

# ACCANIMENTO TERAPEUTICO\*

Espressione linguistica italiana che indica un comportamento particolarmente ostinato nell'assegnazione delle cure

ALFREDO MARINELLI<sup>1,2</sup>, SABINO DE PLACIDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Università FEDERICO II - NAPOLI

<sup>2</sup> Istituto Psicologia Umanistica Esistenziale "Luigi De Marchi" - ROMA

## SUMMARY

---

When a Doctor is confronted with the expression '*Accanimento Terapeutico*', for whatever reason, he or she has mixed feelings, regardless of the context in which they find themselves or the type of conversation they are having. In order to understand this sense of embarrassment, which they find increasingly hard to conceal, and so as to view this problem in a new light, it is useful to consider the semantic realignment of terms whose meanings are not universally shared and/or are in any case also invalidated by the additional symbolic meanings they themselves possess.

Here we go over the processes that led to the appearance and spread of the concept of *Accanimento Terapeutico*. Below is an analysis of the 'cultural' foundations of the concept of Health understood as Fact, Responsibility or Worth: each is a different basis that can lead to behaviour prone to degenerating into '*Accanimento Terapeutico*' in medical practice.

This chapter's *raison d'être* lies not only in the relationship that '*Accanimento Terapeutico*' has with euthanasia, two terms that are frequently mentioned in news reports, but also in relation to treatments, access to them, their maintenance and also access to, and participation in, research experiments. In this way, the Authors hope to contribute to the RIGHTS OF THE DYING, highlighting, among other things, lesser-known facts about '*Accanimento Terapeutico*' as regards the problems linked to genetic characteristics and/or procedures set up and encouraged by the current spending review.

Finally, we present a model known as the '*rational model*', notable for its '*humanistic and existential*' nature and based on a true cornerstone: Respect for the Individual. The understanding of the perspective and experience – including their inner life – of a citizen afflicted with illness, as well as the communication of this understanding to them, is a characteristic of doctors who follow this model. This is the basis that leads to an evolution from *CURING* to *CARING*.

## SOMMARIO

---

Quando un Medico viene esposto, per qualsiasi motivazione, all'espressione linguistica "Accanimento Terapeutico" la sua reazione emozionale ed espressiva è ombrosa, a prescindere dal

contesto in cui lo stesso si trova o la conversazione avviene. Al fine di capire il perché di un disagio sempre più spesso mal celato, ed anche al fine di reinquadrare questa problematica è opportuno considerare un riallineamento semantico tra lemmi il cui significato spesso non è generalmente condiviso e/o comunque inficiato anche da significazioni figurative aggiuntive che gli stessi hanno.

Qui vengono ripercorse le vie che hanno generato la nascita e la diffusione del concetto di Accanimento Terapeutico. A seguire sono esposte le basi “culturali” del concetto di Sanità intesa come Fatto, o come Responsabilità o come Valore. Basi differenti, ma che nell’esercizio della professione medica, possono indurre comportamenti capaci di degenerare in “Accanimento Terapeutico”.

Questo capitolo ha la sua ragion d’essere non solo per i margini relazionali che l’”Accanimento Terapeutico” ha con l’eutanasia, binomio particolarmente frequente nella cronaca, ma anche per i margini relativi alle cure, al loro accesso, al loro mantenimento e come anche all’accesso e partecipazione alle sperimentazioni della ricerca. Così gli Autori intendono contribuire ai DIRITTI DI FINE VITA sottolineando anche aspetti meno noti, di “Accanimento Terapeutico” nell’ambito delle problematiche legate alle caratteristiche genetiche e/o procedure derivate e volute dalla *spending review* del momento.

Viene, infine, rappresentato un modello detto “*modello razionale*” che si caratterizza per un profilo “*umanistico ed esistenziale*” basato su un vero cardine: il Rispetto della Persona. E’ caratteristica del medico che persegue questo profilo la comprensione della prospettiva, dell’esperienza, anche interiore, del Cittadino portatore di Patologia, nonché la trasmissione a lui di questa comprensione. Questa è la base dell’evoluzione dal *TO CURE* al *TO CARE*.

#### ALLINEAMENTO SEMANTICO

---

L’evoluzione che l’Oncologia ha avuto negli ultimi 40 anni offre un modello esaustivo del significato che l’accanimento terapeutico ha avuto in questo periodo nella intera area della Medicina. Proprio per la diffusione di tale patologia l’idea di accanimento in ambito terapeutico è molto radicata nella Società Civile. E proprio perché la diffusione è ampia non esiste una percezione uniforme nel significato del concetto come anche delle cause originative dello stesso. Agli Autori ciò è apparso evidente sottoponendo, in una lezione di Oncologia per gli studenti del V anno (2012-2013) della Scuola di Medicina e Chirurgia dell’Università Federico II, domande specifiche sul significato delle parole chiave dell’esercizio della Medicina: Salute, Malato, Malattia, Accanimento,...

Il termine “accanimento,” nel suo significato: effetto dell’accanirsi, quindi persistenza, tenacia, furore, deriva dal verbo “accanire” che nella significazione della ENCICLOPEDIA TRECCANI on Line contiene la definizione: ostinarsi in qualche cosa o contro qualcuno, con impegno quasi rabbioso. Nel DIZIONARIO DEI SINONIMI E CONTRARI contiene: disumanità, inumanità, cocciutaggine,

determinazione, ostinatezza, ostinazione, pertinacia, pervicacia. Nella definizione del DIZIONARIO DEVOTO-OLI 2010 è contenuto anche: insistita e ostinata serie di... Ovvero è inserita la funzione temporale come elemento di aggravamento dell'ostinazione in quanto vi si identifica anche il concetto di "condotta". Secondo il DIZIONARIO DI MEDICINA TRECCANI (2010), in una visione che sembra vagamente ispirata al pensiero di Max Weber, l'"Accanimento Terapeutico" è l'ostinazione nell'impartire trattamenti sanitari che risultino sproporzionati in relazione all'obiettivo terapeutico. La locuzione è utilizzata quasi esclusivamente in Italia, diversamente, negli altri paesi si usa il termine di terapie futili o inutili pur non facendo riferimento alla condotta: "Accanimento".

A questo punto vale la pena di reidentificare anche il concetto di terapia, dal greco *therapeuo* – curo, e *therapeia* inteso come trattamento nel culto agli dei ed agli uomini, nel trattamento a servire. Infatti, il greco *therapeuticos* è: atto a servire; come *therapon* è il servo, lo scudiero, colui atto a servire. *Terapia* compare nel DIZIONARIO DELLE SCIENZE FISICHE (2012) intesa come il complesso di mezzi e modalità per combattere le malattie, le loro manifestazioni e complicazioni. Secondo l'ENCICLOPEDIA ITALIANA TRECCANI la *Terapia Medica*: è quella parte della medicina che tratta del modo e dei mezzi di combattere e prevenire le malattie. Aggiungendo importanti distinguo secondo gli intendimenti che la stessa Terapia si propone, per cui abbiamo: *Terapia patogenetica* - indipendentemente dalla possibilità o meno di combattere efficacemente la causa di una malattia, diviene talora opportuno correggere disturbi di cui si conosce il meccanismo di produzione mediante farmaci che agiscono in senso antagonista; *Terapia sintomatica* - consiste nel sopprimere o mitigare i sintomi e viene impiegata sia quando non è possibile combattere le cause di una malattia, sia quando la cura radicale delle cause si svolge lentamente; in quest'ultimo caso i sintomi possono rendersi responsabili di uno stato di debilitazione generale che disturba o attenua i processi della guarigione; *Farmacoterapia*: contempla l'uso dei farmaci ossia di sostanze capaci d'incidere sulle funzioni dell'organismo umano modificandole e, in determinate condizioni, di ricondurre alla norma una funzione patologicamente alterata. Ciò "indipendentemente" dalla causa delle modificazioni delle funzioni dell'organismo, ovvero, sia se dipendenti dalla malattia, sia se dipendenti dagli effetti collaterali dei farmaci impiegati per combattere la patologia stessa; *Terapia Palliativa* – medicamento che si limita a combattere (più o meno) provvisoriamente (e qui ancora si riconosce la funzione temporale) i sintomi di una malattia, volta a contrastare i sintomi più invalidanti di una malattia; termine giunto a noi dal francese *palliatif*, lemma del 1314 che nell'uso, dal tardo seicento, indica proprio il "rimedio momentaneo" che lascia intatta la causa.

Tutto ciò non è una mera operazione di archeologia semantica, ma vuole essere elemento sostantivo di quelle forme linguistiche che più frequentemente vengono utilizzate nel dibattito culturale dai partecipanti alle discussioni nei Media. E proprio in questa *agorà* che il tono della discussione sull'"Accanimento Terapeutico", agli occhi di un esperto, appare fin troppo spesso come una speculazione derivata dalla mancata conoscenza e condivisione dei significati. E questa è la ragione della metodologica necessità di allineamento semantico.

Il termine Malattia e Malato derivano dall'espressione latina *Male Habitu* – che si trova male, in cattivo stato. Sebbene la limitazione della conoscenza dell'epoca non poteva prevedere né generare un rapporto di causa-effetto, ancora oggi, il significato di malattia non può essere considerato limitato all'interno della sola conoscenza di una matrice di correlazione.

Mirko D. Grmek, per molti il più autorevole studioso della Medicina, scriveva nella ENCICLOPEDIA DELLE SCIENZE SOCIALI (1996) che: “I termini che nelle diverse lingue vengono usati per indicare la “malattia” appartengono, per la loro etimologia, a più campi semantici: essi rinviano sia alla mancanza di adattamento ai compiti della vita quotidiana, alla debolezza e alla perdita delle capacità lavorative, sia alla deformità e alla bruttezza, sia ancora alla sensazione di un disturbo fisico, e infine alla sofferenza psichica e al dolore. Dire che una persona è “malata” significa dire che non si sente bene, che il ritmo delle sue attività è perturbato e che alcuni cambiamenti del suo corpo menomano le sue capacità fisiologiche, talvolta al punto da mettere in pericolo la vita stessa. Il concetto di malattia non è socialmente neutro: implica un giudizio, non soltanto di ordine scientifico, ma anche di ordine morale ed estetico”. Malgrado la suddivisione degli stati e dei processi patologici in entità nosologiche, anche per legittime necessità di catalogazione, il dibattito culturale sostiene, a giusta ragione, la visione olistica della malattia come anche del paziente.

Ecco che la malattia non è più certamente ancorata alla causa di un segno, che nella sua e per la sua misurabilità, definiamo alterato. Una volta chiarito questo concetto comincia a prendere piede la consapevolezza dell'impatto di ciò all'interno delle condizioni capacitative di ognuno di noi. Quando la malattia, ovvero la percezione della perdita del benessere, o peggio l'attesa della perdita stessa (condizione che ricade quando la diagnosi avviene sui segni di malattia non accompagnati da sintomi), trascende la sfera della razionalità si realizza la paura della perdita del controllo del proprio divenire. Questa perdita di controllo, reale o temuta, nelle condizioni psicologiche più impegnative, genera il senso di impotenza fino, *in extremis*, alla negazione della stessa e al silenzio. Per l'uomo, infatti, questa perdita è, comunque, rappresentata dalla perdita del controllo di un valore naturalmente incardinato in lui: la Salute/Sanità, o forse meglio detto e rappresentato come l'unità e l'interezza psicofisica, condizione indispensabile del benessere. Ed è la dignità di tale valore la ragione per la quale questo portatore di patologia non è più disposto a riconoscersi in un rapporto malato-sano o paziente-medico.

Ma per il medico, nell'ambito dell'esercizio della sua professione, qual è il valore paradigmatico della Salute?

Alla fine degli anni 70 l'affermazione del regime terapeutico CMF, nella patologia tumorale mammaria, consacrava al mondo della scienza, dopo il successo contro i linfomi del regime MOPP, il ruolo della polichemioterapia antineoplastica. Ovvero di regimi terapeutici a più farmaci. In tutto il mondo ci fu una forte accelerazione da parte di quanti lavoravano in area oncologica ed ematologica nell'uso di combinazioni di farmaci antineoplastici che potessero essere rappresentativi quanto meno di una efficacia nei confronti di queste malattie. Spesso ciò accadeva a scapito dei pazienti, che in un'epoca di pochi antidoti contro gli effetti collaterali, in ambienti poco qualificati subivano, *de facto*, trattamenti dai risultati quasi sempre inconcludenti nel raggiungimento dei risultati ipotizzati ed offensivi della dignità umana per gli effetti collaterali e la scadente qualità di vita che generavano. Ed è proprio in questo contesto che tra la popolazione si è cominciato a diffondere, con modalità e rappresentazione *bottom-up* rispetto ai driver della Cultura, intesa in senso generale, il concetto di "Accanimento Terapeutico".

Rispetto a quanto succedeva ed al fine di costruire un consenso sulle metodologie della ricerca clinica che veniva sempre invocata a difesa di comportamenti spesso oggetto di contestazioni, fu costituito un Gruppo di Saggi che formò l'*Expert working group consensus building*. Questi giunsero a produrre la: "*International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use*, tenutasi nell'aprile del 1990 e riunitasi a Bruxelles. Sotto questa spinta si sono generate le linee guida di BUONA PRATICA CLINICA che in Italia sono state per la prima volta recepite dalla legislazione nazionale con il Decreto Ministeriale del 15 luglio del 1997. Questi eventi hanno una importanza storica. Agli stessi, infatti, è imputabile la crescita, non solo nella metodologia della ricerca nella sperimentazione dei farmaci, ma anche lo sviluppo della cultura nella "relazione medico-paziente". A completare l'analisi dell'evoluzione vale la pena qui di riprendere CoreCurriculum Oncologia: *Medico e Paziente* cap. 8 di A. Marinelli, McGraw Hill 2011: [...] nel 1996, un editoriale pubblicato sul *Journal of the American Medical Association* (JAMA) ribadisce come la relazione medico-paziente sia il centro della medicina e la medicina sia, nella sua essenza stessa, un'impresa morale fondata su un patto di fiducia. Con il miglioramento e la crescita della cultura diffusa "della malattia e del malato", [...] il rinnovato *Codice Deontologico* già dal 3 ottobre 1998 non riconosceva più il paziente come malato, bensì il cittadino, ovvero l'individuo portatore di patologia. Viene a cadere l'ultima "ghettizzante definizione" responsabile, soprattutto nelle gravi onco-ematopatie, ma come anche nelle malattie neuro-degenerative[n.d.A] di una morte sociale che anticipava di gran lunga la morte corporale.[...] Al tempo stesso, conservare la condizione di cittadino significa riconoscere di rappresentare ancora la condizione/funzione di elemento socialmente attivo. [...] Sotto la spinta di una necessità non soltanto semantica, il Malato/Paziente/Utente non è più oggetto della prestazione medica, ovvero il beneficiario di una funzione protettivo/solidaristica, bensì il soggetto di un processo diagnostico/terapeutico/riabilitativo di cui è l'attore principale. Ecco che si comprende come si sviluppa il concetto di centralità del paziente nella cura medica.[...] Questa forte corrispondenza permette al cittadino, quando portatore di patologia, di caratterizzarsi di una fisionomia sociale, e quindi giuridica, *suis generis* e ancor più complessa, data dal sommarsi dei Diritti del "sano" più quelli del "malato" (in Italia: Legge 104/1992, Legge 68/1999, Legge 289/1990, D.M. 329/1999,

Legge 104/1992, Legge 53/2000, D.L. 151/2000, Legge 332/1999, D.L. 276/2003... ) per citarne alcune delle prime. Tutto ciò è avvenuto anche grazie all'attenzione sulle problematiche che sono emerse e collegate al fenomeno noto come "multitrattamento Di Bella – MDB" ideato dal medico Luigi Di Bella, in Italia fra il 1997 ed il 1998, e con la sperimentazione condotta nel 1999 dal Ministero della Salute. Tutti questi eventi, differente frutto di una strategia *top-bottom*, assieme alla disponibilità di un maggior controllo degli effetti collaterali e della sintomatologia, hanno partecipato efficientemente alla riduzione di quell'asimmetria etica e morale che esisteva nel sistema di assistenza.

---

#### SALUTE : FATTO, RESPONSABILITÀ O VALORE?

---

Ma per il medico, nell'ambito dell'esercizio della sua professione, qual è il valore paradigmatico della Salute?

L'evoluzione della Medicina nel corso degli ultimi anni ha visto fortemente la veloce espansione della tecnologia in tutte le sue aree. A questa si è aggiunta la lungamente combattuta, ma mai vinta, visione paternalista dell'esercizio della professione medica. Visione aggravata da una concezione dell'esercizio della medicina sintetizzabile in un'equazione che vuole la SALUTE = FATTO. Ovvero, intendendo per *Fatto* ciò che è confinabile alla condizione di oggetto. Oggetto da riferirsi al corpo fisico. Equazione attorno alla quale il comportamento di molti si sostanzia in *Stakeholders* (ovvero il comportamento dei portatori di interesse teso alla massimalizzazione del proprio profitto). Dai familiari dei pazienti, dagli avvocati, o dagli agenti delle compagnie assicurative, amministratori aziendali, questi, tutti si attivano, impegnati nella compartecipazione ad una sorte di grande trattativa per costituire e sostenere, così, il FATTO. Il medico che opera in questo ambito, opera scelte terapeutiche secondo un modello decisionale detto Dogmatico, caratterizzato dall'esclusiva ricerca di adesione tra la documentazione del cittadino e, in questo caso, l'*Evidence Based Medicine* (EBM) nelle forme e modalità condivisibili con gli altri portatori di interesse legati al caso di specie.

Il risultato stridente del comportamento di costui è la caduta del più antico e tradizionale Autoritarismo posizionale del Medico a favore di un comportamento basato fondamentalmente sul timore della norma e della procedura amministrativa, condizione che ha generato un pilastro su cui poggia la Medicina Difensivistica. E' su queste basi che, per qualcuno, si fonda la motivazione che può spingere a decidere di chiudere l'infusione di nutrienti, generando quindi, come in casi noti al grande pubblico, un decesso per disidratazione, come sancito, in quei casi, dall'autopsia.

C'è un altro ambito che vale la pena di analizzare con la lente dell'"Accanimento", ed è un prodotto della Rivoluzione Biomedica in atto, figlia con quella Industriale della più antica e galileiana "Rivoluzione Scientifica". Oggi si è in grado di produrre facilmente informazioni tali che permettono di individuare anche in Cittadini "sani" la suscettibilità, ripeto suscettibilità: caratteristica completamente fuori dall'impatto della volontà, a sviluppare malattie di cuore, cancro,

malattie ematologiche, diabete, Alzheimer ... Alcune mentalità, partendo dal principio della PREVENZIONE, ritengono che per molti non si debba più considerare il concetto di “persona a rischio di..” giungendo addirittura a pensare a dei “pre-pazienti”, e per loro, a delle “pre-terapie”, ovvero passare da “Cittadini Sani” a “pre-Pazienti” che grazie a “pre-terapie” diventano, di fatto, dei pazienti. E seppur in assenza di segni e sintomi di malattia, ovvero in assoluta mancanza di un nesso di causa-effetto, questi dovrebbero ricevere una terapia. E qui si sostanzia un primo aspetto di un più moderno, e meno noto, concetto di “Accanimento Terapeutico”. E’ applicata a quest’ambito la concezione, che non esiste Libertà senza Responsabilità. Si viene così a generare l’ancoraggio alla responsabilità sulla eventuale trasmissione cosciente del “danno genetico”, che non è un danno ma una caratteristica (spesso recessiva), attraverso la procreazione di figli. Pertanto, malgrado il tasso variabile di probabilità che si verifichi la patologia, questa condizione non ripristina nel medico il potere posizionale autoritativo tale da imporre strategie ed atti terapeutici rappresentativi, ritengo, di una più strisciante e subdolamente razzista nuova eugenetica. E’ noto ed accettato dai tempi di Sir Francis Bacon il concetto che la Scienza è Potere. Non è possibile consentire l’esplicazione di questo potere autoritativo secondo quella logica che fa corrispondere alla responsabilità dell’uno l’obbligatorietà dell’esercizio del diritto di un altro. E questo secondo e strisciante aspetto di “Accanimento Terapeutico”, scaturisce dall’equazione SANITÀ=RESPONSABILITÀ.

Differentemente molti Cittadini, come anche molti Professionisti, ritengono che l’esercizio della medicina risponda all’equazione che vuole SALUTE = VALORE. L’etimo di Valore è dal latino *valor* – essere forte, avere merito, è la virtù dell’animo dell’uomo che lo fa eccellere in ciò che intraprende, facendo sempre riferimento ad attitudini e comportamenti positivi che dovrebbero caratterizzare l’essere umano non solo rispetto a se stesso ma anche rispetto alla collettività ed alla società. Per tali ragioni, il Medico è chiamato ad esercitare per garantire, tutelare e promuovere l’ideale di capacità, il grado di efficienza dell’individuo singolo rispetto a se stesso e rispetto alla società. Ciò vedrebbe il Medico, il Cittadino portatore di patologia, i suoi familiari, tutti quelli coinvolti nel processo/percorso assistenziale come degli *Shareholders* (azionisti che tutelano, attraverso il processo/percorso in cui sono coinvolti, il soddisfacimento del Cittadino e di tutti gli altri attori). Sotto la spinta di una necessità non soltanto semantica, il Malato/Paziente/Utente non è più oggetto della prestazione medica, ovvero il beneficiario di una funzione protettivo/solidaristica, bensì il soggetto di un processo diagnostico/terapeutico e/o riabilitativo di cui è l’attore principale con attori principali (per le aree di competenza). Così si sviluppa il concetto di centralità del Cittadino nell’alleanza per la cura medica. Anche questa visione può generare dei comportamenti ostinati e/o estremi, caratterizzando quello che spesso è denunciato come grande squilibrio tra le risorse impiegate e gli obiettivi. Squilibrio che compare nella spiegazione italiana del concetto di “Accanimento Terapeutico”. Ciò accade in special modo per l’assenza di una partecipazione cosciente, attiva e definita all’*alleanza terapeutica* con il medico, da parte del Cittadino.

Questi tre modelli interpretativi offrono la possibilità di aneddotica dalle suggestioni molto forti. C’è da domandarsi come mai avviene la differente e contemporanea presenza degli stessi? Provo a rispondere offrendo alla riflessione uno spunto che ritengo molto calzante da estendere a queste tre

equazioni: il Principio del fisico tedesco Werner Karl Heisenberg (1927). Questi sostiene, nella forma qui applicabile, che l'osservatore, nel caso di genere è il medico, è parte integrante dell'osservazione stessa. Si può riconoscere allo stesso di essere dotato di capacità, più o meno consapevolmente cosciente, e quindi responsabilità più o meno conscia, nel modificarla. Ciò a sostenere come le caratteristiche non solo formative, ma anche culturali, filosofiche e sociali, come anche psicologiche di base e del momento particolare, pongono il medico come attore/perturbatore, nell'esercizio e nella sostanza, dell'atto/rapporto/relazione del momento con il Cittadino.

Ma i tre modelli di pensiero basati su FATTO, RESPONSABILITÀ e VALORE hanno dei limiti che non rendono perfetto, o meglio, perfettamente definibile il modello/significato di SALUTE sotto tutti i punti di vista, generando aree di ambiguità. Tutti i modelli hanno dei limiti. Talvolta è complicato tracciare questi limiti. Ma più spesso è difficile accettarli.

---

#### BASI UMANISTICHE ED ESISTENZIALI

---

Quali asimmetrie resistono e/o si rinforzano oggi? Perché, malgrado la diffusione, l'accettazione con addirittura un giuramento etico-morale, è sempre oggetto di attenzione l'"Accanimento Terapeutico"?

A volte scopriamo con piacere lo svilupparsi di studio e di approfondimento su questi temi. Ciò diviene una importante leva atta ad incidere su sensibilità e buon senso. Queste caratteristiche, quando costitutive della persona del medico, ne caratterizzano un approccio che secondo alcuni è ascrivibile ad un modello detto: "Modello Razionale". Questo approccio si caratterizza per un profilo "*umanistico ed esistenziale*". Non è un modello complesso o artefatto, bensì è basato su un vero cardine: il Rispetto della Persona. E' su questo Rispetto, o meglio Centralità, che insistono alcune Organizzazioni non Confessionali, come il ROTARY INTERNATIONAL e la MASSONERIA UNIVERSALE, attraverso molteplici eventi atti a rappresentare e curare la diffusione di questi concetti di per se espressione di una vera ideologia, così, incardinata in queste Istituzioni. Infatti, sia con una chiave di lettura psicologica sia antropologica che sociologica è il modello più in sintonia con le caratteristiche umane sia del Cittadino/Paziente che del Cittadino/Medico. Il medico si comporterà secondo un modello razionale quando prevederà la valutazione dell'adesione tra la documentazione presentatagli e l'EBM, e insieme alla "storia naturale" della malattia aggiungerà l'ascolto e la valutazione della "storia personale" del Cittadino, facendo attenzione alle sue necessità. E' caratteristica di questo medico la comprensione della prospettiva, dell'esperienza, anche interiore, del Cittadino portatore di Patologia, nonché la trasmissione, a lui, di questa comprensione. Ciò è valido se riteniamo utile l'evoluzione dal concetto di RAPPORTO (tra Medico e Paziente), ovvero: "*entità diverse in contrapposizione e/o divario*", in quello di RELAZIONE, ovvero "*quel complesso di atti e/o manifestazioni che rendono operante attraverso la reciproca comprensione, la convivenza sociale di ruoli distinti*" in CoreCurriculum Oncologia: *Medico e Paziente* cap. 8 di A. Marinelli, McGraw Hill 2011. Proprio per sottolineare il particolare ruolo che la Relazione, così concepita ha, è utile ricordare le parole di Gustavo Raffi quando scrive: "*Solo a partire dalla Relazione è, infatti, possibile vivere un'etica autentica. Un'etica della libertà...*" (G.

Raffi IN NOME DELL'UOMO – Mursia 2011 pag.144). Questa è la base dell'evoluzione dal *TO CURE* al *TO CARE*. Questo tipo di riflessione, appare fin da subito, priva di ogni specificità di genere, ovvero, del Genere Paziente e/o del Genere Medico, rappresentando un importante campo di applicazione dell'Ontologia. Inoltre, il senso stesso di Centralità della Persona non è solo oggetto di dibattito nell'area socio-sanitaria, bensì anche in tutte le aree ed arti professionali come si legge in A. Marinelli *ETICA DELLA CURA E PROGETTO* - Liguori 2002

Avendo caratterizzato il canale modale di Relazione, vale la pena di aver chiaro il concetto di "Terapia", così come lo vuole la sua etimologia: trattamento, ritualità, cura resa con un senso di rispetto agli Dei ed agli Uomini. Il campo di applicazione di questa procedura è la malattia. Questa, come abbiamo visto in precedenza, non è considerabile come il nesso di causalità nella condizione di non-Salute. Ecco che la malattia stessa non è più ascrivibile ad un fatto socialmente neutro o ad un fenomeno variamente misurabile. Questa, infatti, implica una valutazione non soltanto di ordine scientifico, ma anche un giudizio di ordine morale ed estetico. Sono proprio queste implicazioni, di ordine oggettivo ed al tempo stesso soggettivo, che escludono la possibilità di mantenere un carattere di neutralità, e alla malattia ed al medico, rendendo, *de facto*, applicabile e concreto il suddetto "Principio di Heisenberg".

Inoltre, il processo decisionale del "modello razionale" non vede le Linee Guida come la massima e unica morale del pensiero scientifico globale o dell'associazionismo scientifico nazionale /internazionale, bensì come il minimo comune denominatore della garanzia di *terapia minima e non necessariamente unica* di cui il Cittadino possa usufruire. Il non fermarsi alla prescrizione soltanto delle Linee Guida, impegnandosi nella individuazione di ulteriori strumenti e modalità terapeutiche, non solo rappresenta una delle basi del pensiero che, quando strutturato con modalità previste, porta attuativamente alla Ricerca Scientifica, ma che, se forte di "sostenibilità scientifica", aumenta i gradi di libertà e le linee terapeutiche. Non è possibile pensare a queste, o ad atti governativi, o ancor peggio, a disposizioni regionali che pretendano in Italia, seppur sotto la spinta della gravosa spending review, di assurgere a benchmark. Infatti, non è pensabile che un benchmark, seppur generalista, possa essere ritenuto risolutivo. Né si può pensare che sia la valutazione dei costi ad imporre la scelta del comportamento prescrittivo attraverso una gerarchia dominata da quelli a costo più basso.

Ciò è inaccettabile per la complessità delle risoluzioni terapeutiche, e non contabili, che in ambito sanitario il medico deve dare pur nella valutazione delle risorse disponibili. In quanto vorrebbe significare flettere il comportamento del medico verso l'adozione "Accanita" di un comportamento prescrittivo che generi soluzioni terapeutiche caratterizzate da un ordine gerarchico di scelta dettato solo dal più basso valore economico, e, ancor peggio, secondo un discrezionalità di tipo regionale. Qualora, ciò che è in predicato avvenisse, si porrebbero, in Italia, delle reali questioni di Costituzionalità.

Se questo rappresenta uno dei confini dell'esercizio della professione medica, al tempo stesso ne rappresenta tutta l'area di esercizio liberale dell'azione stessa. In quanto è proprio la "sostenibilità scientifica" come anche la "metodologia" nella ricerca scientifica a determinare l'impedimento, *in primis* concettuale, e, quindi, *de facto* a quella insistita e ostinata serie di atti, con impegno quasi rabbioso, generatori dell'effetto dell'accanirsi, la cui persistenza e tenacia contengono: disumanità e inumanità. Soltanto la sostenibilità scientifica arma il coraggio del medico libero capace di offrire l'opportunità della scelta. E non esistono decisioni senza coraggio. Per tutto ciò si presenta la condizione di non perdere l'opportunità, per il Medico, di porsi nei confronti del Cittadino come "interfaccia culturale", come estensione e, al tempo stesso, limite, capace di rappresentare in un *unicum* la comprensione dell'avanzamento scientifico e l'attenzione ai valori umani. Ecco che il medico dell'approccio razionale, non è il dispensatore di scatolette, bensì è *decision-maker*, un Uomo Impegnato, Intellettuale Organico capace di riconoscere e garantire la dignità di ogni Persona, in via prioritaria, rispetto all'interesse generale, o ad interessi particolari, della società civile intesa in tutte le sue forme e manifestazioni. Ciò anche nel rispetto dell'Art. 2 della COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA, aspetto affrontato da A. Marinelli in CENTRALITÀ DELL'UOMO: Tra Ricerca Medica e Società Civile HIRAM n° 2/2013 pp. 70-93.

Il significato globale, nonché la collocazione, di questi concetti sta nel fatto che le singole culture delle singole nazioni o aree geografiche a volte tendano a perdere il senso di trascendenza, a cui anche il vissuto di patologia contribuisce e costituisce. Accade che si tenda a ridurre l'uomo a solo dato culturale, e purtroppo quando questo avviene, l'umanità corre nuovi pericoli di asservimento e manipolazione.

Vorrei aggiungere un punto interrogativo, trasformando in domanda provocatoriamente "epistemologica", il seguente aforisma attribuito a Vittorio Alfieri: *Bisogna veramente che l'uomo muoia perché altri possa appurare, ed ei stesso, il di lui giusto valore ?*

Si può qui aggiungere una ulteriore cornice di contestualizzazione, ricordando il celebre aforisma di Tito Maccio Plauto: "*homo hominis lupus*". E' da questo stato di necessità, proprio quando l'*impatto* aumenta la sua portata in *conflitto*, che l'Uomo ha "inventato" l'Etica. Sebbene l'Etica parta proprio dalla violazione dei Diritti Umani avvenuti nei campi di concentramento per deportati, la riflessione etica è oggi un processo logico e speculativo che pone al centro del dibattito l'Uomo e si esprime tra ciò che nella pratica dei suoi comportamenti possa esser un bene o un male, un eccesso o un difetto, un accanimento o un'omissione, rappresentandosi in un tempo che è lungo tutto l'arco della vita.

Ecco riassunte in questi paragrafi le analisi delle basi ad alto impatto sull'"Accanimento Terapeutico" su cui nasce la discussione, a volte conflitto, tra i diversi attori attorno ai Diritti del Cittadino portatore di patologia. Sicuramente arduo per legislatori, autori ed attuatori di decreti, leggi e norme, muoversi cercando la mediazione politica tra i partecipanti al processo socio-sanitario identificabili in quegli attori che spesso incarnano, piuttosto una parte ideologica

ostinandosi in qualche cosa o contro qualcuno, anziché esercitare il loro ruolo con naturalezza e razionalità. Disattendendo le attese di quanti ritengano che il loro ruolo sia disegnato e rappresentato da forze morali che dovrebbero essere, almeno e soprattutto qui, loro caratteristiche. Non è il solo possesso del titolo all'esercizio di questa "Professione" che rende l'Uomo un tale Medico.