiara natura e derivazione psicologica. Per compiere un atto professionale *responsabile, sicuro ed etico*, è necessario che il professionista sia in grado di verificare a quale "domanda psicologica" corrisponda la "richiesta esplicita" del cliente (cosiddetta "Analisi della Domanda"), di valutare lo stato attuale e prospettico della situazione psicologica personale dell'utente (ovvero, effettuare una *diagnosi psicologica*, diversa dalla *diagnosi psicopatologica*, ma allo stesso modo tecnicamente specialistica)¹⁰, collegarla alle dinamiche relazionali e contestuali nelle quali è inserita, proporla in maniera scientificamente coerente e infine, valutarne gli esiti in modo appropriato, ed eventualmente individuare gli adattamenti necessari per garantire al meglio il benessere psicofisico dell'individuo.

Si tratta, come si vede, di una serie ben integrata di competenze professionali di specifica pertinenza psicologica, che permettono di andare oltre (in termini di sicurezza ed efficacia) alla mera applicazione generica di una *technè* esecutiva, decontestualizzata dalle sue radici scientifico-metodologiche.

In generale, è quindi tramite la capacità del professionista di comprendere ed eseguire un processo complesso, sulla base di una competenza, una formazione ed un'esperienza altamente strutturate, che il mero "gesto meccanico" diventa atto professionale tipico, assumendo una diversa prospettiva operativa: la funzione professionale è un insieme processuale di azioni, finalizzato e integrato, contestualizzato e ancorato semanticamente.

3. La Prevenzione come parte integrante delle competenze sanitarie

In merito alle attività di "prevenzione/promozione" sanitaria e psicosociale, la Normativa, la Dottrina e la Giurisprudenza forniscono un orientamento solido e importante nel delineare la *natura professionale tipicamente psicologica*.

In primo luogo, il Legislatore ha inteso ripetutamente riservare alle c.d. "professioni sanitarie" i ruoli, le competenze e gli atti tecnico-professionali relativi alle varie dimensioni della "gestione della salute", escludendoli da quelle "competenze generali" esercitabili liberamente da chiunque.

La normativa relativa alle figure professionali sanitarie pone infatti sempre espressamente in capo ad esse: le competenze professionali di previsione e ridu-

¹⁰ Cfr. Parere sulla Diagnosi Psicologica, CNOP.



zione del rischio di patologie e di promozione della salute (ovvero, *prevenzione*); valutazione clinica e con strumenti tecnici di assessment dei processi in atto (ovvero, *diagnosi*); valutazione prospettica dello stato di salute e benessere (ovvero, *prognosi*); intervento (ovvero, *terapia*); *abilitazione-riabilitazione*, nei loro diversi ambiti applicativi.

In generale, la letteratura scientifica, la prassi professionale e le ripetute previsioni legislative evidenziano, in merito alle attività di "prevenzione e promozione della salute", la natura di competenze tecnico-professionali rilevanti, *caratterizzanti tipicamente* l'esercizio delle relative attività sanitarie. La prevenzione, unita alla *promozione del benessere fisico, psicologico e sociale*, è quindi parte integrante e *tipica*, sia da un punto di vista scientifico-professionale sia da un punto di vista normativo, delle "competenze professionali sanitarie", variamente articolate nei loro diversi ruoli e contesti applicativi.

Anche in Italia, così come avviene per tutte le altre figure sanitarie (Medici, Infermieri, Ostetriche, Farmacisti, Veterinari, ecc.), la Legge istitutiva della Professione di Psicologo, Legge 56/89, riassume in spirito e lettera tali attribuzioni e responsabilità professionali legate alla funzione di "Prevenzione" per lo Psicologo.

Il Legislatore assegna dunque costantemente le competenze professionali preventive ai professionisti di area sanitaria, e le ritiene così "tecnicamente tipiche" da farle esplicitamente afferire solo a figure professionali espressamente normate; figure che, poter esercitare il complesso integrato delle loro specifiche funzioni tecnico-professionali (preventive, diagnostiche, cliniche/terapeutiche, riabilitative), nell'interesse della Salute Pubblica, devono conseguire un'apposita formazione accademica pluriennale riconosciuta e dimostrare una specifica competenza professionale, la cui implementazione è parte integrante e rilevante dell'esercizio del ruolo professionale medesimo.

Si vedano in tal senso, a mero titolo di esempio non esaustivo, le specifiche previsioni del D.M. 741/94 (Fisioterapista), del D.M. 56/97 (Tecnico della neuropsicomotricità per l'età evolutiva), del D.M. 742/94 (Logopedista), la stessa L.56/89 (Psicologo), e, più in generale, la L.251/2000 sulla "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica". Con tale Legge, vengono addirittura denominate e identificate in un ruolo sanitario tipico le "*Discipline della Prevenzione*", con relative funzioni tipiche e qualificanti.

Da questo deriva l'implausibilità per il Legislatore che le competenze professionali



di "Prevenzione e promozione della salute", essendo normativamente atti tipici sanitari a pieno titolo, possano essere esercitate in modo "libero", "generico", non sufficientemente qualificato; o che, per ipotesi, tali funzioni possano essere attuate professionalmente da figure non regolamentate, e/o senza un titolo di studio universitario previsto da classi MIUR di tipologia e livello equiparabile a quello previsto per tutte le altre figure titolate da esplicite riserve di legge su queste categorie di atti.

4. Tipicità psicologica della prevenzione/promozione del benessere e della salute

La prevenzione del disagio e promozione della salute è dunque una componente imprescindibile ed integrante dell'azione tipica "sanitaria", assieme a componenti quali la diagnosi e la terapia, e contribuisce a costruire la sua identità complessiva, rendendola *efficace*.

Tale ambito è variamente connotato in senso *psicologico*, sia in ordine alla prevenzione/promozione della salute di area psicologica ed emotivo-relazionale, sia, nella più generale promozione di comportamenti ed atteggiamenti legati alla salute, ai metodi ed ai modelli di intervento che caratterizzano tali attività e che sono di natura strutturalmente psicologica.¹¹

La prevenzione e promozione della salute e del benessere psicologico è per definizione una competenza tipica psicologica.

Gli atti tecnici di prevenzione psicologica e psicosociale (ovvero, quelli rivolti alla prevenzione non solo delle patologie, ma anche dei disagi, dei malesseri e delle problematiche di tipo cognitivo, emotivo - motivazionale e relazionale, ed alla consulenza e promozione attiva del benessere e della salute in questi ambiti) si basano infatti, in maniera facilmente verificabile, su un'ampia letteratura scientifica internazionale, testimone di una pluridecennale attività di teorizzazione, ricerca, applicazioni e modellizzazioni teorico-pratiche di origine e natura espressamente *psicologica*.¹²

¹¹ Il Tariffario-Mansionario dell'Ordine Nazionale degli Psicologi del resto riconosce e classifica professionalmente già da anni le relative attività di merito; cfr. <http://www.psy.it/tariffario.html>, punti 48-51 direttamente (e indirettamente anche altri).

¹² Cfr.: Baum, A., Revenson, T.A., Singer J.E. (2001). *Handbook of Health Psychology*, Lawrence Erlbaum Associates; Friedman. H.S., Cohen Silver, R. (2006). *Foundations of Health Psychology*, Oxford University Press; Friedman, H.S. (2011). *The Oxford Handbook of Health Psychology*, Oxford University Press.



In ambito scientifico e professionale i contenuti della prevenzione e promozione della salute sono quindi espressamente studiati dalla psicologia, cui afferiscono storicamente e scientificamente anche le varie aree del "counselling" individuale e di gruppo, della "psicologia positiva", della "salutogenesi", del "life/work balance", e simili; tutte aree nate e sviluppate strettamente in ambito psicologico, e che proprio nei contesti, modelli e mezzi *psicologici*, trovano ed hanno sempre trovato il loro razionale.

Tali competenze tecniche necessitano infatti, per essere esercitate compiutamente, di specifiche conoscenze psicologiche, psicopatologiche, psicobiologiche e psicosociali. Ogni prassi professionale d'intervento in merito al disagio relazionale, emotivo, psichico e di promozione del benessere, non può essere attuata, in ossequio al dettato Costituzionale dell'art. 32, senza approfondite conoscenze teorico-pratiche relative alle competenze formative ed abilitative riferite nel combinato disposto della Legge 56/89 e della Legge 170/2003.

Se l'intervento sanitario meramente "informativo" è infatti di pertinenza di molte figure professionali (comunque abilitate per legge), nell'ambito della *promozione della salute* la figura professionale specifica che, da un punto di vista teorico e metodologico, analizza in maniera *tipica* le variabili cognitive, emotive, relazionali e le "attribuzioni di senso individuali e collettive" legate alla salute è appunto lo psicologo, che si trova pertanto a svolgere un ruolo centrale, tipico e specifico in materia.¹³

Da un punto di vista pratico, le attività di salutogenesi focalizzate sulla promozione di cambiamenti positivi di comportamenti, cognizioni e atteggiamenti, la promozione ed il sostegno al "*behavior change*" e l'intervento individuale o collettivo sugli atteggiamenti e le rappresentazioni sociali legate alla salute, rappresentano tipiche aree di ricerca ed intervento in cui i metodi e le tecniche di *behavior/attitude change* sono, nel panorama internazionale, basate sulla modellistica psicologica.

L'applicazione di metodi e tecniche come sopra definiti, intervenendo su livelli diversi, richiede la capacità professionale di comprendere e gestire le complesse interazioni di processi cognitivi, psicosociali, psicoeducativi, e di modifica comportamentale. Essendo appunto competenze che nel loro insieme caratterizzano la

¹³ Come evidenza anche Galimberti nella sua nota **Enciclopedia della Psicologia**: "La prevenzione è un settore della psicologia clinica" (pagg. 789, 819).



professione di psicologo, si sostanziano come “Atti Tipici” della professione stessa, anche laddove articolati in contesti “salutogenetici” non strettamente legati agli obiettivi del mero benessere “psichico” inteso in senso letterale.

Non è del resto possibile prevenire professionalmente i disagi emotivi o promuovere processi di “crescita personale”, senza possedere, ad esempio, solide competenze sulla psicologia dei processi di sviluppo, personologici, delle dinamiche affettive e relazionali, sulla salute mentale, sulla psicopatologia, sulla psicologia della comunicazione e dei gruppi (ovvero, il focus formativo dei percorsi universitari di Psicologia).

E non sarebbe del resto possibile valutare e gestire tali processi, anche in chiave “non clinica”, senza adeguate competenze nelle tecniche del colloquio psicologico, o della valutazione dei bisogni psicologici e psicosociali; ovvero, competenze tecniche specifiche che più volte la Giurisprudenza (cfr., ad es., Sentenza Tribunale di Ravenna 422/2007; Sentenza Tribunale di Venezia, 13/2009; Sentenza Tribunale di Milano 10289/2011) ha riconosciuto ed espressamente ribadito essere riservate alla professionalità psicologica.

Lo psicologo, nel campo della Prevenzione (e in tutti gli altri ambiti di sua pertinenza), è tenuto, per formazione e deontologia, a basare le sue prassi professionali esclusivamente su paradigmi teorici del funzionamento psichico e relazionale coerenti e validati dalla ricerca scientifica internazionale. Le evidenze empiriche in merito sono significative e possono trovare sostegno in procedure metodologiche rigorose, sistematiche, sviluppate proprio a partire da modelli scientifici e tecnici psicologici, e poi applicate in contesti diversificati.

Oltre alla palese dimensione di ricerca scientifica internazionale, per la quale sussiste nei soli database bibliometrici *psicologici* un corpus di oltre 50.000 articoli scientifici prodotti nel mondo negli ultimi decenni sul tema della prevenzione e della promozione della salute tramite metodi e modelli psicologici¹⁴, da un punto di vista di definizione normativa e del relativo mandato sociale la professione di psicologo riconosce tale afferenza tipica – e i relativi requisiti formativi per poterle esercitare – anche dal dettato della L. 56/89, del DPR. 328/2001 e della L. 170/2003.

¹⁴ Cfr. su PsychInfo, PubMed, e altri *repository* scientifici liberamente accessibili online.



In generale, se è quindi evidente che, per attività generiche prive del tutto di connotazioni professionali, le competenze riservate per Legge possano non essere sempre necessarie, nel momento in cui l'azione di prevenzione e promozione della salute diventa atto *strutturato*, o si svolge in una logica connotata *professionalmente*, allora per il loro svolgimento sono previste dal Legislatore (e confermate dalla Giurisprudenza) competenze e conoscenze verificabili e certificate, a seguito di apposita abilitazione di Stato a tutela della Salute, quale bene pubblico di rango Costituzionale,

5. Combinato Disposto Normativa-Giurisprudenza

Il combinato disposto della normativa, integrato con le interpretazioni fornite da diverse sentenze della Suprema Corte, evidenziano espressamente e ripetutamente la tipicità psicologica degli atti professionali di prevenzione e promozione della salute psicosociale, e le relative implicazioni nei termini di esercizio della professione (anche per le implicazioni ex art. 348 CP); in questo senso, si richiama il fatto che la Dottrina e la Giurisprudenza hanno ripetutamente qualificato l'art. 348 c.p. *"norma penale in bianco che presuppone l'esistenza di norme giuridiche diverse, qualificanti una determinata attività professionale, le quali prescrivano una speciale abilitazione dello Stato ed impongano l'iscrizione in uno specifico albo, in tal modo configurando le cosiddette "professioni protette"*.

Il combinato disposto della L.56/89, art. 1, del DPR 328/2001 (art. 3 comma 5; artt. 50-54), della Legge 170/2003 art. 3 (declaratorie delle attività professionali riservate a chi supera l'apposito esame di stato), delle specifiche declaratorie scientifiche SSD M-PSI del MIUR (DM 4/10/2000, All. B) e, su specifici versanti, anche dalle previsioni di attività del DPCM 13/6/2006 per la specifica "professionalità" della promozione del benessere psicosociale a seguito di eventi critici, ribadiscono costantemente la tipicità del ruolo professionale psicologico nei contesti di "prevenzione/promozione" (e non solo in quello).

In questa direzione, anche la Quarta Sezione Penale della Corte di Cassazione (Sent. 22144/2008) ribadisce che: *"in tema di esercizio arbitrario della professione il bene tutelato dall'art. 348 c.p. in via primaria è costituito dall'interesse generale a che determinate professioni, richiedenti, tra l'altro, particolari competenze tecniche, vengano esercitate soltanto da soggetti che abbiano conseguito una speciale abilitazione amministrativa, sicché deve ritenersi che l'eventuale lesione del bene anzidetto riguardi in via diretta ed immediata la pubblica amministrazione"*.



In questo senso, e considerando la pronuncia della Suprema Corte 10100/2011, tale attività, se fa riferimento a modelli o tecniche di derivazione psicologica, è "caratteristicamente" afferente all'area psicologica; e come tutte le attività sanitarie di "Prevenzione", di particolare interesse pubblico, l'eventuale suo esercizio anche sotto diverso "nomen" può configurare esercizio abusivo di professione, ex art. 348 CP (cfr. Cass. 41183/2008, proprio in ambito sanitario).

In tal senso, a differenza di quanto erroneamente sostenuto da figure professionali non normate e non riconosciute, probabilmente interessate ad "occupare" l'ambito professionale di area psicologica, il Legislatore ha inteso sostanziare più volte quanto originariamente previsto nell'art.1 della L. 56/89, anche tramite le dettagliate declaratorie delle competenze ed atti professionali afferenti ai diversi profili abilitativi nel DPR 328/2001.

In particolare, secondo lo stesso DPR, l'Esame di Stato abilita espressamente la figura del dottore in tecniche psicologiche, iscritto alla sez. B dell'Albo (e, consequenzialmente, anche gli iscritti alla sez. A; cfr. art. 3 comma 5) allo svolgimento di attività tecniche, che gli sono quindi attribuite in via esclusiva previo superamento dell'Esame di Stato, relative a (passim):

*"realizzazione di progetti formativi diretti a promuovere **lo sviluppo delle potenzialità di crescita individuale e di integrazione sociale, a facilitare i processi di comunicazione, a migliorare la gestione dello stress e la qualità della vita**; esecuzione di progetti di prevenzione e formazione sulle tematiche del rischio e della sicurezza; utilizzo di test e di altri strumenti standardizzati per **l'analisi del comportamento, dei processi cognitivi, delle opinioni e degli atteggiamenti, dei bisogni e delle motivazioni, dell'interazione sociale, dell'idoneità' psicologica a specifici compiti e condizioni**; partecipazione all'equipe multidisciplinare nella **stesura del bilancio delle disabilità, delle risorse, dei bisogni e delle aspettative del soggetto, nonché delle richieste e delle risorse dell'ambiente**; collaborazione con lo psicologo negli **interventi psicoeducativi e nelle attività di promozione della salute**, di modifica dei comportamenti a rischio, di inserimento e partecipazione sociale;..."*

In tal senso, l'esplicita previsione di una necessità di prolungata formazione scientifico-disciplinare di livello accademico, strettamente attinente ai contenuti tematici delle declaratorie MIUR dei Settori Scientifico Disciplinari M-PSI, e la necessità di abilitazione per l'esercizio delle medesime attività e tecniche, mettendole in capo ad una ben determinata figura professionale, è chiaramente elemento di espresso riconoscimento della *tipicità* e della dimensione professionale *caratteri-*



stica delle medesime, che non possono dunque essere avocate liberamente a sé da soggetti di eterogenea preparazione che svolgono ruoli professionali non normati, magari tramite artifici nominalistici.

E' qui di particolare rilievo evidenziare come, già dalla Sentenza Notaristefano (Cass. 1151/02), la Suprema Corte, esaminando la questione della individuazione dell'ambito dell'attività riservata agli esercenti una determinata professione, ha affermato che questa ricomprende non solo gli atti "tipici" della professione, ma può estendersi anche agli atti "relativamente liberi" (e cioè non esclusivi del professionista pur se solitamente collegati alla sua attività tipica), che possono essere compiuti anche da estranei soltanto a condizione che si tratti di attività sporadica ed occasionale; per cui configura esercizio abusivo della professione il compimento di atti del genere in forma continuativa ed organizzata.

La Sentenza 42790/2007 della Cassazione articola ulteriormente questa posizione, ribadendo espressamente:

"Costituisce principio acquisito in giurisprudenza quello secondo cui, ai fini della sussistenza del delitto di esercizio abusivo di una professione, non è necessario il compimento di una serie di atti riservati ad una professione per la quale sia richiesta una particolare abilitazione, ma è sufficiente anche il compimento di un solo atto (Cass. 7-3-1985 n. 4349; Cass. 11-12-1979 n. 3732).

Controversa è invece la questione se la norma in esame tuteli esclusivamente gli atti c.d. propri o tipici, riservati a ciascuna professione, ovvero anche gli atti che, mancando di tale tipicità, possono essere compiuti da chiunque, anche se abbiano connessione con quelli professionali. A fronte di un indirizzo contrario a un'interpretazione estensiva della disposizione in esame (Cass. Sez. VI, 24-10-2005 n. 7564; Cass. Sez. VI, 3-3-2004 n. 17702; Cass. Sez. VI, 11-5-1990 n. 11794), infatti, si registra un diverso orientamento, propenso a ritenere rilevanti, ai fini della configurabilità del reato di cui all'art. 348 c.p., non solo gli atti riservati, in via esclusiva, a soggetti dotati di speciale abilitazione (c.d. atti tipici della professione), ma anche quelli c.d. caratteristici, strumentalmente connessi ai primi, a condizione che vengano compiuti in modo continuativo e professionale, in quanto, anche in questa seconda ipotesi, si ha esercizio della professione per la quale è richiesta l'iscrizione nel relativo albo (Cass. 8-10-2002 n. 49).

Quanto all'elemento psicologico, esso è richiesto dalla legge a livello di mero dolo generico. Ai fini della configurabilità del reato di abusivo esercizio di una professione, pertanto, è irrilevante l'eventuale scopo di lucro e, in genere, qualsiasi movente di carattere privato; sicché, la consapevole mancanza di titolo abilitativo



all'esercizio di tale professione, integra il dolo generico richiesto per la sussistenza del reato, ancorché "l'abusiva" prestazione "professionale" sia stata del tutto gratuita e con il concorrente consenso del destinatario di tale prestazione (Cass. Sez. II, 22-8-2000 n. 10816). Poiché, infatti, titolare dell'interesse protetto dalla norma penale è solo lo Stato, l'eventuale consenso del privato è del tutto irrilevante ex art. 50 c.p. (Cass. Sez. VI, 8-10-2002 n. 49)".

In tempi recentissimi, inoltre, l'importante Sentenza 10100/2011 della Suprema Corte ribadisce espressamente, rinforzando tale orientamento, come sia sufficiente lo svolgimento di "atti caratteristici", anche in assenza di clausole di riserva esclusiva, perché si configuri l'esercizio abusivo di professione ex art. 348 C.P.

La Cassazione afferma infatti:

"Va precisato che, per stabilire se una determinata prestazione integri il reato previsto dall'art. 348 c.p., non è necessario rinvenire nella legge che regola la professione in tesi abusivamente esercitata una clausola di riserva esclusiva riguardante quella specifica prestazione, ma è sufficiente l'accertamento che la prestazione erogata costituisce un atto tipico, caratteristico di una professione per il cui esercizio manca l'abilitazione."

Tale orientamento è ribadito ulteriormente dalla Suprema Corte nell'ultimo pronunciamento in merito del 2012 (Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione, Sentenza 23 marzo 2012, n. 11545), laddove ben evidenzia:

"Non di rado, invero, le norme sugli ordinamenti professionali contengono elencazioni di attività qualificate di pertinenza delle rispettive professioni, senza però specificare se questo ne implichi anche l'esclusiva. Nelle fonti si rinvengono poi anche attribuzioni di competenze formulate in modo assolutamente generico.

Dubbi naturalmente non sorgono quando si sia in presenza di una esplicita e formale attribuzione in via esclusiva (monopolistica o condivisa con altre specifiche categorie), recata dalle stesse regolamentazioni degli ordinamenti professionali (...) ovvero derivante da fonti diverse, che al possesso del titolo per il legale esercizio professionale fanno riferimento come condizione necessaria per talune attività (...).

In mancanza di tali univoche indicazioni, il principale criterio guida è quello sostanzialistico, inerente cioè alla intrinseca specificità e delicatezza di determinate attività, incompatibili con il loro espletamento da parte di soggetti non muniti della relativa abilitazione, richiesta al riguardo per ragioni di essenziale tutela dell'utenza. (...)"



giungendo quindi a tale importante principio di diritto:

“Concreta esercizio abusivo di una professione, punibile a norma dell’art. 348 cod. pen., non solo il compimento senza titolo, anche se posto in essere occasionalmente e gratuitamente, di atti da ritenere attribuiti in via esclusiva a una determinata professione, ma anche il compimento senza titolo di atti che, pur non attribuiti singolarmente in via esclusiva, siano univocamente individuati come di competenza specifica di una data professione, allorché lo stesso compimento venga realizzato con modalità tali, per continuità, onerosità e (almeno minimale) organizzazione, da creare, in assenza di chiare indicazioni diverse, le oggettive apparenze di un’attività professionale svolta da soggetto regolarmente abilitato”.

Ebbene, il ruolo professionale di “prevenzione e promozione della salute” in ambito psicologico (indipendentemente dal suo “nomen”, Cass. 41183/2008), la cui attribuzione riservata alla figura professionale sanitaria dello psicologo deriva comunque già dall’esserne palesemente *caratteristico* sia in termini di oggetto che di metodi (con relative implicazioni ex. Cass. 10100/2011), alla luce della L.170/2003 (che alle attribuzioni generali previste dalla L.56/89 aggiunge, tramite declaratoria descrittiva, anche specifiche esplicitazioni degli stessi), viene così ulteriormente rafforzato nella forma di “Atto Tipico” richiedente per il suo esercizio apposita abilitazione di Stato, con tutte le implicazioni normative ex. art. 348 CP richiamate da ripetuta Giurisprudenza della Suprema Corte.

6. Atti Tipici e rischio di esercizio abusivo della professione psicologica

Non è un caso che varie figure non qualificate, che a volte si “auto-attribuiscono” presunti ruoli professionali, utilizzino poi nella pratica costrutti, modelli, teorie e tecniche che sono di palese natura o derivazione psicologica; costrutti e tecniche acquisite di sovente in percorsi formativi privati ed extra-accademici, che potrebbero poi essere applicati in logica professionale seppur sotto diverso “nomen” (ad esempio, per fare riferimento generico: *counseling, coaching, armonizzazione, reflecting, pedagogia clinica*, ecc.), aggirando nei fatti, tramite nominalismi formali, quanto invece previsto espressamente e ripetutamente dal Legislatore per l’esercizio a fini professionali degli atti psicologici.

Come ben sottolinea la Cassazione, analizzando il problema generale dell’esercizio abusivo di professione (Cass. 17702/2004) “*la ratio della fattispecie è, infatti,*



quella di evitare che determinate attività, particolarmente delicate e socialmente molto rilevanti, siano lasciate al libero esercizio di chiunque ne abbia voglia”.

Questa riflessione della Suprema Corte (non solo nell’ambito della prevenzione/promozione, ma anche in quello della più ampia attività di “consulenza”) sembrerebbe ben adattarsi a descrivere certe mal definite pratiche di tali “attività” pseudo-psicologiche non normate, che proprio intorno all’uso confusivo di categorie, modelli e tecniche di derivazione palesemente psicologica riproducono nelle loro azioni quello che di fatto è lo svolgimento di attività riservate, tramite l’uso di costrutti teorico-applicativi affini a quelli cui si riferiscono espressamente le riserve di legge della L.56/89 e della L.170/2003; riserve di legge che la Suprema Corte riconosce ripetutamente essere necessarie proprio per evitare che attività professionali di particolare delicatezza tecnica e rilievo sociale siano esercitate senza pubblico controllo da “chiunque lo desideri”, sfruttando quelle che sono competenze scientifico-professionali proprie di professioni ordinistiche.

In quest’ambito, infatti, se pure “l’atto professionale e’ preceduto, accompagnato o seguito dall’adempimento di altri atti necessari od utili, ma non tipici, e l’agente può avere commesso soltanto il non tipico ed il non riservato (...)”, in ogni caso “il giudice deve valutare se l’atto sia comunque espressione di quella competenza e di quel patrimonio di conoscenze che il legislatore ha inteso tutelare attraverso l’individuazione della professione protetta, verificando in particolare, con rigore, se le modalità di esercizio rivelino all’esterno i caratteri tipici di quell’ordinamento professionale” (Cass. 17702/2004).

Rinominare in maniera “creativa” quello che è di fatto un chiaro intervento professionale tecnico-psicologico (ovvero, come già evidenziato, che sia *basato su modelli teorici di derivazione psicologica, tramite l’uso di tecniche o approcci di intervento di derivazione psicologica, ed operando su variabili specificatamente psicologiche*, quali la consapevolezza di sé; le risorse emotive, relazionali o cognitive; il problem-solving; lo stress; l’autostima, l’autoefficacia e l’assertività; la crescita emotiva o relazionale personale; la resilienza, etc., ovvero tutti i costrutti di natura scientifica psicologica), non ne cambia la natura di *atto professionale sostanzialmente tipico* (nel senso di Cass. 11545/2012), il cui esercizio è di stretta competenza di figure qualificate ed abilitate allo stesso.

Tale eventuale prassi di “aggiramento nominalistico” dell’evidenza scientifico-professionale è infatti espressamente stigmatizzata dalla Suprema Corte (Sez. VI, 5 novembre 2008, n. 41183), che valutando l’esercizio abusivo di professione sanitaria scrive: “non è il nomen della professione esercitata a designare il tipo di at-



tività come corrispondente a quella esclusiva(...), ma piuttosto le concrete operazioni eseguite quando la professione è regolamentata dalla legge”.

Ad esempio, le artificiose distinzioni tra “counselling” e “consulenza psicologica”, che alcune volte vengono confusivamente proposte, considerato che il “counseling” è appunto esercitato di norma sulla base di teorie e modelli di derivazione psicologica, con tecniche provenienti dall’ambito psicologico, su processi tipicamente afferenti alla sfera psicologica (cognitivi, emotivi, relazionali, motivazionali) e con obiettivi professionali di natura psicologica, sono quindi evidentemente nominalismi¹⁵; e nulla cambiano della *sostanza* degli atti professionali svolti, “aggirando” con tali nominalismi le tutele per la Salute Pubblica volute invece dal Legislatore e ribadite dalla Suprema Corte¹⁶.

Nel momento in cui il loro svolgimento viene effettuato come attività professionale, l’abuso di professione ex art. 348 CP è quindi oggettivo e palese.

E’ lecito dunque temere che, anche nell’ambito “preventivo”, certe figure non normate (a mero titolo generico ed esemplificativo: “counsellors”, “consulenti filosofici”, “pedagogisti clinici”, “reflectors”, “armonizzatori” e altre analoghe figure pseudo-psicologiche, non normate ed autoaccreditatesi) potrebbero ipoteticamente trovarsi ad esercitare, *de facto*, anche quelle che sono funzioni professionali tipiche dello psicologo ed afferenti ai contenuti e metodi della formazione scientifico-professionale psicologica (vedasi le specifiche declaratorie SSD M-PSI del MIUR); funzioni professionali che non solo in Italia, ma anche in ambito internazionale, sono riconosciute essere di chiara natura psicologica.

Questo principio vale indipendentemente anche dall’orientamento teorico o dalla specifica metodologia utilizzata, afferendo strettamente ad una tutela di ordine più generale. Nel caso in cui ad esempio, l’attività di merito sia effettuata sulla

¹⁵ Anche nei paesi anglosassoni, infatti, nei ruoli psicologici si distinguono solitamente il professionista psicologo che si occupa di consulenza e sostegno (“counselling”), e quello che invece si occupa maggiormente di psicoterapia. In Italia, l’analoga distinzione di legge è tra lo *psicologo* (che secondo la L.56/89 svolge ruoli comprendenti quelli chiamati in inglese “counselling”), e *psicoterapeuta* (che, previa ulteriore specializzazione oltre all’abilitazione come Psicologo, svolge i ruoli chiamati in inglese “clinical psychology/psychotherapy”). Cfr., ad esempio, l’organizzazione delle divisioni di *Counselling/Clinical Psychology* dell’*American Psychological Association*: <http://www.apa.org/about/division/index.aspx>

¹⁶ Si vedano a tal proposito molti dei corsi formativi privati di tali ambiti, liberamente accessibili in Internet, in cui la gran parte della materie insegnate risulta di sovente essere appunto di tipo squisitamente *psicologico*, nonostante le asserzioni pubbliche che in realtà “non starebbero svolgendo attività di natura psicologica”.



base di modelli o tecniche di natura/derivazione umanistico-esistenziale (ad es. counselling basato sui modelli di Maslow, May, Rogers, etc.), cognitiva (psicoeducazione, tecniche di problem-solving, etc.), sistemica, gestaltica o psicodinamico (ovvero psicoanalitica), etc., non rileva minimamente nel merito, vista la comune e palese afferenza di tutti questi modelli, e degli atti che questi sostanziano, alle discipline e prassi psicologiche.¹⁷

Anche in diversi paesi europei, in cui il ruolo funzionale di merito è esplicito in assenza di un Ordine professionale come in Italia, le associazioni di categoria ed i "Board professionali" fanno solitamente riferimento ai criteri formativi previsti da *EuroPsy*, che, in ambito europeo, definisce i criteri minimi per esercitare ruoli professionali di area psicologica (e, nella fattispecie, richiede almeno 5 anni di formazione universitaria in ambito psicologico, più un anno di tirocinio pratico supervisionato)¹⁸.

E del resto, anche nei contesti anglosassoni la formazione per svolgere, o accreditarsi tramite *Board* a ruoli professionali di "counselling" (che anche in tali contesti è appunto intesa come attività di natura e derivazione psicologica e psicosociale), si sviluppa a partire da una formazione accademica in Psicologia, proprio perché le radici teoriche e la modellistica di derivazione psicologica costituiscono il normale spazio di operatività dei cd "counsellors" praticamente in tutto il mondo. Si vedano ad esempio le stesse definizioni ufficiali dei principali Board anglosassoni di merito, quali quella della BACP inglese¹⁹ e dell'ACA statunitense²⁰,

¹⁷ Alcuni, nell'ambito delle figure non ordinate, cercano addirittura di sostenere che teorie, modelli o tecniche derivate dal lavoro *psicologico* di noti *psicologi* e *psicoterapeuti* quali Abraham Maslow, Carl Rogers, Fritz Perls o Rollo May, non sarebbero di natura *psicologica* (forse al fine di evitare, con aggiramenti nominalistici, un dato di fatto a loro sfavorevole) – si tratta, come è evidente anche dal consenso scientifico internazionale di merito che li considera ovviamente costrutti di natura psicologica, di asserzioni oggettivamente prive di alcun fondamento scientifico, storico-culturale e tecnico-professionale.

¹⁸ <http://www.europsy-efpa.eu/>

¹⁹ "Counselling is the skilled and principled use of relationship to facilitate self- knowledge, emotional acceptance and growth and the optimal development of personal resources. The overall aim is to provide an opportunity to work towards living more satisfyingly and resourcefully. Counselling relationships will vary according to need but may be concerned with developmental issues, addressing and resolving specific problems, **making decisions, coping with crisis, developing personal insights and knowledge, working through feelings of inner conflict or improving relationships with others.** The counsellor's role is to facilitate the clients work in ways that respect the client's values, personal resources and capacity for self-determination" (BACP, 1986).

²⁰ "**Counseling is the application of mental health, psychological or human development principles, through cognitive, affective, behavioral or systemic interventions,** strategies that address wellness, personal growth, or career development, as well as pathology" (ACA Governing Council, 1997); "**Counseling is a professional relationship that empowers diverse individuals, families, and groups to accomplish mental health, wellness, education, and career goals**" (ACA, 2010)



che insistono proprio sulle dimensioni strettamente psicologiche dell'intervento del "counsellor".

Più in generale, come ben evidenzia la Suprema Corte parlando di atti professionali sanitari, è l'Atto professionale in quanto tale ad essere tipico; non tanto il sotto-orientamento, la variante o la modalità esecutiva dello specifico modello/tecnica (convenzionale o meno) di volta in volta implementati per attuarlo, o la sua appartenenza più o meno definita al patrimonio scientifico di riferimento; cfr., in ambito sanitario, Cass. 1735/2003, Cass., 34200/2007.

In senso analogo si muove ripetutamente anche la Corte Costituzionale (424/2005, 40/2006), che rispetto al tema di discipline definite come "pratiche che si prefiggono il compito di promuovere lo stato di benessere ed un miglioramento della qualità della vita della persona" mediante "l'armonizzazione della persona con se stessa e con gli ambienti sociale, culturale e naturale che la circondano"²¹, non accoglie le Leggi Regionali all'epoca emanate, e ribadisce che "l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili ed ordinamenti didattici, e l'istituzione di nuovi albi (sentenza n. 355 del 2005) è riservata allo Stato" (C. Cost. 424/2005), sottolineando espressamente che "l'individuazione di una specifica area caratterizzante la «professione» è ininfluenza ai fini della regolamentazione delle competenze derivante dall'applicazione nella materia in esame del terzo comma dell'art. 117 Cost. (sentenze n. 424 e n. 355 del 2005)" (C. Cost. 40/2006).

In tal senso, per il ragionamento suesposto, le competenze e attività professionali di prevenzione del disagio e promozione della salute, sia nel merito, in ambito emotivo-relazionale e psicologico, sia nel metodo, anche in altri contesti sanitari/di benessere, ed indipendentemente dal "nomen" che assumono, se basate sull'uso sostanziale di teorie, tecniche o modelli di natura o derivazione psicologica, e/o per intervenire professionalmente su processi, costrutti od obbiettivi psicologici, configurano palesemente attività caratteristica e tipica della professione di Psicologo; come tale, il loro esercizio è espressamente tutelato nell'interesse pubblico e da ritenere riservato per concordanza di Normativa e Giurisprudenza a coloro che sono stati appositamente formati ed abilitati per Legge, con iscrizione all'Albo di cui alla L. 56/89 art. 2.

²¹ Nel caso di merito, il riferimento è alle cd. "discipline sanitarie non convenzionali"; discipline per le quali la Corte Costituzionale considera una definizione simile a quella con cui – analogamente, nel settore psicologico – varie figure non normate autodescrivono le proprie attività.



Sintesi e conclusioni

In sintesi, in base alle argomentazioni sviluppate ed alle posizioni scientifiche e giuridiche analizzate, possiamo trarre le seguenti conclusioni:

A) Psicologia e funzioni di Prevenzione/Promozione della Salute

- La psicologia è una scienza la cui definizione professionale, in Italia, è articolata da un combinato disposto di norme (L.56/89, L.170/2003, etc.) che ne evidenzia le aree di competenza e le funzioni tipiche, anche in ambito sanitario. Tra queste, sono previste espressamente dal Legislatore le funzioni di "prevenzione".
- In ambito scientifico e di *policies* internazionali, si è evidenziato negli ultimi decenni un deciso passaggio da una "cultura focalizzata sulla eliminazione della malattia" (*Prevenzione*) ad una "cultura focalizzata sulla promozione della Salute" (*Promozione*), che trova la sua massima espressione nella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di "Salute" intesa come "completo benessere fisico, sociale e mentale"; a ciò concorrono strettamente aspetti socio-culturali e psicologici.
- Le professioni di area sanitaria, nei loro diversi ambiti di competenza, sono caratterizzate (scientificamente e normativamente) dall'attribuzione ed esercizio di specifiche competenze tecniche, che si articolano nell'integrazione unitaria di funzioni di prevenzione, diagnosi, intervento, riabilitazione.
- La prevenzione, l'atto diagnostico, l'intervento, la riabilitazione, intese come funzioni professionali, sono quindi azioni trasversali ai diversi "saper fare" professionali di area sanitaria, e le caratterizzano tipicamente; il loro esercizio è riservato per legge a coloro che sono formati e abilitati, in ossequio alle tutele di rango Costituzionale della Salute.

Nel momento in cui l'azione di prevenzione e promozione della salute diventa atto *strutturato*, o si svolge in una logica connotata *professionalmente*, allora per il suo svolgimento sono previste dal Legislatore (e confermate dalla Giurisprudenza) competenze e conoscenze verificabili e certificate, a seguito di apposita abilitazione di Stato, a tutela della Salute quale bene pubblico di rango Costituzionale.



B) Azioni e Funzioni professionali in ambito psicologico

- L'azione professionale psicologica, indipendentemente dai suoi modelli/tecniche di intervento, si dispiega attraverso l'analisi e mediazione della domanda: si caratterizza cioè quale strumento di mediazione tra una "domanda-bisogno" e una "teoria della tecnica" in grado di fare da raccordo rigoroso tra domanda ed azione professionale.
- L'intervento psicologico si basa sull'esplicitazione delle proprie premesse teorico-metodologiche (teorie della mente, teorie della relazione individuo-contesto, teorie del cambiamento), che organizzano l'azione professionale e permettono la comprensione scientifica dei risultati raggiunti. In tal senso, l'intervento psicologico si qualifica non come mera esecuzione di "technè", ma come *funzione professionale complessa*.
- In generale, è quindi tramite la capacità del professionista di comprendere ed eseguire un processo complesso sulla base di una competenza, una formazione ed un'esperienza altamente strutturate che il mero "gesto meccanico" diventa atto professionale tipico, assumendo una diversa prospettiva operativa: la funzione professionale è un insieme processuale di azioni, finalizzato e integrato, e con un forte senso contestuale, in grado di far luce sui nessi concettuali tra teoria, tecnica e domanda.
- L'Atto Tipico è quindi, nella sua sostanza, la competenza esecutiva e contestualizzante di una *technicality* disciplinare, che avviene alla luce di una specifica e dimostrabile capacità di inquadramento scientifico-concettuale e di un'approfondita comprensione teorica dei processi strutturali e contestuali che rilevano per la situazione di merito, con uno scopo professionale.
- E' in tal senso tipicamente psicologico l'atto professionale condotto sulla base di *teorie o modelli* di natura psicologica, con *tecniche* di derivazione psicologica, su *processi* psicologici (cognitivi, emotivi, relazionali, motivazionali) avente *obiettivi* di tipo psicologico.

C) Tipicità psicologica, Atti riservati e abuso di professione

- La mera applicazione di una tecnica preventiva nei relativi ambiti può essere esplicitata anche da diverse professioni sanitarie, ma le *funzioni professionali* di gestione del rapporto tra domanda e tecnica, sulla base di un modello generale



di intervento negli ambiti previsti dalla L.56/89 e 170/2003, appartengono alla competenza specifica dello psicologo, in quanto derivanti dal relativo corpus scientifico-professionale internazionale, sviluppate nei relativi percorsi formativi universitari e riconosciute come tali da normativa e giurisprudenza.

- In particolare, le attività di prevenzione e promozione (salutogenesi) focalizzate sulla promozione di cambiamenti positivi di comportamenti, cognizioni e atteggiamenti, la promozione ed il sostegno al "*behavior change*", l'intervento sugli atteggiamenti e le rappresentazioni sociali legati alla salute, o, in generale, l'intervento di counselling, rappresentano tipiche aree di ricerca e intervento in cui i metodi e tecniche di *behavior/attitude change* sono internazionalmente basate sulla modellistica psicologica e richiedono competenze di merito per essere implementati.
- L'azione di prevenzione/promozione, laddove basata su modelli, atti o scopi di natura psicologica/emotivo-relazionale, assume il significato di *funzione professionale psicologica*.
- Sarebbe preoccupante ai sensi della tutela della salute pubblica, e contro normativa e giurisprudenza, se atti e funzioni rientranti nell'ambito scientifico-normativo delle professioni sanitarie (compreso l'ambito della prevenzione/promozione della salute/benessere), variamente basati su modelli/tecniche di derivazione psicologica, fossero eventualmente esercitati da soggetti senza le relative competenze formative o abilitazioni di legge, indipendentemente dal "nomen" eventualmente assegnato a tali azioni per aggirare le relative tutele e attribuzioni di legge.
- Sui relativi temi degli Atti riservati, in merito all'esercizio abusivo di professione ex. art. 348 C.P., la Giurisprudenza si è espressa ripetutamente, costituendo un combinato disposto (ampiamente analizzato nel Parere) che tutela l'esercizio riservato di tali Atti tipici anche nelle fattispecie di cui al punto precedente.
- La prevenzione e promozione della salute, come del benessere psicologico, indipendentemente dal "*nomen*" che assume o dai diversi modelli teorico-tecnici di natura psicologica su cui si basa, è quindi per definizione una *competenza professionale tipica psicologica*, riservata ai professionisti a ciò abilitati secondo la Legge 56/89.
- **Tale posizione risulta consolidata storicamente, scientificamente e giuridicamente.**



APPENDICE NORMATIVA

Vengono in seguito forniti alcuni riferimenti normativi relativi al tema della tipicità degli atti professionali psicologici di merito, comprese le aree di disagio, prevenzione e promozione, e che ne evidenziano la specifica afferenza psicologica sia da un punto di vista scientifico che professionale:

A. Legge 56/89 (passim)

1. Definizione della professione di psicologo.

1. La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e 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. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito.

2. Requisiti per l'esercizio dell'attività di psicologo.

1. Per esercitare la professione di psicologo è necessario aver conseguito l'abilitazione in psicologia mediante l'esame di Stato ed essere iscritto nell'apposito albo professionale. (...)

3. Sono ammessi all'esame di Stato i laureati in psicologia che siano in possesso di adeguata documentazione attestante l'effettuazione di un tirocinio pratico secondo modalità stabilite con decreto del Ministro della pubblica istruzione (...)

3. Esercizio dell'attività psicoterapeutica.

1. L'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato ad una specifica formazione professionale, da acquisirsi, dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, mediante corsi di specializzazione almeno quadriennali che prevedano adeguata formazione e addestramento in psicoterapia, attivati ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, presso scuole di specializzazione universitaria o presso istituti a tal fine riconosciuti con le procedure di cui all'articolo 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica.

B. DPR 328/2001 (passim)

Capo X - Professione di psicologo

(...) Art. 51.

Attività professionali

1. Formano oggetto dell'attività professionale degli iscritti nella sezione A, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 1, comma 2, restando immutate le riserve e attribuzioni già stabilite dalla



vigente normativa, oltre alle attività indicate nel comma 2, le attività che implicano l'uso di metodologie innovative o sperimentali, quali:

a) **l'uso di strumenti conoscitivi e 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;**

b) le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito;

c) il coordinamento e la supervisione dell'attività degli psicologi juniores.

2. Formano oggetto dell'attività professionale degli iscritti nella sezione B, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 1, comma 2, restando immutate le riserve e attribuzioni già stabilite dalla vigente normativa, le attività di natura tecnico-operativa in campo psicologico nei riguardi di persone, gruppi, organismi sociali e comunità, da svolgere alle dipendenze di soggetti pubblici e privati e di organizzazioni del terzo settore o come libero professionista. In particolare lo psicologo junior:

a) partecipa alla programmazione e alla verifica d'interventi psicologici e psicosociali;

b) **realizza interventi psico-educativi volti a promuovere il pieno sviluppo di potenzialità di crescita personale, d'inserimento e di partecipazione sociale;**

c) **utilizza il colloquio, le interviste, l'osservazione, i test psicologici e altri strumenti di analisi, ai fini della valutazione del comportamento, della personalità, dei processi cognitivi e d'interazione sociale, delle opinioni e degli atteggiamenti, dell'idoneità psicologica a specifici compiti e condizioni;**

d) utilizza con persone disabili strumenti psicologici per **sviluppare o recuperare competenze funzionali di tipo cognitivo, pratico, emotivo e relazionale**, per arrestare la regressione funzionale in caso di malattie croniche, per reperire formule facilitanti alternative;

e) utilizza strumenti psicologici per l'orientamento scolastico-professionale, la gestione e lo sviluppo delle risorse umane;

f) utilizza strumenti psicologici ed ergonomici per rendere più efficace e sicuro l'operare con strumenti, il comportamento lavorativo e nel traffico, **per realizzare interventi preventivi** e formativi sulle tematiche della sicurezza con individui, gruppi e comunità, **per modificare e migliorare il comportamento in situazione di persone o gruppi a rischio;**

g) cura la raccolta, il caricamento e l'elaborazione statistica di dati psicologici ai fini di ricerca.

Art.52.

Esami di Stato per l'iscrizione nella sezione A

1. L'iscrizione nella sezione A è subordinata al superamento di apposito esame di Stato.

2. Per l'ammissione all'esame di Stato è richiesto il possesso della laurea specialistica nella classe 58/S - Psicologia, oltre a un tirocinio della durata di un anno.

3. L'esame di Stato è articolato nelle seguenti prove:



a) una prima prova scritta sui seguenti argomenti: aspetti teorici e applicativi avanzati della psicologia; progettazione d'interventi complessi su casi individuali, in ambito sociale o di grandi organizzazioni, con **riferimento alle problematiche della valutazione e dello sviluppo delle potenzialità personali;**

b) una seconda prova scritta sui seguenti argomenti:
progettazione d'interventi complessi con riferimento alle problematiche della **valutazione dello sviluppo delle potenzialità dei gruppi, della prevenzione del disagio psicologico, dell'assistenza e del sostegno psicologico, della riabilitazione e della promozione della salute psicologica;**

c) una prova scritta applicativa, concernente la discussione di un caso relativo ad un progetto di intervento su individui ovvero in strutture complesse;

d) una prova orale sugli argomenti della prova scritta e su questioni teorico-pratiche relative all'attività svolta durante il tirocinio professionale, nonché su aspetti di legislazione e deontologia professionale.

C. L.170/2003 (passim)

1-ter. Al fine di consentire lo svolgimento degli esami di Stato per l'accesso ai settori previsti nella sezione B dell'albo professionale degli psicologi dall'articolo 53, comma 3, lettera b), del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328, nella predetta sezione B sono individuati i seguenti settori:

- a) settore delle tecniche psicologiche per i contesti sociali, organizzativi e del lavoro;
- b) settore delle tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità.

1-quater. Agli iscritti nei settori di cui alle lettere a) e b) del comma 1-ter spettano, rispettivamente, i titoli professionali di "dottore in tecniche psicologiche per i contesti sociali, organizzativi e del lavoro" e di "dottore in tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità", in luogo del titolo di "psicologo junior" previsto dall'articolo 50, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328.

1-quinquies. Le attività professionali che formano oggetto delle professioni di cui ai commi 1-ter e 1-quater b) sono individuate nel modo seguente:

- a) per il settore delle tecniche psicologiche per i contesti sociali, organizzativi e del lavoro:
 - 1) **realizzazione di progetti formativi diretti a promuovere lo sviluppo delle potenzialità di crescita individuale e d'integrazione sociale, a facilitare i processi di comunicazione, a migliorare la gestione dello stress e la qualità della vita;**
 - 2) applicazione di protocolli per l'orientamento professionale, per l'analisi dei bisogni formativi, per la selezione e la valorizzazione delle risorse umane;
 - 3) applicazione di conoscenze ergonomiche alla progettazione di tecnologie e al miglioramento dell'interazione fra individui e specifici contesti di attività;



4) esecuzione di progetti di prevenzione e formazione sulle tematiche del rischio e della sicurezza;

5) utilizzo di test e di altri strumenti standardizzati per l'analisi del comportamento, dei processi cognitivi, delle opinioni e degli atteggiamenti, dei bisogni e delle motivazioni, dell'interazione sociale, dell'idoneità' psicologica a specifici compiti e condizioni;

6) elaborazione di dati per la sintesi psicodiagnostica prodotta dallo psicologo;

7) collaborazione con lo psicologo nella costruzione, adattamento e standardizzazione di strumenti d'indagine psicologica;

8) attività didattica nell'ambito delle specifiche competenze caratterizzanti il settore;

b) per il settore delle tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità:

1) partecipazione all'equipe multidisciplinare nella stesura del bilancio delle disabilità, delle risorse, dei bisogni e delle aspettative del soggetto, nonché delle richieste e delle risorse dell'ambiente;

2) attuazione d'interventi per la riabilitazione, rieducazione funzionale e integrazione sociale di soggetti con disabilità pratiche, con deficit neuropsicologici, con disturbi psichiatrici o con dipendenza da sostanze;

3) collaborazione con lo psicologo nella realizzazione di interventi diretti a sostenere la relazione genitore-figlio, a ridurre il carico familiare, a sviluppare reti di sostegno e di aiuto nelle situazioni di disabilità;

4) collaborazione con lo psicologo negli **interventi psico-educativi e nelle attività di promozione della salute, di modifica dei comportamenti a rischio, di inserimento e partecipazione sociale**;

5) utilizzo di test e di altri strumenti standardizzati per l'analisi del comportamento, dei processi cognitivi, delle opinioni e degli atteggiamenti, dei bisogni e delle motivazioni, dell'interazione sociale, dell'idoneità' psicologica a specifici compiti e condizioni;

6) elaborazione di dati per la sintesi psicodiagnostica prodotta dallo psicologo;

7) collaborazione con lo psicologo nella costruzione, adattamento e standardizzazione di strumenti d'indagine psicologica;

8) attività didattica nell'ambito delle specifiche competenze caratterizzanti il settore.

D. Declaratorie Settori Scientifico-Disciplinari (SSD) M-PSI - MIUR

M-PSI/01 - PSICOLOGIA GENERALE (EX: M10A - PSICOLOGIA GENERALE, M10C - METODOLOGIA E TECNICHE DELLA RICERCA PSICOLOGICA)

Il settore comprende le competenze scientifico disciplinari relative all'organizzazione del comportamento e delle principali funzioni psicologiche (percezione, emozio-



ne, motivazione, memoria, apprendimento, pensiero, linguaggio) attraverso cui l'uomo interagisce con l'ambiente ed elabora rappresentazioni dell'ambiente e di se stesso. **Comprende altresì le ricerche psicologiche su la coscienza, la personalità, la comunicazione** e l'arte e le competenze relative sia ai metodi e alle tecniche della ricerca psicologica, sia ai sistemi cognitivi naturali e artificiali e alle loro interazioni, sia alla storia della psicologia.

M-PSI/02 - PSICOBIOLOGIA E PSICOLOGIA FISIOLÓGICA (EX: M10B - PSICOBIOLOGIA E PSICOLOGIA FISIOLÓGICA, M10C - METODOLOGIA E TECNICHE DELLA RICERCA PSICOLOGICA)

Il settore raggruppa le competenze scientifico disciplinari concernenti **lo studio dei fondamenti e dei correlati biologici e fisiologici del comportamento e delle funzioni percettive, cognitive ed emotive**, nell'uomo e negli animali, di più immediato interesse psicologico, anche in relazione alle attività motorie e sportive. In generale, comprende le competenze scientifico disciplinari concernenti i rapporti tra strutture nervose e attività psichica. Comprende anche le competenze scientifico disciplinari relative ai metodi e alle tecniche di studio caratteristici degli studi del settore.

M-PSI/03 - PSICOMETRIA (EX: M10C - METODOLOGIA E TECNICHE DELLA RICERCA PSICOLOGICA)

Il settore comprende le competenze scientifico disciplinari specificamente riferite alla misura in psicologia, alla teoria dei test psicologici e alle applicazioni della matematica e della statistica alla psicologia.

M-PSI/04 - PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO E PSICOLOGIA DELL'EDUCAZIONE (EX: M10C - METODOLOGIA E TECNICHE DELLA RICERCA PSICOLOGICA, M11A - PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO E DELL'EDUCAZIONE)

Comprende le competenze scientifico disciplinari concernenti lo studio dei comportamenti e delle principali funzioni psicologiche in una prospettiva ontogenetica che ricopre non solo il periodo dello sviluppo ma l'intero arco della vita; nonché le competenze scientifico disciplinari relative ai metodi e alle tecniche che caratterizzano detti ambiti di studio. Comprende altresì le competenze scientifico disciplinari relative allo studio e alle applicazioni delle conoscenze sui **processi psicologici più specificamente implicati nel campo dell'educazione e dell'orientamento scolastico e professionale.**

M-PSI/05 - PSICOLOGIA SOCIALE (EX: M10C - METODOLOGIA E TECNICHE DELLA RICERCA PSICOLOGICA, M11B - PSICOLOGIA SOCIALE)

Il settore raggruppa le competenze scientifico disciplinari relative alla comprensione delle relazioni tra processi ed eventi collettivi e societari (ambientali, culturali, comunitari, familiari, politici, economici, giuridici) e processi psicologici sociali, individuali e di gruppo (disposizioni, atteggiamenti, comunicazione, interazione, ecc.) che influenzano il funzionamento dei sistemi e sotto-sistemi sociali e da cui sono a loro volta influenzati. Comprende altresì le competenze scientifico disciplinari relative ai metodi e alle tecniche che caratterizzano tale studi.

M-PSI/06 - PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELLE ORGANIZZAZIONI (EX: M10C - METODOLOGIA E TECNICHE DELLA RICERCA PSICOLOGICA, M11C - PSICOLOGIA DEL LAVORO E APPLICATA)



Il settore comprende gli **studi psicologici** sul mondo dell'economia, delle organizzazioni, del lavoro, del tempo libero e dello sport e le applicazioni di tali conoscenze volte sia a orientare il funzionamento dei sistemi sociali, economici, produttivi, organizzativi, ergonomici, sia **a favorire la formazione, l'orientamento e lo sviluppo di competenze e risorse individuali per tali ambiti**. Comprende anche le competenze scientifico disciplinari relative ai metodi di studio e alle tecniche di intervento che caratterizzano il settore.

M-PSI/07 - PSICOLOGIA DINAMICA (EX: M10C - METODOLOGIA E TECNICHE DELLA RICERCA PSICOLOGICA, M11D - PSICOLOGIA DINAMICA)

Comprende le competenze scientifico disciplinari che considerano da un punto di vista psicodinamico e psicogenetico le rappresentazioni del sé, i processi intrapsichici e le relazioni interpersonali (familiari e di gruppo), nonché le competenze relative alle applicazioni di tali conoscenze alla analisi e al trattamento del disagio psichico e delle psicopatologie. Comprende altresì le competenze scientifico disciplinari relative ai metodi e alle tecniche che caratterizzano gli studi in quest'ambito disciplinare.

M-PSI/08 - PSICOLOGIA CLINICA (EX: M10C - METODOLOGIA E TECNICHE DELLA RICERCA PSICOLOGICA, M11E - PSICOLOGIA CLINICA)

Il settore comprende le competenze relative ai metodi di studio e alle tecniche di intervento che, nei diversi modelli operativi (individuale, relazionale, familiare e di gruppo), caratterizzano le applicazioni cliniche della psicologia a differenti ambiti (persone, gruppi, sistemi) per la soluzione dei loro problemi. Nei campi della salute e sanitario, del disagio psicologico, degli aspetti psicologici delle psicopatologie (psicosomatiche, sessuologiche, tossicomane incluse), dette competenze, estese alla psicofisiologia e alla neuropsicologia clinica, sono volte all'analisi e alla soluzione di problemi tramite interventi di valutazione, prevenzione, riabilitazione psicologica e psicoterapia.



DALLA CORNICE EUROPEA ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'evoluzione della Promozione della Salute: il contesto dello sviluppo delle competenze

Secondo i più, la promozione della salute così come la conosciamo ora inizia ad emergere nell'ultima parte del 20° secolo, sulla scia dei precedenti sviluppi del movimento di sanità pubblica e dell'educazione sanitaria. Nel 1948 l'OMS definì la salute come "stato di completo benessere fisico, sociale e psichico e non semplice assenza di malattia o d'infermità" (OMS, 1948). È la prima volta in cui la salute viene definita come un concetto positivo e non come la semplice assenza di malattia.

Questa definizione olistica di salute getta le basi dei tratti distintivi e dei valori che caratterizzeranno la promozione della salute. Il Rapporto Lalonde *A New Perspective on the Health of Canadians* (Una nuova prospettiva sulla salute dei canadesi, 1974) è spesso visto come il punto di partenza di questo nuovo approccio alla salute. Secondo il Rapporto le maggiori cause di morte e malattia vanno oltre il modello biomedico e per promuovere la salute delle popolazioni bisogna prendere in considerazione l'ambiente, i comportamenti individuali e gli stili di vita. Il Rapporto promuove un modello sociale di salute più ampio e l'adozione del "health field concept" (concetto del campo della salute) che si riferisce alla relazione tra la biologia umana, l'ambiente, gli stili di vita e l'organizzazione sanitaria.

Venne proposto un quadro di riferimento universale per esaminare i problemi di salute e per suggerire le azioni necessarie per la loro risoluzione e siccome queste idee erano di ampio raggio ebbero un effetto unificante portando a lavorare insieme su un unico fronte i professionisti della salute, i servizi sanitari, la comunità scientifica, il sistema educativo, i governi (municipale, provinciale e federale), il settore degli affari, le organizzazioni sindacali, le organizzazioni di volontariato e i cittadini canadesi.

Il Rapporto Lalonde ebbe una grande influenza a livello internazionale e si dice che abbia gettato le fondamenta per lo sviluppo della Carta di Ottawa pubblicata dall'OMS nel 1986.

- Tra gli altri fattori che influenzarono l'emergere della moderna promozione della salute vi è la pubblicazione di una serie di documenti chiave da parte dell'OMS che trattano temi simili. La Dichiarazione di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria (1977) ribadiva con forza che la salute è un diritto umano fondamentale e che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile era un risultato sociale in tutto il mondo. Sottolineava anche l'importanza di promuovere la salute e impegnava tutti gli stati membri al "raggiungimento, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta a tutti i popoli del mondo di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva" (OMS, 1978). Nella "Strategia globale per la Salute per tutti entro il 2000" (OMS, 1981), l'OMS metteva la salute al centro Sostenere (nella versione inglese *advocacy*) – creare le condizioni essenziali per la salute;
- Mettere in grado (nella versione inglese *enabling*) – mettere in grado le persone di raggiungere il loro pieno potenziale;



- Mediare – tra i diversi interessi presenti nella società per la ricerca della salute (nella versione inglese *mediate*);

Oltre a queste strategie vengono individuate cinque strumenti d'azione chiave per il raggiungimento della salute delle popolazioni (WHO, 1986; Kickbusch, 2003). Queste azioni sono considerate come parte integrante della pratica di promozione della salute:

- Costruire una politica pubblica per la salute - La promozione della salute va al di là dell'assistenza sanitaria e colloca la salute nell'ordine del giorno di coloro che compiono le scelte politiche in tutti i settori e a ogni livello, per renderli più consapevoli delle conseguenze che hanno le loro decisioni sulla salute
- Creare ambienti favorevoli – la Carta accoglie un approccio socio-ecologico alla salute dove le società in cui le persone vivono e lavorano devono essere in grado di sostenere scelte di vita sane ed essere una fonte di salute per le persone.
- Dare forza all'azione della comunità – mettere le comunità in grado di migliorare la loro salute coinvolgendole nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute.
- Sviluppare le abilità personali – la promozione della salute sostiene lo sviluppo individuale e sociale fornendo l'informazione e l'educazione alla salute, e migliorando le abilità per la vita quotidiana.
- Riorientare i servizi sanitari delle politiche per lo sviluppo e definire che l'obiettivo delle politiche per la salute era di "offrire a tutti l'opportunità di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva". Infine con la pubblicazione della Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (OMS, 1986) venivano lanciati la promozione della salute come concetto e un nuovo campo di azione.

La Carta di Ottawa attinse dagli sviluppi precedenti e li amplificò ed è riconosciuta come il documento fondante la promozione della salute.

La Carta di Ottawa concettualizza la salute come "risorsa per la vita quotidiana" e sposta l'attenzione dalla prevenzione delle malattie alla "costruzione di capacità per la salute" (Brewslow, 1999). In molte parti del mondo, la promozione della salute è stata intesa non solo come un approccio che va al di là dell'assistenza sanitaria ma anche come un impegno per una riforma sociale e per l'equità (Kickbusch, 2003). Lo sviluppo della Carta fu guidato dall'OMS Ufficio regionale di ricerca per l'Europa per un periodo di cinque anni di intensa ricerca e dibattito. La promozione della salute veniva definita come "il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla." (OMS, 1986). La promozione della salute viene vista non come responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma come qualcosa che va al di là degli stili di vita e punta al benessere. Pertanto rappresenta un processo sociale e politico globale che non solo comprende azioni rivolte al rafforzamento delle abilità e delle capacità degli individui, ma anche azioni rivolte al cambiamento delle condizioni sociali, ambientali ed economiche al fine di alleviare il loro impatto sulla salute pubblica e individuale (OMS, 1986). I prerequisiti per la salute individuati nella Carta sono: pace, adeguate risorse economiche, cibo e abitazione, ecosistema stabile e uso sostenibile delle risorse. La Carta individua tre strategie chiave per i promotori di salute:



La responsabilità per la promozione della salute nei servizi sanitari è condivisa tra i singoli, i gruppi della comunità, gli operatori sanitari, le istituzioni che garantiscono il servizio sanitario e i governi. Essi devono lavorare insieme per un sistema di assistenza sanitaria che contribuisca alla ricerca della salute.

La Carta di Ottawa segue un modello socio-ecologico di salute e cerca di affrontare i maggiori determinanti di salute, in particolar modo le disuguaglianze di salute. Quanti sono attivi nella promozione della salute sono incoraggiati ad agire come sostenitori (*advocates*), assicurandosi che sussistano condizioni favorevoli per la salute, come facilitatori (*enablers*) affinché i gruppi delle popolazioni siano in grado di raggiungere il loro pieno potenziale di salute e possano superare le disuguaglianze di salute e infine come mediatori, per fare da arbitri tra i diversi interessi presenti nella società per la ricerca della salute. Questi permangono importanti ruoli della PS nell'affrontare le sfide politiche ed economiche della promozione della salute globale (Scriven and Garman, 2005).

La Carta di Ottawa ha gettato le basi del dibattito internazionale su e dell'azione di PS. Superando la concezione individualistica degli stili di vita e sottolineando gli ambienti sociali e le politiche, l'orientamento della promozione della salute inizia a spostare l'attenzione dal cambiamento dei fattori di rischio individuali o dei comportamenti a rischio al "contesto e significato" delle azioni di salute e ai determinanti che mantengono le persone sane (Kickbusch, 2003). Altri aspetti della promozione della salute sono stati sviluppati e delineati in dichiarazioni e carte successive sviluppate durante gli incontri dell'OMS Promozione della salute ogni quattro anni. La costruzione di una sanità pubblica per la salute è stata affrontata in maggior dettaglio alla conferenza di Adelaide del 1988. Le raccomandazioni esortavano a un'assunzione di responsabilità politica a favore della salute da parte di tutti i settori (OMS, 1988). La Dichiarazione di Sundsvall (OMS, 1991) diede impulso all'approccio dell'OMS degli ambienti favorevoli alla salute (*healthy settings*), che ora rappresenta uno degli approcci strategici attraverso il quale si fa promozione della salute nella maggior parte dei contesti europei (Orme et al., 2007). La Dichiarazione di Jakarta "Introdurre la promozione della salute nel 21° secolo" (OMS, 1997) identifica la povertà come la maggiore minaccia alla salute e sottolinea i pericoli per la salute portati dalla globalizzazione e dal degrado ambientale. Colmare le differenze di equità tra paesi e all'interno degli stessi fu il tema al centro della conferenza tenutasi in Messico (OMS, 2000).

Nel 2005 la Carta di Bangkok per la Promozione della salute in un mondo globalizzato (OMS, 2005) affermava che le politiche e le partnership volte a mettere in grado le comunità di migliorare la loro salute e l'equità in salute dovrebbero essere al centro degli sforzi di sviluppo globali e nazionali. Più recentemente la 7° Conferenza globale tenutasi a Nairobi nel 2009 fornì la prima opportunità per le politiche di promozione della salute globali di essere prese in considerazione nel continente africano (Catford, 2010). La Conferenza si concluse con l'adozione della Dichiarazione di Nairobi Invito all'azione (NC2A – Nairobi Call to Action) che raccoglie le opinioni di più di 600 partecipanti internazionali da più di 100 paesi. Attraverso molteplici forme di partecipazione, l'Invito all'azione ha identificato delle strategie chiave e degli impegni da assumere urgentemente per colmare il divario di attuazione in materia di salute, disuguaglianze di salute e sviluppo attraverso la promozione della salute (OMS, 2009).

La NC2A delinea cinque urgenti responsabilità per i governi e gli stakeholders:

- rafforzare la leadership e la forza lavoro



- rendere la promozione della salute *mainstream*
- mettere in grado (*empower*) le comunità e gli individui
- accrescere i processi di partecipazione
- costruire e applicare conoscenze (WHO, 2009).

La pratica della Promozione della salute

I principi della pratica della PS così come articolati nella Carta di Ottawa per la promozione della salute (OMS, 1986), sono basati su un processo empowering (che mette in grado), partecipato e collaborativo volto ad aumentare il controllo sulla salute e i suoi determinanti. Come descritto da Kickbusch (2003), la Carta di Ottawa ha dato il via a una ridefinizione e a un riposizionamento degli attori che si trovano all'estremità della "salute" nel continuum malattia-salute. Questo riorientamento sposta l'attenzione della pratica dal cambiamento dei fattori di rischio individuali delle malattie o dei comportamenti a rischio al lavoro sui contesti e sul senso dell'azione per la salute e sui fattori protettivi e migliorativi che mantengono le persone in salute. L'inestricabile legame tra le persone e i loro ambienti, in cui la salute viene creata, è alla base di questo approccio socio-ecologico alla salute e fornisce un quadro di riferimenti concettuale per la pratica distinto.

La promozione della salute viene presentata come una disciplina etica, efficace, basata su dei principi e sulle evidenze (Raphael, 2000; IUHPE, 1999) fondata su strategie, teorie, evidenze e valori ben sviluppati che insieme costituiscono una guida per le buone pratiche nella promozione della salute (Kahan and Goodstadt, 2001; McQueen and Jones, 2007).

La promozione della salute è guidata da un insieme di valori e principi chiave (Allegrante et al., 2009) che includono:

- un modello socio-ecologico di salute che prende in considerazione i determinanti culturali, economici e sociali della salute
- un impegno verso l'equità, la società civile e la giustizia sociale
- un rispetto per e una sensibilità verso la diversità culturale
- un impegno verso lo sviluppo sostenibile
- un approccio partecipato per coinvolgere le popolazioni nell'individuazione dei bisogni, nella definizione delle priorità, e nella pianificazione, implementazione e valutazione delle soluzioni di promozione della salute affinché siano pratiche e fattibili per rispondere ai bisogni.

L'OMS (1986) ha descritto i seguenti principi chiave per la pratica della promozione della salute:

- il *whole population approach* (approccio della popolazione globale) considera la popolazione come un tutt'uno nel contesto della vita quotidiana, invece di concentrarsi solo sulle persone a rischio di specifiche malattie o disordini
- concentrazione sui fattori di rischio e protettivi per aumentare il benessere e la qualità della vita



- azione sui determinanti di salute portando l'attenzione sulle condizioni sociali, ambientali ed economiche che sono le cause alla radice della salute e della malattia e che determinano lo stato di salute degli individui e delle popolazioni
- iniziative globali e intersettoriali che vadano al di là dei servizi sanitari che coinvolge usando una serie di diversi, ma complementari metodi e approcci inclusi l'educazione, la legislazione, le misure fiscali, lo sviluppo di comunità e la comunicazione
- interventi volti a promuovere i cambiamenti comportamentali, socio-ecologici e delle politiche
- partecipazione pubblica effettiva, sostenendo le persone nelle loro comunità e incoraggiando le persone a trovare la loro via di gestire la salute delle loro comunità.

Anche i seguenti valori chiave, così come articolati nella strategia "Salute per tutti", forniscono un'importante base per lo sviluppo delle strategie di promozione della salute:

1. la salute come centrale per lo sviluppo umano
2. la giustizia sociale per assicurare che tutti abbiano un equo accesso al cibo, a delle entrate, al lavoro, all'abitazione, all'educazione e ad altri fattori necessari per mantenere una buona salute
3. mettere in grado le persone di esercitare un controllo sulla loro salute e i suoi determinanti
4. comunità che partecipano attivamente
5. politiche pubbliche per la salute
6. ambienti favorevoli alla salute
7. azione intersettoriale e partnership con il settore non-sanitario
8. collaborazione internazionale.

La pratica della promozione della salute si concentra su un'ampia gamma di determinanti di salute e sulle disuguaglianze in salute. Questo include l'attenzione per quei determinanti che possono essere controllati dagli individui, come i comportamenti individuali di salute e l'uso dei servizi sanitari e per altri al di fuori del controllo degli individui come le condizioni sociali, economiche e ambientali.

Quindi, le azioni che aiutano le persone ad adottare e mantenere stili di vita salutari e creano ambienti di vita favorevoli per la salute sono elementi chiave di una pratica effettiva di promozione della salute (IUHPE, 2000).

Una caratteristica fondamentale della pratica di promozione della salute è l'uso dell'approccio partecipato e dell'empowerment. L'empowerment è definito come il processo attraverso il quale le persone acquistano un maggiore controllo sulle decisioni e le azioni che influenzano la loro salute (Nutbeam, 1998). In questo modo la promozione della salute affronta le tematiche di salute facendo "con" le persone piuttosto che "alle" o "per" loro. L'idea al centro di un processo di empowerment è l'approccio partecipato dal basso verso l'altro che ha come punti di partenza il modo in cui la salute e i suoi determinanti sono percepiti dall'individuo, dal gruppo o dalla comunità (WHO, 1998;



Tengland, 2009). Questo approccio è forse la più importante caratteristica della salute in quanto incorpora i valori chiave della promozione della salute: empowerment, giustizia sociale ed equità, inclusione e rispetto.

La promozione della salute riguarda anche lo sviluppo e l'implementazione delle politiche pubbliche per la salute e il rafforzamento dell'azione di comunità attraverso il lavoro con la comunità, i gruppi di volontariato, i servizi esistenti e i leader di comunità, costruendo sulle forze e sulle risorse esistenti per aumentare l'auto-aiuto e il sostegno sociale e per sviluppare sistemi flessibili volti a rafforzare la partecipazione pubblica in materia di salute (WHO, 1986).

Come detto prima, la promozione della salute sottolinea l'importanza di un'azione sinergica evidenziando la necessità che gli approcci top-down delle politiche e quelli bottom-up delle azioni di comunità lavorino insieme per raggiungere obiettivi comuni. Le azioni di promozione della salute come emerge dalla Carta di Ottawa richiedono l'uso di strategie multiple e complementari. Le cinque aree d'azione chiave sono: Costruire le politiche pubbliche per la salute; creare ambienti favorevoli; rafforzare l'azione di comunità, sviluppare le competenze personali e riorientare i servizi sanitari, continuare a offrire il modello della pratica di promozione della salute. Le revisioni degli interventi di promozione della salute indicano che gli interventi più efficaci usano una combinazione di queste strategie integrate lavorando a livelli multipli sui determinanti di salute strutturali, di comunità e individuali (Jackson et al., 2005).

La promozione della salute contemporanea si basa su una serie di prospettive teoriche e disciplinari e opera a diversi livelli al fine di favorire le condizioni e le opportunità di empowerment personale, di comunità e organizzativo; partnership e alleanze efficaci; le politiche pubbliche per la salute e cambianti riorientati sostenibili. Ciò si può concettualizzare sia in termini di politiche e pratica sia in termini di radici filosofiche e disciplinari che hanno guidano la teoria e la pratica di promozione della salute (Orme et al., 2007).

Letteratura e documenti europei OMS / UE

Carta di Ottawa

La definizione riassuntiva che di questo costrutto ha dato (nel 1995) l'Organizzazione Mondiale della Sanità recita:

"La Qualità della Vita è la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni. Riguarda quindi un concetto ad ampio spettro, che è modificabile in maniera complessa dalla percezione della propria salute fisica e psicologico-emozionale, dal livello di indipendenza, dalle relazioni sociali e dall'interazione con il proprio specifico contesto ambientale" (WHO, 1995, p. 1403)

Osserviamo quindi che la sua valutazione e misurazione non è riconducibile alla rilevazione dei soli parametri oggettivi ma anzi è la componente soggettiva l'elemento centrale del costrutto di *QoL*. **Questa accentuazione del ruolo della componente soggettiva nella misura della Qualità della Vita, diventa quindi non solo significativa per la definizione del costrutto stesso, ma implica anche conseguenze metodologiche.**



Altri passi importanti sono stati attuati da organismi internazionali, europei e nazionali nell'ambito del cambiamento da un paradigma di matrice sanitaria a uno improntato alla promozione della salute.

Citiamo qui di seguito i più importanti documenti in ordine cronologico:

1978 - Dichiarazione di Alma Ata

1986 - Carta di Ottawa

1998 - 21 Obiettivi per il 21 secolo

1998 - Salute 21 OMS

2003 - Città Sane-32-Indicatori

2007 - La salute in tutte le politiche - la dichiarazione

2007 - Unione Europea - libro bianco salute

IUHPE/le iniziative europee

Nel 2005 il Comitato Regionale europeo della IUHPE ha creato un sotto-comitato con lo scopo di elaborare raccomandazioni sullo sviluppo della formazione, dell'accREDITamento e degli standard professionali per la promozione della salute nell'Unione Europea. Uno studio esplorativo sugli sviluppi della promozione della salute nella regione europea è stato portato avanti da Santa-María Morales and Barry (2007) a nome del sotto-comitato. Gli obiettivi dello studio erano:

- esaminare il livello della formazione specialistica in promozione della salute nelle regioni europee
- determinare la situazione corrente in materiale di accREDITamento e registrazione professionale degli operatori di promozione della salute nei paesi
- avere una visione d'insieme del lavoro corrente a livello nazionale/regionale in materiale di competenze e di standard professionali
- determinare l'esistenza e la situazione attuale dei percorsi professionali nella promozione della salute nei diversi paesi

Sono stati ricevuti dati da 33 paesi e lo studio ha riscontrato che la formazione in promozione della salute sta attraversando un processo di sviluppo in Europa, sebbene nei diversi paesi ci siano diversi livelli di sviluppo. Solo un piccolo numero di paesi ha riportato sviluppi attivi nelle competenze per la promozione della salute e sono stati riportati diversi livelli di sviluppo. Lo studio prova che in almeno 7 paesi è in corso uno sviluppo delle competenze per la promozione della salute e in 4 lo sviluppo degli standard professionali. Nonostante il piccolo numero di sistemi esistenti, le conclusioni dello studio indicano che c'è un'esperienza sulla quale lavorare per lo sviluppo delle competenze e degli standard professionali a livello pan-europeo (Santa-María Morales and Barry, 2007).



Sulla base delle informazioni raccolte attraverso lo studio esplorativo, il sotto-comitato IUHPE/EURO ha attivato un progetto pilota con partecipanti di sette paesi per verificare la fattività di un sistema di accreditamento basato sulle competenze a livello pan-europeo. Il progetto portato avanti da Battel-Kirk e Barry (2009) individua il livello di interesse per e il progresso verso questo sviluppo all'interno dei paesi partecipanti ed esplora le barriere e gli stimoli ad un accreditamento basato sulle competenze.

27 Complessivamente il progetto ha confermato il sostegno ad un sistema pan-europeo e ha raccomandato che questo sistema tenga in considerazione le differenze tra paesi europei in termini di sistemi sanitari, livello di infrastrutture e sviluppo della promozione della salute. I partecipanti a questo progetto, con altri otto partner, hanno proseguito con lo sviluppo di una proposta per ottenere fondi dall'Agenzia esecutiva per la sanità pubblica della Commissione Europea (ora Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori). La proposta ha avuto successo ed ora è il progetto CompHP. I partner del progetto sono stati anche attivi nello sviluppo del Galway Consensus Statement (Dichiarazione di consenso di Galway) sulle aree delle competenze chiave per la PS (Allegrante et al., 2009), che venne visto come portatore di un quadro di riferimento potenzialmente utile per gli sviluppi europei.

Il Manuale sugli Standard Professionali per la Promozione della Salute, redatto nel gennaio 2012 da CompHP (progetto europeo), in sintesi descrive quanto segue, che sono standard, tutti irrinunciabili, per poter essere accreditati come "promotori di salute":

Introduzione

Questa revisione della letteratura fa parte del lavoro del progetto intitolato "Sviluppare le competenze e gli standard professionali per la costruzione delle competenze di promozione della salute (PS) in Europa (CompHP)". Il progetto CompHP ha lo scopo di identificare, concordare e divulgare le competenze chiave per la pratica professionale, la formazione di base e permanente in promozione della salute in Europa. Questa revisione offre un panorama della letteratura europea e internazionale pubblicata sullo sviluppo delle competenze per la promozione della salute, prendendo in considerazione i lavori degli ambiti ad essa connessi. Sono stati analizzati i metodi e i processi comunemente usati per lo sviluppo di competenze. L'evoluzione della promozione della salute, come viene realizzata oggi e da chi, le differenze tra i paesi in merito alla comprensione e alla pratica della promozione della salute, della sanità pubblica e dell'educazione alla salute vengono esaminate con l'intento di identificare e concordare competenze chiave. Vengono delineati e discussi gli elementi contestuali e critici in questo ambito di lavoro. I risultati della revisione formeranno la base per lo sviluppo di un quadro di riferimento e di un processo di costruzione del consenso per lo sviluppo delle competenze per la promozione della salute in Europa.

Background del progetto CompHP

Il progetto CompHP, che è finanziato dall'Agenzia Esecutiva per la Salute e i Consumatori (EAHC), ha lo scopo di sviluppare standard basati sulle competenze e un sistema di accreditamento per la pratica professionale e la formazione nell'ambito della PS, che avranno un impatto



positivo sulla capacità degli operatori di migliorare la sanità pubblica in Europa. Il progetto usa un approccio di costruzione del consenso e mira alla collaborazione con professionisti, i *policy maker*, i formatori e professori di tutta Europa. Il progetto, che riunisce 22 partner con esperienza nei settori dello sviluppo professionale, delle politiche, della pratica professionale e dell'insegnamento, svilupperà, sperimenterà e perfezionerà l'implementazione di un sistema sostenibile basato sulle competenze in paesi con diversi livelli di sviluppo delle infrastrutture (da sviluppate a praticamente inesistenti). L'iniziativa si sviluppa a partire dal lavoro del sub-comitato della Regione Europea dell'Unione Internazionale per la Promozione e l'Educazione per la Salute (IUHPE) per la formazione, l'accreditamento e gli standard professionali che, sotto la guida del Vice Presidente per il *capacity building*, l'educazione e la formazione, ha cercato di sviluppare un quadro europeo di competenze per la PS. Il progetto includeva una mappatura a livello europeo (Santa-maria Morales e Barry, 2007), e uno studio di fattibilità (Battel-Kirk e Barry, 2009) sull'implementazione di un sistema di accreditamento basato sulle competenze da parte della IUHPE EURO. Il progetto svilupperà e diffonderà un insieme di competenze chiave e standard professionali e un sistema coordinato di accreditamento per la garanzia di qualità nella PS.

La logica alla base del progetto CompHP è che la promozione della salute sia un campo in evoluzione in Europa con una forza lavoro diversificata e crescente proveniente da diverse discipline. Tuttavia, nonostante la varietà, si riconosce l'esistenza di un insieme specifico di competenze, conoscenze e capacità che rappresentano e sono distintive della pratica della PS (Allegrante et al., 2009; Barry et al., 2009). Lo sviluppo di una forza lavoro per la PS a livello internazionale ha rinnovato l'interesse per l'identificazione di competenze necessarie per una pratica e una formazione di PS efficaci. Nel contesto del *capacity building* e dello sviluppo della forza lavoro, l'identificazione di competenze chiave offre un mezzo per costruire una visione condivisa di quali siano le conoscenze specifiche e le capacità richieste per una pratica della PS efficace. Una forza lavoro competente con le conoscenze, capacità e abilità necessarie per tradurre le politiche, la teoria e la ricerca in azioni efficaci è fondamentale per la crescita e lo sviluppo futuro della PS globale (IUHPE, 2007); Barry, 2008; Battel-Kirk et al., 2009; WHO, 2009).

La documentazione di merito ha analizzato le conoscenze, le competenze, ed i criteri di performance per i seguenti standard:

STANDARD - 1 : Rendere possibile il cambiamento

Mettere in grado gli individui, i gruppi, le comunità e le organizzazioni di costruire capacità per l'azione di promozione della salute volta a migliorare la salute e a ridurre le disuguaglianze.

STANDARD - 2 : Fare azione di advocacy per la salute

Fare azioni di advocacy con e a nome di individui, comunità e organizzazioni per migliorare la salute e il benessere e per costruire competenze per le azioni di promozione di salute.

STANDARD - 3 : Mediazione tra i partner coinvolti

Lavorare in modo collaborativo con le altre discipline, gli altri settori e partner per migliorare l'impatto e la sostenibilità dell'azione di promozione della salute.

STANDARD - 4 : Comunicazione

Comunicare in modo efficace le azioni di promozione della salute usando tecniche e tecnologie appropriate per i diversi target.



STANDARD - 5 : Leadership

Contribuire allo sviluppo di una visione comune e di obiettivi strategici per l'azione di promozione della salute.

STANDARD - 6 : Valutazione iniziale

Condurre la valutazione dei bisogni e delle risorse in collaborazione con i portatori di interesse, nell'ambito dei determinanti politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici per promuovere o comprendere la salute.

STANDARD - 7 : Pianificazione

Sviluppare obiettivi di promozione della salute misurabili e obiettivi basati sulla valutazione dei bisogni e delle risorse in collaborazione con i portatori di interesse.

STANDARD - 8 : Implementazione

Implementa azioni di promozione della salute efficaci ed efficienti, culturalmente sensibili, etiche, in collaborazione con i portatori di interesse.

STANDARD - 9 : Valutazione e Ricerca

Usare i metodi appropriati di valutazione e ricerca, in collaborazione con i portatori di interesse, per definire la portata, l'impatto e l'efficacia dell'azione di promozione della salute.

Chi sono gli operatori della Promozione della salute?

Gli operatori della promozione della salute includono un'ampia gamma di persone e agenzie che lavorano per la promozione della salute. Il sistema delle risorse di promozione della salute dell'Ontario (2005) usa la seguente definizione: "I promotori della salute includono quanti lavorano per promuovere la salute così come definito nella Carta di Ottawa indipendentemente dalla professione. Includono persone, organizzazioni e gruppi di diversi settori. Il lavoro di promozione della salute può essere pagato o volontario". Secondo Hyndman (2009), "i promotori della salute dovrebbero essere capaci di valutare la natura di una questione o di un problema di salute e fornire analisi e consigli su come affrontarla attraverso un misto appropriato di strategie di promozione della salute includendo la mobilitazione della comunità, l'educazione sanitaria, l'advocacy, lo sviluppo delle politiche e il cambiamento organizzativo. Questo insieme di competenze costituisce il valore aggiunto che i promotori di salute portano al campo della sanità pubblica".

Promuovere la salute può includere una grande varietà di lavoratori, tuttavia, in molti paesi è sempre più comune che gli operatori della salute abbiano la promozione della salute come aspetto identificatore del loro ruolo. C'è anche un gruppo di professionisti che si considerano specialisti della promozione della salute in virtù della loro formazione dedicata (laurea o post-laurea), delle loro funzioni specialistiche e della loro esperienza in promozione della salute. La promozione della salute è una funzione chiaramente definita in un certo numero di paesi ed è aperta a persone provenienti da diverse discipline che hanno ottenuto un'educazione e una formazione specifica in promozione della salute e un continuo sviluppo professionale per mantenere le conoscenze aggiornate.

Taub et al., (2006) sottolineano la distinzione che spesso viene fatta tra specialisti della promozione della salute o professionisti della promozione della salute designati (per es. quanti hanno promozione della salute nel loro titolo di lavoro), e la più ampia forza di lavoro della promozione



della salute. Quindi, le definizioni dei ruoli e delle responsabilità e dei relativi livelli di conoscenza e di competenze richiesti per questi diversi livelli di pratica tendono a differenziarsi in modo considerevole e devono essere presi in considerazione. Fino ad oggi, gli sforzi per delineare le competenze, per es. in Australia, Canada, Olanda e Gran Bretagna, sono stati fatti per gli specialisti di promozione della salute ma hanno sottolineato che questi sviluppi non intendono escludere la più ampia forza di lavoro della promozione della salute.

Alcuni paesi, come gli Stati Uniti e l'Australia, hanno sviluppato carriere ben definite e modelli di programmi per la formazione accademica e la preparazione professionale rivolti agli specialisti dell'educazione sanitaria e della promozione della salute. Invece, molti paesi in Europa e altrove non considerano la promozione della salute come un'area di pratica specialistica ma piuttosto hanno cercato di inserire queste funzioni sotto l'ombrello più ampio della multidisciplinare professione della sanità pubblica. Quindi, le varianti culturali dei ruoli della medicina, della sanità pubblica, della promozione della salute e dell'educazione sanitaria hanno influenzato nei vari paesi i concetti di pratica professionale, preparazione professionale, autorità e autonomia professionale (Taub, 2009).

Il livello di professionalizzazione della pratica di promozione della salute varia nelle diverse culture dato che la promozione della salute copre una vasta gamma di attività: dagli specialisti di promozione della salute con ruoli di leadership e di esperti tecnici, ai generalisti o professionisti della promozione della salute, ricercatori e individui di diverse professioni il cui lavoro si basa su una prospettiva di promozione della salute (Santa-María Morales and Barry, 2007). Nonostante questo, esiste senza dubbio un insieme di conoscenze e competenze, valori e principi che costituiscono e sostengono la promozione della salute e che quindi ne fanno un'area di pratica distinta.

A livello internazionale ci sono diverse organizzazioni come l'OMS e l'Unione Europea che hanno un ruolo chiave nell'avanzamento della promozione della salute. A livello nazionale e locale la promozione della salute è generalmente una responsabilità dei dipartimenti di Sanità governativi che lavorano in stretta collaborazione con i servizi sanitari, le organizzazioni non-governative/di volontariato, i dipartimenti accademici, i governi locali e le aziende sanitarie. La promozione della salute non può essere un'attività centrale di organizzazioni come la Banca Mondiale o l'autorità locale ma le loro attività possono contribuire in modo significativo alla promozione della salute nella società (Naidoo and Wills, 2009). Come ONG, la IUHPE (Unione Internazionale per la Promozione dell'Educazione alla Salute) condivide con l'OMS e con altre organizzazioni governative e ONG la responsabilità dello sviluppo globale della promozione della salute. La IUHPE è un'associazione mondiale, indipendente, professionale composta di individui e organizzazioni impegnate a migliorare la salute e il benessere delle persone attraverso l'educazione, l'azione di comunità e lo sviluppo delle politiche pubbliche per la salute. La missione della IUHPE è di promuovere la salute e il benessere globali e di contribuire al raggiungimento dell'equità nella salute tra i paesi del mondo e all'interno dei medesimi. La IUHPE realizza la sua missione costruendo e gestendo una rete globale e professionale di persone e istituzioni per incoraggiare il libero scambio di idee, conoscenze, know-how, esperienze e lo sviluppo di progetti in collaborazione, sia a livello globale e regionale. Per raggiungere questi obiettivi la IUHPE realizza molteplici attività attraverso i suoi panni di lavoro globali e regionali e offre alla rete globale sostegno reciproco e avanzamento professionale dei suoi membri.



Bibliografia

1. Bandura, A. (2004). *Health Promotion by Social Cognitive Means*. Health Educ Behav, April 2004 vol. 31 no. 2 143-164.
2. Baum, A., Revenson, T.A., Singer J.E. (2001), *Handbook of Health Psychology*, Lawrence Erlbaum Associates.
3. Bertani, A, (2009), *I poteri normativi degli ordini professionali: un esempio di competenza riservata*, in Dir. amm. 2009, 91 ss.
4. Brown, R. T. et al. (2002). *The role of psychology in health care delivery*. Professional Psychology: Research and Practice, Vol 33(6), Dec 2002, 536-545.
5. Bruni L. (2006), *Reciprocità. Dinamiche di cooperazione, economia e società civile*
6. Bruno Mondadori, Milano; Bruni, L. "I beni relazionali" - <http://www.fabbricafilosofica.it>
7. Carli, R., Paniccia, R. M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino(vedi funzione sostitutiva funzione integrativa).
8. Carli, R., Paniccia, R. M. (1993). *Percorsi per la definizione del prodotto in psicologia clinica*. In Rivista di Psicologia Clinica. Vol.7 (2-3), 21-45.
9. Carli, R. (1988). *Per una teoria della tecnica*. In Rivista di Psicologia Clinica. Vol.2 (1), 6-21.
10. Carli, R., Paniccia, R. M., Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
11. Cobb, Clifford and Craig Rixford (1998), *The Uses and Abuses of Social Indicators*. Paper presented at the CSLS Conference on the State of Living Standards and Quality of Life in Canada, October 30-31, Ottawa, Ontario
12. Cummins, Robert A. (1997), *Comprehensive Quality of Life Scale-Adult*, School of Psychology, Deakin University, Australia.
13. Diener, Ed (1994), *Subjective Well-being*, Psychological Bulletin 94(3):542-575. Diener, Ed (1995), "A Value Based Index for Measuring National Quality of Life," Social Indicators Research, 36:107-127.
14. Estes, Richard J. (1997), *Social Development Trends in Europe, 1970-1994: Development Prospects for the New Europe*, Social Indicators Research 42:1-19.
15. Foster, Peter (1999), *The Bureaucrats' Pursuit of Happiness*, Financial Post, July 14. Gwartney, James and Robert Lawson (1998), *Economic Freedom of the World, 1998/1999 Interim Report*, (Vancouver: Fraser Institute).
16. Foster, Peter (1999), *The Bureaucrats' Pursuit of Happiness*, Financial Post, July 14.
17. Friedman. H.S., Cohen Silver, R. (2006). *Foundations of Health Psychology*, Oxford University Press.
18. Friedman, H.S. (2011). *The Oxford Handbook of Health Psychology*, Oxford University Press.
19. Galimberti, U. (1999). *Enciclopedia di Psicologia*, Garzanti.
20. Grasso, M., Salvatore, S. (1993). *La capacità decisionale come prodotto della psicologia*



- clinica. Lineamenti per una teoria della funzione professionale.* In Rivista di Psicologia Clinica. Vol.7 (2-3), 46-91.
20. Grasso, M., Salvatore, S. (1997). *Pensiero e decisionalità. Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia.* Milano, Franco Angeli.
 21. Grasso, M., Bianco, A. (2005). *Lo psicologo clinico nella scuola: nuove strategie per migliorare la qualità dell'esperienza scolastica.* In T. Mannarini, Perucca, A., Salvatore, S. (a cura di). *Quale psicologia per la scuola del futuro?* Roma, Edizioni Car.
 22. Gwartney, James and Robert Lawson (1998), *Economic Freedom of the World, 1998/1999 Interim Report,* (Vancouver: Fraser Institute).
 23. Handerson H. (1999) *Beyond Globalization,* Bloomfield, Kumarian Press.
 24. Henderson, D. W. (1974), *Social Indicators: A Rationale and Research Framework,* (Ottawa: Economic Council of Canada).
 25. Iannella, G. (2009). *L'azione anti-psicologica del senso comune.* In rivista di Psicologia Clinica. N 2 http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_09/copertina.htm
 26. Institute for the Future (2003). *Health and Health Care 2010, The Forecast, The Challenge.* 2nd Edition, Jossey-Bass, Princeton; cfr. pag. 23, su dati IFTF e CDC
 27. Ladd, Everett Carll and Karlyn H. Bowman (1998), *What's Wrong: A Survey of American Satisfaction and Complaint,* (Washington, D.C.:AEI Press and Storrs, Connecticut: Roper Centre for Public Opinion Research, University of Connecticut).
 28. Land, Ed (1999), "Social Indicators," in Edgar F. Borgatta and Rhonda V. Montgomery (eds), *Encyclopedia of Sociology,* (New York: MacMillan).
 29. McGillivray, M. (1991), "The Human Development Index: Yet Another Redundant Composite Development Indicator," *World Development* 19(10).
 30. Messinger, Hans and Abe Tarasofsky (1997), *Measuring Sustainable Economic Welfare: Looking Beyond GDP.* Paper presented at the annual meeting of the Canadian Economics Association, St. John's, Newfoundland, June 2-4.
 31. Mishel, Lawrence, Jared Bernstein and John Schmitt (1999), *The State of Working America, 1998-99,* Cornell University Press.
 32. Osberg, Lars and Andrew Sharpe (1998). "An Index of Economic Well-being for Canada," in *The State of Living Standards and Quality of Life in Canada* (University of Toronto Press).
 33. Peterson, Mark and Naresh K. Malhotra (1997), "Comparative Marketing Measures of Societal Quality of Life: Substantive Dimensions in 186 Countries," *Journal of Macromarketing* 17 (Spring):25-38. Redefining Progress (1995), *The Genuine Progress Indicator: Summary of Data and Methodology.* Sen A. *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation,* (Italian translation: Mondadori, 1997). Sen A. *Resources. Values and Development,* (Italian translation: Bollati Boringhieri, 1992). Sen A. *The Quality of Life,* (edited with Martha Nussbaum Italian translation, Feltrinelli, 1997). Sen A. *The Standard of Living,* (edited by G. Hawthorne, Italian translation: Marsilio, 1993).
 34. Prandstaller, G. P. (2010) *Le professioni possono andare oltre.* Italia oggi, n. 83 8/4/2010 pag. 35, http://www.francoangeli.it/Recensioni/2000p1245_R1.pdf
 35. Redefining Progress (1995), *The Genuine Progress Indicator: Summary of Data and Methodology.*



36. Salvatore, S. (1993). *Il prodotto in psicologia clinica. Considerazioni sulla capacità di domanda del mercato*. In Rivista di Psicologia Clinica. Vol.7 (2-3), 92-05/01/1900
37. Salvatore, S. (1994). *La centralità del prodotto come problema socio-tecnico. Considerazioni sulla psicologia come sistema professionale*. In Lo Psicologo. Vol.4 (1), 125-138.
38. Salvatore, S., Cordella, B., Paplomatas, A., Sgolastra, P. (1997). *Tra Scilla e Cariddi. Una analisi dei modelli di ricerca in psicologia clinica*. In R. Carli (a cura di). *Formarsi in psicologia clinica*. Roma: Edizioni Kappa, 151-187
39. Salvatore, Scotto di Carlo (2005), *L'intervento psicologico per la scuola. Modelli, Metodi, Strumenti*. Roma: Carlo Amore
40. Salvatore, S. (2006). *Modelli della conoscenza ed agire psicologico*. In rivista di Psicologia Clinica n 2-3. http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_3/Salvatore.htm
41. Sen, A. *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*, (Italian translation: Mondadori, 1997).
42. Sen, A. *Resources. Values and Development*, (Italian translation: Bollati Boringhieri, 1992).
43. Sen, A. *The Quality of Life*, (edited with Martha Nussbaum Italian translation, Feltrinelli, 1997).
44. Sen, A. *The Standard of Living*, (edited by G. Hawthorne, Italian translation: Marsilio, 1993).
45. Smith, T.W.; Orleans, C. T.; Jenkins, C. D. (2004). *Prevention and Health Promotion: Decades of Progress, New Challenges, and an Emerging Agenda*. *Health Psychology, Vol 23(2), Mar 2004, 126-131*.
46. Townson, Monica (1999), *Health and Wealth: How Social and Economic Factors Affect our Well Being* (Halifax: Lorimer and Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives).
47. United Nations Development Program (1998), *Human Development Report, 1998* (New York: Oxford University Press).
48. Vannoni S., Giardina F., Micozzi M., Palma P.L., Porcelli P., Tonzar C., Sartori G. (2009) *Parere sulla Diagnosi Psicologica*, Consiglio Nazionale Ordine Psicologi.
49. Weston, Ruth, Christine Millward and Viviana Lazzarini (1995), *Facets of Living Standards: The Department of Social Security Community Research Project*, Department of Social Security, Research Paper No. 70, October (Canberra: Australian Government Publishing Service).
50. WHO (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>
51. World Bank (1997), *Expanding the Measure of Wealth: Indicators of Environmentally Sustainable Development*, Environmentally Sustainable Development Studies and Monograph Series No.17



Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

Piazzale di Porta Pia, 121
00198 Roma

Tel. 06.44292351
Fax 06.44254348
E-mail: info@psy.it
Sitoweb: www.psy.it