

In Italia il Consiglio Nazionale della Federazione degli Ordini dei medici già nel luglio 2010 ha espresso totale contrarietà all'informazione diretta ai cittadini in materia di farmaci soggetti a prescrizione medica per il rischio che si trasformi in un messaggio pubblicitario con intento esclusivamente promozionale e commerciale e con potenziali negative ricadute sulla salute dei cittadini e sui costi della sanità pubblica⁵.

Ricordiamo per finire la vicenda del Vioxx, antinfiammatorio per cui l'azienda produttrice Merck aveva speso nel 2000, 160 milioni di dollari in DTCA. In uno spot trasmesso a non finire dalle TV degli Stati Uniti si vedeva una famosa campionessa di pattinaggio che scivolava dolcemente sul ghiaccio incurante della sua artrosi. L'immagine rassicurante contrastò poi molto con la scoperta che si trattava di un farmaco a rischio, ritirato dal commercio nel settembre del 2004 a causa di effetti cardiovascolari importanti (aumento degli infarti miocardici)⁶.

Invece di lasciare agli stessi produttori l'informazione diretta al pubblico, sostiene Maria Font, farmacista presso la ASL di Verona, direttrice della rivista Dialogo sui Farmaci, il modo migliore per proteggere la salute dei consumatori sarebbe quello di rendere maggiormente accessibili le fonti di informazioni obbiettive sui farmaci, rafforzando l'attuale ruolo della agenzia europea dei

medicinali (EMA) e mantenendo l'attuale proibizione alla informazione diretta ai pazienti da parte dell'industria⁷.

* ne fanno parte in Italia: *Ricerca&Pratica* dell'Ist. Mario Negri di Milano, *Dialogo sui Farmaci* ULSS e Azienda Ospedaliera di Verona, *Focus Univ* di Verona, *Informazione sui Farmaci* Farmacie Comunali Riunite di Reggio Emilia, *Pacchetti Informativi sui Farmaci* CEVEAS di Modena.

** MiEF, Medicines in Europe Forum, fondato nel 2002, riunisce oltre 60 organizzazioni provenienti da 12 paesi membri dell'UE. È composto da quattro grandi gruppi che operano nel settore sanitario: gruppi di pazienti, famiglie e associazioni di consumatori, fornitori di assicurazione sanitaria e operatori sanitari. *** HAI organizzazione no profit che si occupa dell'uso razionale dei farmaci e dell'accesso garantito alle cure essenziali. <http://www.haiweb.org/>

Bibliografia

- ¹ Shuchman M. Drug Risks and Free Speech — Can Congress Ban Consumer Drug Ads? *N Engl J Med* 2007; 356:2237-38
- ² Boden WE et al. DTCA for PTCA — Crossing the Line in Consumer Health Education? *N Engl J Med* 2008; 338: 2197-2200
- ³ Fasoli MG. Consumatori «informati», dieci anni dopo: cosa insegna l'esperienza americana? *R&P* 2007; 23:276-277
- ⁴ http://www.nograziepaggio.it/Eu%20Pharmaceutical%20Forum_Giustetto.pdf
- ⁵ http://www.nograziepaggio.it/FNOMCEO_MOZIONE%20LUGLIO%202010%20INFORMAZIONE%20SUI%20FARMACI.pdf
- ⁶ Rosenthal MB. Promotion of prescription drugs to consumers *N Engl J Med* 2002; 346: 498-505
- ⁷ Magrini N, Font M. Direct to consumer advertising of drugs in Europe *BMJ* 2007; 335:526

Accanimento terapeutico e relazione di cura: considerazioni a margine sul "fine vita"

dott. Stefano Visintainer

Vice Coordinatore della Commissione di Bioetica Ordine dei Medici chirurghi ed Odontoiatri di Trento

L'accanimento terapeutico, comunemente inteso come trattamento sproporzionato rispetto alle realistiche possibilità e probabilità di cura e di sopravvivenza, occupa nella riflessione sul "fine vita" un posto d'indubbio rilievo.

Intuitivamente, infatti, pare affiancarsi alla richiesta eutanasica come atteggiamento terapeutico d'intensità pari, ma di verso contrario. Ambedue portatori, comunque, d'una valenza sostanzialmente negativa.

Se l'eutanasia è percepita come un cedere le armi (colpevole?) del malato di fronte alla malattia incalzante, l'accanimento terapeutico, al contrario, sembra essere un insostenibile ed inutilmente distruttivo tentativo (colpevole?) del medico nella guerra feroce e senza senso contro un nemico sicuramente vincitore.

Ma forse le cose non sono così schematizzabili, come taluni vorrebbero per eliminare dubbi e giungere a definitive ed universali regole comportamentali.

Una diversa prospettiva d'analisi potrebbe far emergere dei significati velati che uno sguardo attento e sensibile può sospettare siano nascosti tra le pieghe semantiche delle due definizioni.

In particolare proprio la riflessione sull'accanimento terapeutico si dimostra particolarmente produttiva.

A ben guardare, infatti, la terminologia utilizzata - "accanimento terapeutico" - inganna per la sua decisa perentorietà.



David Teniers, il giovane, *Il medico del villaggio*, 1650, olio su tela, Museo Reale della Belle Arti, Bruxelles

Immediatamente, usando questo costrutto semantico, ci sembra d'aver rinchiuso all'interno d'un campo ben netto tutta una varietà di azioni terapeutiche che sentiamo essere sproporzionate ad uno stato di malattia in cui noi ci immaginiamo di poter trovarci, qui e adesso.

Il confronto però, anche semplicissimo, con chiunque sia disposto a dialogare sul tema (e qui sta l'importanza ed il beneficio della continua sollecitazione alla riflessione sull'argomento del "fine vita" che casi clinici, iniziative legislative, azioni della magistratura ci propongono) ci permette d'accorgerci che le cose non stanno proprio così. L'altro dialogante, appena si cala nella più particolareggiata descrizione di che cosa si possa intendere per accanimento, in una data e precisa e personale situazione, lascia emergere, spesso, delle interpretazioni che si discostano (e questo basta a far cadere il presupposto d'universalità) da ciò che per noi è già il limite per ogni intervento. Il limite, attenzione, inteso sia in senso estensivo che restrittivo. Ovvero ciò che DEVE essere comunque fatto e ciò che NON DEVE essere mai fatto.

Emerge, quindi, una valenza tutta personale sul concetto.

Allora la via, per intendere a fondo cosa sia l'"accanimento terapeutico", deve prendere un'altra strada. Diversa da una qualsivoglia definizione standardizzata dei trattamenti che configurerebbero accanimento.

Recita bene il codice di deontologia del medico e dell'odontoiatra all'articolo 16:

Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

Ed ancora all'articolo 18:

I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

Ci indica, pur non esplicitandolo, un modo alternativo per comprendere cosa

sia "accanimento terapeutico". Ci indica, sommessamente, una visione, un modo di interpretare e definire la cura della malattia come "relazione". **Relazione tra il curante ed il paziente.**

La medicina tecnologizzata, che ha consentito impensabili progressi terapeutici, ha generato (involontariamente, certamente, poiché la tecnica non ha volontà ma solo necessità) l'effetto collaterale di oggettivare progressivamente il malato/paziente, reificando la sua malattia come entità a sé state. Quasi estraniandola dalla persona che, al contrario e veramente, la incarna.

La medicina, al contrario, deve recuperare la sua caratteristica fondante.

Da sempre la medicina è stata innanzitutto relazione, relazione di cura, tra il curante ed il malato. Il recupero della dimensione profondamente umana del rapporto è assolutamente necessario ed è un'esigenza ormai chiara non solo ai terapeuti più attenti. Anche i malati stessi, benché immersi nel disagio disarmante della patologia che li accompagna, riconoscono immediatamente il forte beneficio che una relazione dialogante con il curante riesce a dare. Implementando, a volte in modo determinante, gli effetti positivi della terapia tecnicamente guidata.

La relazione di cura dovrebbe riprendere la sua centralità in ogni rapporto terapeutico.

Il dialogo tra il curante ed il malato, qualora solido ed impostato sul reciproco rispetto, consente di chiarire e "disarmare" anche delle situazioni più complesse e che pongono, come si è visto all'inizio, dilemmi etici.

Esattamente l'accanimento terapeutico trova la sua soluzione in quest'ottica.

È ora facilmente intuibile che in una relazione di cura, così come descritta, difficilmente si potrà arrivare a confrontarsi con l'evenienza di un accanimento del terapeuta sul paziente.

Il dialogo, la profonda conoscenza della persona in cura, delle sue esigenze ed aspettative e soprattutto il sereno rispetto impediscono in nuce che si possa sviluppare una soverchia imposizione di tecniche terapeutiche da parte del curante. Ma non solo. La relazione di cura, si intuisce, è unica ed irriproducibile. Riguarda

quelle PERSONE che sono coinvolte nella cura. Riguarda quel singolo essere umano che vive la sua malattia nella sua unicità di individuo. Paradossalmente, una relazione di cura così solida consente l'azione di terapie senza una valenza definitiva rispetto al loro grado di aggressione sul paziente. Il dialogo fondante, ma soprattutto la conoscenza delle aspettative e dei desideri del paziente possono portare ad attivare terapie che potranno essere accettabili e, addirittura, desiderate per quella singola ed unica persona. Ma, altrimenti, in un'altra, diversa ed ancora unica relazione di cura, le stesse terapie potranno essere assolutamente non proponibili né adeguate ai desideri di quell'uomo malato.

Particolarmente esplicativo è l'episodio riportato dal dr. Ignazio Marino. Racconta di un suo paziente che, pur conscio della relativa futilità del trapianto di fegato che gli avrebbe regalato, nel migliore dei casi, alcuni mesi di vita, decide di farsi operare. Conscio e capace di accettare tutte le durissime sequele post operatorie, pur di guadagnare anche solo quei pochi mesi che gli avrebbero permesso di vedere suo figlio laurearsi. Sceglie questa via, piuttosto che lasciar correre la malattia in un percorso meno doloroso ma più breve. Accetta terapie che, per gli effetti collaterali pesantissimi, sarebbero state certamente inaccettabili per un altro che non avesse avuto le stesse motivazioni. Per quest'ultima persona lo stesso processo terapeutico si sarebbe senz'altro configurato come accanimento terapeutico.

Possiamo concludere, quindi, che una relazione di cura fondata sul reciproco rispetto e sul dialogo non permettono che una delle problematiche più sentite nella medicina contemporanea emerga.

Probabilmente un approccio di questo tipo potrebbe consentire una più serena valutazione dell'altro aspetto critico del fine vita: il rifiuto della prosecuzione di ogni terapia.

Un'altra conseguenza "virtuosa" di quest'approccio potrebbe senz'altro essere la riduzione notevole di ogni richiesta d'eutanasia. Intesa questa nella sua accezione più corretta. In realtà quindi, come ormai ampiamente dimostrato, un'evenienza molto più rara e singolare di quanto il tam tam mediatico faccia sembrare.