

tegrità e l'umanità, e ogni azione deve avvenire nell'interesse del paziente e della società, adattandosi al mutare di questa. Ma noi sappiamo bene che non sempre queste ottime qualità ideali si trovano così espresse nella realtà.

Dunque il medico deve agire secondo coscienza (che contiene una sorta di principio di autonomia ribaltato sul versante del medico) e secondo scienza, cioè secondo quei criteri di condotta che si basano sullo standard ritenuto valido dalla comunità medico-scientifica. A questo proposito è noto che per molti medici non è soddisfacente né chiaro il riferimento allo standard scientifico comune. A catena le questioni richiamano altre questioni e si annuncia la tematica delle terapie futili.

Il medico non è dunque un mero esecutore delle richieste del paziente, nemmeno nei casi drammatici e angoscianti del fine vita. E' una persona che possiede anch'essa legittime posizioni morali (e che quindi può obiettare per ragioni etiche individuali a una richiesta di eutanasia) ed è un professionista che non solo è ovviamente tenuto a rispettare i vincoli della legge ma anche non disponibile a convalidare o attuare, dietro compenso, pratiche "magiche" o da ciarlatano che siano prive della dovuta verifica sperimentale.

Ricordate il caso Di Bella? A seguito di quella doloro-

sissima vicenda l'allora ministro della Sanità Rosy Bindi diede operatività a una Commissione ministeriale. Nacquero le cure palliative in Italia ma fu un drammatico percorso di sofferenza per moltissimi malati di cancro che cedettero a un sogno di guarigione.

Se sapessimo che per ognuno di noi esistono medici che la sera, senza il "camice bianco", si fermano a parlare con le persone (non con i pazienti), discutono i loro progetti, si lasciano andare a un amichevole "Sia onesto, lei cosa farebbe al mio posto?" e alla fine valutano con la persona che cosa sia ragionevole oggi o domani per lui/lei e per i suoi parenti, non sarebbe più consolatorio? Per citare ancora Kung, "Il pensiero che essere finiti e che poter morire è parte integrante della dignità dell'uomo, insieme con il principio secondo cui ogni uomo ha il diritto a non soffrire, diventerebbero la regola di vita di una società che conferisce di nuovo all'*homo humanus* la dignità di una *regula omnium viventium*".

BIBLIOGRAFIA

1. Peter Noll. Sul morire e la morte. Ed. Mondadori, 1984.
2. Hans Küng. Della dignità del morire. Ed. Rizzoli, 1996.
3. Berenson RA, Cassel CK. Consumer-driven health care may not be what patients need—caveat emptor. JAMA 2009;301:321-3.

Sul comodino



Al di là delle cure

Piero Pantaleo. *Al di là delle cure. Interventi complementari e di supporto in oncologia*. Franco Angeli, 2011, 23,00 euro

In questo agile testo è rilevata tutta la passione per le ampie possibilità del proprio ruolo di infermiere oncologico, fino a coprire l'ampilissimo campo degli interventi complementari. E' un argomento che, preso sotto un'altra prospettiva, non potrebbe mai essere trattato in così poche pagine da un solo autore e soprattutto richiederebbe una paziente e forse pesante ricerca bibliografica, distinguendo il diverso valore conoscitivo delle fonti e il diverso livello di affidabilità dei nessi causali proposti. Ma, come dice l'infermiere autore del testo e portatore di una lunga "esperienza di convivenza con centinaia di persone che hanno vissuto [...] la tragica realtà del cancro", l'obiettivo è quello di suscitare motivazione allo studio e alla ricerca e suggerire per quali motivi gli interventi complementari in oncologia ci dovrebbero interessare, come curanti. Infatti, come afferma il paragrafo di chiusura del libro, a fronte di un ventaglio amplissimo che va dal massaggio al tocco terapeutico, dalla musicoterapia all'arteterapia, dall'aromaterapia al sorriso fino alla meditazione e alla preghiera, i motivi unificanti sono due: la carenza di prove d'efficacia, ovvero "la scarsità di consensi da parte della 'medicina basata sull'evidenza'" e l'interesse dei malati di cancro e delle loro famiglie che ricercano negli interventi complementari un sostegno e un supporto per meglio seguire i percorsi di cura fondamentali o "ufficiali", come li chiama l'autore. Il limite principale del lavoro, una volta accettata l'intenzione dell'autore, è la chiave di lettura monotona, tendenzialmente derivata proprio dalla medicina ufficiale, cioè in chiave di sintomi, segni e nessi causali ipotizzati. Ogni volta che si entra in uno solo di questi interventi si scopre invece che la comprensione della genesi e del parziale successo di ognuno di essi richiede un allargamento di prospettiva su altre dimensioni, simboliche per esempio, e che queste, estremamente differenziate e ancora moltiplicabili, sono un invito ad accedere più in profondità al mistero della persona umana in cerca di guarigione.

Guido Miccinesi