

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
Perfezionato in Diritto Sanitario
LECCE – VIA R. SANZIO, 29
☎ 333 7147504

CONTRODEDUZIONI ALLA CONSULENZA TECNICA DEL P.M.

Il sottoscritto Dr Andrea Mazzeo¹, iscritto all'Albo dell'ordine dei Medici della provincia di Lecce con il numero 2718, formula le seguenti controdeduzioni alla consulenza tecnica per il P.M., redatta dalla D.ssa Rita Rossi.

La D.ssa Rita Rossi rileva che la psicoterapia svolta dal Dr Claudio Foti in favore della minore V. S. contenga elementi induttivi e suggestivi e che, come tale, avrebbe causato nella ragazza il Disturbo borderline di personalità oltre a un Disturbo depressivo persistente con ansia.

Questa tesi sostenuta dalla D.ssa Rossi è profondamente antiscientifica, per quanto illustrerò di seguito; per motivi di facilitazione di lettura e migliore comprensione del testo, suddividerò le mie controdeduzioni in capitoli distinti.

CAPITOLO PRIMO

IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ (DBP)

Il DBP è classificato, dalla trattatistica psichiatrica più recente, (DSM-5²) tra i disturbi di personalità; non un vero e proprio disturbo, o malattia, mentale quindi ma un peculiare modo di essere di una persona, una strutturazione della personalità che devia marcatamente rispetto alla norma (personalità abnormi o psicopatiche secondo Kurt Schneider³), e che si rende evidente già dall'adolescenza-prima età adulta.

Il DBP, in particolare, viene definito (DSM-5, già cit.) come:

«Un *pattern* pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.
2. Un *pattern* di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà di controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress o gravi sintomi dissociativi.»

1 Il mio cv può essere consultato a questo indirizzo web: <http://www.andreamazzeo.it/docu/cv.pdf>

2 Associazione Psichiatrica Americana (APA), *Manuale Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione, DSM-5*. Raffaello Cortina Editore, 2014.

3 Schneider K, *Psicopatologia Clinica*.

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
Perfezionato in Diritto Sanitario
LECCE – VIA R. SANZIO, 29
☎ 333 7147504

Ciò premesso, in ordine alla cause di tale particolare assetto di personalità, la letteratura scientifica specialistica non riporta delle cause specifiche.

Il DSM-5 (già cit.) riporta che il DBP è cinque volte più frequente nei familiari biologici di primo grado delle persone affette rispetto alla popolazione generale. Questo significa che nella genesi del disturbo vi è una significativa familiarità.

Il Trattato Italiano di Psichiatria⁴, riporta che «*Secondo alcune ricerche il disturbo borderline potrebbe essere un Disturbo da Stress Post-Traumatico (Post Traumatic Stress Disorder - PTSD) cronicizzato*»; circa un terzo dei pazienti borderline, infatti, soddisfano anche i criteri diagnostici del PTSD e una storia di abuso infantile è molto frequente nei borderline. Sulla scorta di ciò molti Autori ritengono che la stessa personalità borderline possa essere il risultato di specifici traumi infantili.

Anche studi più recenti mostrano una stretta correlazione, se non proprio un rapporto di causa-effetto, tra abusi sessuali infantili e il DBP; dati sperimentali hanno indicato che la percentuale di persone con il **Disturbo Borderline di Personalità (DBP)** e storia di abuso sessuale varia dal 40% al 76% (Crowell et al., 2009). È stato dimostrato, per esempio, che le donne che avevano subito **abusi sessuali infantili** con penetrazione presentavano sintomi di **DBP** in misura maggiore rispetto a chi aveva subito un abuso che non prevedeva i rapporti sessuali completi (p.e., Luthra, 2009)⁵.

In conclusione, **non esiste alcuno studio nella letteratura scientifica specialistica che indichi quale possibile causa di un Disturbo borderline di personalità l'effettuazione di una psicoterapia**. In margine, si fa notare che alla stesura dei DSM collaborano, con i loro studi e ricerche, ben 36.000 psichiatri a livello mondiale; nessuno di loro ha mai riportato come causa di un disturbo borderline di personalità una psicoterapia

È quindi in errore la D.ssa Rossi quando attribuisce alla psicoterapia effettuata dal Dr Foti la causa del disturbo di personalità della sig.na V. S. Del resto è significativo che nel fare le affermazioni che fa, la D.ssa Rossi non citi nemmeno un minimo riferimento bibliografico; e non lo cita perché non esistono in letteratura studi o ricerche che abbiano individuato quale causa del disturbo borderline di personalità l'effettuazione di una psicoterapia. Si tratta di un mero parere personale della D.ssa Rossi non supportato da evidenze scientifiche.

CAPITOLO SECONDO

LA PSICOTERAPIA E LE PRESUNTE INDUZIONI E SUGGESTIONI

Va premesso che la psicoterapia svolta dal Dr Foti sulla minore V. S. è stata disposta dal Tribunale dei minori a causa dei comportamenti disturbanti della stessa. La minore, quindi, presentava già, prima di iniziare la psicoterapia con il Dr Foti, dei comportamenti disturbanti che hanno reso necessario il percorso psicoterapeutico.

Di tali comportamenti prendiamo contezza da quanto riferisce la madre della ragazza nella prima seduta di psicoterapia, svoltasi il 6 febbraio 2016, congiuntamente alla psicologa, D.ssa Bonaretti; il Dr Foti, correttamente, prima di effettuare qualsiasi intervento sulla ragazza, ha raccolto gli elementi anamnestici dalla madre di lei.

4 Pancheri P e Cassano GB, *Trattato Italiano di psichiatria*, Edizioni Masson, 2002.

5 <https://www.istitutobeck.com/disturbo-borderline-personalita-trauma?sm-p=543785109>

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
Perfezionato in Diritto Sanitario
LECCE – VIA R. SANZIO, 29
☎ 333 7147504

Da questa prima seduta apprendiamo che:

1) Il servizio sociale ha conosciuto la minore V. S. quando la madre l'ha accompagnata “segnalando l'abuso sessuale che V. S. aveva subito da un ragazzo più grande di lei”; è quindi la madre della ragazza che informa il Servizio sociale del fatto che la figlia ha subito un abuso sessuale (pag. 1).

2) È sempre la madre che informa il Dr Foti che la ragazza “è molto giù di morale per quello che le è accaduto”, “non vuole neanche andare a scuola”, “è molto triste”, “non ha voglia di fare niente” (pag. 2).

3) È sempre la madre che informa il Dr Foti che la ragazza è stata vittima di un sospetto abuso, da parte di un amico del padre, quando aveva 4 anni di età, che non è stata creduta dal padre, e che da allora il padre è sparito di casa e non si è fatto più vedere (pag. 5).

Da quanto riferisce la madre si può vedere che la minore V. S. presentava alcuni sintomi di sofferenza psichica già prima di iniziare la psicoterapia con il Dr Foti; era già depressa (“è molto giù di morale per quello che le è accaduto”, “è molto triste”), demotivata (“non vuole neanche andare a scuola”, “non ha voglia di fare niente”).

Non può pertanto la consulente del PM affermare che la depressione di V. S. (Disturbo depressivo) sia stata causata dalla psicoterapia quando invece è ben evidente che sintomi depressivi, e qualche elemento di strutturazione borderline della sua personalità (autolesionismo), erano già presenti in V. S. già prima di iniziare la psicoterapia con il Dr Foti; e che sono stati proprio questi sintomi e comportamenti (l'autolesionismo) i motivi che hanno indotto il tribunale dei minori a consigliare il percorso psicoterapeutico con il Dr Foti.

La D.ssa Rossi scrive (pag. 41):

Il terapeuta, in tutte le sedute, ha rimandato alla ragazza il suo convincimento che lei, sin da bambina, fosse stata vittima di maschi predatori, che l'hanno sfruttata per il loro personale “piacere” e “potere”. Anche i ragazzi, coetanei di Veronica, vengono dipinti come aggressori, negli approcci sessuali a Veronica.

Si noti il seguente passaggio, in cui la ragazza racconta di un compagno che avrebbe cercato un contatto sessuale con lei: “F: Ti faceva un po' il filo? V- Sì. E mi ha baciato e poi ha provato a toccarmi. F: Ti ha messo le mani addosso via, ah ah. V- Va beh, io ovviamente cercavo di spingerlo via, solo che un po' complicato, lui è più forte di me. F: E' più forte, c'è quel piccolo particolare. V: Ehm...al cioè non gli avevo detto niente, poi gli ho detto “no” e dopo lui si è tolto. F: Ah ah, e come ti ha lasciato questa ...questa...è una vera e propria aggressione insomma mascherata da un bacio, da una seduzione, ma penso che sia stato qualcosa di intrusivo, insomma, qualcosa di certamente non rispettoso! [...]” (pagg. 42, 43).

La D.ssa Rossi scrive “in tutte le sedute” ma poi cita una sola seduta, la prima, dalla quale estrapola alcune frasi omettendo i dialoghi precedenti dai quali si evince che V. S. rimasta da sola con un ragazzo questi ha cercato un approccio sessuale violento. Le risposte e i commenti del Dr Foti non hanno nulla di suggestivo ma si tratta solo di empatia, e uno psicoterapeuta deve essere empatico con i suoi pazienti.

E che la psicoterapia non abbia causato danni alla minore lo si desume dall'ultima seduta, quella del 18 ottobre 2016:

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
Perfezionato in Diritto Sanitario
LECCE – VIA R. SANZIO, 29
☎ 333 7147504

Foti: ... Come ti lascia questo incontro? Cosa, che riscontro mi dai di questo incontro?

V. S.: È andato bene, diciamo che forse ha messo un po' in chiarezza alcune cose, però, cioè, sento che non sto male.

Foti: Perché precisi questo elemento, io ti capisco, perché ti viene da precisare “sento PERÒ che non sto male”? Perché PERÒ?

V. S.: Perché **prima comunque stavo sempre molto male** su queste cose che mi sono successe

Foti: Il malessere era molto pesante, dunque

V. S.: Sì, cioè, non so, adesso **non lo sento più questo dolore, cioè c'è però non così tanto da pensare di uccidermi**

...

Foti: E quindi la cosa che più ti ha colpito di questo colloquio qual è?

V. S.: Mmm. Non lo so, cioè non c'è stato niente di particolare.

Foti: Non c'è stato niente. Allora dimmi l'emozione con cui vai via, se hai voglia

V. S.: Soddisfatta

Foti: Sei soddisfatta. Magari ti chiedo di ripeterti, ma mi viene, voglio capire, soddisfatta in particolare di che cosa?

V. S.: Di me

La minore quindi afferma di non star male come prima e che non ha più pensieri suicidari; **al termine della psicoterapia è migliorata la depressione e non ci sono più pensieri di suicidio.**

CAPITOLO TERZO SUI FALSI RICORDI

La D.ssa Rossi nelle sue conclusioni sostiene che gli interventi degli operatori hanno convinto la minore di essere stata vittima di abusi sessuali nell'infanzia. Nel fare queste affermazioni la D.ssa Rossi mostra di ignorare la letteratura specialistica sul tema dei falsi ricordi, che ha invece dimostrato il contrario, e cioè che è praticamente impossibile indurre in un soggetto il falso ricordo di essere stato vittima di abusi sessuali.

Riporto, mi si perdoni l'autocitazione ma sono uno dei pochi che ha approfondito la questione consultando la letteratura internazionale, dal testo “L'alienazione parentale nelle aule giudiziarie” al quale ho contribuito con un capitolo:

«La letteratura internazionale dimostra una cosa fondamentale: **è possibile indurre in alcuni casi il falso ricordo di episodi tutto sommato plausibili, ma non è possibile, in nessun caso, indurre il falso ricordo di un evento non plausibile, come ad es. quello di un abuso sessuale subito nell'infanzia.**

Gli studi più significativi in tal senso sono stati condotti negli USA (Pezdek et al.⁶; Pezdek & Hodge⁷). Nello studio del 1999 le autrici si sono proposte di studiare la possibilità di impiantare false memorie mediante la descrizione a due gruppi di bambini di due eventi veri e di due eventi falsi che loro avrebbero vissuto all'età di quattro anni.

Come falsi eventi da descrivere ai bambini sono stati scelti un evento plausibile (essersi persi in un supermercato) e un evento non plausibile (aver subito un clistere).

6 Pezdek K, Finger K, Hodge D (1997), *Planting false childhood memories: The role of event plausibility*. Psychological Science, 8, 437-441. (<https://goo.gl/c49APa>)

7 Pezdek K, Hodge D (1999): *Planting False Childhood Memories in Children: The Role of Event Plausibility*. Child Development, Vol. 70, N. 4, (Jul-Aug 1999), pp. 887-895. (<https://goo.gl/CbF7BN>)

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
Perfezionato in Diritto Sanitario
LECCE – VIA R. SANZIO, 29
☎ 333 7147504

Dallo studio è risultato in primo luogo che la maggioranza dei bambini (54%) non ha ricordato nessuno dei due falsi eventi; che alcuni bambini si sono lasciati suggestionare dal racconto, ricordando di essersi persi in un supermercato da piccoli (evento plausibile) ma nessuno ha ricordato di aver subito un clistere (evento non plausibile).

Le autrici concludono che la possibilità di impiantare false memorie nei bambini è legata alla plausibilità dell'evento e ciò sarebbe in relazione alla presenza in memoria di uno *script* di memoria sulla precedente conoscenza di quel tipo di evento (es. per averne sentito parlare anche se occorso ad altri bambini), mentre è risultato che non è possibile impiantare nei bambini la falsa memoria di un evento non plausibile (nello studio l'aver subito un clistere da piccoli).»⁸

Vi è purtroppo la convinzione, anche tra gli addetti ai lavori, che sia possibile indurre falsi ricordi di abusi sessuali; tale convinzione deriva da una intensa disinformazione svolta a livello internazionale da una associazione statunitense che si chiamava *False Memory Foundation*. Purtroppo chi ha queste convinzioni non ha approfondito minimamente la questione; è infatti sufficiente la consultazione di alcuni siti web⁹ per rendersi conto che questa fondazione era stata creata da genitori accusati dai figli di abusi sessuali. Le sue tesi sono state sconfessate dalla scienza ufficiale e la fondazione non esiste più dal 2019. La disinformazione purtroppo continua a circolare, anche tra gli addetti ai lavori.

CAPITOLO QUARTO LA TERAPIA E.M.D.R

E.M.D.R. È l'acronimo dell'espressione inglese *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, reso in italiano come “**Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari**”¹⁰.

La D.ssa Rossi, nella sua consulenza, riferendosi all'utilizzo da parte del Dr Foti della tecnica EMDR, a un certo punto (pag. 25) muove al Dr Foti il rilievo dell'utilizzo di “*tecniche terapeutiche in modo errato*”, avvalendosi, per fare questa affermazione, del parere di una “Prof.ssa F.” (cfr nota alla stessa pagina); la Prof.ssa F., citata dalla consulente del PM (immagino si tratti della Prof.ssa Isabel Fernandez), non parla però di utilizzo in modo errato ma nelle SIT, pure citate dalla D.ssa Rossi, si limita a dire che “*Sulla base delle linee guida EMDR Europe, pur non essendogli formalmente vietato, era comunque inopportuno che svolgessero, qualora lo abbiano fatto, EMDR su minori presunte vittime di eventi traumatici, non avendo svolto formazione avanzata e supervisione*”.

La Prof.ssa F. non parla affatto di utilizzo in modo errato della tecnica EMDR ma solo di **inopportunità**, a suo modo di vedere, dello svolgimento della stessa, non avendo il Dr Foti “*svolto formazione avanzata e supervisione*” (**formazione avanzata e supervisione che il Dr Foti ha**

⁸ Mazzeo A, *Il problema della cosiddetta alienazione parentale: breve ricognizione storica e analisi della situazione attuale*, capitolo del libro *L'alienazione parentale nelle aule giudiziarie - Strumenti di contrasto e importanza dell'ascolto del fanciullo nei procedimenti di diritto di famiglia*, di Cassano G, Corder P e Grimaldi I (a cura di), Maggioli Editore, 2018.

⁹ https://en.wikipedia.org/wiki/False_Memory_Syndrome_Foundation

¹⁰ Shapiro F, *EMDR - Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. McGraw-Hill Edizioni, 2000.

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
Perfezionato in Diritto Sanitario
LECCE – VIA R. SANZIO, 29
☎ 333 7147504

comunque svolto); e la differenza non è da poco. Parlando di modo errato la D.ssa Rossi, forse senza rendersene conto, mette in cattiva luce il Dr Foti di fronte al Tribunale, facendolo passare per un incapace, non solo, ma compiendo anche un illecito deontologico.

L'art. 33 del Codice deontologico degli psicologi recita così: *“I rapporti fra gli psicologi devono ispirarsi al principio del rispetto reciproco, della lealtà e della colleganza”*; e per il successivo art. 36 *“Lo psicologo si astiene dal dare pubblicamente su colleghi giudizi negativi relativi alla loro formazione, alla loro competenza ed ai risultati conseguiti a seguito di interventi professionali, o comunque giudizi lesivi del loro decoro e della loro reputazione professionale.”*

Ora, il mancato rispetto di un protocollo terapeutico o di linee guida non costituisce affatto un modo errato di applicare una terapia, o psicoterapia, visto che l'obiettivo di qualsiasi intervento terapeutico sul paziente è quello della sua guarigione, o, se la guarigione completa non sia possibile, del miglioramento delle sue condizioni di salute. E che la minore V. S. abbia presentato un miglioramento delle sue condizioni di salute grazie all'intervento psicoterapeutico svolto dal Dr Foti, ce lo dice lei stessa nell'ultima seduta, come riportato nel precedente capitolo secondo (*“La minore quindi afferma di non star male come prima e che non ha più pensieri suicidari; **al termine della psicoterapia è migliorata la depressione e non ci sono più pensieri di suicidio.**”*)

Ma, nella sostanza, in cosa consiste la terapia EMDR?

Faccio riferimento al libro, già citato alla nota n. 10, della D.ssa Francine Shapiro, che è l'ideatrice delle tecnica.

La tecnica si basa su movimenti oculari che il paziente compie seguendo le dita del terapeuta che si pone di fronte al paziente stesso e muove il braccio in senso orizzontale. La metodica si è mostrata molto efficace nella cura dei disturbi psichici conseguenti a traumi psicologici (es. reduci di guerra) ed è stata man mano perfezionata sino ai protocolli attuali.

Sono state formulate varie ipotesi sulle modalità con cui la tecnica funziona e sono tutt'ora in corso gli studi per la sua maggiore comprensione; in nessun caso comunque questa tecnica è in grado di indurre nella psiche del paziente contenuti che non vi siano già presenti. Molto semplicemente, i movimenti oculari alternati destra/sinistra portano al livello di coscienza immagini, ricordi, ecc, inerenti eventuali traumi psichici; contenuti psichici, ricordi, immagini, suoni, ecc. già presenti nella psiche del paziente a un livello inconscio o preconscious, e che sono stati oggetto di rimozione psichica.

Il procedimento è assimilabile a ciò che avviene durante i sogni; i sogni infatti vengono prodotti dal cervello durante la fase di sonno che si chiama **sonno REM**, caratterizzata da movimenti oculari rapidi (*Rapid Eye Movement*). Dato quest'ultimo che, a mia domanda precisa, mi venne confermato dal Prof. Roger Solomon, una delle massime autorità del settore, nel corso della formazione EMDR di primo livello che ho svolto a Milano alcuni anni fa. E come avviene con i sogni, il materiale che emerge è solo e soltanto quello già presente nell'inconscio, nulla che sia indotto dall'esterno.

La scuola ufficiale EMDR ha messo a punto un protocollo e delle linee guida, ma esistono scuole che hanno introdotto varianti, modificato i protocolli, ecc¹¹; ed è la medesima cosa che si è verificata con tutte le psicoterapie. Nessuno psicanalista, oggi, applica alla lettera il protocollo messo a punto da Freud nei primi anni del 1900; già dopo i primi anni ci furono modificazioni della

11 <https://it.scribd.com/document/237391843/Una-Modificacion-Del-Protocolo-Para-Trauma-de-EMDR>

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
Perfezionato in Diritto Sanitario
LECCE – VIA R. SANZIO, 29
☎ 333 7147504

tecnica (es. Jung, Adler, Ferenczi, Alice Miller, ecc), sconfessate dalla scuola psicanalitica ufficiale ma ugualmente valide ed efficaci. E nessuno oserebbe affermare che questi psicoterapeuti abbiano utilizzato una metodica errata.

Il numero di scuole di psicoterapia oggi è praticamente sterminato, e, a mero titolo di esempio, si riporta il *link* all'elenco, di ben 47 pagine, delle scuole di psicoterapia riconosciute dal MIUR:

https://www.miur.gov.it/documents/20182/974381/Elenco_istituti_abilitati_con_Decreti_+20_12_2018.pdf/691715f5-55b5-4d06-8a6d-ddc3c824d3a5

E nessuno si sognerebbe di affermare che qualcuna di tali scuole applichi una metodica psicoterapeutica in modo errato, come la D.ssa Rossi fa parlando della tecnica applicata da Dr Foti. È quindi in errore la D.ssa Rossi quando ritiene errata la metodica EMDR utilizzata dal Dr Foti.

Ritengo, inoltre, che ben possano valere anche per la professione psicologica, in quanto equiparabile alla professione medica, le seguenti pronunce della Suprema Corte di Cassazione espresse in ordine all'atto medico.

La prima così recita: *“È corretto valorizzare l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche perché l'arte medica, mancando per sua natura di protocolli scientifici a base matematica, spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l'esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere con attenta valutazione di una quantità di varianti che solo il medico può apprezzare”* (Cassazione Penale, Sez. IV, sentenza n° 301/2001 depositata il 25 gennaio 2005).

La seconda così recita: *“È conforme ai principi del diritto valorizzare l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche, poiché l'arte medica, mancando per sua stessa natura di protocolli scientifici a base matematica, spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l'esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere oculatamente in relazione ad una cospicua quantità di varianti che, legate al caso specifico, solo il medico, nella contingenza della terapia, può apprezzare”* (Cassazione Penale, Sez. IV, sentenza n° 2865/2002).

Orientamento giurisprudenziale della Suprema Corte costante nel tempo, come espresso nella sentenza n° 35922 del 2012, che, richiamando precedenti pronunciamenti dello stesso tenore, ancora si occupa della libertà e autonomia del medico, in questi termini:

«... Al riguardo, la Corte di legittimità ha affermato che, nel praticare la professione, il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire l'unico fine della cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da disposizioni o direttive che non siano pertinenti ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità.

... Va chiarito, però, che la diligenza del medico non si misura esclusivamente attraverso la pedissequa osservanza delle stesse.

Le linee guida non possono fornire, infatti, indicazioni di valore assoluto ai fini dell'apprezzamento dell'eventuale responsabilità del sanitario, sia per la libertà di cura, che caratterizza l'attività del medico, in nome della quale deve prevalere l'attenzione al caso clinico particolare e non si può pregiudizialmente escludere la scelta consapevole del medico che ritenga causa cognita di coltivare una soluzione terapeutica non contemplata nelle linee guida.

Dott. Andrea Mazzeo
Medico-Chirurgo
Specialista in Psichiatria
Perfezionato in Diritto Sanitario
LECCE – VIA R. SANZIO, 29
☎ 333 7147504

... È evidente, infatti, che le linee guida contengono valide indicazioni generali riferibili al caso astratto, ma è altrettanto evidente che il medico è sempre tenuto ad esercitare le proprie scelte considerando le circostanze peculiari che caratterizzano il caso concreto e la specifica situazione del paziente, nel rispetto della volontà di quest'ultimo, al di là delle regole cristallizzate nei protocolli medici.

... Il medico, nella pratica della professione, deve con scienza e coscienza perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui dispone al tempo la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità.

*... "l'arte medica, mancando per sua stessa natura di protocolli scientifici a base matematica ... [...] spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l'esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere oculatamente in relazione ad una cospicua serie di varianti che, legate al caso specifico, solo il medico nella contingenza della terapia, può apprezzare. **Questo concetto, di libertà nelle scelte terapeutiche del medico, è un valore che non può essere compromesso a nessun livello né disperso per nessuna ragione, pena la degradazione del medico a livello di semplice burocrate, con gravi rischi per la salute di tutti**"» (Corte di Cassazione, sez. IV Penale, sentenza 11 luglio – 19 settembre 2012, n. 35922).*

Infine, *last but not least*, la ricerca in psicoterapia ha portato alla conclusione che l'efficacia di una psicoterapia è maggiormente legata a fattori cosiddetti aspecifici (personalità del terapeuta, empatia, ecc) più che alla specifica tecnica utilizzata. Difatti, come riportato da una di queste ricerche, «*Il ruolo centrale della "persona" del terapeuta viene sottolineato anche da Beutler, Machado & Neufeldt (1994, p. 229), che traggono queste tre conclusioni delle ricerche sulle variabili del terapeuta:*

- 1. a livello statistico, i risultati positivi sono molto più collegati alle caratteristiche di personalità del terapeuta che alle tecniche da lui impiegate;*
- 2. alcuni terapeuti, trasversalmente a tutte le tecniche impiegate, sono costantemente più efficaci di altri;*
- 3. alcuni terapeuti, trasversalmente a tutte le tecniche impiegate, producono costantemente risultati negativi.¹²»*

FIRMATO
Dr Andrea Mazzeo
Specialista in Psichiatria

Lecce, 26/02/2023

12 <https://www.psychomedia.it/spr-it/artdoc/migone96.htm>