

# I luoghi del morire

## Riflessioni sul morire dell'uomo occidentale

STEFANO VISINTAINER

**I**n questi ultimi tempi un animo attento e predisposto non può evitare di cogliere un incalzante crescendo d'attenzione verso un tema centrale della vita. Presso un pubblico sempre più vasto la riflessione peculiarmente umana sulla propria morte si fa strada, uscendo dagli ambiti consueti e precisamente definiti nei quali sino ad oggi era confinata. Ma non solo.

Ponendo attenzione si nota che argomenti sino ad ora ristretti (o costretti?) all'interno della discussione filosofica e religiosa vanno espandendosi, superando i limiti nei quali siamo stati da lungo tempo abituati a rintracciarli. Generalizzando, parrebbe esserci un rinnovato interesse su tematiche antagoniste il materialismo individualista al quale siamo abituati ad assistere da tempo e per il quale pensavamo non ci sarebbero stati più impedimenti all'universale diffusione. Che forse la misura sia colma?

Sarà il tempo, speriamo breve, a dirci se queste nuove (ed antiche) attenzioni siano solo fuochi fatui o fondamenta per la ripresa dell'indagine dell'uomo su sé stesso. Rischiamo di divagare. Al contrario il tema di questo articolo è estremamente centrato e definito. Necessariamente, come si vedrà.

L'attenzione verso la morte e la conseguente analisi e riflessione rischiano subito di essere dispersive. Molto infatti si può discettare su questo tema e molti possono essere gli approcci. Discutendo della morte possiamo valutare cosa essa significhi come momento finale o di passaggio della nostra esistenza, oppure che valore abbia o dia alla prospettiva della nostra vita, oppure se vi sia la necessità d'avere fede in un'altra vita, oppure se la morte incombente permetta un ravvedimento o, al contrario, un indurimento del carattere, ed ancora così, a lungo. Inoltre si potrebbe applicare un taglio d'indagine decisamente filosofico o, altrimenti, inquadrare il tema all'interno di un'ottica teologica.

Qui invece esporremo un punto d'osservazione estremamente peculiare, ma che crediamo possa essere utile per delle ulteriori successive (e necessarie) valutazioni in qualsiasi delle prospettive sopra accennate. Innanzitutto il nostro interesse si concentra non sulla morte in sé bensì sul periodo che precede l'evento definitivo. Periodo che definiamo "morire". Il morire non è propriamen-

te uno *stato* in quanto comprende in sé un aspetto *dinamico* che lo caratterizza sostanzialmente. Ed è quest'ultimo l'oggetto di questo scritto. Ci interessa analizzare gli aspetti dell'avvicinarsi dell'uomo contemporaneo alla propria morte e verificare se questo abbia delle caratteristiche capaci di renderlo una situazione affatto peculiare dei nostri giorni e se, anche, questo modo attuale di morire non condizioni la disposizione con la quale l'uomo oggi muore.

La ricerca dovrà partire e prendere spunto da un confronto con le epoche passate, cercando di capire come ci si confrontasse con la morte, ovvero, più correttamente, come si morisse più addietro nel tempo. Non volendo essere esaustivi, tenderemo solo un breve sunto delle valutazioni più accreditate sull'argomento. Ma occorre porre delle condizioni che consentano di affrontare le situazioni più comuni e diffuse per le epoche che si andranno ad analizzare, pena un disperdersi inconcludente in rivoli di casi particolari. A noi interessa soprattutto studiare come la gente comune, in altre epoche, si disponesse alla propria dipartita da questa vita. Non dovremo quindi considerare particolari congiunture storiche quali le guerre (in passato la frequenza dei conflitti era sì elevatissima, anche se nella sostanza interessava più frequentemente solo i guerrieri e non, almeno direttamente, la popolazione comune che, invece, subiva un incrudimento delle condizioni di vita), né dovremo descrivere delle morti eroiche che, proprio perché così definibili, costituivano un'eccezione.

### Il morire comune nella storia

Una sostanziosa fonte per questa nostra ricerca, così impostata, è costituita dal materiale raccolto in approfonditi studi da Philippe Ariès<sup>1</sup>. L'autore ci propone un percorso dall'epoca medievale sino ai nostri giorni centrato sul rapporto con la morte dei nostri avi nel mondo occidentale.

Senza dilungarci nell'esposizione particolareggiata delle ricerche di Ariès, e rimandando quindi i più interessati ad una lettura diretta dei testi, riassumiamo in poche battute le conclusioni che l'autore riporta relativamente ai cambiamenti dell'atteggiamento dell'uomo verso la propria morte. Schematicamente egli distingue e raggruppa periodi nei quali si possono riscontrare degli atteggiamenti condivisi e diffusi verso la morte. Ne individua quattro.

<sup>1</sup> P. Ariès, *L'uomo e la morte dal medioevo ad oggi*, Mondadori, Milano, 1992.

<sup>2</sup> Ariès, *L'uomo e la morte*, p. 6 e seg.

Un primo momento viene definito della “morte addomesticata”<sup>2</sup>, ed è un’epoca che si può ben inquadrare nel medioevo. Allora la morte era ritenuta una necessità della vita. Morire, benché non desiderato, non costituiva un accidente imprevisto. Faceva parte profondamente delle necessità della vita. Ogni uomo era preparato da sempre a confrontarsi con persone che morivano (la mortalità infantile era altissima e la vita media decisamente breve, rispetto alla nostra). Ma il fattore più importante per la nostra analisi sta nel fatto che ogni persona era inserita sin dalla nascita in una comunità che condivideva con lui l’esistenza ed alla quale egli si sentiva strettamente solidale. Infatti in questo periodo il modo più comune di morire era tra le mura di casa propria, nel proprio letto, accudito dai familiari che sino all’ultimo respiro attendevano alle necessità del morente: sia perché queste erano ben conosciute, sia perché era assolutamente comune, come si diceva, confrontarsi con persone in procinto di morire. Il morente non era quindi rifiutato o evitato. Poteva condividere con le persone più care gli ultimi momenti della propria vita predisponendo con i suoi cari la gestione dei momenti successivi la propria dipartita. Una morte appunto “addomesticata” da un legame forte di una persona e della sua comunità nella quale si riconosceva completamente.

Il periodo descritto come seguente è caratterizzato da una *individualizzazione sostanziale dell’uomo*, che accentra sulla propria persona, quasi egoisticamente, ogni attenzione presente e futura<sup>3</sup>. In quest’epoca, che poi sarà anche comprensiva dell’Umanesimo, nella maggior parte dei casi – benché le situazioni oggettive di vita non siano cambiate sostanzialmente – l’uomo si soggettivizza maggiormente e ritiene la propria vita estremamente preziosa. Se sconfiggere la morte non è pensabile, almeno mantenere la propria individualità anche dopo è assolutamente necessario. E se l’individualità *post-mortem* è desiderata fortemente allora sarà anche meglio che nell’al di là non ci sia ad attendere il terribile inferno. Si moltiplicano così in questo periodo, a conferma di quanto detto, i manuali per la buona morte (*ars moriendi*). Diviene comunissimo che sulle lapidi o sulle tombe vi siano iscrizioni esortative a pregare per il defunto, atte a facilitargli il percorso attraverso il Purgatorio e a garantirgli un’eternità paradisiaca nel più breve tempo. Ma nella sostanza in questo periodo l’atteggiamento verso la morte ed il morire non subiscono una trasformazione, piuttosto un cambio lieve di prospettiva con un’accentuarsi importante della persona nella sua singolarità. Comunque il morente si trova ancora con altissima frequenza nella propria casa e l’assistenza è garantita dai

---

<sup>3</sup> Ariès, *L’uomo e la morte*, p. 32 e seg.

congiunti. Ciò che varia è la qualità delle disposizioni che sono conferite ai sopravviventi, intese, come detto, soprattutto a garantire un passaggio *indenne* nell’al di là. Quindi un morire ed una morte accettati anche qui, ma affrontati con un desiderio potentissimo di non perdersi completamente.

Questa individualizzazione si potenzia ulteriormente nel passare del tempo sino a giungere all’Ottocento, ove si assiste ad una riduzione notevole delle disposizioni *post mortem* a fini salvifici, ma aumenta esponenzialmente il desiderio degli accoliti di mantenere *viva* oltre il decesso la persona legata da un vincolo affettivo profondissimo. La valorizzazione della persona nella sua individualità accresce ulteriormente la propria energia, ma si basa ora su un’intimità ed intensità di sentimenti e relazioni interpersonali potentissime. Il morente è considerato e tenuto per unico. Si sarebbe disposti ad ogni tentativo pur di mantenere “vivo” il legame. Qui come nel passato, e forse più, il sostegno al morente e l’accompagnamento verso la morte sono dati dalle persone ad egli unite da un legame affettivo fortissimo. Il morente è anche qui accudito frequentemente, sino all’ultimo respiro, nel proprio letto.

## Il morire comune e noi

Possiamo ora fare alcune considerazioni riassuntive. Fino a quest’ultima epoca descritta, per altro non molto lontana dai nostri giorni, abbiamo potuto constatare variazioni non sostanziali lungo il percorso del morire. Ancora ai primi del Novecento era normalissimo e frequentissimo che il morente spirasse nel proprio letto e altrettanto normale e frequente era l’assistenza offerta dai più intimi. Possiamo anche concludere che incontrare una persona morente nelle comunità d’un tempo, quando la vita media era decisamente più bassa dell’attuale, era certamente nelle più normali possibilità di un uomo. Confrontarsi con la morte di un proprio congiunto (un genitore, un fratello, un parente) era nell’ordine delle cose.

Con queste affermazioni non si vuole certo concludere che il rapporto dell’uomo con la morte, la propria soprattutto, fosse diverso per qualità dall’attuale. Non è questo il punto verso il quale abbiamo orientato questa riflessione. Qui interessa una situazione aderente, ma diversa, al rapporto con la morte, la fine della propria esistenza. È il *percorso* verso la soglia ultima l’oggetto della nostra analisi e su di questo ci volgiamo.

Dalle descrizioni appena esposte si può trarre, più coerentemente e realisticamente, che la persona morente disponeva di un *supporto d’attenzioni* e di calore umano che ci paiono molto difficili da riscontrarsi nei modi attuali di mori-

re (tale sensazione è, infatti, ciò che ci ha mosso in questa indagine). Rispetto ai tempi passati, ma non da molto, come si è visto, si sono inserite lungo questo percorso alcune innovative condizioni che ne hanno cambiato in profondità le caratteristiche. Cercheremo di individuare quali.

Innanzitutto va introdotto subito un fattore determinante e fondamentale che distingue nettamente il porsi dell'uomo nel mondo oggi rispetto al passato. Coi primi del secolo scorso la *techné*<sup>4</sup> è entrata di prepotenza e stabilmente in ogni ambito della nostra vita. Se prima la tecnica poteva essere intesa (sola-mente) come strumento o, meglio, come una serie di strumenti o metodiche indirizzate al raggiungimento di uno scopo che altrimenti sarebbe stato difficile o addirittura impossibile, oggi la tecnica fa parte così profondamente della nostra quotidianità che per noi, uomini occidentali, pare difficile immaginare un mondo ove gli apparati tecnologici ai quali siamo abituati non ci supportino più nel nostro confronto con la vita di ogni giorno.

Altri hanno avviato una specifica riflessione sull'influenza della tecnica. Nel nostro caso però dobbiamo evidenziare *se*, ed eventualmente *dove e come*, la potenza tecnica abbia modificato alcune caratteristiche d'atteggiamento dell'uomo verso il morire. Innanzitutto dobbiamo rapidamente ricordare come l'abitudine agli strumenti tecnologici che ci facilitano la fruizione dell'ambiente naturale ci abbia portato in un modo affatto nuovo rispetto al passato. Oggi siamo inclini senza difficoltà a considerare possibile gestire la natura in molteplici aspetti delle sue manifestazioni.

Riflettiamo ad esempio sul controllo esercitato sui tempi ciclici della natura nell'agricoltura tramite la selezione delle sementi e la trasformazione delle procedure di accesso ai prodotti della terra, con superamento delle limitazioni territoriali e climatiche. Pensiamo anche a come ogni innovazione tecnica introdotta nella nostra vita ne abbia modificato sostanzialmente il fluire ed il ritmo e forse anche le aspettative. La luce elettrica (banale esempio ma efficace) ha inserito sin dai primi del secolo scorso un cuneo disgregativo nel ritmo notte-giorno, alterando e modificando per tutti noi il significato di giorno-ope-rosità nel più essenziale (e produttivo) luce-operatività. Sono solo spunti; portiamo l'attenzione nel merito del nostro discorso, quindi sull'azione della tecnica nella medicina. Perché è qui che gli effetti sul morire contemporaneo trovano la loro più importante origine.

<sup>4</sup> Cfr. U. Galimberti, *Psiche e Techne*, Feltrinelli, Milano, 1999.

## Medicina e *techné*

Sin dal Seicento, con l'introduzione del metodo scientifico in medicina, un nuovo modo di confrontarsi con ogni tipo di malattia ha fondato definitivamente il rapporto dell'uomo con ogni aggressione esterna o interna destinata a causare la propria morte. Il processo avviato, inizialmente lento, ha subito un'accelerazione con i primi anni del secolo scorso.

Il metodo scientifico ha introdotto quale strumento fondamentale l'oggettivazione delle malattie. Inoltre, con un procedimento analitico di scomposizione, ha applicato le tecniche d'indagine ad ogni parte dell'evoluzione di un processo nocivo. L'analisi dettagliata delle malattie con una crescente progressione di precisione dei meccanismi biologici d'esplicazione, attraverso le sempre più sofisticate applicazioni dell'indagine scientificamente basata, ha consentito di conoscere gli intimi meccanismi di numerosissimi processi patologici e, conseguentemente, ha consentito l'approntamento di strumenti idonei a combattere o controllare il progresso delle varie malattie, come mai prima poteva essere sperato. Malattie mortali un secolo fa sono divenute banali indisposizioni. La conseguenza di questa potenza esplicita dalla medicina tecnico-fondata ha alterato lentamente ed inesorabilmente la percezione di noi tutti verso alcuni punti focali della vita dei nostri antenati. Confrontandoci con le descrizioni fatte più sopra possiamo cogliere facilmente alcune importanti differenze.

L'incremento della vita media<sup>5</sup> ha ridotto di molto la possibilità di confrontarsi con una persona morente. La pressoché scongiurata presenza di epidemie ha allontanato, probabilmente per sempre, la possibilità per l'uomo occidentale di incontrare sulla propria strada un morente. Inoltre, ed è qui il punto che ci preme sottolineare, la potenza della medicina indirizzata alla guarigione, alla cura, ha trovato come inevitabile sede, luogo elettivo, *l'ospedale*. Nell'ospedale sono infatti concentrati tutti gli armamentari tecnologici in grado di supportare le richieste e le possibilità della medicina contemporanea. Ma l'ospedale, con un processo che accompagna l'evoluzione della potenza curativa della medicina, è diventato da luogo ove si tenta la cura della malattia il luogo ove il medico si confronta con ogni tipo di patologia che accorcia la vita.

In sintesi, lentamente, l'ospedale è divenuto il luogo principale ove l'uomo si confronta con la morte, tentando con l'aiuto del medico di sconfiggerla<sup>6</sup>. Questo è infatti il segreto desiderio di ogni uomo ed oggi sembra che nell'intimo del-

<sup>5</sup> Cfr. ISTAT, Popolazione 2001, <http://www.istat.it>.

<sup>6</sup> I. Illich, *Nemesi medica*, Mondadori, Milano, 1977, p. 117.

la nostra coscienza ognuno di noi, confidando nella potenza della medicina, abbia nascosto l'inconfessabile desiderio di questa possibilità<sup>7</sup>. Ma quali sono le conseguenze, nell'ottica che abbiamo impostato?

Nella delega, che nel corso di ogni malattia si fa all'ospedale ed alla sua organizzazione di uomini e mezzi, si nasconde un'importante incrinatura del rapporto tra uomini e ciò accade probabilmente proprio nel momento in cui un solido legame umano sarebbe più necessario ed utile. L'organizzazione dell'ospedale, improntata sull'obiettivo, molto spesso raggiungibile, di curare dalle malattie, di guarire, opera volgendo l'attenzione – proprio a seguito dell'impostazione analitico-scientifica delle proprie capacità – molto più frequentemente alla malattia, al suo procedere, che al malato, all'uomo ammalato. Questo modo d'agire nei fatti ha consentito risultati efficaci nello sconfiggere gran parte dei malanni che hanno afflitto gli uomini occidentali nei tempi passati ma, d'altra parte (proprio per i risultati raggiunti e per le aspettative che il progresso in medicina genera ed incita) ha stimolato quel germe che è nel fondo d'ogni uomo ovvero la possibilità che sconfiggendo le malattie, tutte le malattie, sarà possibile sconfiggere la morte<sup>8</sup>.

Con un desiderio ed una speranza non apertamente confessabili l'uomo occidentale si rivolge all'ospedale, santuario della medicina onnipotente, con l'attesa di veder risolvere il proprio decadimento mortale. Ma questo è soltanto un aspetto, una sfaccettatura dell'argomento di nostro interesse.

L'ambiente ospedaliero, proprio per la necessaria organizzazione, studiata ed applicata per la massima efficienza, impone dei ritmi quotidiani e delle esigenze operative che spessissimo sono in conflitto con le richieste anche più banali degli assistiti e dei loro congiunti. Se, però, per una persona ammalata con delle solide prospettive di guarigione, tale situazione può essere ancora sopportabile, al contrario, per delle persone ricoverate ma in fin di vita, questa frenesia è molto spesso d'ostacolo per un'ideale assistenza. Questo è il punto. Perché diverso è in realtà il loro bisogno. Qui gioca appunto un ruolo importante l'aspetto che abbiamo già discusso più sopra (la convinzione che la medicina, entro breve tempo, possa sconfiggere se non la morte almeno *tutte* le malattie<sup>9</sup>). Il ricoverato in ospedale è considerato sempre un ammalato<sup>10</sup>, ovvero una persona con delle possibilità di guarigione. Perché è questo lo scopo dell'ospedale.

<sup>7</sup> W. Batzell, *The dying patient*, in "Arch. Of Int. Med.", CXXVII, gen. 1971, p. 106 e seg.

<sup>8</sup> I. Illich, *Nemesi medica*, p. 117.

<sup>9</sup> "New England Journal of Medicine", 2000, n. 342, pp. 654-656.

<sup>10</sup> Cfr. P. Ariès, *L'uomo e la morte*, p. 689.

Purtroppo, che ogni uomo possa essere curato per ogni malattia non corrisponde a realtà e le conseguenze di tale convinzione sono pagate per intero da coloro che si avvicinano alla morte e sono trattati come malati in terapia intensiva.

In queste situazioni i rapporti relazionali ad ogni livello sono spesso molto difficili. I congiunti si trovano a dover sottostare ai ritmi del reparto. L'*équipe* ospedaliera, identificando sino alle estreme conseguenze il morente con un ammalato, ha difficoltà a recepire le istanze di attenzione che, in questi casi, sono le prime se non le uniche e vere esigenze da essere soddisfatte<sup>11</sup>. Inoltre il sistema diagnostico terapeutico così impostato facilita un processo di depersonalizzazione dell'ammalato che viene *ridotto* alla patologia portata<sup>12</sup>. Inoltre non va dimenticata un'altra particolare situazione che in ambito ospedaliero trova fertile terreno.

Come si è detto l'intera struttura è studiata con lo scopo preciso di guarire il maggior numero di malati (malattie) possibile; con facilità quindi la morte di un paziente potrà essere percepita dallo staff come una sconfitta<sup>13</sup>. Questa è ancora una conseguenza dell'impostazione tecnico-scientifica della medicina che analizza il problema malattia sino alle sue più infinitesimali particolarità per coglierne i meccanismi nascosti ed approntare dei rimedi.

Purtroppo, il processo porta con sé anche la destrutturazione della persona ammalata.

## Il morente e i luoghi del morire

Non si vuole qui criticare o condannare l'attività nell'ospedale; si sottolinea come delle condizioni ambientali particolari enfatizzino le difficoltà, che comunque rimangono sempre elevate, nel confrontarsi con una persona morente. Ma anche verso i congiunti che sono chiamati, o almeno si sentono chiamati, a dare assistenza, l'ambiente ospedaliero produce delle difficoltà. Innanzitutto non va dimenticato il subdolo pericolo che si avvii un processo di delega dell'assistenza al morente da parte dei congiunti stessi<sup>14</sup>.

Inoltre, se è possibile che questi da un lato si sentano ostacolati dai ritmi ospedalieri fin nelle relazionali più semplici, da un altro è facile che percepiscano una propria, e comprensibile, impreparazione a confrontarsi con un loro

<sup>11</sup> Cfr. E. Kubler-Ross, *La morte ed il morire*, Cittadella Editore, Assisi, 1976.

<sup>12</sup> Cfr. J.Q. Benolil, in H. Feifel, *The new meaning of death*, Mc Graw Hill, N.Y., p. 126.

<sup>13</sup> Cfr. C.A. Garfield, in *The new meaning of death*, p. 147.

<sup>14</sup> R. Kalish, in *The new meaning of death*, p. 218.

caro in punto di morte. Veniamo ora al protagonista assoluto, suo malgrado, di questa esposizione.

Il morente che oggi è accolto nella struttura ospedaliera vi entra quasi sempre come un ammalato richiedente delle cure. Ma la fiducia nella medicina scientifica conduce anche la persona che è già in parte cosciente del proprio stato irreversibile ad affidarsi comunque all'ambiente ospedaliero. In realtà questa struttura è efficace e produce egregiamente risultati validi sino ad un certo punto – ovvero quando sussista una concreta possibilità di guarigione – oltre il quale questa si rivela una gabbia, all'interno della quale il morente è intrappolato. In un momento della vita in cui avrebbe bisogno più che mai del sostegno di persone attente alle sue esigenze più interiori.

Va precisato (per non incorrere in fraintendimenti, in questo campo ben facili) che in questa esposizione quando ci si riferisce ad un morente si fa riferimento ad una persona che abbia mantenuto ancora delle sufficienti capacità di relazionarsi compiutamente con l'esterno e non ai casi cui la coscienza non è presente o, comunque, non è più in grado di porsi in contatto con il mondo. Restringiamo quindi arbitrariamente il campo d'osservazione entro un orizzonte certo, onde non perderci qui in valutazioni che meriterebbero pagine *ad hoc*. Come si capisce, in ogni caso, anche così ridotto, l'approccio è sufficientemente complesso.

Il morente è stato oggetto di attentissime valutazioni. Le indagini più strutturate prendono origine dal lavoro di Elisabeth Kubler-Ross che per prima ha studiato il comportamento, con le ansie e le speranze, dei morenti ospitati nella struttura ospedaliera<sup>15</sup>. Le conclusioni di questi primi lavori e di quelli successivi, condotti da altri studiosi di varia formazione professionale<sup>16</sup>, sono pressoché concordi nel definire l'ospedale come la struttura meno adatta a soddisfare le esigenze particolari che richiede una persona morente. Invero sembra esserci un confine netto tra la persona che ha possibilità di guarigione ed una ormai entrata nella categoria del morente. Ma questo confine, pur netto stando agli studi ed alle esperienze citate, nella pratica non è facilmente collocabile. Anzi in ospedale, forse anche per la particolare disposizione degli operatori a tentare sempre il tutto per tutto nelle terapie (e abbiamo visto anche per non affrontare un fallimento della propria attività<sup>17</sup>), questo confine non viene colto nei tempi utili alla persona morente. Purtroppo le esigenze del morente e della persona curabile sono estremamente diverse.

<sup>15</sup> E. Kubler-Ross, *La morte ed il morire*.

<sup>16</sup> R. Kastambaum, *Death, society and human experiences*, Maximillian, New York, 1991.

<sup>17</sup> C.A. Garfield, in *The new meanings of death*, p. 147.

Si accennava prima all'incalzante attività, ai ritmi stabiliti e precisi in quasi ogni reparto ospedaliero, determinati dalla necessità di ottenere la massima efficacia nel curare *la malattia*. In vista d'un fine di guarigione, infatti, la depersonalizzazione implicita nell'attività che abbiamo descritto può essere un prezzo che una persona è disposta a sostenere<sup>18</sup>. Al contrario, quando le terapie sono inefficaci, questa non considerazione della persona nel suo intero complesso è un limite forte, che rischia però d'essere sopportato tutto e solamente dalla persona morente.

Questa situazione di disagio è stata finalmente presa in seria considerazione ed ha stimolato studi e verifiche sul campo sempre più numerose e dettagliate. Come si è detto ad oggi le conclusioni dei vari studi effettuati (sia con studi diretti sia con interviste d'operatori sanitari<sup>19</sup>) sono orientate a considerare l'ospedale un luogo ostile alle necessità di una persona morente. Necessità che richiedono obbligatoriamente delle risposte ma che sono comunque molto differenti da quelle che un ospedale può offrire.

Tra le richieste più urgenti di una persona morente sta la possibilità di avere e mantenere (ma a volte anche di creare o riprendere) un contatto relazionale umano con delle persone care. Persino questa semplice e comprensibilissima richiesta in ospedale trova, come abbiamo illustrato, degli ostacoli a volte insuperabili ad essere soddisfatta. Si consideri che, nonostante la volontà di assistere al meglio un proprio caro, questo compito comporta una fatica psichica ed anche fisica<sup>20</sup> di per sé e questa ulteriore difficoltà può far cadere il supporto proprio nei momenti più cruciali. Inoltre, come per primo lo studio della Kubler-Ross ha evidenziato, il percorso del morente verso l'ultima soglia non è piano ed uniforme ma, al contrario, presenta delle situazioni cangianti: dalla reattività astiosa all'angoscia, alla depressione ed alla rassegnazione<sup>21</sup>.

Se veramente si desidera *essere con* una persona morente occorre imparare a seguire questi multiformi aspetti. Ma non è certo in una struttura così organizzata che si potrà disporre delle condizioni ideali per attivarsi e disporsi a questo compito.

Recentemente si sono sperimentati dei programmi formativi rivolti alle *équipes* ospedaliere per consentire un adeguato raffrontarsi con il morente. Questo può essere un primo passo, ma il parere più diffuso si volge a stimolare la ricerca di luoghi alternativi all'ospedale.

<sup>18</sup> I. Illich, *Nemesi medica*, p. 117.

<sup>19</sup> L.P. White, in *The new meaning of death*, p. 100.

<sup>20</sup> A. Cartwright, *Life before death*, Routledge, London, 1973, p. 28.

<sup>21</sup> E. Kubler-Ross, *La morte ed il morire*, p. 65 e seg.

Un primo esempio è senz'altro l'*hospice*<sup>22</sup>. Questo luogo alternativo nasce sull'esperienza di una struttura nata a Londra nella metà del secolo scorso su iniziativa privata. Tentava di offrire un'accoglienza alle persone ormai giudicate non reattive alle terapie disponibili in ospedale. In questo luogo si tentava di ricreare un ambiente familiare ove la persona ospitata potesse, per quanto le sue condizioni lo rendessero possibile, proseguire una esistenza più impostata al mantenimento delle relazionalità. Le esperienze successive hanno contribuito a modificare alcuni aspetti dell'*hospice*, cercando di evitare che questa struttura prendesse un aspetto burocratizzato che avrebbe riproposto di nuovo in altra veste le stesse difficoltà riscontrabili in ospedale.

Ma le esperienze così maturate ed il contributo di operatori di varia formazione hanno imposto di cercare altre ancora più efficaci soluzioni. Si è così pensato di riportare il morente nella propria casa. Un tentativo di recuperare quindi il modo antico di morire ed il luogo principe degli avvenimenti di passaggio della vita d'un tempo, quando la morte era ancora *addomesticata*.

L'esperienza così avviata, in modi e tempi differenti nei diversi paesi del mondo occidentale, sta dando positive soddisfazioni. In Italia è ancora ai primi passi<sup>23</sup>. Vi sono, d'altra parte, delle difficoltà quotidiane che devono essere affrontate. Vari sono gli ostacoli. Innanzitutto l'impegno, costante e coordinato, affinché questa esperienza sia fattiva di risultati concreti per la persona morente non è di piccolo conto. Vanno inoltre utilizzate tutte le risorse disponibili: umane e tecnologiche. Ambedue necessitano di un'educazione, di un rodaggio. Ma se l'*équipe* d'operatori potrà procedere su d'un percorso formativo e migliorativo delle proprie disponibilità ed attenzioni, pare urgente, e forse ancora più fondamentale, affrontare e risolvere nel migliore dei modi il sostegno per i congiunti che si caricano dell'assistenza. Queste persone probabilmente sono alla loro prima esperienza nel confronto con un morente. Ed un morente, spesso, importantissimo affettivamente. Se lasciati soli, nel percorso verso l'ultima meta del loro caro, potranno incontrare delle difficoltà che riterranno – privi d'esperienza e di sostegno – insormontabili; magari annullando così, con un rapido declino di forze ed energie, l'unica ancora di relazionalità disponibile per il morente<sup>24</sup>.

Molto lavoro, dunque, si prospetta. Ma i vissuti raccontati da coloro che hanno partecipato in prima persona a questi momenti confortano. La strada sembra quella giusta. Un ritorno a casa è possibile. ■

<sup>22</sup> Cfr. C. Sauters, in *The new meanings of death*, p. 161 e seg.

<sup>23</sup> Cfr. "Panorama della Sanità", n. 11, giugno 2002, p. 47.

<sup>24</sup> Cfr. Comitato Etico Fondazione Floriani, *Carta dei diritti del morente*, Fondazione Floriani, Milano, 1999.

## Lo sbarco della scienza Il pensiero scientifico arabo-islamico e l'Occidente

SILVIO MENGOTTO

**L**a modernità dell'Occidente si coniuga sia con il dominio dell'economia, sia con straordinari progressi scientifici e tecnologici. Modernità che tende sempre ad imporsi come unico modello per l'intero pianeta. Il mondo arabo-islamico vive questa espansione della modernità occidentale come minaccia, specie dopo la guerra nel Golfo. In particolar modo si sente minacciato dai volti più secolarizzati e consumistici della modernizzazione. Ciò ha rafforzato la difesa della identità e della cultura arabo-islamica, e ha dato ulteriori elementi speculari, strumentali, alle correnti più fanatiche e terroristiche dell'Islam. Quando il mondo culturale arabo-islamico scopre che le radici, l'*humus* della scienza dell'Occidente, sono debitorie di un vasto patrimonio scientifico esportato nell'Europa (VIII-XII secolo), vive questa situazione con un senso di impotenza, frustrazione, diffidenza, misti ad un complesso di inferiorità e tradimento. Queste brevi note storiche tentano di recuperare quelle radici per comprendere meglio la complessità dell'oggi.

### L'incontro con la cultura ellenica

Secondo lo storico Stephen F. Mason, "prima ancora del sorgere dell'Islam, esistevano fra gli arabi persone dotate di cultura, fattore questo che doveva più tardi facilitare l'assimilazione della scienza greca da parte dei musulmani"<sup>1</sup>. Un primo fatto importante, e propedeutico, fu la traduzione delle opere greche, comprese quelle filosofiche. Lavoro ciclopico e di grande impegno che richiese più di due secoli di intenso lavoro. Il luogo dove si concentrò, e si organizzò, questa gigantesca operazione di promozione culturale fu Baghdad, che ne divenne anche la capitale.

<sup>1</sup> S.F. Mason, *Storia delle scienze della natura*, I, Milano 1971, p. 92.