

Codice Deontologico: 24 cose da rivedere.

Questo articolo sul Codice Deontologico lievita ormai da qualche mese fra i miei appunti. Non mi decidevo a finirlo: l'argomento è impegnativo, complesso, suscita rispetto.

Poi è accaduto qualcosa: mi è arrivata fra le mani una bozza di revisione del Codice Deontologico proveniente dal CNOP. E ho capito che era il caso di appoggiare un paio di carte sul tavolo.

Il nostro Codice Deontologico ha quasi 25 anni, e secondo me funziona ancora bene: copre adeguatamente le varie situazioni in cui possiamo trovarci nel nostro lavoro, è una buona guida nell'attività ordinaria come nelle situazioni critiche, ha dimostrato di essere durevole.

Ma quasi trent'anni di storia sulle spalle si sentono.

La società è cambiata. Sono intervenute nuove normative. La professione stessa è molto diversa e propone nuove sfide. Nel frattempo si è accumulata casistica disciplinare, purtroppo mai archiviata in modo sistematico e quindi indisponibile allo studio.

Oggi ha senso immaginare un restyling. L'iniziativa del CNOP è condivisibile, in sé. Ed è parte del suo mandato istituzionale. Ma non così. Non in questo modo approssimativo, con modifiche totalmente di superficie, e a tentoni sul piano metodologico.

Il tema metodologico è importante: COME definire le revisioni?

L'articolo 41 del Codice Deontologico riconosce 4 attori del processo: l'Osservatorio permanente sul Codice Deontologico, la Commissione Deontologia del CNOP, il CNOP, gli Ordini

territoriali.

L'Osservatorio ha un ruolo chiave: è organo tecnico (permanente) che raccoglie la giurisprudenza degli Ordini e sulla base di questa produce le proposte di revisione che la Commissione Deontologia (organo politico non permanente) presenta al CNOP (organo apicale della professione) , a cui la legge 56/89 affida il compito di gestire le revisioni del Codice.

Poi, certamente, il quinto attore è la comunità professionale che si esprime tramite referendum. Ma in questa ultima fase i giochi sono fatti.

Ora, l'Osservatorio Permanente non esiste. Non è mai stato istituito. Per cui manca un organo tecnico che analizzi la giurisprudenza e fornisca le indicazioni tecniche. In sua vece sta agendo una Commissione Deontologia, che per sua natura non offre alcuna garanzia di competenza tecnica. E si vede.

Questa Commissione, poi, agisce in modo del tutto sconclusionato convocando i componenti delle Commissioni disciplinari di tutti gli Ordini territoriali. Che sono composte nei modi più svariati, spesso nemmeno da psicologi, sono insediate alla meglio da due anni e svolgono la funzione disciplinare, applicativa, che è del tutto diversa dalla funzione tecnico-consultiva che forse la Commissione Deontologia del CNOP immagina per loro.

Un gran pasticcio.

A danno fatto, non si può certo immaginare che basti tirare in piedi un percorso a caso per modificare il Codice Deontologico. Qui occorre rimediare alle mancanze con un processo quanto più ampio possibile, e con il coinvolgimento di figure della professione che abbiano competenze tecniche riconosciute, almeno per supplire un poco alla mancanza della giurisprudenza e dell'Osservatorio permanente.

Ecco, con questo spirito avvolto dal caos, ho provato a raccogliere le osservazioni che negli anni ho accumulato nella mia esperienza professionale di psicologo, nel pubblico e nel privato, e nella mia esperienza di servizio nelle istituzioni di categoria.

Non miro ovviamente ad essere esaustivo. Mi basta – in questa fase – segnalare alcuni temi che ritengo necessario trattare in qualunque eventuale revisione.

Ecco dunque le mie personali osservazioni.

PRINCIPI GENERALI DELL'OPERARE PROFESSIONALE

(1) IL DIRITTO ALLA RICERCA DELLA FELICITÀ

La nostra Costituzione Italiana non cita la ricerca della felicità. Quella americana sì, ad esempio.

Quanto è importante per noi psicologi, come driver del nostro agire professionale? Il nostro Codice contiene obiettivi come autonomia, autodeterminazione, congruità, efficacia. Riteniamo che la felicità debba o possa essere aggiunta, fra gli obiettivi che intendiamo perseguire?

(2) NON NUOCERE: GLI ERRORI PROFESSIONALI

Questo principio, che è un cardine della deontologia medica, nel nostro Codice è disseminato – direi sparso – in diversi articoli. Forse in modo poco chiaro.

'Non nuocere'. Sembra semplice. Ma in che modi possiamo nuocere?

Oltre al DOLLO, cioè alla deliberata volontà di nuocere, e alla

PRETERINTENZIONE, ci sono danni che provengono da COLPA, cioè da errori commessi senza la volontà di causare danno.

La COLPA può essere GENERICA, e l'articolo 43 del C.P. ne riconosce tre forme: (1) IMPRUDENZA: facendo qualcosa che non dovremmo fare (2) NEGLIGENZA: non facendo qualcosa che dovremmo fare (3) IMPRUDENZA: facendo qualcosa che non siamo capaci di fare.

Oppure può essere SPECIFICA, e proviene dall'inosservanza leggi, regolamenti, ordini, discipline, insomma di una delle regole che governano la materia di cui ci occupiamo.

La legge 24/2017 (Legge Gelli) sulla sicurezza delle cure, ci aiuta sull'IMPERIZIA: quando non sei capace, segui il manuale di istruzioni (protocolli, linee guida, buone prassi).

Di tutto questo si trova traccia nel nostro Codice Deontologico in modo disperso e inorganico. Eppure, ne siamo pienamente soggetti. Occorre dedicare articoli del Codice alle forme dell'errore, seguendo il tracciato della normativa civile e penale.

.

(3) ARTICOLO 5: IL RAPPORTO FRA PROFESSIONE E SCIENZA

L'articolo 5 che tratta del rapporto fra professione e scienza richiederebbe di essere rafforzato con un richiamo più diretto alla necessità di riferirsi, nell'operare professionale e quando ci si rappresenta come psicologi, alla scienza e alle fonti informative istituzionali.

Un comunicato congiunto degli Ordini delle professioni sanitarie, diffuso in questi giorni, contiene un richiamo estremamente fermo al dovere dei professionisti di riferirsi alle evidenze scientifiche e di non diffondere o avvallare pratiche non scientifiche.

Ecco, vorrei un Codice Deontologico fermo e chiaro come il

comunicato che ho letto in questi giorni. C'è ancora troppo esoterismo, nella nostra professione. Troppa autoreferenzialità. Atteggiamenti antiscientifici.

Non possiamo permetterci queste derive, perché sono un rischio per le persone che seguiamo. Perché dobbiamo ai cittadini un servizio di massima qualità.

.

(4) ARTICOLI 3 E 4: AUTODETERMINAZIONE

L'articolo 4 contiene un concetto che vedo spesso frainteso: l'autodeterminazione.

“Nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; ne rispetta opinioni e credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori”.

Nelle conversazioni fra colleghi, si tende a confondere il concetto di 'autodeterminazione' con una sorta di totale centratura sui propri desideri, a prescindere da tutto e nel nome di un assoluto individualismo.

Chiaramente il senso del principio non è questo, e lo si capisce nel combinato disposto degli altri principi, dell'articolo 3:

“migliorare la capacità delle persone di comprendere se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace.”

Consapevole, congrua, efficace.

Autodeterminazione. Autonomia.

Che non sia il caso di riunire in un solo articolo tutti questi principi di base, così da evitare fraintendimenti e letture parziali?

.

(5) ARTICOLO 4: RISPETTO DELLE OPINIONI E CREDENZE.

“Nell’esercizio della professione, lo psicologo rispetta (...) opinioni e credenze, astenendosi dall’imporre il suo sistema di valori”.

Si richiama alla necessità di non inquinare il campo con le nostre opinioni. A stare in ascolto. A non sostituirci nelle scelte. Il problema sono le traduzioni distorte che vengono fatte di questo importante articolo.

Si va dallo Psicologo di Gesso, che non ha opinioni proprie e – in caso ne avesse – non deve mai esprimerle nemmeno sotto tortura.

E si arriva allo Psicologo di Panna, destrutturato e disposto a farsi mantecare in ogni modo, tollerando qualunque opinione e credenza senza opporre la minima resistenza.

In entrambi i casi, il *rispetto di opinioni e credenze, l’astenersi da imporre le proprie*, diventa una forma di convalida assoluta di qualunque cosa il paziente/cliente ci porti, con interdizione ad agire.

Chiaramente non è così. Le persone vengono da noi anche per cambiare opinioni e credenze disfunzionali. E la direzione è indicata, ancora una volta, dall’articolo 3: occorre guidare le persone verso opinioni e credenze più *congrue, consapevoli ed efficaci*.

Non è vietato – questo voglio dire – far cambiare idea ad un nazista. Ma forse è bene esplicitarlo chiaramente, nel Codice Deontologico: opinioni e credenze dei pazienti sono il nostro materiale di lavoro, e spesso il loro cambiamento è l’obiettivo per cui si rivolgono a noi.

.

(6) ARTICOLO 4: DISCRIMINAZIONE.

“Nell’esercizio della professione, lo psicologo (...) non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità.”

Nella bozza del CNOP si vorrebbe elidere le diverse coniugazioni della discriminazione.

Lo ritengo sbagliato.

La discriminazione non è un concetto generale, ma un comportamento ben preciso e con chiare radici storiche e ideologiche.

Non si discrimina a caso. Si discrimina su precise coniugazioni ideologiche. Rimuoverle significherebbe svuotare il precetto e renderlo sterile. Perché poi? Quale utilità avrebbe una simile scelta?

.

IL RAPPORTO CON IL CLIENTE E CON IL PAZIENTE

.

Le persone possono rivolgersi a noi come PAZIENTI, CLIENTI, o ENTRAMBE LE COSE. Il Codice Deontologico non sempre distingue questi ruoli, che però hanno esigenze diverse. Qualche esempio:

.

(7) CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO

Il CONSENSO INFORMATO è sanitario. La legge 219/2017 sul Consenso Informato riguarda solo le attività sanitarie.

Il CONTRATTO è civilistico. Segue le norme del Codice Civile e – per i professionisti – della legge 148/2011 e riguarda tutti

i rapporti professionali ed economici.

Con un cliente-paziente, dobbiamo occuparci di entrambi: informare e raccogliere il consenso informato, e stipulare in contratto di prestazione d'opera professionale.

La distinzione fra i due ruoli – paziente e cliente – talvolta compresenti, andrebbe forse meglio chiarita nel nostro Codice Deontologico, perché vi corrispondono oneri diversi. Il rischio di non distinguere è quello di mischiare consenso informato e contratto, con annessa burocratizzazione, fenomeni purtroppo diffusissimi.

.

(8) IL CONSENSO INFORMATO (IN AMBITO SANITARIO).

Il Consenso Informato è un atto profondamente clinico. Per la legge 219/2017, una legge di civiltà, è un atto sanitario costitutivo della cura.

Eppure nella pratica professionale rischia di essere banalizzato, burocratizzato, trasformato in un mero adempimento formale, confuso con il contratto.

E questa tendenza – lo dobbiamo dire – è responsabilità a anche di molti Ordini che mettono a disposizione moduli e facsimili di ogni sorta, spesso mescolando informazione sanitaria con informazioni contrattuali, contribuendo così ad affermare l'idea sbagliata che il Consenso Informato sia un modulo da filiale bancaria.

'Il tempo della comunicazione è tempo di cura'. Così dice la legge 219/2017.

Questo passaggio andrebbe importato tout court nel nostro Codice Deontologico, e stampato a caratteri cubitali, insieme alla messa al bando dei prestampati.

Oltre a questo, immagino un Codice Deontologico che ponga il

giusto accento sui due passi del Consenso Informato: **informazione** e **consenso**. Che ne sottolinei il carattere sostanziale e non formale. Perché una firma sul modulo non serve a nulla, in sé, nemmeno dal punto di vista legale.

Immagino un Codice Deontologico che sia esplicito, sul contenuto dell'informazione sanitaria da fornire: benefici e rischi del trattamento proposto, così dice anche la legge 219/2017. Così da riflettere anche sul concetto di efficacia (e inefficacia) dei nostri interventi.

.

(9) ARTICOLO 31: IL CONSENSO DEI GENITORI.

L'articolo più violato, difficile, frainteso.

Intanto, di che consenso parliamo? Di certo non è il consenso informato sanitario, perché l'articolo 31 riguarda **tutte** le attività con minori e non c'è mai la parola 'informato'.

Siamo nel campo civilistico, e il consenso di cui si parla è di tipo autorizzativo: i genitori devono autorizzare la prestazione, qualunque essa sia.

Andando oltre, l'articolo 31 parla di "*prestazioni professionali*", e poi di "*relazione professionale*".

Questa distinzione non è irrilevante: la Corte di Cassazione ci ha costruito sopra una sentenza (Cass. Civ. Sez. III n. 3075/2021) che ammette la possibilità di svolgere alcune prestazioni professionali senza il consenso di entrambi i genitori. E non è una decisione campata in aria, si basa sulle norme del Codice Civile.

Insomma, la materia va riordinata e tocca a noi decidere: dove vogliamo collocare l'asticella del consenso (autorizzativo) nel nostro operare professionale con minori? È chiaramente materia da Codice Deontologico, ma con un fermo ancoraggio alle norme civilistiche.

.

(10) ARTICOLO 31: DISACCORDO E INTERVENTO DEL TRIBUNALE

Il nostro Codice dice: in caso di disaccordo fra i genitori, se il professionista ritiene necessario l'intervento (sanitario o meno), può procedere informando il tribunale.

La legge 219/2017, che riguarda le prestazioni sanitarie, dice: in caso di disaccordo o di mancato consenso dei genitori su trattamenti sanitari, se il professionista ritiene necessario l'intervento, non può procedere ma deve rimettere la decisione al tribunale.

Abbiamo quindi due previsioni che sono in contrasto fra loro. Una, che ha come fonte una legge ordinaria e che riguarda le prestazioni sanitarie; l'altra che ha come fonte il Codice Deontologico e riguarda le prestazioni in generale. Una tale situazione può indurre errori in un contesto delicatissimo, ed è quindi necessaria una revisione almeno dell'articolo 31.

.

(11) CONSENSO INFORMATO PER MINORI

Il Consenso Informato per le prestazioni sanitarie per minorenni e persone tutelate è un sottoinsieme del Consenso Informato, che obbedisce a regole proprie.

In particolare, per l'articolo 3 della Legge 219/2017, è un processo che deve coinvolgere attivamente anche il minore.

Il che significa che il precetto dell'articolo 31 del nostro Codice Deontologico non esaurisce tutto ciò che noi dobbiamo fare, quando prendiamo in carico minori.

Mentre l'autorizzazione (civilistica) alla prestazione dovrebbe essere prestata dai genitori, il consenso informato dovrebbe essere prestato anche dal minore, che va coinvolto in base alle sue capacità di comprensione nelle scelte cliniche

che lo riguardano.

E non basta farlo, va anche 'documentato in forma scritta'.

Il minore, come soggetto, irrompe sulla scena come attore autonomo della cui volontà va tenuto conto.

La revisione in questo senso degli articoli 31 e 24 sono a questo punto necessarie.

.

(12) ARTICOLO 31: LA POTESTÀ GENITORIALE.

Qui si tratta di una modifica semplice: aggiornare l'espressione 'potestà genitoriale' all'attuale 'responsabilità genitoriale'. Un piccolo lemma, un grande significato. Per noi il linguaggio guarisce, e ammalia. Quindi non è semplicemente un adeguamento alla legge, ma un atto che restituisce una coloritura al legame fra genitori e figli più aderente al contesto culturale attuale, ma anche alla sensibilità della nostra professione.

.

LE RESPONSABILITÀ DEL PROFESSIONISTA

.

(13) LA SPECIALE RESPONSABILITÀ DEL PROFESSIONISTA.

L'articolo 1176 del Codice Civile pone in capo al professionista una speciale responsabilità.

Non ci si aspetta da noi che ci comportiamo 'ordinariamente bene' secondo la diligenza del buon padre di famiglia, ma bene in base alla specifica natura della nostra attività professionale. Ed è una responsabilità non delegabile, che non possiamo trasferire su altri, incolpando l'Università che non ci forma o l'Ordine che non ci informa.

Ecco, questa previsione civilistica andrebbe ricordata anche nel Codice Deontologico, in modo forse più esplicito di quanto lo sia ora. Semmai accanto alle forme della colpa e dell'errore.

.

(14) REFERTO E DENUNCIA.

Il nostro Codice Deontologico tratta insieme, nel capitolo dedicato al segreto professionale, l'obbligo di denuncia e l'obbligo di referto.

Si tratta però di due oneri del tutto diversi.

Il referto è un onere in capo ai sanitari, che scatta in casi che 'possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio', quindi anche qualora non vi sia certezza di un delitto commesso.

La denuncia è un obbligo che scatta quando si abbia notizia di un reato (qualunque) nell'esercizio delle proprie funzioni di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio.

Il nostro Codice li tratta insieme, e li rubrica negli articoli dedicati al segreto professionale. Secondo Catello Parmentola ('Manuale di deontologia per psicologi') la scelta indica l'intenzione di mettere in ordine gerarchico i diversi oneri, ponendo al vertice il segreto professionale come organizzatore principale nel labirinto delle situazioni in cui un'informazione buca la membrana del rapporto professionale e fuoriesce all'esterno.

Tuttavia, la normativa non sembra andare nella stessa direzione, né tantomeno pone in relazione referto, denuncia e segreto. È uno sforzo che dobbiamo fare noi, sapendoli connessi e trovandoli connessi nella pratica.

L'obbligo di referto, più che quello di denuncia, ci interroga in quanto psicologi. Non tanto per la pena prevista,

relativamente lieve, quanto per le implicazioni in termini di conseguenze sulla vita delle persone quando andiamo a riferire o meno un'informazione.

Due esempi recenti.

Il primo è una sentenza di Cassazione (Sesta sez. Penale, 44620/2019), sulla condanna di una psicoterapeuta per aver omesso un referto su abusi sessuali confessati da una minore in terapia, compiuti dal padre.

Il secondo è quello raccontato da Pietro Stampa nel suo 'Etica, Psicologia e Diritto': uno psicologo apprende da una paziente adolescente, durante un'attività di sportello in una scuola, dell'esistenza di un traffico di prostituzione minorile in cui la stessa ragazza è coinvolta. Fra il principio del segreto che gli imporrebbe di non divulgare tale informazione, e il principio di tutelare le molte minori coinvolte e di favorire il buon andamento della giustizia, dopo essersi consultato con il proprio Ordine sceglie per il referto a scapito del segreto. In questo modo perde il rapporto di fiducia con la minore seguita, ma tutela gli altri superiori interessi.

Ma di esempi se ne potrebbero fare all'infinito, la nostra pratica professionale – specie nelle istituzioni – è drammaticamente ricca di queste situazioni. È più che mai necessario che il Codice Deontologico le tratti in maniera organica, completa, recependo anche gli indirizzi normativi e giurisprudenziali.

.

(15) ARTICOLO 4: I TERZI ESTERNI NEL RAPPORTO CON IL CLIENTE/PAZIENTE.

“(...) In tutti i casi in cui il destinatario ed il committente dell'intervento di sostegno o di psicoterapia non coincidano, lo psicologo tutela prioritariamente il destinatario

dell'intervento stesso."

Questo precetto perentorio si scontra, a distanza di molti anni, con situazioni ormai molto frequenti nella nostra pratica professionale, in cui non è sempre facile decidere quale sia il soggetto da tutelare.

Porterò tre esempi:

(1) Il paziente con figli minori che lui mette in pericolo con i suoi comportamenti patologici (ad esempio l'uso di sostanze o la condotta criminosa), quando il mandato a seguirlo provenga da istituzioni terze.

(2) Il paziente soggetto a provvedimenti di limitazione della libertà per pericolosità sociale, seguito in contesti istituzionali e dove l'interesse alla sicurezza pubblica è un tema.

(3) Il paziente seguito in istituzione, quando una nostra doverosa azione come componenti di un'equipe comporti una lesione del dovere di tutela del paziente stesso.

La lista potrebbe proseguire per ore. Il tema di fondo è che non sempre la tutela del destinatario delle prestazioni è possibile, o è la migliore scelta etica. E di questo il Codice Deontologico dovrebbe tenere conto attraverso una migliore esplicitazione dei motivi per cui, in determinate circostanze, si può o si deve derogare al principio generale della tutela del destinatario della prestazione.

.

IL PROCEDIMENTO DISCIPLINARE

.

Non c'è solo il Codice Deontologico. Ci sono anche i 'codici di procedura', cioè tutti i regolamenti che gli Ordini hanno adottato per gestire concretamente la valutazione dei casi di

violazione del CD e l'irrorazione di sanzioni.

.

(16) TROPPI CODICI DI PROCEDURA DISCIPLINARE: DAI REGOLAMENTI AL CODICE UNICO.

Oggi ciascun Ordine regionale ha un proprio regolamento disciplinare, con difformità anche sostanziali.

Essere giudicati a Palermo, a Venezia o a Milano può dare luogo a percorsi molto diversi.

Mi pare evidente che questa situazione crei disparità di trattamento fra gli iscritti all'Albo (che è uno solo), e ovviamente metta a rischio le decisioni disciplinari.

Ho segretamente desiderato di essere sanzionato per qualcosa e di appellarmi alla disparità di procedure di fronte a un Giudice, solo per vedere come andrebbe a finire.

Credo che la soluzione sia una sola: andare verso un unico regolamento disciplinare nazionale.

.

(17) IL DIRITTO DI DIFESA.

Fra le questioni da affrontare in un eventuale Regolamento Disciplinare unico, certamente c'è il tema della scelta del 'difensore', che pertiene al diritto di difesa.

La legge 56/89 prevede la presenza del solo legale. Ordine Veneto e Ordine Piemonte prevedono il solo legale. Tutti gli altri Ordini prevedono il legale oppure un iscritto all'albo degli psicologi, allargandosi rispetto al perimetro della legge.

Se poi ampliamo la visuale alle altre categorie professionali, troviamo nei procedimenti disciplinari la figura dell'esperto, scelto dall'incolpato per supportarlo nella propria difesa.

Su questo tema, non banale, come iscritto all'Albo ho inviato quasi un anno fa una dettagliata memoria agli Ordini di Veneto e Piemonte. Non ho avuto la benché minima risposta. Un comportamento che francamente trovo miope e scortese.

.

(18) L'APPELLO.

Attualmente, l'unico modo per appellare una decisione disciplinare è rivolgersi al tribunale ordinario. Si tratta di una situazione peculiare, perché in genere le professioni prevedono la possibilità di appellarsi ad un collegio disciplinare interno.

Tutte le professioni sanitarie hanno questa opportunità, e questo modello organizzativo è stato sancito dalla Legge 3/2018. Noi quell'occasione ce la siamo giocata. Non ho mai capito perché a noi psicologi è stata dedicata una speciale sezione della legge, con previsioni peggiorative come questa. Un giorno, forse, i protagonisti che si giocarono quella partita ci spiegheranno tutto davanti ad un caminetto acceso, in una sera d'inverno.

Intanto dobbiamo tenerci quello che abbiamo, a tutto svantaggio nostro, perché temo che il problema dell'appello sarà difficile da risolvere con regolamenti interni.

.

(19) L'AUTONOMIA DELLA FUNZIONE GIUDICANTE.

Come per l'appello, anche per la separazione fra consiglio (politico) dell'Ordine e collegio disciplinare, nella legge 3/2018 a noi spetta una diversa previsione.

Tutte le altre professioni sanitarie hanno sganciato la funzione politica da quella disciplinare. Noi no. Per cui oggi è il consiglio dell'Ordine che istruisce e giudica.

Non entro nel merito dei numerosi casi in cui questa coincidenza di ruoli ha generato un uso distorto della funzione deontologica, oserei dire 'politico': consiglieri che hanno segnalato altri consiglieri, ne hanno istruito la pratica, hanno votato in consiglio disciplinare e irrorato una sanzione.

Non è tema che mi appassioni particolarmente. Ma è chiaro che la faccenda andrebbe sistemata. Un'altra occasione perduta nella legge 3/2018.

.

(20) LE INCOMPATIBILITÀ DEL COLLEGIO GIUDICANTE.

I regolamenti disciplinari degli Ordini riportano diversi criteri per l'astensione dei componenti il collegio giudicante, e per la ricusazione. Andrebbero armonizzati a livello nazionale, e sto dicendo un'ovvietà.

.

(21) IL COLLEGIO VICINIORE

Quando astensioni e ricusazioni investono la maggior parte di un consiglio, il procedimento disciplinare non si può celebrare perché – banalmente – manca il numero legale.

A questo problema è stato finora cercato di rimediare (si fa per dire) con il ricorso al 'collegio viciniore'.

Si tratta di una prassi mutuata da quella utilizzata per i magistrati sottoposti a procedimenti. Solo che in quel caso è una legge a stabilirlo. Noi andiamo 'per analogia'. Che certe volte equivale a 'per fantasia'.

I pochi casi che ho visto sono leggenda.

Si narra ancora di una doppia segnalazione al coordinatore della commissione deontologia del Veneto nel 2011, che

starebbe ancora errando fra i consigli viciniiori. Sulle pagine ingiallite del fascicolo, i segni delle ditate di decine di avvocati, consiglieri e impiegati vari testimoniano l'inefficacia di questa soluzione.

.

(22) LA COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE DEONTOLOGICA.

La Commissione Deontologica, variamente denominata nei diversi Ordini, ha il compito di istruire la pratica, ascoltare i segnalati, proporre soluzioni al consiglio.

Ci sono 21 soluzioni diverse: chi ce l'ha, chi non ce l'ha, chi ce l'ha ma composta da soli consiglieri, chi ce l'ha ma composta da soli esterni, chi mista, chi composta anche da giuristi e chi solo da psicologi.

Si tratta di una situazione molto variegata, direi troppo. Questo tema richiede necessariamente uniformità nazionale.

.

(23) L'ARCHIVIAZIONE AD OPERA DELLA COMMISSIONE DEONTOLOGICA.

Connesso al precedente, il tema dei poteri della Commissione Deontologia. In primis, quello di archiviare direttamente una segnalazione senza passare dal Consiglio, mediante una delega amministrativa da parte del Consiglio stesso.

Ad esempio, per quelle segnalazioni 'manifestamente infondate o per le quali sia evidente la mancanza di interesse sanzionatorio da parte dell'Ente'.

La ratio è chiara: evitare di oberare inutilmente il consiglio di decine di segnalazioni dall'esito scontato. Tuttavia questo implica, intanto, una valutazione soggettiva su cosa sia, ad esempio, manifestamente infondato. Questo vale in particolare per gli Ordini molto grandi. Per quelli piccoli analoga delega potrebbe essere in capo al Presidente o consigliere delegato.

Il tema di fondo è che la legge 56/89 attribuisce questo potere al Consiglio, e qualunque delega va attentamente valutata. Il tema che pongo è che tale valutazione dovrebbe essere oggetto di una regola uniforme a livello nazionale, così da non esporre i singoli Ordini ad una fragilità delle decisioni.

.

(24) L'OSSERVATORIO MAI NATO.

Concludo questo articolo con un paradosso: tutti i componenti del CNOP, presenti e passati, che dovrebbero promuovere le revisioni del Codice Deontologico, sono colpevoli di infrazione dell'articolo 41 del Codice stesso: non hanno mai istituito l'Osservatorio permanente sul Codice Deontologico che ha *"il compito di raccogliere la giurisprudenza in materia deontologica dei Consigli regionali e provinciali dell'Ordine e ogni altro materiale utile a formulare eventuali proposte della Commissione al Consiglio Nazionale dell'Ordine, anche ai fini della revisione periodica del Codice Deontologico"*.

I componenti del CNOP andrebbero tutti sanzionati, e severamente, perché la loro infrazione crea gravi conseguenze a tutta la comunità professionale. Ci mette infatti nella condizione di non poter procedere correttamente alla revisione del Codice Deontologico, perché ci manca l'organo tecnico che dovrebbe raccogliere e analizzare la giurisprudenza, e che dovrebbe fondare le basi per la revisione stessa.

Con questo straordinario loop spazio-temporale, chiudo questo lungo articolo sperando che venga preso per quello che è: uno stimolo alla riflessione su un tema di enorme rilievo.