

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.



**COPERTINA: Il tempo esalta la Scienza e calpesta l'Ignoranza:** celebrazione di Galileo e delle sue scoperte scientifiche. Particolare dall'affresco di Anton Domenico Gabbiani, 1692-1693 (Palazzo Pitti, Firenze, Palazzina della Meridiana, sala della Meridiana, cupola).



**Università Campus Bio-Medico di Roma**

**Corso di dottorato di ricerca in  
BIOETICA  
XXVIII CICLO ANNO 2013**

# **La cura nel tempo 'Tempus fugit'**

Lucia Giuliani

Coordinatore  
Prof. Vittoradolfo Tambone

Tutor  
Prof.ssa Maria Grazia De Marinis

---

2016

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Alla mia famiglia  
e a tutti coloro che hanno voluto donarmi un po' del loro tempo...

## INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO I IL METODO: LA PERCEZIONE DEL TEMPO IN CURE PALLIATIVE ATTRAVERSO LE PAROLE DEI PAZIENTI	9
CAPITOLO II IL TEMPO SOSPESO DELL'ATTESA	11
II.II Per un'ermeneutica del tempo vissuto	18
CAPITOLO III IL TEMPO DEL CORPO MALATO	27
III.II Per un'ermeneutica del corpo vissuto nel tempo	35
III.II.I Per un'anatomia del tempo	44
CAPITOLO IV LE PROSPETTIVE CAMBIANO CON IL TEMPO	46
IV.II Verso un'ermeneutica delle prospettive che cambiano con il tempo	51
CAPITOLO V DALLA FINE AL FINE DEL TEMPO	57
V.II Per un'ermeneutica del fine del tempo	65
CONCLUSIONI	76
BIBLIOGRAFIA	79

## INTRODUZIONE

Il presente lavoro analizza un particolare aspetto della cura dei pazienti in fine vita. L'approccio pone l'attenzione sulla percezione del tempo nei pazienti in Cure Palliative e fa della dimensione temporale il vero nocciolo della questione: il tempo è in senso filosofico la vera cura per la malattia.

La scelta del paziente oncologico in Cure Palliative è stata dettata dalla consapevolezza che questi pazienti hanno una percezione del tempo amplificata dalla morte imminente: il limite che vivono concede un senso più profondo al loro vissuto. Se il fine è quello di curare e assistere i pazienti, dobbiamo metterci nella condizione di capire qual è la loro percezione del tempo e quale può essere il percorso di cura più consono ai loro bisogni. Nelle cure palliative il paziente è soggetto e protagonista: a lui è dedicato lo studio di analisi e sintesi sulla percezione del tempo, l'approccio ermeneutico di interpretazione e il modello di cura che si delinea.

È noto che la filosofia sia stata da sempre considerata e usata come cura. Quello che vogliamo proporre ora è come il tempo, concetto a metà tra scienza e filosofia, possa anch'esso essere una cura. Ma cosa significa curare?

Si cura per ripristinare il benessere prima della malattia o per migliorare la qualità di vita? Meditare su questo concetto non è banale, a maggior ragione con il sopravvento della tecnologia sulla medicina.

Nella pratica medica inerente il fine vita sta crescendo la disponibilità delle risorse tecnologiche e farmacologiche per garantire con buona soddisfazione il controllo dei sintomi, poco ancora però si sta facendo per un adeguato supporto psicologico<sup>1</sup>. Un elemento di aiuto per colmare questa mancanza è una riflessione sul tempo del malato terminale. Capire quale sia la percezione del tempo nei pazienti che entrano nella dimensione del fine vita può aiutare a fornire un'assistenza più completa.

---

<sup>1</sup> Sebbene le Cure Palliative prevengano la Cura attiva e totale del paziente e della famiglia (legge 38/2010), si fa qui riferimento al necessario adeguamento del supporto psicologico per le terapie e l'utilizzo di macchinari tanto più sofisticati e innovativi ma quanto invasivi (monitor, macchina per la ventilazione meccanica, macchina per la tosse assistita...).

Intendiamo inoltre sottolineare che l'aspetto tecnologico di somministrazione dei farmaci (infusione continua sottocutanea-ICSC, pompe, elastomeri, ecc..) e il progresso farmacologico per controllare il dolore, contribuiscano alla necessità di sviluppare un'etica adeguata ai nuovi scenari: la tecnologia, esercita un vero e proprio controllo sulla morte, sottraendola al caso e alla necessità se manca un adeguato supporto filosofico e psicologico. La morte è infatti sempre più dipendente da scelte che potrebbero incidere tanto sul "quando" quanto sul "come" si giunge alla conclusione dell'esistenza<sup>2</sup>. La riflessione etica prova a studiare gli spazi lasciati vuoti tra la sofferenza, la malattia, il dolore e la morte. Il fine vita diventa così il contesto di problemi etici e in collegamento con una medicina chiamata ad affrontare situazioni in larga parte prodotte dai suoi stessi successi, secondo la ben nota nozione di iatrogenesi.

Partiamo da un'immagine barocca, quella ritratta dall'opera incompiuta di Gian Lorenzo Bernini, la verità svelata dal Tempo. È un'immagine concettuale molto potente, oltre che artisticamente suggestiva, con profonde e insospettite connessioni al tema della palliazione. La medicina palliativa, infatti, prende il proprio nome dal *pallium* latino, ovvero dal velo, usato per coprire e adornare chi lo indossava. La tradizione cristiana, poi, ha ripreso il pallio, tessuto con lana di agnello, come simbolo del gregge di cui il Buon Pastore si fa carico. Di qui il paramento liturgico del pallio ad indicare il pastore di tutta la cristianità. Palliare, dunque, significa in prima istanza coprire, per analogia il termine è poi andato a costituirsi nel vocabolario medico nel significato di curare apparentemente, ovvero curare l'apparenza della malattia, il sintomo, non la causa. Allo stesso modo il tempo copre e scopre i ricordi e le verità, come indica l'opera evocata nelle prime battute. Il fine vita per diversi ordini di ragioni è un momento cruciale nella riflessione e percezione del tempo.

Il tempo, o ciò che reputiamo tale e definiamo con questo termine, viene utilizzato e vissuto da ciascuno di noi. Generalmente ci si basa su misurazioni del tempo condivise più o meno da tutti, ma nel momento in cui il tempo è la dimensione che viene a mancare, esso stesso viene percepito nella sua qualità.

---

<sup>2</sup> La riflessione proposta sottolinea il concetto già evidenziato dallo Statuto dell'Associazione Europea per le Cure Palliative e dalla definizione di Cure Palliative stessa secondo cui: le CP non accelerano né ritardano la morte. Questo proposito è mantenuto e incoraggiato dalla tesi proposta.

La transizione temporale del paziente trattato con Cure Palliative è una delle più traumatiche e confuse, proprio perché questi pazienti evidentemente non hanno più tempo. Perciò la revisione dell'argomento di taglio originariamente filosofico della percezione del tempo, mettendo a fuoco nella letteratura scientifica le sue basi e origini, è un lavoro necessario per chi intraprende la strada della ricerca sul fine vita.

In questo scenario, la mancanza oggettiva di tempo del paziente implica una maggiore attenzione alla sua tutela. La prospettiva di una morte imminente concentra sul presente tutte le aspettative che non possono essere rimandate nel futuro, perché la malattia non lo permette. Manca una strategia per la guarigione, ma si vorrebbe quantomeno garantire una buona qualità di vita. Ciò colloca le Cure Palliative all'interno di un'aspettativa, di un'attesa appunto, che fa del tempo il suo protagonista.

Si considera come le Cure Palliative abbraccino nella loro definizione e terminologia tutto il campo semantico del tempo: dall'attesa all'aspettativa di cura, dalla continuità assistenziale alla cronicità del dolore, come se il concetto di tempo fosse intrinseco alle Cure Palliative<sup>3</sup>.

I pazienti di Cure Palliative hanno bisogno di un'assistenza mirata alla loro condizione patologica sia da un punto di vista medico che da un punto di vista relazionale. Ecco quindi che accanto ai principi medico-scientifici già ampiamente studiati e diffusi vogliamo approfondire l'aspetto più propriamente filosofico perché si favorisca una migliore presa in carico del paziente.

Il metodo che si è scelto di adottare ha la finalità di entrare nelle parole dei pazienti per capire il loro vissuto nelle diverse sfumature ed interpretazioni. Le parole hanno permesso di identificare quattro temi principali su cui ruota il pensiero filosofico della percezione del tempo. Ogni tema è stato poi ampliato e analizzato per un'interpretazione congiunta del tempo con la cura.

---

<sup>3</sup> Campo semantico del termine "tempo" in Cure Palliative: attesa, cronico, ritmo, tempo della cura, assistere(curare nel tempo), fine... Il gruppo organizzato di parole serve a evidenziare l'adesione del termine tempo alle Cure Palliative.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Tempo e cura si arricchiscono nel loro significato vicendevolmente man mano che si analizzano le parole dei pazienti. Il lavoro permette così di restituire del tempo ai pazienti, un tempo autentico e ricco di cura.



## CAPITOLO I

### IL METODO: LA PERCEZIONE DEL TEMPO IN CURE PALLIATIVE ATTRAVERSO LE PAROLE DEI PAZIENTI

Per capire il significato profondo della temporalità (come rapporto che il soggetto ha con il tempo) e la sua percezione in un contesto di fine vita, sono stati analizzati e sintetizzati i risultati di studi qualitativi condotti su pazienti in Cure Palliative, pubblicati su riviste internazionali di settore.

Per reperire gli studi d'interesse è stata condotta una ricerca sistematica di letteratura, senza limiti di tempo e lingua, nei seguenti data base : *CINAHL (EBSCOhost), Scopus, Pubmed, Embase, PsycINFO, Cochrane Library* .

((time OR "time perception" OR timing) AND ("palliative care" OR hospice OR "end of life" OR "terminally ill" OR "terminal illness") AND ("qualitative research" OR qualitative OR interview\* OR "focus group\*" OR "theme\*" OR "finding\*" OR "phenomenology" OR grounded OR audiorecording))

*Nella figura vengono indicate le parole chiave combinate con gli operatori Booleani, utilizzate per la ricerca.*

Inoltre si è cercato di reperire studi non pubblicati, attraverso i contatti con gli esperti internazionali (Sidsel Ellingsen, Matra Robertson e Marieke M. Groot).

Ogni lavoro identificato è stato sottoposto a valutazione metodologica attraverso il sistema JBI-Qari. Il software JBI-Qari del Joanna Briggs Institute è progettato per gestire, valutare, analizzare e sintetizzare risultati di studi che utilizzino un qualsiasi studio qualitativo.

La prima fase delle linee guida del JBI-QARI ha previsto la valutazione separata di due revisori indipendenti degli articoli. Le discrepanze tra i due revisori sono state colmate attraverso la discussione con un terzo revisore. Nessuno studio è stato scartato per metodologia ad esclusione di quello che non citava le parole dei pazienti.

L'estrazione dei risultati degli studi è avvenuta dopo attenta valutazione della loro qualità metodologica. Quindi i risultati sono stati aggregati per somiglianza di significato generando categorie che a loro volta sono state raggruppate, in base alla loro accezione, in temi di sintesi.

La ricerca ha prodotto nei database un primo risultato di 1.427 articoli. I titoli, abstract o testi completi sono stati analizzati e sette record che hanno incontrato i criteri di inclusione sono stati valutati per la qualità metodologica e quindi inclusi nella revisione. Gli anni di pubblicazione di articoli spaziano 2007-2013.

Tutti gli studi sono stati condotti nei paesi occidentali e sono stati pubblicati in lingua inglese.

I quattro temi ricavati dalla ricerca saranno ordinatamente esposti nei capitoli successivi. Questi rappresentano le fondamenta del lavoro di tesi.

Ad ogni tema di metasintesi corrisponde un capitolo di argomentazione filosofico-ermeneutica. Il pensiero di filosofi e bioeticisti è a supporto delle tesi trattate e crea una mappa per orientare e approfondire la conoscenza del tempo nei pazienti in Cure Palliative. Il riferimento a filosofi e medici costruisce inoltre una definizione di Cura autentica<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Cfr. si rimanda al concetto di autenticità heideggeriano.

## CAPITOLO II

### IL TEMPO SOSPESO DELL'ATTESA

Caratteristica del vissuto dei pazienti in cure palliative è la sofferenza per l'attesa: c'è un tempo lento e indefinito nell'attesa di ricevere una diagnosi, un esame, che inizi un trattamento o che si ricevano informazioni. Da prima che arrivi la diagnosi, durante gli accertamenti e le analisi necessari per valutare la terapia da intraprendere, fino al giorno in cui si emana l'ultimo sospiro il tempo è sospeso, fermo nell'attesa.

I pazienti raccontano di fatto come il tempo si fermi nel momento stesso in cui si riceve la diagnosi di malattia cronico degenerativa, all'improvviso tutto quello che viene percepito temporalmente cambia di sostanza, muta. Il primo mutamento che viene evidenziato è quello che si configura come una dilatazione del tempo nella forma di attesa; se l'attesa era pur presente prima della diagnosi, ma rivolta alla diagnosi stessa e verosimilmente ricca di tensione, timore e preoccupazione, ma anche di speranza, ora l'attesa ha un'altra forma. Il tempo è descritto come "dilatato" e "sospeso" in una attesa che potrebbe trasformare la nostra vita<sup>5</sup>.

La consapevolezza che ognuno di noi è destinato a morire non è sufficiente a renderci altrettanto coscienti sulla sensazione provata dal paziente che riceve diagnosi di malattia grave. A maggior ragione rispetto al tempo vissuto in questa circostanza. Le parole dei pazienti sul tempo vissuto al cospetto della morte descrivono le diverse sfumature dell'attesa.

---

<sup>5</sup> Cfr. al pensiero di Borgna: "Sono diversi i modi di vivere il tempo dell'attesa: è un tempo che corre precipitosamente verso una meta, verso un altrove, è un tempo che si arresta in un qui-e-ora immobile, o è un tempo che si riempie di angoscia: un'attesa inquieta di qualcosa che non si conosce e che si teme? Un tempo che si spezza e si frantuma, un tempo che agonizza e che, di giorno in giorno, si ricostituisce in un orizzonte di senso, o si dissolve nella disperazione? Un tempo, un tempo agostiniano, che cambia in ogni caso il suo andamento: non annegando più nella distrazione e nella insignificanza, e che si raccoglie invece nella captazione di ogni istante: recuperato nel suo valore e nella sua sorgente di valori." Borgna E., *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano 2005, p.50

"I had never thought about anything like this (i.e. dying). You don't until things pop up and you have to deal with them."<sup>6</sup>

All'improvviso i pazienti si trovano costretti a pensare alla loro morte come nuova realtà, a rendersi conto di essere "enti finiti"<sup>7</sup>, di non avere più speranze o progetti a lungo termine da poter mettere in atto, esseri impotenti di fronte a qualcosa di molto più grande di loro, che li costringe a fermarsi e ad aspettare. Aspettare che accada l'evento ultimo, senza poter assolutamente influire in alcun modo.

"So it's just a matter of living from day to day waiting to die, and that's no good. It's just no good, it's making me sick, and they can't tell me anything when I ask them, you know. How long they think it'll be, they have no idea"<sup>8</sup>

Il tempo che può essere misurato, è quello di tutti noi, il time: 60 secondi in un minuto, 60 minuti in un'ora, 24 ore in un giorno e così via. Questo tempo oggettivo rimane inalterato anche per i malati in fine vita. Ma c'è un tempo interiore, il tempo "narrativo", quel tempo che portiamo dentro di noi e ordina il nostro passato, presente e futuro, e che dispone la nostra storia personale, che viene irrimediabilmente modificato dalla cognizione della morte. Questo è il tempo che all'improvviso risulta alterato. Innanzitutto perché esso viene privato di una sua accezione, il futuro. Quindi il nuovo tempo si distribuisce tra presente e passato scandendo ritmi di attesa perché descritti

---

<sup>6</sup> Robertson M.; *Experiences of time: A qualitative inquiry into experiences of time as described by palliative care inpatients*; in "Palliative and Supportive Care"; 2013

<sup>7</sup> Cf uso questa terminologia ereditandola da Levinas: "Percepire l'Altro significa vedere la mortalità come tale [...] Il Volto dell'Altro significa richiamo per me, una chiamata. Non lo devo lasciar morire da solo. E neppure lo devo uccidere. C'è qui un comando e una proibizione [...] Comando e proibizione sono le 'sorgenti della responsabilità'. Ho una responsabilità per ciò che è in mio potere. È così. Per ciò che non rientra nello spazio della mia libertà. Sono... consegnato all'Altro ancor prima... di essere per me stesso" Lévinas E., e Casper B., *In ostaggio per l'Altro*, a cura di Adriano Fabris, Pisa, Edizioni ETS, 2012, pp.18-19.

<sup>8</sup>Khul D.; *Exploring the lived experience of having a terminal illness*; in "Journal of Palliative Care" vol. 27, 2011

come un “restiamo fermi nel passato, prima che la malattia prenda completamente il sopravvento anche nel presente”.

Nell'articolo “Time and Bodily Changes in Advanced Prostate Cancer: Talk about time as death approaches”<sup>9</sup> gli autori sottolineano come i partecipanti della ricerca (20 uomini con tumore alla prostata refrattario al trattamento ormonale e con metastasi scheletriche, di cui sono state selezionate le storie di 2 pazienti poiché ritenute molto esplicative) nelle prime interviste oltre a parlare della malattia, parlano anche del passato, delle loro vite prima della malattia, di quelle che erano abitudini, desideri e aspirazioni. Con il passare del tempo e il progredire della sintomatologia, il passato è solo “the past of disease”: tutto si concentra sulla malattia, su come si è modificata, su quali evoluzioni ci sono, sui sintomi.

Proprio per questo motivo il tempo dilatato dell'attesa in realtà si riferisce anche alla quotidiana passività del paziente nel ricevere le cure dell'infermiere (e degli altri operatori) che si presta a pulirlo, a vestirlo e ad alimentarlo.

«Day and night I am doing nothing but waiting, waiting to go to the toilet. It was a torment and breaking me down because my resistance is gone»<sup>10</sup>.

Non c'è solo l'attesa delle analisi, dei risultati o della morte, ma anche l'attesa delle cure<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup>Journal of Pain and Symptom Management, Olav Lindqvist, Birgit H. Rasmussen, Anders Widmark and Lars-Christer Hydén; 2008

<sup>10</sup>Robertson M.; *Experiences of time: A qualitative inquiry into experiences of time as described by palliative care inpatients*; in “Palliative and Supportive Care”; 2013

<sup>11</sup> Nel 2014 inizia a codificarsi a livello nazionale il problema del passaggio del paziente terminale dalle cure attive alle cure palliative (Congresso Nazionale SICP, 2014). Quasi a voler significare che le cure palliative siano di tipo passivo o comunque non indirizzate alla risoluzione della malattia ma al mantenimento del benessere psico-fisico della persona. Il mutamento della tipologia della prestazione (della cura) identifica quindi un passaggio anche di tipo temporale. Come non esiste un futuro per il paziente così

I pazienti, immersi in una dilatazione temporale, descrivono questa attesa spesso straziante perché dovuta ad un fisico così malato da non rispondere più ai solleciti. Non c'è resistenza da parte del corpo ma un abbandono alla malattia e al tempo che dovrà consumarsi prima che arrivi la morte. Questo tempo di attesa e di attesa di cure assistenziali è il primo tema, più descritto e più condiviso (il tempo dell'attesa è il tema che scaturisce dalle numerose categorie individuate negli articoli), che scaturisce dalla matasintesi innanzitutto perché descritto da molti pazienti e condiviso in numerosi articoli, inoltre perché può essere oggetto di strategie e fini assistenziali volti a "colmare un vuoto" che non significhi necessariamente un nulla. Quindi è l'esperienza maggiormente condivisa dai pazienti in cure palliative

Abbiamo anticipato come, molto spesso, i pazienti aspettano gli interventi sanitari per un tempo da loro percepito come lunghissimo, a questo si aggiunge un ambiente a volte inficiato da problemi organizzativi o da mancanza di personale che produce sensazioni negative e di sconforto, non nei confronti dei sanitari, ma nei confronti di un'esistenza "appesa"<sup>12</sup>. Anche la dipendenza da altri per ricevere le cure dilata e rende ancor più straziante l'attesa percepita dal paziente<sup>13</sup>.

"I no longer bother to connect with them, because I know they have to run before you finish the sentence. It's gotten worse and worse, more and more patients, not more employees; they are running all day when they are at work. And it does not feel good for them, and it does not feel good for us"<sup>14</sup>.

---

non può esistere una cura attiva: la cura non ha un futuro ma è rilegata al presente. A questo punto si può pensare che il "modello temporale del fine vita", anche se non formalizzato, è insito nell'organizzazione sanitaria. O meglio, la percezione del tempo del paziente è rispettata nel momento in cui si privilegia l'assistenza e l'organizzazione delle cure verso il presente e il passato del paziente e non verso un futuro che non c'è.

<sup>12</sup> Cfr sto usando le parole di Roberto Anzaldi, *C'è un posto, da qualche parte...*, 2015.

<sup>13</sup> Giuliani L.; Ghilardi G.; *La percezione del tempo nei pazienti di cure palliative: una revisione della letteratura - The perception of time in palliative care patients: a review of the literature*; MEDIC 2014; 22(1): 66-70.

<sup>14</sup> Ellingsen S.; Roxberg A.; Kritoffersen K.; Rosland J.H.; Alvsvag H.; *Being in transit and in transition. The experience of time at the place, when living with severe incurable disease – a phenomenological study*; in "Scandinavian Journal of Caring Science."; 2013

La teoria di Ornstein spiega piuttosto bene perché quando ci si annoia, il tempo passa lentamente e la durata sembra interminabile. In questi casi, il soggetto è obbligato a prestare attenzione ad una serie di eventi trascurabili, il che allunga la sua esperienza della durata. E gli esperimenti di Ornstein spiegano anche perché gli avvenimenti piacevoli siano percepiti come 'brevis' quando accadono, e 'longhi' nella memoria: i fatti piacevoli sono ricordati più in dettaglio e la maggior quantità di ricordi accresce retrospettivamente l'esperienza di durata.

La serie degli esperimenti di Ornstein non mostra soltanto che la durata (intesa come 'magnitudo' del tempo esperito) aumenta aumentando gli stimoli: la durata aumenta anche aumentando la complessità degli stimoli, e soprattutto dipende da come il soggetto organizza gli stimoli. Se il soggetto impara ad organizzare una serie di stimoli in un'unità più grande (ad esempio, se impara una sequenza di mosse apparentemente sconnesse come un solo passo di danza), la durata si riduce. E la riduzione avviene anche in retrospettiva: se il soggetto impara a riunire gli stimoli dopo aver percepito la sequenza, la durata si abbrevia nel ricordo.

La variabile importante, allora, è l'input registrato e immagazzinato, non semplicemente lo stimolo fornito. Un incremento dell'input registrato e immagazzinato accresce la quantità dell'immagazzinamento di quell'intervallo, e accresce l'esperienza di durata di quell'intervallo.

La malattia cronica porta la persona a cadere in un lento stato di dipendenza totale. Anche per i bisogni primari, come poter andare in bagno, il paziente necessita di una o più figure di sostegno che occupino il loro tempo per assisterlo. Questo elemento, insieme all'incapacità degli operatori di far fronte a tutto con l'adeguata tempistica, crea un enorme disagio al paziente, sia perché si sente di troppo, sia perché aumenta il suo sentimento di impotenza. Sebbene sarebbe opportuno che il paziente visse il suo tempo ultimo nella modo più ottimale possibile, l'attesa percepita dai pazienti intervistati ancora è vissuta come sofferenza.

L'attesa è comunque un carattere intrinseco delle cure palliative che si riflette nel paziente. Non ci si aspetta, come abbiamo visto, un miglioramento o una cura che stravolgerà il corso della malattia ma il decorso sarà più o meno lento e comunque rivolto sempre alla morte. Affinché l'attesa non assuma anche un carattere negativo è utile indagare la realtà e capire come questa vada ad alterare l'equilibrio emotivo del paziente. Scegliere di operare nell'attesa per renderla serena e non ricca di sofferenza è l'ipotesi più auspicabile in un contesto di cura.

“One day I was crying in bed, a nurse came in and just sat there until I had no more tears. It was of great importance to me. In this department (palliative care unit) employer are provided the opportunity for those working here to remain near the patient and this is hugely important and of immense impact. Elsewhere, they look at the clock all the timer and are not present”<sup>15</sup>

« Waiting very much adds to people's suffering, and with waiting comes a loss of control»<sup>16</sup>.

Il paziente che ha fatto esperienza di malattia è abituato a finalizzare la propria sofferenza alla diagnosi o alla terapia. Esso sa che le informazioni possono fornire conforto e le richiede. Anche in cure palliative vediamo un atteggiamento simile, spesso quando il paziente non è completamente consapevole dell'esito della sua malattia o quando ci troviamo in un contesto culturalmente differente da quello italiano. Priorità, per alcuni dei pazienti intervistati, è quella di poter ricevere le informazioni sulla propria malattia perché la consapevolezza permette di trasformare il periodo di incertezza in rassegnazione o speranza; la verità, la chiarezza della comunicazione è necessaria per fruire della propria autonomia perlomeno rispetto alla percezione del tempo da vivere.

---

<sup>15</sup> *Ibidem.*

<sup>16</sup> Khul D.; *Exploring the lived experience of having a terminal illness*; in “Journal of Palliative Care” vol. 27, 2011



Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

“A person that is terminally ill, they don't have time. All they want is the truth. They want it from their doctor, they want it from their friends, they want it from their family...If you don't tell the truth, you play games, and you are just waisting everybody's time...you don't have time to waste”<sup>17</sup>

Non c'è tempo da sprecare; queste sono le parole di un paziente raccolte nell'articolo di Khul. Il tempo è diventato all'improvviso non solo poco, ma pieno di importanza. Tutte le decisioni che prendiamo hanno un valore differente, più ampio, quindi non si può buttar via del tempo.

---

<sup>17</sup>Khul D.; *Exploring the lived experience of having a terminal illness*; in “Journal of Palliative Care” vol. 27, 2011.

## II.II Per un'ermeneutica del tempo vissuto

Minkowski<sup>18</sup>, in un'opera del 1968, *'Il tempo vissuto'*, descrive l'attesa come

«Il fenomeno vitale che si contrappone all'attività pur essendo situato sul suo stesso piano, non è come ragione vorrebbe la passività, bensì l'attesa»<sup>19</sup>.

Se nell'attività tendiamo verso il venire, l'avvenire, al contrario nell'attesa viviamo per così dire il tempo in senso inverso; vediamo l'avvenire giungere verso di noi e attendiamo che questo divenga presente.

L'autore continua la spiegazione dell'attesa descrivendola come atteggiamento vitale, essa infatti, ingloba tutto l'essere vivente, sospende la sua attività e lo immobilizza. L'aggettivo e la sensazione che andrebbe a definire questa pausa è, secondo Minkowski, l'angoscia. L'attesa penetra l'individuo fino alle viscere, lo riempie di terrore, per questo motivo nell'opera principale di Minkowski si parla sempre di attesa ansiosa, come se non potesse essere scissa dall'angoscia.

«Ciò peraltro non può sorprendere poiché essa è una sospensione di quell'attività che è la vita stessa. Talvolta, apparentemente senza ragione, sorge in noi l'immagine della morte, della morte sospesa, in tutta la sua potenza distruttiva, sopra di noi e appressantesi a gran passi; l'angoscia, il terrore ci stringono; impotenti, attendiamo il fatale e prossimo annientamento al quale siamo votati senza scampo. Di fronte ad un pericolo imminente, noi l'attendiamo, inchiodati, come paralizzati dal terrore. Queste sono illustrazioni, fra le migliori, dell'attesa»<sup>20</sup>.

La descrizione appena citata non è riferita nel particolare alle Cure Palliative, eppure si avvicina e calza le stesse sembianze. Porta con sé il senso di dolore sensoriale e di angoscia. Queste sensazioni non vengono però riferite ad un evento, ad un trauma o

---

<sup>18</sup> Eugène Minkowski (San Pietroburgo, 17 aprile 1885 – Parigi, 17 novembre 1972) fu psichiatra e filosofo. Egli si avvicinò alle posizioni della fenomenologia husserliana e fu direttamente influenzato da Bergson. Riconobbe nella percezione del tempo vissuto un campo di indagine fondamentale per la psicopatologia. Egli ha sostenuto che la psicopatologia può essere sempre spiegata se viene tenuto conto della personale esperienza del tempo, è quindi considerato uno dei principali fondatori dell'attuale psicopatologia fenomenologica.

<sup>19</sup> Minkowski E., *Il tempo vissuto*, Einaudi Paperbacks 22, 1968, p.88.

<sup>20</sup> *Ivi*, p.89.

malattia o quant'altro ma si riferiscono nello specifico al tempo. L'attesa è un fenomeno di ordine temporale.

«Nell'attività tendo verso l'avvenire, nell'attesa vivo il tempo in direzione opposta»<sup>21</sup>.

Inoltre il carattere temporale dell'attesa si contraddistingue non come durata ma come istante. Nell'attesa viviamo una successione di istanti, da un istante A ad un istante B senza che ci sia organizzazione temporale, come invece accade normalmente nella durata. I momenti che si succedono vengono vissuti in modo tale che il momento B della successione sia vissuto quasi da solo perché assorbe su di sé tutto il divenire e lascia sussistere il momento A che lo precede solo sotto forma di semplice accenno.

«Sarebbe falso anche dire che nell'attesa io vivo il presente e l'avvenire immediato legati l'uno all'altro; in realtà in essa io vivo solo l'avvenire, che, come tale, tende a diventare presente»<sup>22</sup>.

Queste conclusioni condurrebbero l'autore a considerazioni ancora più profonde sul senso del vissuto personale.

«la vita contrappone all'attività non la passività ma l'attesa, e secondariamente, si può vivere così poco nella passività come nell'attesa, perché ogni fenomeno che dura si impregna per forza di cose di durata attiva»<sup>23</sup>.

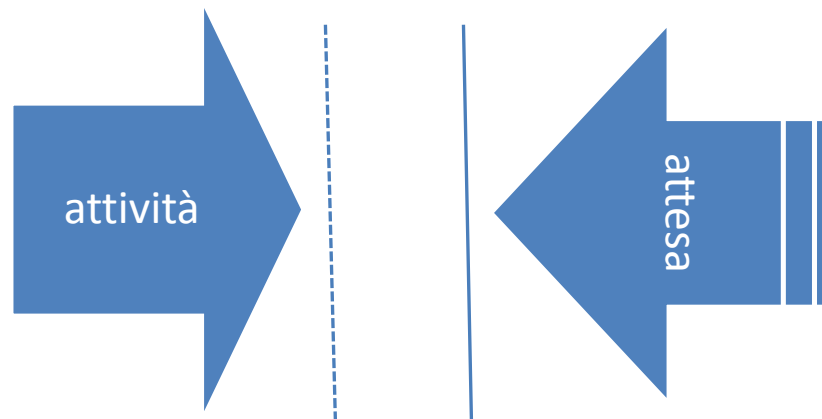
Quasi a voler sottolineare l'aspetto angosciante dell'attesa, Minkowski incalza sulla sua negatività che si contrappone non solo all'attività, ma alla vita intera. La pausa che si verrebbe a creare con l'attesa è, perciò, non vita. Nel momento in cui il corpo è violentemente minacciato, quindi, la mente va in uno stato di attesa e quest'ultima ha a che fare con il vuoto più assoluto. Comprendere che è questo ciò che accade, è un preliminare che non può essere trascurato se vogliamo curare, secondo la teoria del celeberrimo psichiatra francese.

---

<sup>21</sup> *Ivi*, p.90.

<sup>22</sup> *Ivi*, p.91.

<sup>23</sup> *Ibidem*.



**Fig.1 Dovendo tradurre in immagine spaziale le differenze di ordine temporale tra l'attività e l'attesa, adatteremmo lo schema che fa risaltare sia la differenza di direzione nella quale è vissuto l'avvenire sia i caratteri di durata e di istantaneità che si contrappongono nei due casi.**

Minkowski, con la sua precisione e analisi, continua:

«Sono dunque probabilmente l'attività e l'attesa a determinare l'atteggiamento generale dell'individuo nel mondo. Quasi un tutto nell'attività che si dispiega nel mezzo vuoto, quasi un niente nell'attesa, ridotto alla mia più semplice espressione, come sotto la minaccia di venir inghiottito dal divenire ambiente, io sono quello che sono probabilmente per l'azione coniugata dell'attività e dell'attesa, sono cioè un essere limitato, vivente nel mondo, suscettibile di svolgervi la sua attività, suscettibile anche di sopportare gli urti che vengono dal di fuori. È altrettanto probabile che il passaggio dall'attesa all'attività, o inversamente, l'interruzione dell'attività ad opera dell'attesa, contribuiscano a far nascere in noi la nozione di una superficie attivo-sensitiva, sede dell'interazione dell'io e del mezzo ambiente immediato»<sup>24</sup>.

Il modo in cui i fenomeni si presentano al mondo intero, e in particolare, in rapporto al tempo è il focus della tesi e dell'opera di Minkowski.

In questo capitolo si sottolinea come l'attesa dia sofferenza. D'altra parte è inevitabile che il tempo e lo spazio influiscano sull'andamento dei fenomeni. Minkowski userebbe i

---

<sup>24</sup> *Ivi*, p.92.

termini di espansione e restringimento per indicare le interazioni tra attesa e attività, cioè tra esistenza e vita. Tempo e spazio si confondono, in qualche modo, in una specie di «solidarietà vissuta»<sup>25</sup> nella quale è lo spazio a confondersi con il tempo ma non viceversa. Nella stessa percezione kantiana troviamo come spazio e tempo siano quadri a priori entro cui connettiamo dati fenomenici. Il tempo è la forma del senso interno, cioè quella rappresentazione a priori che sta a fondamento dei nostri stati interni e del loro disporsi secondo una successione ordinata. Tuttavia, poiché è solo attraverso il senso interno che ci giungono i dati del senso esterno, il tempo si configura anche, indirettamente, come la forma del senso esterno.

«Tutti gli oggetti dei sensi, cadono nel tempo»<sup>26</sup> .

Il tempo è un dato necessario, che si trova a fondamento di tutte le realtà esterne ed interne. Di conseguenza anche nell'andamento generale e naturale del tempo, quando non si ha né attività né speranza di una attività futura, esso interviene e provoca sofferenza.

Nelle infinite condizioni formali di sofferenza e di tempo, si vuole analizzare quella particolare dell'attesa in Cure Palliative.

Ciò che accade in Cure Palliative, e in molti altri contesti socio sanitari, è la dipendenza alla non conoscenza e alla non speranza insita in ogni forma di attesa. Il fine vita esalta e restringe il campo d'indagine dell'attesa. Non è una semplice attesa diagnostico-terapeutica, non è una pausa, ma un non ritorno e una mancanza di futuro.

L'attesa in Cure Palliative riguarda il vissuto del malato che sente sgomento e sofferenza. In qualche modo si può dire che l'attesa sia un effetto collaterale della malattia. Essa, infatti, appartiene al restringimento della persona verso il proprio limite che ne impedisce ogni forma di attività.

Nella vita comune la nostra naturale tendenza è l'avvenire, perciò in Cure Palliative, la prerogativa diventa quella di restituire al malato la possibilità per una attività futura. Allargare le prospettive, togliere qualche limite, trasformare i tempi 'sofferti' dell'attesa

---

<sup>25</sup> *Ivi*, p.93.

<sup>26</sup> Kant I., *Critica della Ragion Pura*, a cura di Morace D., Fermento, Roma, 2016, capitolo 5.

e creare un'interazione tra l'io e l'ambiente nel tempo, contribuirebbero ad alleviare la sofferenza del malato; curare uno degli effetti collaterali, i sintomi, significa avvicinare la terapia alla miglior forma di cura per il malato in Cure Palliative.

Inoltre la percezione dell'attesa si lega al concetto di durata. Sia che l'attesa venga concepita come un'azione che come una sospensione temporale, c'è sempre il concetto di durata che caratterizza l'attesa stessa. La durata, come l'attesa, ha un doppio significato, infatti essa viene valutata e vissuta diversamente, in base al fatto che essa sia espressa prima o dopo l'evento di cui il soggetto deve valutare la durata.

Per esempio il fenomeno del dolore ha una durata apparentemente molto prolungata mentre si percepisce lo stimolo, ma essa si riduce se il dolore non è percepito ma lo si rievoca in forma di ricordo.

Esperimenti di cronobiologia, quelli su orologi interni (processi chimici e fisiologici) e modelli basati sull'attenzione, confermano la doppia natura della durata che può ricondursi principalmente ad eventi ciclici, di cui abbiamo già qualche informazione e quindi un'attesa di durata<sup>27</sup>.

Tutti i modelli di percezione della durata (prendiamo ad esempio quelli rassegnati in nota 27: schemi di riferimento concettuali che abbracciano tutte le discipline), convergono nell'assegnare alla durata (e quindi all'attesa) l'importanza delle informazioni per la sua definizione. Le informazioni contribuirebbero ad una diversa percezione della durata sia che esse siano di natura biologica, fisiologica, di apprendimento ecc.

---

<sup>27</sup> Giovanni Bruno Vicario definisce 6 modelli principali di durata: 1- Durata esperita e durata ricordata. Questa distinzione prende forma dalla suddivisione fra paradigma prospettivo e paradigma retrospettivo. Entrambe le distinzioni si fondano sul fatto che la durata viene vissuta e valutata in modo differente a seconda che il compito dato al soggetto valutante avvenga prima o dopo la valutazione della durata. 2- Cronobiologia. Disciplina che studia i comportamenti ciclici cercando le basi di ipotetici oscillatori o ritmizzatori. 3- Orologi interni. Questi contatori sono stati sperimentati e valutati su animali; ratti o piccioni devono spiegare come apprendono comportamenti che prevedono ben specificate successioni di movimenti. 4- Modelli basati sull'attenzione. Underwood e Swain [1973] hanno trovato che i soggetti giudicano più lunga la durata di brani di prosa che richiedevano una grande attenzione per una loro analisi rispetto ad altri brani che presumibilmente non la richiedevano. 5- Modelli memory-storage. Si oppongono ai modelli dell'orologio interno e interpretano la durata in base alla quantità di informazioni (dati) che il processo occupa nella memoria. 6- Modelli memory-change. In continuità con i modelli memory-storage, aggiungono a quest'ultimi la quantità di informazioni in più che si connettono nel processo di ingresso nella memoria.

Vicario G. B., *Il tempo*, Saggio di psicologia sperimentale, Mulino Ricerca, 2005, p. 160-163.

La nostra tesi, qui, è che il contributo di Minkowski resti sostanzialmente ambiguo riguardo la natura ermeneutica o esplicativa dell'attesa, specialmente in un contesto di malattia come quello delle Cure Palliative.

In particolare, la forte deviazione dell'attesa rispetto all'attività e alla vita ci fa dubitare sulla percezione del tempo da parte del paziente. Quest'ultimo infatti, protagonista indiscusso dell'attività medica e del fine della cura, non lamenta quasi mai una cattiva attività o una mancanza di senso della vita dovuto ad una non partecipazione alle attività vitali. L'attesa sembra più rilegata ad un vuoto, incompreso e quindi spesso in-colmato da parte della struttura ospedaliera.

La corrispondenza del vuoto dell'attesa con il nulla ricorda la psicologia dell'*horror vacui*<sup>28</sup>. L'idea del vuoto si oppone al mondo della realtà oggettiva per Minkowski e va contro la vita.

Detto ciò, bisogna chiederci come il pensiero dell'autore, se è veramente destinato a lavorare unicamente sulle cose, arrivi all'idea di un'operazione di questo genere in malattia, e del vuoto a cui l'idea stessa possa sorgere nel pensiero, invece di restare priva di ogni senso e, proprio per questo fatto, esclusa dal suo campo d'azione.

Abituati a ricercare una base (vivente) ai fattori costitutivi del pensiero discorsivo, pur astratti e formali che siano, come la negazione, lo zero e il vuoto, ammetteremmo volentieri una intuizione immediata, piena di vita questa volta, del nulla, il cui vuoto, così come l'operazione di soppressione per mezzo del pensiero, che a questo conduce, non sarebbero che una traduzione, già lontana da quella intuizione prima, sul piano razionale. Ciò introdurrebbe la seconda forma del nulla.

«Non si tratta più di sottrarre col pensiero. Anzi, nel mondo delle cose vediamo ora passare l'alito possente del dinamismo vivente. Quest'ultimo soverchia da tutte le parti le cose isolate che crediamo di avere davanti a noi, come soverchia pure ogni idea isolata che il pensiero discorsivo crede di potergli opporre. Tutte queste cose, tutte

---

<sup>28</sup> Cfr. idea aristotelica di *horror vacui* secondo la quale lo spazio vuoto non è altro che una contraddizione di termini, essendo lo spazio, o meglio il luogo, il *topos* greco, niente altro che il limite dei corpi. Risulterebbe quindi evidente che non può esistere uno spazio, un luogo, se non in presenza di oggetti. A partire da queste concezioni della Fisica di Aristotele, sono state successivamente elaborate teorie, soprattutto in periodo medioevale, in merito allo *ab-horrere* del vuoto da parte della natura.

queste idee ora si compenetrano, perdono il loro rivestimento particolare, i loro contorni netti, per confondersi nel medesimo dinamismo, primitivo, universale, generatore del cosmo e di noi stessi»<sup>29</sup>.

Anche in questo caso il soggetto è il nulla perché non si distingue nessuna forma precisa, perché ogni cosa, ogni avvenimento, ogni essere vivente scompaiono in sua presenza. È il nulla poiché è ciò che sussiste quando tutto scompare, come è ancora il nulla per il fatto che non abbiamo presa su di lui e la nostra attività non può esercitarsi in alcun modo.

Quanto differente però è questo nulla dal precedente? Non potremmo assimilarlo né allo zero né al vuoto. Pieno di mistero, di promesse, di ricchezze insospettate, molto più vicino alla durata vissuta che al pensiero discorsivo, si offre a noi in maniera immediata. È il nulla vivente, temporale, metafisico.

Il sentimento che gli è proprio, in quanto uno dei suoi caratteri essenziali, non è il terrore che ispira l'idea del vuoto, ma il sentimento di pace profonda cui aspiriamo con tutto il nostro essere. La morte.

Per rispondere ai sentimenti e alle esigenze dei pazienti, si vuole dare conforto in una pace che, come risposta alle domande del paziente in Cure Palliative, si svolgerà nei prossimi processi ermeneutici, essa viene chiesta sia dallo spirito che dal corpo ormai incapace di lottare contro la malattia, e viene interpretata dal paziente attraverso una nuova formula di valorizzazione e di priorità di qualità terrene ma anche attraverso la visione di un fine ultimo che va al di là della vita mortale.

L'autore mette in parallelo la pace interiore, quella che si aspira come serenità, alla pace dei trattati politici, che è sì più reale, ma frutto di scontri e lotte tra esseri umani.

«Queste lotte, questi conflitti, questi urti, entrano in gioco solo a partire dal momento in cui le idee, le preferenze, le cose, gli esseri umani emergono, nel loro rivestimento (revêtement) particolare, dal nulla, dal dinamismo primitivo, prendono corpo, si oppongono da allora in poi, necessariamente, e si urtano. Ciò facendo determinano la

---

<sup>29</sup> Minkowski E., *Filosofia Semantica Psicopatologia*, a cura di Mario Francioni, Biblioteca di Filosofia Mursia, Milano, 1969, p.29.



marcia degli avvenimenti, e a questo punto non può trattarsi che di una pace zoppicante. La pace, semplicemente, la pace profonda si situa altrove, su di un altro piano. Presentiamo la sua esistenza al fondo del nostro essere. E non riusciamo che a presentirla, perché non giungiamo mai a sottrarci completamente dal dominio delle lotte e dei conflitti di cui è costituita la nostra vita quaggiù»<sup>30</sup>.

L'autore prosegue con il paragone e arriva alla definizione del sentimento di morte:

«Senza di essa però, non potremmo vivere. Tanto il vuoto minaccia nella sua esistenza l'essere vulnerabile e per conseguenza animale, quanto la pace profonda è una delle aspirazioni essenziali dell'essere spirituale. Vi tende, attraverso la morte, questa sola via d'uscita della vita quaggiù. E la morte vi trova tutta la sua grandezza. A fianco dell'idea della morte che viene a interrompere brutalmente, dall'esterno, la vita, si porrà ora quella della morte che s'integra intimamente con la vita, e che ci riconcilia con l'esistenza aprendo davanti a noi una larga apertura sulla pace profonda del nulla»<sup>31</sup>.

Nel binomio tra morte e attesa l'autore aggiunge:

«E nell'attesa che questa morte venga a chiudere naturalmente la vita, l'essere spirituale si attarderà volentieri sulla pace che emana dal silenzio della notte, come emana dalla natura al calar del sole o della calma che regna nei cimiteri»<sup>32</sup>.

Quindi il periodo di attesa precedente alla morte, se vissuto degnamente, dovrebbe preparare alla pace che si raggiungerà definitivamente con la morte. È la stessa morte che qualifica la vita come dignitosa, cioè in grado di essere vissuta fino in fondo. Abbiamo bisogno in qualche modo della morte per vivere e per rendere unica la nostra esistenza perché la morte identifica sia la vita che l'individuo ed è per questo un fenomeno vitale.

«Nella vita è la morte che prende il posto del sipario, è la morte che segna la fine e non, come si potrebbe credere, nel senso che interrompe una vita che d'altronde mi è data, ma nel senso che apporta con sé la nozione di una vita, nozione che riunisce in una sola unità sintetica tutto ciò che ha preceduto questa morte. Di fronte alla morte vedo

---

<sup>30</sup> *Ivi*, p.30.

<sup>31</sup> *Ibidem*.

<sup>32</sup> *Ibidem*.

sempre *tutta* una vita drizzarsi davanti a me e questo anche quando ignoro tutto di colui  
alla cui esistenza mette fine.»<sup>33</sup>

Sebbene la poca coerenza dell'autore di fronte alla circostanza della vita priva di attività  
vissuta come vuoto, l'insegnamento fondamentale che vorremmo ereditare da  
Minkowski è, non solo la capacità di analizzare l'attesa nel suo senso più intimo e non  
solo la precisione e pertinenza che mette nell'accostare l'attesa alla morte, ma, e  
soprattutto, l'idea di vivere l'attesa in procinto del morire come allenamento verso una  
pace perpetua<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Minkowski E., *Il tempo vissuto*, Einaudi Paperbacks 22, 1968, p.136.

<sup>34</sup> Non si fa qui riferimento alla visione politica kantiana bensì alla volontà generale di stabilire comuni  
organismi e comuni metodi, al fine di preservare la pace.

## CAPITOLO III

### IL TEMPO DEL CORPO MALATO

Il concetto di benessere lega l'idea di silenzio e di tempo. Generalmente, in salute, il corpo è silenzioso<sup>35</sup>. Il silenzio del corpo è la perfetta risposta ad una funzionalità che, agendo secondo il comando o l'input datogli, esegue il compito senza opporre resistenza e quindi senza dare impulsi d'allarme dolorosi. La quiete può riferirsi inoltre ad una mancata risposta dolorosa alla stimolazione degli organi, per esempio nella manovra di Giordano si percuote con un colpo secco la loggia renale del paziente, ossia il punto dove si trova il rene, per vedere se il paziente presenta una calcolosi. La manovra descritta rientra nell'ambito della semeiotica, così come l'auscultazione, la quale mira a percepire e a evidenziare i piccoli rumori spontanei degli organi, come il soffio cardiaco. Anche alcuni strumenti, come l'ecografo, sebbene in modo indiretto, sfruttano lo stesso meccanismo dell'auscultazione poichè trasformano le onde sonore che provengono di risposta dagli organi per visualizzare in immagini una funzione o un aspetto morfologico dell'organo<sup>36</sup>.

Il silenzio degli organi è perciò riferito ad un benessere di questi che, se opportunamente interrogati, non rispondono, in quanto si trovano in uno stato di salute che permette loro di svolgere la propria funzione.

Ciò non accade però nelle amputazioni: il cervello dà l'impulso di muovere una mano, ma il corpo non risponde se la mano è amputata. In quest'ultimo caso il silenzio non significa strettamente benessere ma, al contrario, è il sintomo principale di qualcosa che non va. Il "silenzio del corpo" come concetto di benessere viene ulteriormente confutato

---

<sup>35</sup> Per la definizione di corpo silenzioso si fa riferimento a Lejoyeux M., *Non è mai troppo tardi per vincere la paura della malattia*, Armando Editore, Roma 2006 p.17; ma anche alle considerazioni di M. T. Russo in merito all'opera di P. Laín Entralgo, *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, Revista de Occidente, Madrid 1964, pp. 275-276 "Bisogna mettersi in ascolto delle "parole del corpo" che, come osserva il medico e filosofo spagnolo Pedro Laín Entralgo, quando si è sani è come se formassero una silenziosa musica di fondo che ci consente di agire dimenticandoci di avere un corpo. "Il corpo, in un certo senso, parla: le sue parole principali sono "qui" (il mio corpo spazializza la mia esistenza), "adesso" (il mio corpo mi fa vivere la mia temporalità come una successione di stati) e "puoi" (il mio corpo è, come si è visto, ciò che fa sì che io "possa" qualcosa nella mia esistenza reale e il "potere senza disagio" è il cuore fenomenologico e psicologico del benessere della salute)", M. T. Russo, *La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica in medicina*, Vita e Pensiero, Milano 2006

<sup>36</sup> Greco M., Neulichedl R., Pozzoli S., *Musica: forma mentis?*, *Saggi tra musica, psicologia e psicanalisi*, Libreria universitaria Edizioni, Padova, 2013, p.93.

dall' ordinario battito cardiaco e dalla respirazione che, nonostante siano nella norma, possono essere percepiti e auscultati solo con una certa attenzione. In questi casi allora si può dire che il corpo, in salute, ha una musica di sottofondo che non si percepisce ed è silenziosa. Questa musica si interrompe quando avviene qualcosa ad alterare l'equilibrio del corpo.

La musica del corpo ha un ritmo, un' intensità, un' armonia e un tono. Il ritmo, in particolare, scandisce un tempo che è caratteristico del corpo che lo produce.

Nel benessere, quindi, gli individui non sono consapevoli del tempo del corpo, così come non sono consapevoli della musica del corpo. C'è un tempo diverso da quello dell'orologio frazionato in secondi, minuti ed ore, ed è quello dettato dal ritmo cardiaco e dal nostro corpo che matura, il quale può essere diviso in tre grandi fasi: adolescenza, maturità e vecchiaia.

«Essere vecchi o anche solo percepire che s'invecchia, significa avere il tempo del corpo»<sup>37</sup> .

Avere un corpo malato ci permette di percepire pienamente il nostro corpo, di cui non riconosciamo l'importanza fino a quando non abbiamo più la possibilità di usarlo come vogliamo<sup>38</sup>. La malattia, specialmente quella invalidante e quella cronico-degenerativa, interrompe la musica e il silenzio del nostro corpo. Esse generano un'impotenza di cui distinguiamo generalmente due tipi: quella relativa alle potenzialità vitali che vengono decurtate e quella relativa alle abitudini e agli stili di vita che vengono condizionati dalla malattia stessa nel percorso di trattamento. Ambedue le restrizioni influenzano il tempo del malato e impongono nel primo caso meccanismi alterati degli organi che risponderanno con ritmi differenti per compensare le disfunzioni, mentre, nel secondo

---

<sup>37</sup> Améry J., *Rivolta e rassegnazione. Sull'invecchiare*, Prefazione alla prima edizione, Bollati Boringhieri, Torino 1988, p. 37.

<sup>38</sup> Cfr. Dolore da percezione d'esistenza. Salvatore Natoli in *L'esperienza del dolore* scrive che «Se il dolore mette veramente in questione la vita, il conato d'esistenza sporge oltre l'assistenza. Tra ciò che gli uomini si aspettano e ciò che li colpisce esistono sempre scarti imprevedibili che cambiano da un momento all'altro il panorama dell'esistenza. La tecnica consente l'occultamento del dolore, ma è anche vero che il dolore dà scacco alla tecnica.» Natoli S., *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, Milano, 1986, p.379.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

caso, vincolano i tempi delle attività quotidiane, perché allungati o ristretti rispetto a quando si è in salute.

Quando il corpo non è più silenzioso allora percepisco il tempo.

L'evoluzione dell'uomo vive continue accelerazioni e diminuzioni temporali che caratterizzano una parallela, ma non equivalente, trasformazione del corpo.

Le fasi della vita, equivalenti ai tempi della vita, sono scanditi anche da segni corporei che possiamo esemplificare brevemente in: acne e brufoli nell'adolescenza, capelli bianchi nell'età adulta e rughe nella vecchiaia. I segni formalizzano il passaggio del tempo nel corpo, il quale si eleva nel suo significato grazie al tempo: il tempo trasforma il corpo fisico in corpo vivente. I segni quindi sono testimonianza del passaggio del tempo e creano una connessione diretta tra il soggetto e il proprio corpo.

«lo trovo il mio corpo nella sua peculiarità unica, cioè come l'unico a non essere mero corpo fisico [Körper], ma proprio corpo vivente [Leib]»<sup>39</sup>.

Soffermandosi in particolare sulla fase dell'adolescenza, l'asse di attenzione si sposta verso l'identificazione del proprio io, in quanto l'adolescente è accompagnato da tentativi più o meno estremi di controllo su istanze rivoluzionarie e trasformative: le fasi di crescita adolescenziale, marcate da influenze ormonali, sono spesso vissute con diffidenza e con scarsa accettazione del proprio corpo. Nell'esperienza del divenire, l'adolescente affronta un mutamento che risulta essere persecutorio per la mente, poiché non riesce a dare spazio e causa al mutamento. In questa condizione ogni percezione della corporeità, in quanto tale, risulta intollerabile ed inaccettabile. Ad esso segue un arruolamento di tutte le risorse allo scopo di neutralizzare la presenza del corpo stesso<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Husserl E., *Die Krisis der europäischaften und die transzendente Phänomenologie* (1934-1937, pubblicata nel 1954); trad. it. *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, il Saggiatore, Milano 1972, capitolo 44, p.107.

<sup>40</sup> Carignani P., Romano F.; *Prendere corpo. Il dialogo tra corpo e mente in psicoanalisi: teoria e clinica*, Franco Angeli, Milano 2006, p.269.

In questo caso, la presenza corporea, cioè l'essere e l'appartenere al proprio corpo, non va di pari passo con il tempo vissuto. Ci si aspetta ad esempio un'accelerazione, come attraverso azioni liberatorie, ma il tempo non è ancora maturo e con esso anche il corpo.

La limitazione dell'autonomia e dell'indipendenza porta a dover affrontare sfide con sé stessi di accettazione per niente facili. Gli ormoni che condizionano maggiormente la fase adolescenziale e giovanile agiscono sul processo di accelerazione. Diversamente, in fase matura e in vecchiaia, ciò non avviene: in genere si vive un rallentamento del corpo di fronte al tempo che sembra non aspettarlo<sup>41</sup>. E' importante sottolineare come la malattia, così come l'invecchiamento, crei una trasformazione del tempo del corpo.

Il corpo si trasforma così tanto con il tempo quanto con la malattia, e la malattia a sua volta trasforma tanto il nostro corpo quanto noi stessi. Purtroppo la maggior parte dei cambiamenti fisici sono percepiti, in quanto tali, in modo negativo. Più la malattia avanza, più i sintomi saranno aggressivi e conseguentemente più la persona avrà necessità di cure. Il sintomo più diffuso tra i pazienti in cure palliative è in assoluto il dolore, che molto spesso assume il significato di "dolore totale". Questa esperienza riporta ancora una volta all'idea di rottura del silenzio del corpo e quindi alla percezione di un tempo ostile. La definizione di "dolore totale" rimanda allora ad una riflessione sul tempo in quanto esso stesso è definito da accezioni temporali: è cronico, perché persiste da oltre 6 mesi; è costante, perché sempre presente; non lascia spazio, occupa il corpo e la mente del paziente. Entrando nello specifico delle accezioni temporali legate al dolore, si può osservare come il presente sia di certo l'accezione più sentita. Il dolore non si riferisce al passato o al futuro ma è vissuto nel presente.

«The progression of the cancer has resulted in the present being wholly taken over by the symptoms of the disease and their consequences. Every small, everyday initiative

---

<sup>41</sup> Cfr. Boscolo L. Bertrando P., *I tempi del tempo: una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino 1993, capitolo II.

and action becomes a complicated chore, which takes up most of the day, both in time and emotionally. There is nothing but the disease»<sup>42</sup>.

Non si può tornare indietro, non c'è una prospettiva di miglioramento, c'è solo un progredire della malattia, che modifica inesorabilmente la concezione del tempo. Esso pare restringersi e chiudersi intorno ai sintomi. La malattia rende impossibile l'agire quotidiano e, in questa prospettiva, è difficile affrontare il solo pensiero di restare in vita, consapevoli di certo di un'esistenza a breve termine.

Quando il dolore supera tutti i bisogni, allora rinchiude la coscienza e la capacità di pensare, oltre che di agire, o addirittura di distrarsi. Il dolore ha la capacità di alterare il senso psicologico e spirituale del benessere, o per citare le parole di un paziente:

«I'm only afraid of pain. I'm not afraid of death, I'm not afraid of dying. I'm afraid of pain. I'm terrified of pain, bad pain, 'cause I've gone through so much of it, you know. I've had a rough time, the last year, the last two years, a real rough time, and I've gone through a lot of excruciating pain»<sup>43</sup>.

La paura del paziente è legata più al dolore che alla morte: il malato ha percepito fin troppo dolore per poterne accettare ancora in vista di quali speranze? Il dolore, che scortica e brucia, dà un senso negativo al tempo. Se il dolore viene moderato, allora la percezione del tempo si modella intorno alla trasformazione della malattia e questo tempo subirà una modificazione più lenta con conseguenze meno drammatiche per la persona fisica.

Si rende quindi necessario un intervento (che sia l'inizio di una terapia, un ricovero ospedaliero o un percorso di cura), che si dimostrerà per la persona malata come una

---

<sup>42</sup> Lindqvist O., Rasmussen B.H., Widmark A. and Hydén L.C.; *Time and Bodily Changes in Advanced Prostate Cancer: Talk about time as death approaches*; in "Journal of Pain and Symptom Management"; vol. 36, No. 6 December 2008.

<sup>43</sup> Khul D.; *Exploring the lived experience of having a terminal illness*; in "Journal of Palliative Care" vol. 27, 2011.

possibilità di vivere la restante vita<sup>44</sup>. L'obiettivo della qualità di vita del paziente è conseguibile attraverso la palliazione che a questo punto assume oltre che un valore curativo per la patologia, anche un valore curativo per la persona in senso olistico. Il ritmo del tempo è di certo dettato dalla reazione alla malattia posta in atto dal corpo, ma è stabilito in larga misura dall'attività assistenziale necessaria per mantenere il corpo stesso.

E' quindi importante che le cure Palliative siano incentrate sulla terapia del dolore, perché eliminare il dolore fisico è curativo, non solo per il corpo, anche per la mente. La mente controllerà infatti un tempo più o meno disteso se associato ad un benessere fisico.

La percezione del tempo cambia, accelerando o decelerando, in assonanza con la presenza o meno dei sintomi.

«It is absolutely amazing how fast time goes by. And especially after I got sick, things have gone faster, I do not know where time has gone by this year»<sup>45</sup>.

Il tempo accelera all'improvviso in mancanza di dolore. La percezione del tempo, veloce o lento, passa attraverso il nostro essere sia corpo che mente. Le due istanze, indissolubilmente legate, si proiettano al mondo esterno e interno in forme diverse, proprio in rapporto alla presenza o meno della malattia.

Il tempo logorato dalla malattia è un ritmo lento, esasperatamente sempre più lento, e si trasforma nel paziente in sfiducia nel vivere.

---

<sup>44</sup> Cfr. al pensiero di René Leriche, nato nell'ottobre 1879 in Roanne e morto nel dicembre 1955 a Cassis. Chirurgo, fisiologo e filosofo francese, specialista del dolore, della chirurgia vascolare e del tronco simpatico, Leriche scrisse molte opere tra cui *La filosofia della chirurgia*, Flammarion, Biblioteca filosofica scientifica, Parigi 1951: "La salute è vivere nel silenzio degli organi e la malattia è ciò che disturba gli uomini nella loro normale esistenza e nello svolgimento delle loro occupazioni e, soprattutto, che li fa soffrire". In Lejoyeux M., *Non è mai troppo tardi per vincere la paura della malattia*, Armando Editore, Roma 2006, p.16.

<sup>45</sup> Lindqvist O., Rasmussen B.H., Widmark A. and Hydén L.C.; *Time and Bodily Changes in Advanced Prostate Cancer: Talk about time as death approaches*; in "Journal of Pain and Symptom Management"; vol. 36, No. 6 December 2008.



«Obviously pain, fatigue, nausea and other symptoms play a large part in this change; there is no time for much else in a present dominated by bodily problems»<sup>46</sup>.

Sono così esposte le principali attività che dettano la percezione di vita: i bisogni che accelerano il tempo del corpo malato e il ritmo lento che caratterizza la malattia.

Sarebbe quindi più appropriato parlare dei “tempi” del corpo e non del tempo al singolare. Si può parlare di tempi del sintomo, cioè quelli rilegati e ristretti intorno al dolore in cui il presente è dilatato; i tempi del ricordo in cui il dolore è stato allontanato e si ha una percezione lontana e contratta del periodo sofferto; infine si possono individuare i tempi “tecnici” cioè quelli che riguardano l’assistenza. In questa fase il paziente aspetta una terapia o un aiuto nell’effettuare una mansione che non può svolgere autonomamente, e proprio in questo momento il tempo viene percepito con una particolare sensibilità emotiva tanto da dilatarsi anch’esso rispetto alla realtà<sup>47</sup>.

A riprova del forte rapporto tra malattia del corpo (e quindi della mente) e del tempo, analizziamo la correlazione delle malattie psichiatriche in relazione alla percezione del tempo.

I “tempi” non fluiscono in maniera ordinata ma diventano frammentari rispetto al *continuum* del vissuto. L’ambiguità domina incontrastata, proiettandosi perfino nel passato, tanto da rendere il ricordo estraneo, non più proprio, privo di una risonanza individuale e di un alone emotivo. E’ questo il caso della dissociazione somatopsichica<sup>48</sup>.

La depersonalizzazione somato-psichica può investire ogni parte del corpo, benché in genere l’esperienza di trasformazione temporale interessi quelle parti che più di ogni

---

<sup>46</sup> *Ibidem*.

<sup>47</sup> La suddivisione dell’idea tempo in sottoinsiemi indica non solo che il tempo può essere percepito in maniera differente rispetto al fenomeno ma anche rispetto alle diverse persone che percepiscono uno stesso fenomeno. Ogni descrizione è vera rispetto al proprio vissuto. Per questo motivo si rimanda all’idea di temporalità come rapporto che il soggetto ha con il tempo, cfr. Cappa F., *Tempi di formazione: temporalità, formazione e costituzione del soggetto*, tesi di dottorato di ricerca in pedagogia, Università di Bologna, 2004.

<sup>48</sup> Martinotti G., *Fenomenologia della corporeità. Dalla psicopatologia alla clinica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2009, p.32.

altra esprimono la personalità e valgono come mezzo di comunicazione con il mondo esterno: il viso, capace di manifestare i sentimenti; le mani, inoperose e quindi vuote di significato; gli occhi, privi della luce dello sguardo.

Il corpo vive in maniera distaccata la dimensione temporale se affetto da patologie psichiche. La distorsione di maggiore rilevanza nel deterioramento cognitivo, riguarda il rapporto corpo-tempo: corpo percepito nell'orientamento del momento presente; corpo intuitivo del mondo tridimensionale in cui io mi trovo; condizione di corpo come concetto astratto di una costruzione teoretica.

### III. II Per un'ermeneutica del corpo vissuto nel tempo

La seconda qualità descritta dalla tesi in oggetto è la percezione<sup>49</sup> del tempo nel corpo malato. Di nuovo le Cure Palliative rafforzano un concetto estendibile ad altre dimensioni perché il corpo manifesta fin dalla giovinezza malattie e sintomatologie, generalmente in un crescendo continuo verso la vecchiaia. Nel contesto di Cure Palliative i pazienti descrivono una trasformazione del corpo dettata dalla malattia in alcuni aspetti simile alla vecchiaia perché assume segni e limitazioni funzionali simili.

Il corpo, in rapporto al tempo, rappresenta il movimento. I movimenti vengono compiuti solo attraverso il corpo ed è il corpo stesso a subire il movimento, vale a dire il trascorrere del tempo. La capacità di poter effettuare o meno dei movimenti o di subire involontariamente dei movimenti genera turbamento: il non poter svolgere movimenti limita la libertà. Si può dire che quando non siamo pronti a subire il movimento del tempo su di noi, o quando non capiamo perché non riusciamo più a compiere alcuni movimenti, lì, in quel preciso momento, si genera la sensazione di una percezione negativa del tempo, e di conseguenza, nasce uno stato di sofferenza. Il movimento incompiuto genera sofferenza. Nel desiderio di eseguire un movimento c'è incompiutezza, irrequietezza e smarrimento.

Il movimento è tempo. Un orologio fermo non misura l'ora ma il fenomeno fisico e la capacità di misurare la durata del movimento indica l'ora. Possiamo prendere come misuratore della durata un qualsiasi fenomeno fisico, purché si ripeta in intervalli regolari. Lo strumento che misura il tempo (sia esso un orologio interno o un orologio fisico), deve avere la capacità di codificare in numeri un movimento continuo e un movimento ritmico. Questi ultimi due attributi, che si riferiscono sia al movimento del corpo che al tempo, verranno approfonditi successivamente, per ora sono utili ad evidenziare come il movimento del corpo contribuisca alla codifica del tempo passato e del tempo percepito.

---

<sup>49</sup> Cfr. Husserl, lezione V, tenuta presso l'Università di Gottinga tra il 26 aprile e il 2 maggio 1907, idea di percezione (*Wahrnehmung*) come vissuto che dura nel tempo e che incessantemente intreccia il presente con l'appena passato. La percezione, infatti, è l'unico atto di coscienza che testimonia una relazione attuale con il mondo, che testimonia quindi il nostro essere-nel-mondo presente. *Idea della fenomenologia (Die Idee der Phänomenologie. Fünf Vorlesungen, 1907; tr. it. a cura di C. Sini, Laterza, Roma-Bari 1992).*

Ricordo le parole di un fisioterapista che mi confidava quale sia, a suo parere, il momento più angosciante in tutte le dinamiche di fine vita: quando, dopo aver deciso con il personale addetto di non far alzare più dal letto un paziente e di limitare completamente le sue azioni motorie (perché sarebbero troppo pericolose per lo stadio della malattia), comunica al paziente il provvedimento. Nel momento del colloquio, il professionista in questione, dichiara di non saper rispondere alla domanda del malato: perché non posso più camminare? Il paziente è ignaro dello stadio avanzato della malattia, ma lo percepisce in tutta la sua drammaticità proprio nel momento in cui è limitato a compiere delle azioni.

L'impedimento alla motricità palesa lo stato di avanzamento della malattia.

Descartes e Hobbes<sup>50</sup> trattano, non a caso, il tema del tempo proprio in rapporto al corpo, dimostrando come questa accezione sia strettamente connessa alla definizione dello spazio entro cui è immersa, lo spazio-corpo.

Si può dire che il corpo è il primo orologio, perché misura il tempo che passa. Come nelle Veneri, le statuette femminili con solcature trasversali raffiguranti il ciclo riproduttivo, che avevano scolpiti nel loro corpo i giorni, così l'orologio interno, o orologio biologico, misura i processi ciclici dettati dal corpo (battiti cardiaci, ritmo sonno-veglia, ecc.)<sup>51</sup>. L'orologio interno è un contatore di processi ciclici di natura elettrica presente nel cervello. Qualche disparità di vedute sembrerebbe attribuibile soltanto al periodo di tali processi, alla loro durata. Vicario commenta:

«... a me pare indubbio che un tale contatore esista, al fine di eseguire le sequenze motorie nella giusta successione delle fasi, e con l'esatta durata di ciascuna delle fasi. È perfino possibile che esistano parecchi temporalizzatori a seconda delle funzioni

---

<sup>50</sup> Cfr. si fa riferimento all'idea che il corpo, come tale, non possa essere né generato né distrutto, appare infatti chiaro già a partire dalla sola definizione del tempo. Come lo spazio non è che «il fantasma di una cosa che esiste in quanto esiste», ossia del corpo semplicemente in quanto tale, considerato nella sua sola grandezza o estensione, così «il tempo è il fantasma del moto», ossia di un accidente di quello stesso corpo: e dunque, ancora una volta, un fantasma di quel corpo stesso, stavolta però non in quanto semplicemente esteso, ma anche in quanto mosso.

<sup>51</sup> Cfr. Cugini P., *Saggio sulla temporalità – Sulle orme del tempo biologico*, Conferenza tenuta all'Accademia Lancisiana di Roma, il 3 Giugno 2014.

fisiologiche interessate, e non è detto che siano dei “contatori”: sto pensando al ritmo cardiaco e alla peristalsi intestinale»<sup>52</sup>.

In cure palliative, il corpo e il grado di disabilità dei pazienti che coinvolge l'apparato neuromuscolare sono fattori decisamente rilevanti perché, in base alla loro valutazione, si razionalizzano gli interventi.

«I am concerned about rhythm. I like very much to be prepared in the morning, get to the bathroom, eat breakfast, although I cannot eat very much. I know that my body is keen to maintain a rhythm; it somehow keeps track of things»<sup>53</sup>.

A fondamento di questo tema ricorriamo ancora alla filosofia, in particolare alla “medicina umanistica”<sup>54</sup> di Pedro Laín Entralgo.

L'autore, in un'opera del 1987 *'El cuerpo humano'*<sup>55</sup> concettualizza, a partire dalla tradizione greca, la nozione di corpo all'interno della storia della filosofia e dell'evoluzione culturale.

L'opera si inserisce in un contesto ancora più ampio di filosofia della medicina e antropologia medica, e lascia definire come il corpo sia una forma quiescente e ideale, nonché una forma cambiante. La forma del corpo ha un valore oggettivo, non solo come forma estetica, ma come forma che risponde ad una funzione. Il corpo serve a compiere dei movimenti e delle azioni che, solo attraverso una specifica forma, riesce a portare a compimento. L'autore sembra incline a pensare che il corpo venga prima della funzione e non viceversa.

---

<sup>52</sup> Vicario, p.165.

<sup>53</sup> Ellingsen S, Roxberg Å, Kristoffersen K, Rosland JH, Alvsvåg H. *Entering a world with no future: a phenomenological study describing the embodied experience of time when living with severe incurable disease*. Scand J Caring Sci. 2013; 27:165-174.

<sup>54</sup> Cfr. Filone della medicina umanistica, fiorente in Spagna, con particolare attenzione all'opera di un Pedro Laín Entralgo, che è, insieme al medico galiziano Juan Rof Carballo (1905-1996), l'esponente più significativo di tale corrente della scienza medica.

<sup>55</sup> Laín Entralgo P., *El cuerpo humano Oriente y Grecia Antigua*, Espasa Calpe, Spain 1987, p.23.

«La parte anatómica queda ahora delimitada y descrita tanto por su situación y su apariencia –el anatomista dejaría de serlo si no tuviese en cuenta los datos que le ofrece la mirada-, como por lo función orgánica que se le atribuye. En una u otra medida, la descripción anatómica es siempre funcional, salvo en el caso de que el descriptor de una formación corporal ignore la función que ejecuta y quiera abstenerse de toda hipótesis acerca de ella. Más de una vez ha ocurrido esto en la historia de la anatomía. Realidades anatómicas puramente visuales y estructurales comenzaron siendo para sus descubridores el glomérulo de Malpigio, los tractos de Lancisi, la cinta de Reil, el núcleo rojo de Stilling y tantas más»<sup>56</sup>.

La funzione risale anatomicamente al corpo<sup>57</sup> che risponde a bisogni, ad azioni e a movimenti sia da un punto di vista medico che filosofico. La malattia si inserisce in questo contesto nel momento in cui limita il corpo e quindi la funzione. Un corpo malato sarà un corpo che non risponderà più ai propri bisogni e che non riuscirà a compiere delle funzioni nel tempo<sup>58</sup>.

Ad ogni forma è associata una funzione, e conseguentemente una deformità legata alla malattia conduce ad una disfunzione che degrada in sofferenza. La sofferenza legata ad un corpo non performante è un concetto che risale e si afferma nella Gran Bretagna vittoriana del XIX secolo, quando prestazione assoluta, soddisfazione, rendimento, efficienza, profitto, ragioni di risultato e culto della misurazione esemplificavano il modello culturale 'performante'. Ad essi si associarono nel Novecento i caratteri di gratificazione del sé e di benessere che ampliano ancora oggi il concetto di *performance*.

---

<sup>56</sup> «La parte anatomica è ora definita e descritta sia per la sua posizione che per il suo aspetto - l'anatomista non sarebbe tale se non prendesse in considerazione i dati che gli vengono offerti dall'osservazione- come per la funzione biologica collegata ad esso. In un modo o nell'altro, la descrizione anatomica è sempre funzionale, salvo che il descrittore di una funzione corporea ignori la forma e vuole astenersi da qualsiasi ipotesi al riguardo. Nella storia dell'anatomia questo è successo più di una volta. Si pensi all'anatomia pura delle realtà visive e strutturali come successe per Malpighi, lo scopritore del glomerulo, i trattati di Lancisi, la cinta di Reil, il nucleo rosso di Stilling e molti altri». Traduzione mia.

<sup>57</sup> Già nella terminologia tecnica troviamo questa associazione. Galeno ci informa che i nomi anatomici sono stati assegnati rispetto alla loro funzione.

<sup>58</sup> Cfr. a funzione, disfunzione e handicap. Incapacità di rispondere alle funzioni quotidiane.

Circa lo studio del corpo in rapporto alle azioni, al movimento e alla sofferenza, l'autore spagnolo aveva già fornito un precedente contributo nell'opera '*Il medico e il paziente*'<sup>59</sup> del 1969:

«Il senso generico di esser malato (quello che genericamente raggruppa tutte le possibili sensazioni particolari della malattia: il dolore, la vertigine, l'obnubilamento febbrile, l'impotenza motoria, l'idea ossessiva, l'ansia, l'amnesia, ecc.) non è una semplice esperienza. A mio giudizio, in essa si integrano, con la prevalenza maggiore o minore dell'uno o dell'altro elemento, sette esperienze fondamentali, ben distinguibili tra loro: l'impressione di invalidità, il malessere, la minaccia, l'attenzione fisica al proprio corpo, la solitudine, l'anomalia e una specie di forma di pretesto. Per *invalidità* intendo l'incapacità parziale o totale di eseguire le funzioni o le azioni proprie della vita umana. In tutte le malattie vi è infatti un «non ce la faccio». Il *malessere* è, in genere, la sofferenza generica e immediata provocata dalla malattia e comprende il dolore fisico *sensu sticto*, l'ansietà, la depressione, ecc. la malattia porta con sé l'esperienza di una minaccia: il senso di essere sul punto di *morire* delle analisi ontologiche di Heidegger diventa esperienza psicologica cosciente o subcosciente, a seconda dei casi, per l'intervento della malattia. Con *attenzione fisica al proprio corpo* intendo il fatto che questa esperienza, in caso di malattia, attira su di sé imperiosamente tutta l'attenzione e talora perfino tutta la vita psichica dell'individuo»<sup>60</sup>.

La citazione aiuta ad individuare e a comprendere gli stadi della psicologia nella malattia, che diventa essa stessa esperienza nel momento in cui si manifesta nel corpo. Le sette esperienze fondamentali sono così utili perché riportano al senso intrinseco della malattia percepita dalla mente.

Il corpo è sia il principale responsabile sia il protagonista della sofferenza. Il corpo non è solo oggetto fisico e psichico, bensì intimità, perché incontra il sentimento della sofferenza. L'autore ci accompagna ancora nell'esplorazione degli organi che rendono possibile la percezione del corpo:

---

<sup>59</sup>Lain Entralgo P., *Il medico e il paziente*, il Saggiatore di Alberto Editore Mondadori Editore, Milano 1969, titolo originale: *El medico y el enfermo*, Novembre 1969.

<sup>60</sup>*Ivi*, p.170.

«Invalidità, malessere, senso del pericolo, dipendenza da qualcuno, solitudine, sentimento di anomalia e pretesto: queste sono le esperienze psichiche della sensazione generica di essere malato. Tali esperienze si manifestano, in forma più o meno netta, in ogni persona malata. A esse si aggiungono, accentuandole, quelle che derivano dal tipo di malattia in atto (polmonite, ulcera gastrica, ecc.) e quelle che la costituzione tipica e individuale del paziente fanno risaltare: sesso, età, razza, biotipo, ecc. Tutte queste sensazioni derivano dall'attività di quegli organi che ci consentono di avvertire la presenza dei nostri corpi: esterorecettori e propriorecettori, sistema nervoso autonomo, lo stesso cervello, sistema reticolare, ipotalamo, mesencefalo e corteccia cerebrale. Queste sono le componenti principali del meccanismo neurofisiologico della sensazione di malattia»<sup>61</sup>.

I propriocettori sarebbero responsabili, secondo l'autore, di stabilire un collegamento tra il corpo e la percezione che il cervello e quindi il pensiero ha di esso. Basi scientifiche vengono cercate e confermate per spiegare il nesso tra il *qui*, *l'ora* e *l'altro*. Grazie alla corporeità e al tempo, infatti, il malato stabilisce una connessione di emozioni e sentimenti grazie allo spazio intracorporeo: dall'esperienza che il corpo fa, alla localizzazione somatica dei sentimenti relativi ad esso<sup>62</sup>. In uno stato di malattia i sentimenti accentuano la percezione della corporeità e questo spiega come il corpo si impone prepotentemente in malattia mentre nel benessere rimane per lo più silenzioso.

«Spiegata in termini psicologici, la *genesì* del senso di malattia è il passaggio dal senso di «benessere», tipico della salute (consiste appunto nel non sentire penosamente il proprio corpo), a quello di «malessere» dello stato di malattia»<sup>63</sup>.

L'autore prosegue la sua esamina di "sintesi tra corporeità ed intimità"<sup>64</sup> affrontando il tema della malattia del corpo in relazione anche al tempo e sceglie la parola *kairos* come

---

<sup>61</sup> *Ibidem*.

<sup>62</sup> Cfr. Russo M.T., *La ferita di Chirone*, p.117.

<sup>63</sup> *Ivi*, p.171.

<sup>64</sup> Cfr. Russo Maria Teresa, *La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica in medicina*, Vita e Pensiero, Milano 2006, III parte.



termine di riferimento per indicare il momento preciso in cui il paziente percepisce e sente la propria malattia<sup>65</sup>:

«... è evidente che soltanto l'individualizzazione personale del caso può essere integrale: cioè il riferimento metodico e scientifico di tutte le osservazioni sulla singola persona del malato. Le principali questioni sono: a) l'occasione biografica, il *kairòs*, dell'accidente morboso. Perché la malattia è comparsa in quel determinato momento della vita del malato e non in un altro? b) La configurazione peculiare del quadro sintomatico. quale parte ha avuto la persona del paziente? c) L'attitudine individuale. In che modo la personalità del malato fa «propria» o rifiuta la malattia da cui è affetto? d) La creazione personale. In quale misura e in che modo, cosciente o incosciente, il malato recita il quadro clinico che manifesta?»<sup>66</sup>

Il corpo è necessariamente legato al tempo: lo temporalizza e si temporalizza con esso:

«En tanto que realidad cósmica y temporal, el cuerpo me temporaliza, y la concreta expresión de mi temporalidad es el no menos ineludible hecho de hallarme en todo instante en un «ahora», al que por referencia pertenecen las determinaciones de la temporalidad a que damos los nombres de «antes», «después», «en aquel tiempo» y «no sé cuándo». En ellas se basa primariamente la acción del tiempo, y a todas ellas sirve de presupuesto y fundamento mi experiencia del cuerpo propio. [...]Lo cual vale tanto como decir que lo que llamamos «ahora» no es más que una ocasional pretensión de instantaneidad en el curso de un proceso corpóreo: ese con que nuestro cuerpo constantemente va cambiando y nos hace vivir el tiempo»<sup>67</sup>.

Secondo Lain il corpo che temporalizza indica un'accezione concreta del tempo; ogni "ora", nelle diverse determinazioni della temporalità come "prima", "dopo", "in quel tempo" e "non so quando", indica un momento del corpo. Esse si basano principalmente

---

<sup>65</sup> L'autore, sulla scia del suo maestro Zubiri, aveva trattato precedentemente il tema del tempo in rapporto all'uomo in *Antropologia medica para clinicos*: 'Frente al tiempo como duración sucesiva (antes, ahora, después), el hombre es agente natural de sus acciones; frente al tiempo como futurición (pasado, presente, futuro), el hombre es autor biográfico, y hasta cierto punto histórico; frente al tiempo como emplazamiento (comienzo, camino, fin), el hombre es actor personal. El hombre está así tensado de manera durante, esforzado en lo que va a hacer de él y abocado al término de la muerte» (en «Introducción crítica a la antropología filosófica de Zubiri», pág. 130).

<sup>66</sup> *Ivi*, p.206.

<sup>67</sup> Lain Entralgo P., *Antropologia medica para clinicos*, 2nd ed. Salvat, Barcellona 1986, pp.132-133

all'azione del tempo, ma tutte servono come presupposto di fondazione e come esperienza del corpo. Ciò che chiamiamo "adesso" non è altro che un pretesto occasionale di immediatezza nel corso di un processo del corpo, ciò che con il nostro corpo sta cambiando costantemente e ci fa vivere nel tempo.

«Como en el caso del «aquí», dos modos cardinales pueden ser distinguidos en el «ahora»: el «ahora» de mi tiempo cósmico y el «ahora» de mi tiempo vital.

El «antes» y el «después» de aquél expresan así el sentido fuerte de ambos términos, y son los que señalan los almanaques, los relojes, los ritmos y ciclos orgánicos (sueño y vigilia, día y noche, etc.) y los cambios en la apariencia del mundo, y a la noticia procedente de uno de tales indicadores queda inmediatamente referido el acto de establecerlos. El «antes» y el «después» del tiempo vital se cualifican como «pronto» y «tarde», y su ahondad, si se me admite tal palabra, consiste en oportunidad, sazón o kairós dentro de la biografía de quien los vive. Pero bajo la indudable diferencia cualitativa entre uno y otro, en ambos se expresa la experiencia del cuerpo propio, en tanto que realidad cambiante»<sup>68</sup>.

La differenza e, allo stesso tempo, la corrispondenza tra il tempo cosmico e quello interiore indicano il *kairós* (καῖρός) che può significare "fare le cose al momento giusto" e anche "essere sincronizzato nei confronti della realtà", essere in qualche modo "allineato nell'ora"; cioè il momento preciso in cui convergono l'"adesso" del mio tempo cosmico e l'"ora" del tempo della mia vita. Il "prima" e il "dopo" che esprimono così il forte senso di entrambi i termini, stanno ad indicare il cambiamento nella realtà e quindi nell'esperienza del corpo.

---

<sup>68</sup> Ivi, p. 133. «Come nel caso di " qui ", possono essere distinte due modalità cardinali in " ora ": l'"adesso" del mio tempo cosmico e l'" ora " del tempo della mia vita.

Il "prima" e "dopo" che esprimono così il forte senso di entrambi i termini, e stanno indicando almanacchi, orologi, ritmi biologici e cicli (sonno e veglia, giorno e notte, ecc) e cambiamenti nell'aspetto del mondo, e la capacità di ognuno di questi indicatori viene immediatamente, nell'atto di stabilire una connessione tra loro. Il "prima" e "dopo," il tempo vitale, si qualifica come "precoce" e "tardiva" e la sua ahondad, se ho sostenuto questa parola è un'opportunità, condimento o kairós nella biografia di chi vive. Ma sotto la differenza qualitativa indubbia tra i due, sia nella esperienza del corpo viene espressa, mentre cambia la realtà. Traduzione mia.

In questo cambiamento si inserisce, secondo l'autore, anche la malattia. Il problema sembrerebbe l'alterazione di una "fissità", che solo attraverso un qualcosa che si rigenera e che viene ricreato in ogni momento può tornare al benessere.

Un percorso verso il *kairós* vissuto anche a livello corporale con un recupero o un incremento di sanità.

Il processo non è solo individuale, ma anche nei confronti di altre persone, poiché non vi è divisione reale tra noi e gli altri. Possiamo far sì che il percorso avvenga anche negli altri, ecco perché l'argomento si propone di guidare verso un riconoscimento del *kairós* e quindi indirizzare verso un suo raggiungimento.

### III.II. I Per un'anatomia del tempo

Avendo riconosciuto un ruolo fisiopatologico del tempo all'interno del corpo, proponiamo le principali teorie scientifiche a riguardo.

La teoria della scala del tempo proposta da Gibbon e coll. (Scalar timing theory, SET) prevede tre variabili: un pace-maker temporale interno (*internal clock* o orologio interno) che genera discrete quantità temporali; un magazzino, secondo stadio che conserva quantità temporali (stadio della memoria); infine uno stadio dei processi di memoria di lavoro (*working memory*) che manipola le quantità precedenti del secondo stadio per specifici scopi come per esempio il confronto tra due intervalli.

Inoltre, il ruolo dei nuclei di base è stato analizzato in pazienti malati di Parkinson e in soggetti sani (in varie condizioni farmacologiche). Gli studi hanno dimostrato come la somministrazione di agonisti dopaminergici siano in grado di accelerare la velocità dell'orologio interno, mentre di antagonisti (aloperidolo) ne determinano un rallentamento. Studi paralleli hanno dimostrato come i pazienti con Parkinson hanno una distorsione della percezione temporale, infatti sia nella discriminazione tra diversi intervalli, che nella stima verbale che nella riproduzione temporale così come nella fusione di soglie temporali e nel *digit-tapping*<sup>69</sup> sembra che la disfunzione del sistema dopaminergico conduca inevitabilmente ad un rallentamento delle funzioni di *timekeeping*.

Il cervelletto è stato tradizionalmente associato con il controllo motorio. Le ricerche più recenti propongono tuttavia un'estensione del ruolo del cervelletto. Sembra che la parte sinistra prevalga nell'elaborazione delle informazioni sulla percezione del tempo rispetto alla destra ma ambedue collaborino alla codifica dell'informazione<sup>70</sup>.

Sorprendentemente pochi autori hanno preso in esame il ruolo della corteccia cerebrale nella percezione del tempo, nonostante sia i nuclei della base sia il cervelletto presentino multiple connessioni con la corteccia cerebrale.

---

<sup>69</sup> O'Boyle et al, 1996; Malapani et al., 1998; Pastor et al., 1992; Artieda et al., 1992.

<sup>70</sup> Castrogiovanni P., Luccarelli L., *Il cervelletto dalle funzioni cognitive alla psicopatologia*, Società Editrice Europea, Firenze, 2000, pp.33-43.

I risultati complessivamente supportano l'esistenza di un circuito cerebellare-prefrontale deputato alla percezione cosciente del tempo con una chiara dissociazione tra l'elaborazione degli intervalli della durata di millisecondi e quelli di durata superiore al secondo<sup>71</sup>.

L'informazione relativa agli intervalli più brevi, prevalentemente elaborata dalle strutture cerebellari e dai nuclei della base è fondamentale per tutti gli aspetti di pianificazione di azioni che richiedono un'esecuzione di movimenti rapidi e coordinati come la danza, lo sport e la musica. Al contrario, se la percezione del tempo deve essere utilizzata per eseguire compiti più strettamente cognitivi (pensiamo a non dimenticare il caffè sul fuoco), sembra essere predominante il ruolo della corteccia cerebrale<sup>72</sup>.

La percezione del tempo non sembra quindi essere elaborata solo da regioni specifiche, ma risulta essere ampiamente distribuita su diverse strutture cerebrali, probabilmente perché è insita nell'esecuzione delle più disparate azioni ed in varie funzioni cognitive.

---

<sup>71</sup> *Ivi*, p.43

<sup>72</sup> *Ivi*, p.44

## CAPITOLO IV

### LE PROSPETTIVE CAMBIANO CON IL TEMPO

La malattia incurabile non altera i principi e i valori di un uomo, ma ne cambia le priorità. Non c'è una aggiunta o rinuncia a valori e principi fondamentali che caratterizzano la persona, ma quello che si tende a modificare è la loro importanza perché rapportata ad una mancanza di tempo dettata a sua volta dall'imminenza della morte.

«My values are basically the same, but they become clearer. When you have a lot of lifetime it is not so important what you use time on, but when life is limited, it is important to spend time on things that have value».

Assegnando un altro valore al tempo, cambiano anche le prospettive: il rendersi conto che c'è effettivamente poco tempo da poter vivere, presenta all'improvviso una realtà più nitida; Kuhl nella sua ricerca parla di "*Life Review*":

«Life review is a spontaneous, vivid, and inevitable process that occurs in the lives of people who know they are dying»<sup>73</sup>.

Le persone passano come in rassegna tutta la loro vita, quasi facendo un'analisi di quelle che sono state le loro scelte, le loro idee e cominciano ad evidenziarne l'importanza. Non nascono principi o valori, ma si comprendono le priorità: si focalizzano quali sono le cose essenziali a cui poter e dover dedicare tempo, quali sono i principi che davvero guidano nelle scelte della vita in generale. Questo lavoro interiore permette di rivalutare la propria persona, di ridonare speranza, di soffermarsi anche su domande esistenziali che magari ci si è poste in modo superficiale.

Ci si ferma a pensare a chi siamo, a cosa crediamo, a cosa ci muove, ai nostri affetti, a come vogliamo andarcene, cosa c'è bisogno di chiarire e affrontare nel modo migliore

---

<sup>73</sup> Kuhl D.; *Exploring the lived experience of having a terminal illness*; in "Journal of Palliative Care" vol. 27, 2011.

per raggiungere il giorno della morte senza rimpianti o rimorsi, o almeno con il numero minore possibile di entrambi.

Il carattere temporale di questo incontro con se stessi, permette all'incontro stesso di essere il più onesto possibile, poiché non c'è altro da perdere più di quello che già si sta perdendo.

«When you're dying, you're stripped of everything that's important to society - money, image - so all you have left is honesty. It takes so much energy to pretend when you can use that energy for other things. Part of me died in the hospital...the part that was bitter, angry, resentful, hateful, and spiteful died. Now there's a new person»<sup>74</sup>.

Il tempo deve necessariamente essere speso nel migliore dei modi possibili, altrimenti nasce un sentimento di rinuncia e di abbandono da parte del paziente che si trova non solo a combattere la propria malattia ma anche il benessere psichico: A questo proposito Julião M. et al. hanno studiato come la percezione del tempo giochi un ruolo importante nella depressione del paziente.

Le prospettive, come anche i progetti, non vengono perse del tutto, anzi il tempo viene investito di un valore che non aveva mai assunto; troppo spesso siamo presi da preoccupazioni, scadenze, siamo immersi nel tempo cronometrato, e ci dimentichiamo proprio del passare del tempo, ma soprattutto non stiamo vivendo in quel tempo, stiamo vivendo aspettando un tempo futuro. Tuttavia, proprio mentre aspettiamo il tempo paradossalmente *tempus fugit*.

I pazienti si ritrovano ad avere poco tempo, ma a percepirne perfettamente e profondamente l'importanza e il valore e di conseguenza agiscono riorganizzando la loro vita, finendo quello che non avevano portato a compimento o ricominciando qualcosa che avevano lasciato in sospeso. Tutte le paure e le angosce che la società impone sono ridimensionate dal paziente in fin di vita che scopre l'essenza delle cose.

---

<sup>74</sup> *Ibidem*.

«Maybe it is a bit strange, but you enjoy everything more. I like sitting in the garden, I do not know, the things you normally take for granted! Waking up in the morning and thinking: oh, what a lovely house. And also with the grandchildren, I feel so lucky that I have them. I am much more aware of things now. The feelings of taking everything for granted has disappeared!»<sup>75</sup>

La malattia in questo senso permette di acquisire un nuovo significato: non è più solo un luogo di dolore e di sofferenze fisiche, ma anche una possibilità reale di afferrare una dimensione. Le sofferenze, se ben trattate permettono di poter scoprire una dimensione dell'io che magari fino a quel momento non era stata indagata. Il tempo scorre, nella malattia o nella salute, inesorabilmente per ognuno di noi, ma quello che alla fine conta maggiormente è ciò che noi riusciamo a identificare come giusto e sensato nella prospettiva di conoscere l'essenza del tempo.

Paradossalmente ne capiamo l'importanza quando poniamo un termine ad esso e questo termine ci permette di ristabilire l'ordine delle nostre priorità, dei nostri bisogni e delle nostre aspettative, non più verso la società, ma verso noi stessi e ciò che amiamo.

«You do wake up. It's like a revelation of some sort. All of a sudden, all these things that were hidden are now front and centre. There's no hiding from them any more. I belong to me now, and that's how I think I've survived. The person other people expect you to be falls away, and that's what I think makes us lucky. When you come close to death, all that crap just flies off of you; it just sort of comes off you like layers of skin. All of a sudden, you're starting from scratch, like when you were born. And all of those messages that you were thought, all of the negative stuff, is replaced with positive

---

<sup>75</sup> Groot M.M.; Derksen E.W.C.; Crul B.J.P.; Grol R.P.T.M; Vernooij-Dassen M.J.F.J.; *Living on Borrowed Time: Experiences in palliative care*; in "Patient education and Counseling" 65; 2006.



things, loving things, caring things, things that make you a better, happier person. I believe in myself now. I never had that before. And I am not afraid of being who I am»<sup>76</sup>.

L'attività medico-assistenziale non può prescindere dalla salute in senso ampio. Considerare questi aspetti significa mettere al primo posto il paziente e le sue volontà.

Per rispondere in maniera adeguata a tutti i bisogni della persona e quindi non solo del "soggetto-malato", è necessario prendere in considerazione tutti gli aspetti, non tralasciando nemmeno quelli psicologici o sociali, o che interessano i legami affettivi, conservando un approccio adeguato e professionale. Questo è il fine delle Cure Palliative, che si struttura come *équipe* multidisciplinare, dove anche gli aspetti psicologici, spirituali e socio assistenziali vengono presi in considerazione tramite il lavoro di figure competenti a disposizione del paziente e della sua famiglia.

Un'ulteriore qualità intrinseca alla quantità del tempo è legata alle prospettive che cambiano con il tempo. Se nel corso della maturazione si trasformano i desideri e le ambizioni, nello stesso tempo le transizioni stesse comportano la movimentazione degli obiettivi. La transizione in questo caso non è dettata da scelte naturali ma dall'imminenza della morte. La piramide valoriale cresce o semplicemente cambia nei propri elementi in base a ciò che man mano reputiamo più importante, cioè più degno del nostro tempo. Il richiamo è alla metafora della Chiesa e della quarta dimensione di Thomas Mann, secondo cui l'architettura della Chiesa trasforma ed esalta il tempo trascorso. Il tempo avvalorava l'operato dell'uomo e avvalorava le scelte (fatte in giovinezza) dell'uomo, tanto da condurlo a scelte sempre più impegnative... questo cambia le prospettive!

L'accezione scaturisce in parte da quella precedente: il movimento, anzi i movimenti, con la loro mutevolezza, necessitano di una prospettiva affinché possano essere giudicati. Le prospettive cambiano così come cambiano i movimenti.

Merleau Ponty a tal proposito scriveva:

---

<sup>76</sup> Khul D.; *Exploring the lived experience of having a terminal illness*; in "Journal of Palliative Care" vol. 27, 2011.

«Il mutamento presuppone un certo posto in cui io mi porgo da cui vedo sfilare delle cose; non ci sono eventi senza qualcuno a cui essi accadono, senza qualcuno che, con la sua prospettiva finita, fonda la loro individualità. Il tempo presuppone una veduta sul tempo»<sup>77</sup>.

La prospettiva implica un punto di vista e sottintende una differenziazione di piani e di ordini di importanza. Nel linguaggio comune diciamo che si allargano le prospettive per intendere che da una visione più bigotta si passa ad una più comprensiva. Nel caso delle cure palliative le prospettive mutano perché si passa da una visione più ristretta di valori (strettamente ancorata alla vita quotidiana e terrena) ad una che include le prospettive dopo la morte.

---

<sup>77</sup> Merleau-Ponty, *Il visibile e l'invisibile*, Gruppo editoriale Fabbri, Bompiani, Sonzogno, Etas S.P.A., Milano 2003, p.527.

#### IV. Il Verso un'ermeneutica delle prospettive che cambiano con il tempo

Per introdurre e commentare questo capitolo rimandiamo all'immagine eraclitea del tempo che fluisce come un fiume originandosi dall'antica sorgente. L'immagine venne ripresa e commentata dallo psichiatra svizzero Ludwig Binswanger<sup>78</sup> contemporaneo di Jaspers ed amico e corrispondente di Sigmund Freud. Lo scopo era quello di capire l'ambizione della fenomenologia, il ruolo del tempo all'interno della fenomenologia e forse anche lo scacco stesso di questa disciplina nell'ulteriore sviluppo ed enfaticizzazione.

Muovendosi all'interno degli ambiti della psicologia sperimentale e della psicologia trascendentale (fenomenologia), il professor Binswanger pensava che la malattia mentale fosse uno dei modi possibili di porsi dell'essere umano nei confronti del mondo che lo circondava. Essa era una disposizione soggettiva dell'individuo nei confronti della realtà e della vita di relazione con altre persone che faceva parte di ogni singolo individuo ed in questa unicità veniva ricercato l'aspetto eventualmente patologico e terapeutico.

«Partendo dall'essere-nel-mondo, invece che dal dualismo soggetto-oggetto, l'analisi esistenziale di Binswanger, grazie a questa nuova impostazione metodologica, raggiunge due obiettivi che una psicologia, che voglia porsi come scienza "propriamente umana", non può assolutamente mancare: in primo luogo, la possibilità di comprendere tanto l'"alienato" di mente quanto la persona "sana" come appartenenti allo stesso "mondo", quantunque l'alienato vi appartenga con una struttura di modelli percettivi e comportamentali differenti. In questo modo l'alienato non è più colui che vive "fuori del mondo", ma colui che nell'alienazione ha trovato l'unico modo per lui possibile di

---

<sup>78</sup>Ludwig Binswanger (1881-1966), psichiatra svizzero fondatore della scuola antropoanalitica (Daseinsanalyse). Condivise con il maestro E. Bleuler l'interesse per la psicologia sperimentale e la psicanalisi; attento alla lezione di Freud, lo interessarono vivamente anche le ricerche di Husserl, in particolare la proposta husserliana per una fondazione rigorosa delle scienze umane, cioè scienze degli atti della coscienza nella loro varietà. Tra di esse egli privilegiò la psicologia e la psichiatria (di questo interesse testimonia l'*Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie*, 1922). Ma la sua Daseinsanalyse (analisi dell'esserci, della presenza) si può considerare scaturita sostanzialmente dal suo incontro con *Sein und Zeit* (1927) di Heidegger: pur costruitasi lentamente attraverso diversi apporti culturali, la Daseinsanalyse si enuncia soprattutto in termini heideggeriani. La terminologia tedesca utilizzata dall'autore è precisa, meticolosa e ricca di sfumature. Essa offre strumenti concettuali adeguati a una psichiatria attenta alla irriducibilità delle singole condizioni, e pertanto preoccupata di evitare definizioni dogmatiche e impostazioni riduttive dei fenomeni intenzionali della coscienza umana.

essere-nel-mondo, essendo l'alienazione null'altro che l'estremo tentativo di un uomo di diventare, nonostante tutto, se stesso»<sup>79</sup>.

Si trattava di ricondurre l'empiricità immediata degli *Erlebnisse* soggettivi, legati all'lo empirico, all'lo trascendentale (*Bewusstsein*), non per negarli nella loro specificità, ma per riconsiderarli alla luce delle essenze noematiche e noetiche che in essi sono date (*Gegebenheiten*). Considerare questo aspetto, attraverso la lente d'ingrandimento delle malattie mentali, significava trasformare la concezione di malattia psichiatrica e di terapia. Il terapeuta, lo psichiatra in questo caso o un qualsiasi soggetto interessato alle scienze dell'uomo, divenne colui che integrava "proprietà" dei "vissuti intenzionali" e intimità dell'esistenza della persona.

Gli scritti sulla malattia e sulla terapia ha lasciato largo spazio negli studi dello psichiatra tedesco all'approfondimento circa il tempo, che non è solo un esempio di terapia, ma anche intuizione, condizione dell'appercezione condizionale e soggettività intenzionale. Il tempo è quindi atto della coscienza nel fluire della vita.

E' facile intuire allora come il fiume dell'immagine precedente sia la rappresentazione dell'esistenza in sé e dello schema temporale che ogni individuo possiede. Questa percezione del fiume a volte ingannevole può costituire il punto nodale in cui instaurare il rapporto tra terapeuta e individuo. Mentre la metafora attribuisce al fiume il continuo passaggio del tempo dal passato al futuro, in una tacita accettazione dell'individuo che si immerge nel fiume dell'età, l'introduzione di un osservatore esterno quale il terapeuta rovescia la sequenza temporale. I rapporti temporali si modificano rispetto all'andamento del fiume grazie a richiami al passato o salti nelle prospettive future. In tal modo ci si addentra nella coscienza dell'individuo che, indifferentemente dall'andamento del tempo verso l'una o l'altra direzione, continua a fluire nel fiume.

Nella metafora il tempo è la relazione che ognuno istaura con il mondo. Infatti il "soggetto" nel quale hanno luogo tutti i possibili eventi e processi, è l'atto di trascendenza verso il mondo che viene a costituirsi e ad esistere in quanto tale proprio in ragione della soggettività. E' il soggetto a definire per accettazione primitiva il rapporto tra tempo e mondo, definendo una straordinaria co-esistenza. Il tempo, a sua

---

<sup>79</sup> Galimberti U., *Psichiatria e Fenomenologia*, Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano 2006, pp.223-224.

volta, appartiene tanto al soggetto quanto al suo essere-nel-mondo e noi stessi siamo 'tempo' perché caratterizzati intrinsecamente dalla temporalità.

Si potrebbe pensare, come indicato da Binswanger, che una riflessione così radicale conduca ad una concezione del tempo opposta rispetto a quella suggerita dalla metafora del fiume. Il fiume infatti sarebbe composto da tante successioni di piccoli corsi d'acqua come il tempo è composto da tanti momenti.<sup>80</sup>

In maniera simile vale allora che per un osservatore che segue lo scorrere dell'acqua da una barca in movimento, il corso del tempo non è il fiume stesso, bensì sono i paesaggi che si succedono. Le immagini in sequenza continua costituiscono per l'osservatore il futuro e l'avvenire. Proprio perché il tempo presuppone prospettive che cambiano con il suo scorrere, il tempo stesso

«non è quindi un processo reale, una successione effettiva che io mi limiterei a registrare. Esso nasce dal mio rapporto con le cose»<sup>81</sup>.

In quest'ultima citazione, anche Merleau-Ponty esprime pienamente il concetto alla base dell'intero capitolo sulle prospettive del tempo sia in rapporto con un 'me stesso', sia in rapporto con l'Altro, sia con il mondo. I paesaggi e i contorni si delineano man mano che l'acqua scorre nel fiume e la soggettività, che è già immersa nel fiume, si dirige verso l'oggetto (il paesaggio) rapportandosi ad esso.

«Nelle cose stesse l'avvenire e il passato sono in una specie di preesistenza e di sopravvivenza interne; l'acqua che passerà domani è in questo momento alla sorgente, l'acqua che è appena passata è adesso un poco più in giù, nella valle. Ciò che è passato o futuro per me è presente nel mondo»<sup>82</sup>.

Il passaggio inesorabile e ininterrotto dell'acqua rimanda poi all'idea del passato che non è più e del futuro che non è ancora, mentre il presente rimane un momento furtivo, quasi impalpabile, come un limite<sup>83</sup> si direbbe in senso filosofico, rappresentando così

---

<sup>80</sup> Binswanger L., *Essere nel mondo*, trad. di Anna Angioni e Giorgio Banti, introduzione di Jacob Needleman, Astrolabio, Roma 1973.

<sup>81</sup> Merleau-Ponty M., *Fenomenologia della Percezione*, Studi Bompiani, Milano 2014, p.528.

<sup>82</sup> *Ivi*, p.158.

<sup>83</sup> Si fa qui riferimento alla posizione di Leibniz che parla al riguardo di «mens momentanea», ma si rimanda anche alla posizione di Agostino, per un approfondimento e confronto.

una pura dissoluzione del tempo. Contrariamente alla sorgente, in cui la fonte d'acqua è unica e non creata da una serie di flutti o da rivoli separati, il senso comune riconosce un'unità essenziale del tempo, con la conseguenza però che essa indebolisce tale intuizione mentre oggettiva il tempo. A ben vedere anche la sorgente che contiene l'acqua che fluirà domani e non oggi vanifica il tempo nel momento in cui oggi ancora non è come essere ma come divenire.

«Il mondo oggettivo è troppo pieno perché vi sia del tempo [...] Se si stacca il mondo oggettivo dalle prospettive finite che sboccano in esso e se lo si pone in sé, da ogni parte possiamo trovare solo degli “adesso” [...] La definizione del tempo che è implicita nei paragoni del senso comune – e che potrebbe essere formulata come una “successione di adesso” – non ha solamente il torto di trattare il passato e l'avvenire come dei presenti, ma è anche inconsistente, giacché distrugge la nozione stessa di “adesso” e quella di successione»<sup>84</sup>.

Mentre il senso comune tenta di spiegare il tempo come una serie di “ora”, il soggetto amplia il significato di tempo attraverso le prospettive, permettendo inoltre l'avvento di un “adesso” collocato nel tempo e nello spazio.

Le prospettive sono sia limiti, cioè sono le prospettive dell'individuo stesso che scegliendo percepisce alcune vedute mentre ne elimina altre, e sono sia aspettative, cioè aperture verso un futuro atteso che condiziona il tempo presente.

Ciò che Merleau Ponty riconosce allo studio del tempo in rapporto alla psicologia, è il ruolo determinante e contrario proprio per l'essenza oggettiva e contemporaneamente soggettiva del tempo stesso. La psicologia passa allo stesso modo da un empirismo obiettivistico a un idealismo soggettivo<sup>85</sup>. Si ritiene in quest'ottica che il tempo sia comunque costituito da una pluralità di parti interne alla coscienza e non più presente nel mondo oggettivo. Le dottrine psicologiche spiegano quindi la percezione del passato con i ricordi e quella dell'avvenire con la proiezione di tali ricordi davanti a noi: una spiegazione causale utilizzata anche da Bergson con la sua confutazione delle teorie

---

<sup>84</sup> *Ivi*, p.528.

<sup>85</sup> *Ivi*, p.529.

fisiologiche della memoria<sup>86</sup>. Bergson fa riferimento a una conservazione psicologica basata su «intenzioni aggrappate a ricordi conservati “nell’inconscio”»<sup>87</sup>, che non comprende la coscienza del passato.

Ricordare non è ricondurre sotto lo sguardo della coscienza un quadro del passato a sé stante, ma tuffarsi nell’orizzonte del passato e svilupparne a poco a poco le prospettive affinché le esperienze in esso racchiuse vengano vissute.

Si ribadisce ancora una volta che il tempo non può essere tuttavia considerato in termini causali – siano essi di natura fisiologica o psicologica – poiché questo ordine non è in grado di dar conto dell’esperienza del tempo, ma viene vissuto solo attraverso le sue prospettive.

Allo stesso modo il passato e il futuro non possono essere concetti che astraiano dalle nostre percezioni, poiché solo il tempo esperito da noi prima delle sue parti e relazioni temporali può consentire la percezione di eventi nel tempo:

«Se gli atteggiamenti percettivi non sono conosciuti da me a uno a uno, ma implicitamente dati come tappe nel gesto che conduce all’atteggiamento ottimale, correlativamente le prospettive a essi corrispondenti non sono poste di fronte a me una dopo l’altra, e si offrono unicamente come punti di passaggio verso la cosa stessa con la sua grandezza e la sua forma. Come Kant ha ben visto, non è un problema sapere in che modo, nella mia esperienza, appaiano forme e grandezze determinate, poiché altrimenti essa non sarebbe esperienza di nulla»<sup>88</sup>.

Il tempo non può essere concepito, quindi, come un processo di parti sprovviste di un vero carattere temporale, ma va inteso anticipatamente come senso. Il tempo non può tradursi in un’oggettivazione empiristica, non può essere livellato in una serie di momenti ugualmente costituiti, che preludono solo a una registrazione finale, né può essere l’oggetto immanente di una coscienza.

---

<sup>86</sup> Bastide R., *memoria collettiva e sociologia del bricolage*, a cura di Teresa Grande, Armando Editore, Roma 2013, p.40.

<sup>87</sup> *Ibidem*.

<sup>88</sup> *Ibidem*.

«Al tempo è essenziale farsi e non essere, il non essere mai interamente costituito. [...] Il problema consiste ora nell'esplicitare questo tempo allo stato nascente e in via di apparizione, sempre sottinteso dalla nozione del tempo, e che non è un oggetto del nostro sapere, ma una dimensione del nostro essere»<sup>89</sup>.

Tornando alla metafora del fiume della vita (la deiezione dell'Esserci) che è sempre, necessariamente, inautentico, e un allontanarsi dall'essenza, il soggetto trova la sua dimensione se vive secondo l'essenza, cioè secondo la sorgente.

La sorgente viene tematizzata fenomenologicamente come un Super-fiume perché permetterebbe di vedere la realtà priva di prospettive. Fenomenologia e psichiatria si incontrano per la comprensione dell'Essere come costituiva dell'Esserci.<sup>90</sup>

Ci domandiamo allora se il compito di avvicinare il soggetto alla sorgente è affidato a questo punto alla filosofia (fenomenologia) o alla psichiatria.

Solitamente la follia viene descritta come una deviazione, in prima istanza essa sembra allontanarsi dall'autenticità, al contrario della fenomenologia che evoca l'autenticità del soggetto in un registro normativo. Per Freud invece il disturbo psichico ci mette in contatto con qualcosa di universale e grazie all'alienazione mentale, emerge un livello autentico e vero di ciascuno. Anche quando la fenomenologia diventa anti-psichiatrica, la sua preoccupazione per la norma resta in primo piano: quel che conta in questa variante, è mostrare come la follia non sia anormalità, dato che esprime una possibilità dell'Esserci.

L'unione delle due discipline è d'aiuto anche in cure Palliative. L'approccio infatti al paziente rispetto alle prospettive future e alle prospettive temporali rimane un tema delicato ma dal quale non ci si può più esimere, per una comprensione e una risoluzione competente della malattia.

In questo capitolo si propone un approccio filosofico alla cura della persona che integri i percorsi psicologici già in atto per le problematiche simili a quella presentata. In questo modo il fiume si presenterebbe nella sua interezza di sorgente e paesaggi e l'individuo potrebbe riprendere in possesso tutto il suo Essere.

---

<sup>89</sup> *Ivi*, p.532.

<sup>90</sup> Cfr. Si fa qui riferimento al pensiero di Medard Boss, psichiatra allievo di Heidegger.



## CAPITOLO V

### DALLA FINE AL FINE DEL TEMPO

Ci occuperemo ora di tre domini temporali che interessano più da vicino il nostro lavoro. Possiamo prendere come punto di partenza arbitrario, la situazione individuale. Consideriamo così il tempo che ciascun individuo distingue quando si pone come osservatore di sé stesso.

In base alla percezione cronologica e a quella esperienziale, abbiamo tre diverse prospettive di fine del tempo:

- nella prima area rientrano i pazienti che non hanno né un futuro, né un fine. Il tempo passato e vissuto in salute sembra stato 'sprecato' rispetto all'imminenza della morte, non ci sono progetti a breve o a lungo termine. La malattia è vista come punizione e viene perciò vissuta con rassegnazione.

«The first I am thinking of about time is how much time I have left. I would say awareness of limited life has changed the most».<sup>91</sup>

Non è facile ricevere una diagnosi di malattia terminale; non tutti reagiscono allo stesso modo e non tutti riescono a superare la sensazione di rabbia e tristezza che deriva dalla consapevolezza della propria finitudine. A volte la malattia è così veloce e devastante che non permette di avere nemmeno il tempo necessario per comprendere quello che sta avvenendo; si rimane passivi, quasi attoniti, davanti ad un tempo che ha deciso di accelerare all'improvviso perché dettato da una malattia su cui perdiamo (o non abbiamo mai avuto) il controllo.

---

<sup>91</sup> Ellingsen S, Roxberg Å, Kristoffersen K, Rosland JH, Alvsvåg H, *Entering a world with no future: a phenomenological study describing the embodied experience of time when living with severe incurable disease.*, Scand J Caring Sci., 2013, p.168.

«If I'd had more time! It was quick! I didn't know I had cancer, nothing! It was just days and I said to Dr.-, he is currently the best surgeon over there in the field they told me. I said "What's the alternative to surgery?" and he said "You'll die in agony". And I should have said "Well take me to the hospice and I'll die in agony there" I had the surgery and I've been sorry I had it. I'd have liked to have gone then»<sup>92</sup>.

Tutta la sofferenza, sia fisica che psicologica, conduce ad una perdita di controllo, che risulta in un'incapacità di poter gestire se stessi e le conseguenze della malattia; perdere il controllo può anche voler dire perdere completamente la speranza e restare ad aspettare solamente che la malattia faccia il suo decorso, nel minor tempo possibile; aspettare la fine in senso vero e proprio, fine come termine della sofferenza, della rabbia, dell'impotenza; fine dei sintomi e del dolore cronico. La persona in senso esistenziale viene sommersa dalla malattia.

«Right now, mostly I want it to be over, as quickly as possible. The lack of control, lack of success, lack of energy and completeness - it is intolerable»<sup>93</sup>.

Come operatori sanitari non possiamo giudicare se l'atteggiamento di una persona sia giusto o sbagliato, possiamo solo confortare e ascoltare anche chi desidera soltanto morire; possiamo cercare di rendere la malattia meno drammatica possibile. L'obiettivo comune resta sempre il paziente e la sua qualità di vita, anche quando la volontà spinge il malato ad una passività legata ad una perdita di senso e di controllo della vita.

---

<sup>92</sup> Robertson M.; *Experiences of time: A qualitative inquiry into experiences of time as described by palliative care inpatients*; in "Palliative and Supportive Care"; 2013.

<sup>93</sup> Khul D.; *Exploring the lived experience of having a terminal illness*; in "Journal of Palliative Care" vol. 27, 2011.

- Nella seconda area i pazienti si proiettano verso un orizzonte trascendente. La fiducia e la speranza in una vita migliore dopo la morte proiettano i pazienti verso un futuro e verso un fine ultimo.

«We're all just going to heaven, like leaves fitting together»<sup>94</sup>.

L'esperienza di entrare a far parte delle cure Palliative (e quindi la diagnosi che sottende questa scelta di cure) porta le persone ad entrare in un contesto di morte, anche se la morte stessa non è ancora arrivata. Di fronte a questa realtà alcuni pazienti si fermano a pensare al futuro, nonostante molto spesso i pazienti stessi con diagnosi terminale sono proprio quelli per i quali si pensa non vi sia futuro. La percezione della persona in questo passaggio da vivo a "non ancora morto", porta con sé profonde riflessioni trascendenti che si designano come il "tempo futuro" e che acquistano differenti significati per ogni persona.

Questo "transcendental horizon"<sup>95</sup> può essere il futuro visto come la vita dopo la morte. Non è più solo separazione dalla vita, ma sperimentazione della morte come una nuova esperienza, che può prendere la forma di incontro con i propri cari, incontro con Dio, in ogni forma spirituale che si possa riconoscere.

La morte può essere anche vista come un momento in cui termineranno le preoccupazioni, sociali, mediche, lavorative. Il futuro (della morte) diventa un tempo dove si ristabilisce la quiete personale, dove tutto ritorna al suo posto e di cui non serve preoccuparsi.

---

<sup>94</sup> Robertson M.; *Experiences of time: A qualitative inquiry into experiences of time as described by palliative care inpatients*; in "Palliative and Supportive Care"; 2013.

<sup>95</sup> *Ibidem*.

«I mean I know I am going to die, but it doesn't worry me because the way I look at it, when I die my worries are over»<sup>96</sup>.

Questa visione della morte può arrivare solo dopo la fase di accettazione della malattia, dopo un momento di intensa riflessione, che porta i pazienti ad interrogarsi sul proprio credo spirituale, sulla propria fine e su un dopo incerto. Ognuno con le proprie convinzioni orienta il proprio pensiero, ma l'abilità, la capacità di trovare significato, di donare importanza anche a questi pensieri, nella maniera più cosciente e tranquilla, porta il paziente a ritrovare pace e speranza: il terrore dell'ignoto che diminuisce, la sensazione di controllo che aumenta, o almeno la fiducia che questo cambiamento porterà qualcosa di buono, permette ai pazienti di vivere con tranquillità.

Quando i pazienti riescono a riconoscere un qualcosa di spirituale si connettono ad un potere superiore, un potere trascendentale, che consente di non preoccuparsi ulteriormente, di poter dare valore al poco tempo rimasto. La paura della morte quasi scompare e porta con sé l'angoscia e la tristezza.

«My cup of joy is full to overflowing, and that which overflows is also full; for as that which is physical within me gets weaker, that which is spiritual gets ever stronger»<sup>97</sup>.

- Infine i pazienti che finalizzano il tempo nel presente perché possano esprimere al massimo la loro persona in un tempo reale, sebbene limitato.

Spesso questo atteggiamento è legato ad un'accettazione della malattia che permette di trasformare il presente e di donare ad esso un significato profondo significato che coincide con il vivere nel presente stesso, vivere coscientemente i momenti presenti perché è la sintesi di passato e futuro.

---

<sup>96</sup> *Ibidem*.

<sup>97</sup> Khul D.; *Exploring the lived experience of having a terminal illness*; in "Journal of Palliative Care" vol. 27, 2011.

«Je ne cours plus après le temps, je le vis, car il m'est compté»<sup>98</sup>.

Non si corre più, è il momento di fermarsi, il momento di addentrarsi nel presente. Si abbandona il passato ed il futuro per vivere il presente; non ci si preoccupa per il succedere dell'avvenire, non si guarda con malinconia al passato; si vive adesso, in questo momento, che tra un attimo sarà finito. La consapevolezza di un non ritorno del presente è maggiore a quella di una ripetizione in un futuro. Queste le parole di un paziente, tratte da un articolo francese:

«Le temps de l'horloge que vous voyez, n'est pas le même pour moi»<sup>99</sup>.

Ed ecco di nuovo il focus della tesi: un *timing* che integri il *time*. Il *time* è il tempo frazionato, il tempo dell'orologio, che noi (operatori sanitari) abbiamo; il *timing* invece è la sospensione del tempo, tipicamente descritta e vissuta dai pazienti. Il tempo sospeso nella malattia, il tempo anche trasformato dalla malattia stessa e ridimensionato di significato.

Questo tempo immerso nel presente permette a volte di ristabilire rapporti, di fare chiarezza con sé stessi e con i propri cari. Vi è una completa riscoperta di significato del presente.

«...anyway I'll have written down what I want, and I have made it clear that that's up to them, so it's my wish, and I've fixed the financial stuff...you can't just leave it up

---

<sup>98</sup> Tocheport P.; Tambouras V.; Azemard A.; *La perception du temps en unité de soins palliatifs*, in "Soins dossier" n° 769; Octobre 2012.

<sup>99</sup> *Ibidem*

to...those who are left behind so they have to decide, it's better to be able to blame the deceased...I think (chuckles)»<sup>100</sup>.

E' importante quindi capire la concezione del tempo, per poter fare le più adeguate decisioni cliniche e per dare la migliore assistenza possibile.

Il rapporto tra qualità e quantità del tempo non può essere espresso con una semplice formula matematica poiché attraversa il pensiero di tutti gli uomini, specialmente quelli inseriti nel circuito del fine vita.

Di fondamentale utilità sembra allora lo studio della qualità del tempo. In questi pazienti oltre a cambiare la semplice quantità del tempo (da vivere, da dedicare a prestazioni terapeutiche) cambia anche la loro percezione interiore, che se non va di pari passo con la nostra entreranno in collisione. Non si può pensare di indagare un fenomeno ed agire su di esso solo da un punto di vista.

Per essere ottimi professionisti dobbiamo tener conto anche di quell'insieme di aspetti che ci sembrano meno tecnici, ma che rientrano nella nostra sfera di competenze e che orientano le nostre scelte. E' quindi fondamentale indagare come il tempo si muova all'interno dei nostri pazienti, quale sia il loro credo e le loro aspettative, e come la loro concezione di vita sia cambiata.

«Time is relative; the intensity of what we live has nothing to do with measurable chronological extension, for example, minutes, days and years. Physics and philosophy share the same findings, as well as theology, in different times»<sup>101</sup>.

Il tempo dell'orologio e il tempo sospeso, sono come due facce della stessa medaglia: sempre di tempo parliamo, ma da due punti di vista differenti. La possibilità che hanno i

---

<sup>100</sup> Lindqvist O., Rasmussen B.H., Widmark A. and Hydén L.C.; *Time and Bodily Changes in Advanced Prostate Cancer: Talk about time as death approaches*; in "Journal of Pain and Symptom Management"; vol. 36, No. 6 December 2008.

<sup>101</sup> Monteverde S.; *The importance of Time in Ethical Decision Making*; in "Nursing Ethics", 2009.

pazienti in cure palliative di poter vivere appieno i loro ultimi attimi deve andare di pari passo con l'assistenza che deve poter permettere degnamente anche l'esperienza di finitezza; non possiamo e non dobbiamo essere noi operatori l'ostacolo che si interpone tra la loro necessità di vivere l'ultimo periodo della vita. Dovremmo orientare le scelte professionali, etiche e morali a favore dei pazienti, esattamente 'per' loro e 'con' loro. E' questo il monito che sembra trasparire dalle parole dei pazienti analizzati e che deve guidare l'interpretazione della percezione del tempo vissuto dai pazienti.

La conoscenza della cognizione del tempo, quella propria e quella delle persone con cui entriamo in contatto, si sincronizzerà con quella dei pazienti. La comunione dei tempi permetterà una condivisione dei fini perché il bene dell'assistito rappresenta la priorità per eccellenza.

«Not only do we each carry different clocks, but our own clocks vary in different circumstances. Yet for the quality of human relationships it is essential that we understand in which time the people around us live»<sup>102</sup>.

Il processo cognitivo di esplorazione delle proprie convinzioni e di quelle altrui, è indirizzato non solo per una migliore consapevolezza di noi stessi, ma anche per poter instaurare una relazione terapeutica efficace.

Finalizziamo quindi il nostro tempo, non solo per aiutare i pazienti, ma anche per dare veridicità al tempo vissuto appieno perché in rapporto ad una consapevolezza maggiore della vita e del '*tempus fugit*'.

La posizione di chiusura in cui il tema viene presentato vuole sottolineare la sua rilevanza e la sua capacità di ricollegarsi agli altri temi. Il fine infatti, rappresentato anche dalla morte, è stato uno dei motivi principali che ha guidato l'analisi: qual è il fine, l'obiettivo e il senso del tempo trascorso, passato, presente e futuro. I pazienti a volte

---

<sup>102</sup> *Ibidem*.

non sanno rispondere alla domanda, non sono preparati emotivamente o non vogliono porsi un quesito troppo pericoloso perché indaga il profondo.

Agostino con la fine del tempo fa coincidere il fine (come scopo ultimo) del tempo in cui la Città eterna si realizzerà nella sua grandiosità e immortalità del popolo fedele a Dio. Quindi la vera eternità appartiene all'essenza creatrice senza inizio né fine che solo Dio può esplicitare. Il fine fisico, in questo caso, è rappresentato dalla morte, ma il fine come scopo è la vita eterna.

Anche per la verità di Tommaso D'Acquino "L'eternità è: possesso della vita simultaneo, perfetto, senza principio e senza fine. [ed] Il tempo è: misura di un moto secondo un prima e un poi." Ritorna il tema della fine del tempo accomunata all'eternità e quindi alla grandezza di Dio. Qui il fine non è mai un limite (confine), ma è possibilità autentica, apertura verso Dio".

Ancora la morte, nella visione cristiana, apre ad un'idea di tempo infinita. Con Heidegger invece la morte non si avvicina come una fine d'essere, ma come un'incognita che in quanto tale sospende il potere. Anche qui troviamo un parallelo tra il pensiero del filosofo e le parole dei pazienti. Alcuni, infatti, sospendono i loro giudizi e si limitano a giudicare la morte come la fine di ogni loro preoccupazione.

Questa accezione sintetizza le altre tre precedenti perché il tempo in questione non è quello degli orologi ma quello del corpo. Il corpo infatti invecchia e muore segnando dei passaggi che arrivano inesorabilmente ad una fine, è un tempo autentico, intimo, vero, che è quello vissuto da ogni uomo che nasce cresce e cambia, che è in movimento. Questo tempo, convenzionalmente associato all'orologio e in questo senso secondo alcuni pensatori c'è la volontà di rimanere a contatto con la natura e la scienza, è autenticamente donato al soggetto che può esplicitarlo o meno nel corso della sua esistenza. Può viverlo senza rendersene conto oppure confermare ogni giorno la sua scelta. In questo caso le cure palliative aiutano a rintracciare la parte autentica della vita perché l'uomo è a contatto con il suo confine.



## V.II Per un'ermeneutica del fine del tempo

«Viviamo nel tempo e il tempo è la nostra materia, ma su di esso non abbiamo alcuna sovranità; solo il presente ci appartiene, ma il presente è l'attuazione fugace di un attimo che subito sfugge. Il nostro essere è il divenire, e il divenire è il prorogarsi di istante in istante [...]. Ci si trova anche chiamati alla responsabilità di dare forma al proprio essere possibile, una responsabilità fermentata dal desiderio incoercibile di vivere una vita buona. [...] Si nasce dunque gravati da un compito che altri viventi, come le betulle o le api, non hanno: quello di dare forma al proprio tempo, ossia di disegnare di senso i sentieri dell'esistere. Si tratta di imparare ad aver cura dell'esistenza; detto in altre parole di imparare l'arte di esistere[...]»<sup>103</sup>.

Nell'Apologia Socrate precisa che l'aver cura di sé si realizza nella ricerca della sapienza delle cose umane, che sta in una relazione essenziale con la ricerca della virtù. Ed ancora nell'Alcibiade non solo si conferma che il senso della cura di sé consiste nell'apprendere l'arte di «diventare migliori il più possibile»<sup>104</sup> ma Platone afferma anche che il conoscere sé stessi è esercizio imprescindibile per apprendere tale arte<sup>105</sup> e dunque subordina l'esercizio del conoscere sé stessi alla ricerca di una buona forma di sé.

Inoltre, nell'orizzonte della cura di sé, che trova il suo senso nella ricerca di una forma buona al proprio tempo, è necessario camminare anche nella direzione opposta, ossia quella del costruire: costruire paesaggi del pensare che aiutino a stare alla ricerca del senso dell'esperienza. Il camminare nel tempo ha, infatti, bisogno di mappe che orientino nella complessità dell'esperienza umana.

Il valore del discorso socratico incoraggia non solo ad occuparci eticamente del nostro essere ma avvalorava anche la tesi della cura del tempo. La Cura del sé e degli altri nasce già dai primi discorsi filosofici fino a rafforzarsi nel tempo sconfinando in altri ambiti quale quello medico-assistenziale.

---

<sup>103</sup> Platone, *Apologia di Socrate*, 20d.

<sup>104</sup> Platone, *Alcibiade Primo*, 124b-c.

<sup>105</sup> *Ivi*, 129a

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

La storia del concetto di cura, inteso nello spazio geografico e culturale occidentale, nasce in tempi lontani ma già nelle sue prime definizioni racconta di un'istanza comune, di relazione. Cura indicava una figura allegorica e mitologica nell'antichità greco-romana mentre in epoca tardo antico-medievale era già diffusa nel contesto teologico: la cura delle anime nella tradizione religiosa della cristianità era considerata una guida spirituale. Successivamente nell'epoca moderna, il concetto acquisiva, a partire dal movimento del romanticismo, uno spazio narrativo: si pensi ai riferimenti alla cura come alternativa al potere (in Goethe). Nell'epoca contemporanea, il campo semantico della cura si estende a vari ambiti che si moltiplicano con significati e valenze diverse: nell'ambito dell'esistenzialismo, la cura indica la trasformazione della filosofia che da astratta riflessione impersonale e disinteressata che procede per categorizzazioni e generalizzazioni si interessa alla soggettività individuale, a ciò che accade al singolo soggetto (Kierkegaard); la cura è anche intesa come elemento strutturale dell'identità umana, del *'Dasein'*, nel duplice senso di *'Sorge'* e *'Fürsorge'* (in Heidegger). Anche la psicologia riflette sul concetto di cura come opposto all'apatia, come capacità emotiva di sentire attenzione verso qualcuno/qualcosa, studiando i concetti simili di simpatia e attenzione (May, Erikson, Mayerhoff).

Al di là di ogni accezione che il termine ha assunto nel corso della storia, il prendersi cura rimane un atteggiamento strutturalmente relazionale, che porta l'io fuori da sé, dall'autoreferenzialità all'etero-referenzialità, in contrapposizione all'individualismo che concepisce l'uomo come individuo isolato. La cura presuppone il riconoscimento dell'esistenza di un altro, presuppone l'alterità ontologica e non solo empirico-fenomenica, ammette la percezione che l'altro esiste accanto, nel senso della vicinanza spaziale e della prossimità temporale, ostenta la consapevolezza che l'io è chiamato ad entrare in rapporto "con" l'altro (un rapporto di incontro e non di mero calcolo di scambio di interessi, di scontro, competizione o conflitto), infine la cura presuppone la presa di coscienza che la possibilità relazionale è la possibilità ontologica di intersoggettività come condizione dell'esistere.

La relazione istituisce l'io che non è solo un individuo che entra in relazione, ma è relazione esso stesso: l'io si definisce (e definisce la sua identità antropologica, oltre che esistenziale) dalle e nelle relazioni in cui si trova ad esistere. La persona (uomo o donna)

si costituisce nella relazione sociale con gli altri; l'ipotesi individualistica è considerata una finzione che ha o può avere una rilevanza per ragioni legali e politiche, ma evidenzia un modo di esistere debole, che impoverisce l'uomo e ne impedisce la manifestazione delle sue potenzialità. È esperienza di tutti che ogni essere umano nasce ed è nutrito ed accudito per sopravvivere: l'interdipendenza è ineliminabile essendo la condizione di possibilità di esistenza. Ogni essere umano ha volontariamente o involontariamente un supporto sociale che lo definisce, che sia la famiglia, gli amici o la società.

La relazione che si instaura con l'Altro, qualsiasi esso sia, implica un rapporto asimmetrico nello specifico della cura: prendersi cura significa riconoscere che l'altro esiste, ma significa anche riconoscere che il rapporto che è possibile stabilire con l'altro non sempre è paritetico o simmetrico, analogamente ad un rapporto contrattuale, tra individui in grado di stipulare un contratto. L'etica della cura si allontana dall'accordo nella consapevolezza che se l'altro ha bisogno di cura, tra chi cura e chi è curato si non può che crearsi un dislivello: colui che cura è in una posizione di forza, mentre chi riceve la cura è in un'involontaria condizione di debolezza, vulnerabilità, difficoltà, impossibilità di difendersi da solo e bisognoso dell'aiuto dell'altro. La cura è dunque un'attenzione verso il più debole, una prossimità relazionale ed esistenziale all'Altro. Un modello esemplificativo può essere il rapporto "genitore/figlio" (ma anche il rapporto amicale) che esplicita la cura come relazione asimmetrica. Del resto, ogni essere umano sperimenta tale relazione nel momento in cui nasce.

«Non solo: nella cura la relazione asimmetrica è anche a-reciproca. La cura presuppone il riconoscimento dell'altro come esistente e come avente valore: prendersi cura significa anche preoccuparsi per qualcuno, interessarsi alla condizione di vulnerabilità con attenzione e partecipazione, ponendosi in atteggiamento di sollecitudine (l'etica della risposta e della responsabilità), avvertendo un obbligo etico verso gli altri che hanno bisogno, indipendentemente da quanto si ottiene in cambio, in un atteggiamento di fiducia (in contrapposizione alla logica efficientista e conveniente dell'utilitarismo)»<sup>106</sup>.

Se la cura presuppone una relazione asimmetrica e a-reciproca, ne risulta uno stretto legame tra concetto e prassi. La cura non può che scaturire da un'attitudine interiore

---

<sup>106</sup> Juan J., *Enciclopedia de Bioética*,

che si traduce in comportamento o azione concreta nella realtà. Il prendersi cura deve essere imprescindibilmente connesso ad una prassi interiore vissuta nell'esperienza di colui che cura e non può essere una mera prassi. Esso coinvolge il sentimento (la capacità di sentire qualcosa verso qualcuno), l'empatia (la partecipazione al vissuto dell'altro) e la compassione (l'identificazione di sé nell'esperienza dell'altro). L'obbligo etico proviene spontaneamente dall'individuo e non può essere imposto coercitivamente da regole esterne, alle quali obbedire passivamente.

Prendersi cura è inoltre un'attenzione che si svolge nel tempo: è un processo, un incarico, un impegno attivo, un'apprensione costante, sorretta e accompagnata da una forte motivazione personale; dunque una virtù (in contrapposizione alla bioetica dei principi) che si acquisisce nell'abitudine del comportamento. E' la pratica della preoccupazione, dell'attenzione, della sollecitudine: volere il bene dell'altro, fare il bene all'altro, nella capacità di trascendere i propri interessi immediati emergenti nella situazione concreta e indipendentemente dalla ricompensa, nella gratuità e disinteresse, nella logica della beneficenza o benevolenza rispetto all'Altro.

In questo senso si potrebbe definire filosoficamente la cura come attitudine interiore e impegno attivo di preoccupazione/attenzione responsabile nei confronti di chi è più debole.

Con l'etica della cura la sfera privata familiare e domestica acquisisce una rilevanza e uno spazio nella dimensione pubblica: le persone che imparano la cura e la fiducia nell'ambito familiare portano queste virtù nella vita pubblica. Al contrario la mancanza di cura conduce ad un atteggiamento di violenza. L'etica della cura pone una peculiare attenzione alla crescita e all'educazione familiare dei bambini, mentre l'etica tradizionale non ha finora dedicato sufficiente attenzione allo sviluppo dell'individuo: l'approccio basato sui diritti, se inteso in senso individualistico, tende a rafforzare un meccanismo che impoverisce il mondo etico. L'etica punta sugli obblighi più che sui diritti. Gli obblighi morali sono più estesi e più esigenti rispetto ad una rivendicazione sui diritti. La cura sarebbe fraintesa se indotta a tale logica: la cura non può che essere un gesto spontaneo, gratuito, generoso e di partecipazione libera verso l'altro e per l'altro.

L'etica della cura sollecita anche all'umanizzazione dell'agire: si rivolge non solo all'operatore sanitario, ma ad ogni uomo (maschio/femmina), stimolandolo ad un atteggiamento esistenziale di relazionalità. Quest'ultimo sarà da guida responsabile nei confronti di chi ha bisogno di cure. Si tratta di accogliere i pensieri e i bisogni di tutti coloro ai quali non prestiamo abitualmente sufficiente attenzione, perché in condizioni esistenziali impercettibili (si pensi all'embrione) o sfumate (si pensi al malato terminale), o perché con abilità diverse (i disabili), o perché appartiene ad un diverso livello sociale o ad una diversa cultura.

La questione della cura è questione filosofica perché ciò che è in gioco è l'esposizione dell'identità umana nella sua fragilità e vulnerabilità esistenziale nonché nelle relazioni che intrattiene il sé con gli altri<sup>107</sup>.

La filosofia indaga il soggetto e fa dell'oggetto della riflessione medica l'essere umano non più come prassi biomedica ma come relazione di cura. La filosofia è indispensabile nella formazione medica e in ogni processo di cura, perché nella transizione tra arte e scienza, come sottolinea Martin Heidegger, è rappresentante dell'uomo e della malattia come condizione privata. In questi termini il prendersi cura e la cura di sé sono atti medici e motivi per rintracciare la genealogia della figura umana e dei diritti personali. La riflessione bioetica, come branca della filosofia dedita alla relazione tra cura e uomo, esplora a livello antropologico la dimensione corporea legata al significato pieno di cura. La cura è il filo rosso di una riflessione etico-antropologica nonché ontologica che mostra l'identità nascosta dell'uomo e della relazione medico paziente. Per tracciare le origini etimologiche e le ripercussioni in campo medico del significato di cura, prenderemo in considerazione l'accezione del "cura di sé" e de "l'altro da sé". In questo dualismo il rapporto dell'uomo con sé stesso e con l'Altro diventa di tipo politico perché l'altro è in funzione del suo ruolo all'interno di una relazione di cura. Storicamente infatti si narra la storia di Socrate e dell'oracolo di Delfi che esorta Alcibiade negli insegnamenti che dovrà adottare dopo la morte di Socrate nello studio e nel sapere, affinché possa conoscere sé

---

<sup>107</sup> Papa A., *L'Identità Esposta. La Cura come Questione Filosofica*. Vita e Pensiero, Milano 2014.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

stesso e avere coscienza del significato nascosto di cura, che è terapia e servizio, intese come forme di ossequio per una vita sana nella città greca e nella politica del tempo<sup>108</sup>.

Gli Altri all'interno della relazione di cura appartengono alla *gens* che è destinataria di cura e protagonista della relazione, come se l'incontro non potesse avvenire senza l'Altro. Anche Heidegger sottolinea l'importanza dell'Altro e sottolinea come l'occuparsi di qualcosa, e quindi il suo prenderselo a cura, sia l'accezione più importante del termine cura e dell'assistenza intesa come *ad-sistere* ossia come dedizione. Dedizione cioè tempo dedicato all'assistenza e al farsi testimoni del tempo della cura, un tempo dedito all'uomo, all'altro e alla relazione. Il connubio di tempo e cura è inscindibile nella relazione, come se il tempo si spazializzasse all'interno della cura. Per esempio nel momento in cui ci dedichiamo ad una persona malata il tempo che si andrà ad impiegare per assistere quella persona si concretizza nella cura del corpo malato. Inoltre il tempo è dedizione perché solo in quel preciso momento si potranno attuare tutte le cure necessarie per rispondere al progetto di cura. Il tempo dedito non è solo quello assistenziale ma anche quello puntuale perché può realizzarsi in determinate circostanze non riproducibili.

Il tempo chiede relazione (con lo spazio e con l'Altro) ma è la relazione stessa che si contraddistingue: nel momento in cui io curo anche l'altro attua un processo di cura nei miei confronti. Ovvero: il tempo è il primo soggetto e protagonista della cura, perché grazie ad esso assistiamo e rispondiamo in maniera puntuale alle esigenze, poi si materializza o si concretizza entrando in relazione con il corpo e con la cura, e in questo passaggio crea un movimento (la relazione stessa) che, non solo diventa soggetto della relazione, ma anche significato ontologico di cura.

La direzione del movimento di cura è ovviamente verso il bene cioè verso la beneficenza. Ciò significa che tutto il personale sanitario adotta degli atteggiamenti di cura rivolti al

---

<sup>108</sup> Il termine "cura" nella lingua greca ha un forte richiamo nei dialoghi platonici che compare nelle forme linguistiche di Epimeleia, Therapeia, Kedeuo, Leghein. Il concetto terapeutico di "cura" risale al farmaco che solitamente veniva somministrato a coloro che venivano scacciati dalla città o ai malcapitati morenti, come per Socrate, condannato a morte che nel dialogo con Alcibiade mostra la relazione dell'insegnamento e con l'azione terapeutica del farmaco. La nozione di "cura" all'interno dell'etica paidetica socratica si riferisce anche al concetto di libertà e di soggettività perché il cittadino curando sé stesso impara ad aver cura anche degli altri, inoltre la cura libera dalla malattia e libera il soggetto da vincoli così come il cittadino è deputato ad aver diritto di libertà dai vincoli della schiavitù.

bene e non alla maleficenza. Gli atteggiamenti di cura non sono rivolti all'organo o alla patologia ma al bene del soggetto. Il significato sotteso a questa relazione di cura è un insegnamento paidetico che dovremmo riscoprire all'interno del percorso formativo medico, perché alle origini della scienza medica<sup>109</sup>.

Il beneficiere è l'insieme di tutte quelle pratiche di cura tese alla promozione della salute e della persona umana, quindi una decisione di assegnazione di valori imperativi nel qui e ora, rivolta all'agire come aiuto dall'uomo all'uomo, e non come scelta terapeutica in sé. La decisione di cura può essere di autopromozione (o auto-realizzazione) perché rivolta al soddisfacimento dei bisogni del sé, oppure rivolta a soddisfare la condizione di dipendenza dell'Altro e il suo bisogno di cura. In ogni caso la cura si traduce in un'azione completa di benessere e quindi in un lavoro eticamente corretto.

La cura infine riguarda il corpo, si corporizza e rimanda al concetto di esser-uomo e quindi esser-corpo. Di nuovo il richiamo a Heidegger è immediato:

“Tutto l'essistere, il nostro comportamento, è necessariamente corporeo, ma non solo. Esso è in sé corporeo. Soltanto, si deve, prima, determinare l'essistere in quanto rapporto-col-mondo. Il parlare del corporeo in quanto condizione non è una interpretazione fenomenologica, bensì è detto, piuttosto, dall'esterno. Se parlo di condizione, sono già fuori, propriamente fuoriuscito dall'essistere.”<sup>110</sup>

La riflessione sull'esser-corpo, riguarda il corpo vivo e il metodo da adottare per indagare sia l'essere che il corpo. Un metodo che non sia di riduzione, ma che abbracci ontologicamente l'uomo. Il connubio essere-corpo risiede nella sensibilità e nell'azione progettante del vivere che con la morte si concretizza, perché il morire è descritto come decadenza del corpo nel momento in cui si oggettiva, contrariamente a quanto accade nella malattia o nella perdita della salute.

---

<sup>109</sup> Asclepio, Dio dei Malati, era stato istruito all'arte della guarigione dalla Dea Chirone, un centauro figlio di Filira e di Crono. Dalla madre aveva ereditato proprietà calmanti e la conoscenza delle piante e dei fiori, dal padre il significato del tempo. Dalla loro unione Asclepio donava medicinali a scapito della sofferenza e del dolore.

<sup>110</sup> Heidegger M., *Seminari di Zollikon*, a cura di Mazzarella E. e Giugliano A., Guida, Napoli 2000, p.283.

L'essere-corpo si traduce in esser-ci nell'aver cura del prendersi cura, quindi nel rapporto con l'Altro: se l'Altro ha bisogno di cura c'è un'immedesimazione dell'uno con l'Altro perché è il mio essere-al-mondo che diventa un esser-presente assieme, in una condizione di esser-gettato come prospettiva heideggerianamente autentica. La distinzione heideggeriana fra due diverse accezioni nel termine cura riguarda appunto la loro autenticità: la cura inautentica è quella in cui non ci si preoccupa dell'Altro ma semplicemente delle cose che servono all'Altro. Viceversa la cura autentica assume la forma di insegnamento perché è con gli altri che io mi preoccupo delle loro cose e aiuto a scegliere sé stessi e a essere liberi.

Possiamo specificare che l'aver cura, trova giustificazione e senso nel co-esistere cioè in un'azione fortemente relata e di legame che integra il soggetto all'interno di un modello di cura socio-assistenziale orientato alla persona umana. La cura, in una prospettiva di lettura fenomenologica, è allora una sorte di tensione che si struttura fondamentalmente sia in un'azione di soccorso, sia in una scelta orientata da processi decisionali, individuali o collettivi che fanno comunque riferimento all'Altro.

Anche la cura come giustizia è un affare di bioetica. La cura, infatti, è un bisogno della persona e della sua soggettività, che se affidato a mani esperte può portare conforto e sollievo. La cura d'altronde è un diritto e un dovere di ogni cittadino e tali accezioni fanno della cura una dimensione politica oltreché filosofica.

La realtà che svela maggiormente i bisogni appena descritti è quella di Cure Palliative. L'impegno nell'individuazione e nella gestione dei bisogni del malato terminale è stato, nel corso degli anni, continuo e non privo di difficoltà. Le Unità di Cure Palliative sono infatti nate in Italia, alla fine degli anni Settanta, con il decisivo apporto di associazioni benefiche in grado di coordinare e organizzare il settore sanitario. Inoltre le Cure Palliative si sono ampliate e modificate nel tempo per sopperire alla malattia terminale che è un processo che evolve gradualmente e non un evento statico.

Nel 1978, il numero di pazienti neoplastici trattati con tecniche neuroinvasive per il controllo del dolore era pari a circa l'80%; negli anni immediatamente seguenti, l'introduzione di un piano di assistenza domiciliare per i malati terminali ha profondamente modificato il quadro d'insieme, determinando una crescita esponenziale



delle Cure Palliative grazie ad una revisione critica delle metodiche invasive e a una graduale rivalutazione dell'uso degli oppiacei (in particolare della morfina).

La condizione del fine vita è ontologica quando ci si trova a pensare il proprio essere e si scopre che «è un essere inconsistente», nel senso che la condizione ontologica è quella per la quale ad ogni istante ci si trova esposti al nulla<sup>111</sup>.

«Le Cure Palliative sono [definite come] una serie di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva e totale di malati, la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi ed, in generale, dei problemi psicologici, sociali e spirituali dei malati stessi. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e per le loro famiglie»<sup>112</sup>.

La medicina palliativista e l'Hospice sono due realtà riconosciute per la prima volta come specializzazioni mediche solo nel 2006 in America. Solo nell'ultimo decennio si è riscontrato un incremento esponenziale di pubblicazioni e studi legati al fine vita e il motivo può essere ricondotto al ruolo sempre più decisivo delle Cure Palliative nonché alla definizione degli Hospice. L'esito è dimostrato dai seguenti dati: le pubblicazioni relative alle Cure Palliative e all'Hospice sono passate da 0.08% nel 1970 al 0.38% nel 2005, allo stesso modo i *clinical trials* sono aumentati dal 0.96% al 7.22%; nel 2005 uno ogni 122 studi pubblicati in letteratura riguardava le Cure Palliative o le cure in Hospice. Questa sempre maggiore attenzione alle Cure Palliative è una sfida per tutti gli specialisti in un campo ampio e in rapida evoluzione. La sempre più diffusa letteratura nelle Cure Palliative non rispecchia la poca disponibilità di letteratura su un tema tanto importante come la percezione del tempo.

Le Cure Palliative richiedono la partecipazione di specialisti in medicina interna, medicina generale, psichiatria e anestesia, ma anche Infermieri, Psicologi, Assistenti Sociali, Assistenti Spirituali, Ota e Oss, solo un insieme multidisciplinare può efficacemente rispondere alla pratica clinica in questione. Quindi il paziente è al centro

---

<sup>111</sup> E. Stein, *Il mistero della vita interiore*, Queriniana, Brescia 1999, trad. dal tedesco di Carlo Danna (tit. or. *Das Kreuz wie eine Krone tragen: vom Geheimnis des inneren Lebens*, Benziger Verlag, Zürich e Düsseldorf 1997), p.64.

<sup>112</sup> Definizione di Cure Palliative, OMS 1998.

di un sistema e tutte le figure professionali, ognuna con le proprie competenze, ruotano attorno.

La figura dell'infermiere riveste un ruolo fondamentale perché è il professionista sanitario che si trova più a contatto con il malato terminale e con la sua famiglia e deve quindi adeguarsi ai loro bisogni e ai loro ritmi (scansioni di tempo). L'infermiere inoltre appropria il problema della percezione del tempo non solo da un punto di vista professionale e scientifico ma anche attraverso quello etico e morale.

I cardini del trattamento antalgico del paziente oncologico sono: l'esatta valutazione e diagnosi del sintomo dolore mediante accurata anamnesi algologica, la misura dell'intensità (VAS, scale verbali, scale numeriche) e della qualità (MC Gill Pain Questionnaire) del dolore, la valutazione della qualità di vita (Indice di Karnofsky, ore di sonno, ore trascorse in piedi, seduti o coricati, interferenze con le attività quotidiane), l'individuazione di sintomi eventualmente associati, quindi l'adozione di una corretta terapia, seguendo in prima istanza le linee guida OMS.

Come la relazione di cura prevede che mentre si cura si è curati, così le Cure Palliative mostrano l'autenticità sia della vita che della morte, in un rapporto non solo reciproco ma anche autoreferenziale.

È possibile un'esperienza della morte per il semplice fatto che essa è impiantata nella vita. Ogni essere animato vive e muore nel contempo. Scheler, come abbiamo già visto, esplicita questo pensiero servendosi dell'idea di tempo<sup>113</sup>. Più propriamente egli intende mostrare come nella stessa percezione del tempo s'introduca l'esperienza della morte. Tutto si muove, passa da un istante ad un altro in una successione vertiginosa, nella quale l'uomo si assesta con il ricordo che ritiene quanto è passato e con l'aspettativa che anticipa quanto sta per avvenire. Si chiarisce così oltre alla struttura temporale dell'esperienza dell'uomo anche quella del suo stesso essere. Man mano che un individuo avanza nella sua vita s'avvicina sempre più alla morte.

Se per un bambino il presente è una superficie ampia e luminosa di esistenza, questa superficie decresce a ogni passo in avanti del processo vitale, essa diventa sempre più

---

<sup>113</sup> Cfr. Scheler M., *Tod und Fortleben*, In: Schriften aus dem Nachlaß I. Bern 1957, pp.83 ss.

stretta. Il passato aumenta a spese del futuro. La vita procede parallelamente alla morte.

In Cure Palliative, nell'ambito finora esplorato e quindi rispetto alla realtà italiana, si ha una percezione "diversa" della morte e quindi del tempo. Ciò a dimostrazione della forte influenza della cultura nonostante la patologia e la prognosi similare ad altre realtà.

Nonostante le differenze culturali il fine del tempo ha caratteristiche molto simili, il fine è la cura perché con la cura del tempo si ha cura di sé stessi e rispetto ontologico della propria persona.

## CONCLUSIONI

Nel corso del lavoro si è cercato di vedere come l'evolversi della temporalità nei pazienti attraversi diverse fasi, dall'attesa al tempo del corpo, dalle prospettive temporali al fine del tempo, così da giungere ad un tempo omogeneo dei fenomeni, grazie ad operazioni logiche e mentali. Il momento fondamentale che il processo di acquisizione della nozione di tempo deve attraversare è, all'interno della genesi delle cure palliative, il passaggio dal presente al fine del tempo. L'evoluzione della nozione di tempo, come di ogni conoscenza, comincia dall'azione. Azione come non-azione rispetto ad un'attesa, azione come movimento del corpo e quindi invalidità o incapacità di un corpo malato nel rispondere ai movimenti. La conoscenza invece si riscontra nei temi successivi come conoscenza dell'individuo che si pone nella giusta prospettiva rispetto la tempo e come la conoscenza dell'uomo che vive nel suo tempo dà un fine a se stesso e alla sua vita.

Il passaggio dall'azione alla conoscenza delinea una freccia del tempo con una sua direzione e con un suo verso. Così come il passato muove verso il futuro, nelle cure palliative la freccia del tempo punta alla cura del tempo: come benessere che il paziente vuole aver garantito per vivere appieno gli ultimi momenti della sua vita.

Il tempo sembra perdere ogni carattere di oggettività e misurazione come le lancette, i minuti, il passaggio delle stagioni ecc. C'è un tempo interno ai pazienti di cure palliative che è categoria del proprio vissuto, attraverso la quale è possibile costruire un percorso di cura.

In questo senso la morte imminente postula la futurità (breve ma intensa se vissuta appieno), cioè il significato primario dell'esistenza. La morte imminente dà maggior senso al tempo che rimane da vivere e, heideggerianamente, guida l'individuo a diventare ciò che è.

«L'autoproiezione del Dasein verso il proprio compimento [morte] postula la futurità. Il significato primario dell'esistenzialità è il futuro (...) Il Dasein è anticipatorio, precede sempre sé stesso. La futurità è la più immediata, la più presente, delle dimensioni della

temporalità (...) Presente significa essere in attesa, attendere la morte che sta arrivando. La passatità, infine, non è inerte, come volgarmente si suppone, ma è l'agente essenziale della futurity, di quella proiezione verso l'essere autentico che è lo scopo essenziale del Dasein (...) L'anticipazione delle proprie possibilità è un ritorno al proprio essere più profondo: «Solo in quanto futuro il Dasein può veramente essere un essere-stato.» Il carattere dell'«essere-stato» sorge in certo modo dal futuro: «Diventa quel che sei!», urgeva Nietzsche»<sup>114</sup>.

«A un livello ingenuo, Heidegger espande il truismo psicologico secondo il quale gli eventi passati sono alterati e ricevono significato da quanto accade ora e accadrà domani, il passato è reso o significativo o vuoto da quanto accadrà domani, è soltanto il venire alla maturazione che dà a quanto è venuto prima una logica e un movimento. Heidegger ci rammenta le circolarità reciprocamente generative e reinterpretative del passato-presente-futuro. Il paradosso, latente nell'immagine del serpente che si morde la coda o nel nastro di Möbius, era già familiare ai presocratici, ed è alla base della meditazione tra i mistici. Il poeta ci dice che «nella nostra fine è il nostro principio»<sup>115</sup>.

L'essere dell'Esserci deve essere chiarito come cura cioè finitezza, poiché nella cura (Sorge) l'Esserci dimostra la sua finitezza<sup>116</sup>.

La fine (della storia, della vita) come compimento della salvezza (fine ultimo, Rivelazione) è un principio che attraversa le religioni e le filosofie. È il principio guida dell'essere uomo, animale finito e mortale. Con l'avvicinarsi della fine, e cioè con l'approssimarsi del punto cruciale di Svolta (dal terreno all'ultraterreno o dalla sofferenza al riposo), l'immagine del rivolgimento che ci costituisce come aperture simboliche di questo Universo ha incominciato a parlarci in termini sempre più concreti e autentici. Le prospettive si assottigliano e concentrano l'obiettivo senza più allargare il campo d'immagine.

---

<sup>114</sup> Boscolo L. Bertrando P., *I tempi del tempo: una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino 1993, capitolo II.

<sup>115</sup> Steiner G., *Heidegger*, Garzanti Libri srl, Milano 2002, prima edizione in lingua originale del 1978, pp.106 sg.

<sup>116</sup> Niemeyer M., *Einführung in ein Künftiges Denken. Ueber Marx und Heidegger*, Tübingen, 1966. Trad. it Mazzarella E. *Marx e Heidegger*, Guida Editori, Napoli, 1977, p.15.

Il fine, una terra liberata, è una Cura nella cura del tempo. Cura come principio e salvezza, come mezzo e fine per la realizzazione dell'uomo.

In questo senso, quindi, la filosofia non vince il tempo. Può vincerlo soltanto se assume quell'eternità di vita che è nell'evento della Cura.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., Grande Antologia Filosofica, Marzorati, Milano, 1968, vol. XIV.
- AA.VV., Tempo e Inconscio, Guida Editori, 1984.
- Abbagnano N., Dizionario di filosofia, UTET, Torino 1971.
- Agazzi E., Il bene il male e la scienza. Le dimensioni etiche dell'impresa scientifico-tecnologica, Rusconi Libri, Milano, 1992.
- Agazzi E., La teoria dei sistemi e il problema del riduzionismo, in: Agazzi E. (a cura di), I sistemi tra scienza e filosofia, SEI, Torino, 1978.
- Agostino, Commento al Vangelo di S. Giovanni, Omelia 31, trad. it. di Giovanni Catalano, in Agostino, Il tempo.
- Allegrì F., Il principio dell'uguale rispetto e il pluralismo morale. Una critica a Tom Regan, «Ragion pratica», vol. 24 (2005), pp. 205-224.
- Anders G., L'uomo è antiquato, Il Saggiatore, Milano, 1963.
- Arendt A., Le origini del totalitarismo, a cura di A. Guadagnin, Edizioni Comunità, Milano, 1990.
- Arendt A., Vita Activa. La condizione umana, a cura di S. Finzi, Bompiani, Milano, 2009.
- Aristotele, Etica Nicomachea, a cura di C. Natali, Laterza, Bari, 2010.
- Aristotele, Fisica, Libro 3<sup>o</sup>, Carocci Editore, Roma, 2012.
- Aristotele, L'anima, a cura di G. Movia, Bompiani, Milano, 2001.
- Aristotele, Metafisica, a cura di A. Russo, Laterza, Bari, 1995.
- Aristotele, Politica, in: Aristotele, Politica e Costituzione di Atene, a cura di C.A. Viano, UTET, Torino, 2006.
- Aurelio Agostino, Confessioni, a cura di M. Bettetini, Einaudi, Torino, 2002.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Aurelio Agostino, *De quantitate animae*, in: Aurelio Agostino, *Tutti i dialoghi*, a cura di G. Catapano, Bompiani, Milano, 2006.

Aurelio Agostino, *De Trinitate*, a cura di A. Trapé.

Aurelio Agostino, *L'ordine*, in: Aurelio Agostino, *Tutti i dialoghi*, a cura di G. Catapano, Bompiani, Milano, 2006.

Aurelio Agostino, *Soliloqui*, in: Aurelio Agostino, *Tutti i dialoghi*, a cura di G. Catapano, Bompiani, Milano, 2006.

Bacone F., *Parasceue ad historiam naturalem*, in: Rees G., Jardine L. (eds.), *The Oxford Francis Bacon*, Clarendon Press, Oxford, 1996, vol. 11.

Bacone F., *Saggi*, a cura di A.M. Ancarani, Sellerio editore Palermo, Palermo, 1996.

Benedetto XVI, *Visita al Parlamento Federale della Germania, Discorso, Reichstag (Berlino), 22-09-2011*.

Berardelli A., Rothwell JC, Thompson PD, Hallett M., *Pathophysiology of bradykinesia in Parkinson's disease*. Dipartimento di Scienze Neurologiche, Istituto Neurologico Neuromed IRCCS, Università di Roma La Sapienza, Rome, Italy. *Brain*. 2001 Nov;124(Pt 11):2131-46.

Bernat JL., *Controversies in defining and determining death in critical care*. *Nat Rev Neurol*. 2013 Mar;9(3):164-73. doi: 10.1038/nrneurol.2013.12. Epub 2013 Feb 19.

Berti E., *Ragione pratica e normatività in Aristotele*, in: Sánchez Sorondo M. (a cura di), *Ragione pratica, libertà, normatività*, Herder - Università Lateranense, Roma, 1991, pp. 27-43.

Bizzotto M., *Esperienza della morte e speranza*, Vita & Pensiero, Milano, 2000.

Boezio S., *Consolazione della filosofia*, trad. it. di Luca Obertello, Rusconi, Milano, 1996.

Bontadini G., *Studi di filosofia moderna*, Vita & Pensiero, Milano, 1996.

Bori P.C., *Pluralità delle vie*, Feltrinelli, Milano, 2000.



Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Brandt R., Die Bestimmung des Menschen bei Kant, Meiner, Hamburg, 2007.

Bruno G., De La Causa, principio et 1, in Dialoghi filosofici Italiani, a cura di Michele Ciriberto, Mondadori, Milano 2000.

Buber M., Il problema dell'uomo, a cura di A. Rizzi, Elle Di Ci, Leumann (Torino), 1990.

Cabrera J., Da Aristotele a Spielberg. Capire la filosofia attraverso i film, a cura di M. Di Sario, Bruno Mondadori, Milano, 2000.

Campanella T., Theologicum liber, a cura di R. Amerio, Centro internazionale di studi umanistici, Roma, 1960, IV.

Campodonico A., Metafisica e antropologia in Thomas Hobbes, Res editrice, Milano, 1982.

Cassirer E., Giovanni Pico Della Mirandola: A Study in the History of Renaissance Ideas, «Journal of the History of Ideas», vol. 3 (1942), n. 3, pp. 319-346.

Civita A., Bibliografia degli scritti di Enzo Paci, La nuova Italia, Firenze, 1983

Copleston F., Storia della filosofia, a cura di E. Maccagnolo, Paideia, Brescia, 2005, voll. II-IV.

D'Aquino T., In octo libros Physicorum Aristotelis, Libro XIII, Marietti, Torino, 1966.

Darwin C., On the Origin of Species by Means of Natural Selection or the Preservations of Favored Races in the Struggle for Life, John Murray, London, 1859.

Darwin C., On the Origin of Species by Means of Natural Selection or the Preservations of Favored Races in the Struggle for Life, John Murray, London, 1859.

Davies P., I Misteri del Tempo: l'universo dopo Einstein, Mondadori, Milano, 1996.

De Ritis R., Il Tempo in Freud, Bibliopolis, Napoli, 1991.

Derrida J., Donare il tempo. La moneta falsa, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996.

Derrida J., Donare la morte. Trad. it di Luca Berta, Jaca Book, Milano, 2002.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Descartes R., Descrizione del corpo umano, in: Descartes R., Opere scientifiche, a cura di G. Micheli, Unione tipografico – Editrice torinese, Torino, 1966.

Descartes R., Discorso sul metodo in: Descartes R., Opere filosofiche, a cura di E. Lojacono, Unione tipografico – Editrice torinese, Torino, 1994.

Descartes R., L'uomo, in: Descartes R., Opere scientifiche, a cura di G. Micheli, Unione tipografico – Editrice torinese, Torino, 1966.

Descartes R., Le passioni dell'anima, in: Descartes R., Opere, . 1637-1649, a cura di G. Belgioioso, Bompiani, Milano, 2009.

Descartes R., Lettere, Descartes a Plempius. 15 febbraio 1638, in: R. Descartes, Opere scientifiche, a cura di G. Micheli, Unione tipografico – Editrice torinese, Torino, 1966.

Descartes R., Lettere, Descartes a Regius. Maggio 1641 in: Descartes R., Opere scientifiche, a cura di G. Micheli, Unione tipografico – Editrice torinese, Torino, 1966.

Descartes R., Meditazioni di filosofia prima, in: Descartes R., Opere. 1637-1649, a cura di G. Belgioioso, Bompiani, Milano, 2009.

Di Napoli G., L'immortalità dell'anima nel Rinascimento, SEI, Torino, 1963.

D'Onofrio G., Boezio e l'Essenza del tempo, in Luigi Ruggiu (a cura di), Guerini e associati, Milano, 1997.

Dunne J.W., An Experiment with Time, Humanities Press, 1927.

Eagleman D. M., Human time perception and its illusions. Department of Neuroscience and Department of Psychiatry Baylor College of Medicine 1 Baylor Plaza Houston, TX 77030 <http://neuro.bcm.edu/eagleman>. Published in final edited form as: Curr Opin Neurobiol. 2008 April ; 18(2): 131–136. doi:10.1016/j.conb.2008.06.002.

Eddington A., Spazio Tempo e Gravitazione, Boringhieri, Torino,1971.Esiodo, Teogonia, a cura di G. Arrighetti, BUR, Milano, 2010.

Einstein A., Relatività: esposizione divulgativa, Boringhieri, Torino, 1967.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Ellingsen S, Roxberg Å, Kristoffersen K, Rosland JH, Alvsvåg H. Entering a world with no future: a phenomenological study describing the embodied experience of time when living with severe incurable disease. *Scand J Caring Sci.* 2013 Mar;27(1):165-74. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01019.x. Epub 2012 Jun 18.

Engelhardt H.T. Jr., *Manuale di Bioetica*, A. Mondadori, Milano, 1991.

Epicuro, *Opere*, trad. it a cura di Margherita Isnardi Parente, Utet, Torino, 1974.

Erlich R., *Il Viaggio nel Tempo ed altre pazzie: nove strane idee al vaglio della Scienza*, Einaudi, Torino, 2002.

Fabro C., *L'anima. Introduzione al problema dell'uomo*, EDIVI, Roma, 2005.

Feuerbach L., *L'immortalità*, a cura di M. Vanzulli, Mimesis, Milano, 2000.

Fichte J.G., *Fondamenti dell'intera Dottrina della Scienza*, trad. it. di Adriano Tilgher, riveduta da Filippo Costa, In *Dottrina della Scienza*, Laterza, Roma Bari, 1987.

Ficino M., *Theologia Platonica*, XIV.

Fimiani M., *Antropologia filosofica*, Editori Riuniti, Roma, 2005.

Fraisse P., *Psychologie du Temps*, Presses Universitaires de France, Parigi, 1957.

Fraser J.T., *Il Tempo: una presenza sconosciuta*, Feltrinelli, Milano, 1987.

Fukuyama F., *Bioteologie – La Fine dell'Uomo*, «Corriere della sera», 10-02-2005, p. 15.

Johnson R.B., Onwuegbuzie A.J., *Mixed Method and Mixed Model Research*, in Jonson, Christensen, 2004.

Galardi D., *Sofferenza e dolore: aspetti psicologici e morali della malattia*, in Pessina A., Picozzi M. (a cura di), *Percorsi di Bioetica*, Vita & Pensiero, Milano 2002.

Galimberti U., *I miti del nostro tempo*, Feltrinelli, Milano, 2009.

Galimberti U., *Invito al Pensiero di Heidegger*, Mursia, Milano, 1986.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Garin E., La "dignitas hominis" e la letteratura patristica, «La Rinascita», vol. 1 (1938), n. 4, pp. 102-146.

Gilson E., Introduzione allo studio di Sant'Agostino, Marietti, Genova, 1983.

Giordani A., Il problema della verità. Heidegger vs Aristotele, Vita & Pensiero, Milano, 2001.

Giovanni Paolo II, Lettera Enciclica "Centesimus Annus", 1 maggio 1991.

Glare PA. Early implementation of palliative care can improve patient outcomes. Source from the Pain and Palliative Care Service, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, New York. J Natl Compr Canc Netw. 2013 Mar;11 Suppl 1:S3-9.

Glasberg AL, Eriksson S and Nordberg A., Factors associates with 'stress of conscience' in healthcare. Scand J Caring Sci 2008; 22: 249-258.

Guardini R., Ansia per l'uomo, a cura di A. Babolin, Morcelliana, Brescia, 1970.

Guardini R., Etica. Lezioni all'Università di Monaco (1950-1962), a cura di M. Nicoletti, Morcelliana, Brescia, 2001.

Hare R.M., Scegliere un'etica, a cura di L. Ceri, Il Mulino, Bologna, 2006.

Hegel G.W.F., Lezioni sulla storia della filosofia, a cura di E. Codignola, Firenze, 1932, vol. II: Dai sofisti agli scettici.

Heidegger M., Essere e tempo, a cura di P. Chiodi, Longanesi, Milano, 1970.

Heidegger M., Kant e il problema della metafisica, a cura di M.E. Reina, Silva, Milano, 1962.

Heidegger M., L'arte e lo spazio, a cura di G. Vattimo, Il melangolo, Genova, 1998.

Heidegger M., Prolegomeni alla storia del concetto di tempo, Il melangolo, Genova, 1998.

Heidegger M., Saggi e discorsi, a cura di G. Vattimo, Mursia, Milano, 1985.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Hobbes T., De Corpore, in: Hobbes T., Elementi di filosofia. Il corpo – L'Uomo, a cura di A. Negri, UTET, Torino, 1972.

Hobbes T., Leviatano, a cura di R. Santi, Bompiani, Milano, 2001.

Huygens C., L'orologio a Pendolo, trad. it. di C. Pieghetti, Barbara, Firenze, 1963.

Hume D., Trattato sulla natura umana, a cura di E. Lecaldano e E. Mistretta, Universale Laterza, Roma-Bari, 1978.

Husserl E., Meditazioni cartesiane, a cura di F. Costa, Bompiani, Milano, 2002.

Husserl E., Per la Fenomenologia della coscienza interna del tempo, trad. it. di Alfredo Marini, Angeli, Milano, 1992.

Isidoro, Etimologie o origini, a cura di A. Valastro Canale, Volume 1, Libri I-IX, UTET, Torino, 2004.

James W., Pragmatismo, a cura di S. Franzese, Il Saggiatore, Milano, 1994.

Jonas H., Il principio responsabilità, a cura di P.P. Portinaro, Einaudi, Torino, 1993.

Jonas H., Organismo e libertà. Verso una biologia filosofica, a cura di P. Becchi, Einaudi, Torino, 1999.

Kant I., Antropologia pragmatica, a cura di Giovanni Vidari, Laterza, Roma-Bari, 1985.

Kant I., Critica della ragion pratica, a cura di F. Capra, Laterza, Roma-Bari, 1997.

Kant I., Critica della ragion pura, a cura di C. Esposito, Bompiani, Milano, 2007.

Kant I., Epistolario filosofico 1761-1800, a cura di O. Meo, Il Melangolo, Genova, 1990.

Kant I., I progressi della metafisica, a cura di P. Manganaro, Bibliopolis, Napoli, 1977.

Kant I., Idea per una storia universale in un intento cosmopolitico, in: Kant I., Sette scritti politici, a cura di M.C. Pievatolo, Firenze University Press, Firenze, 2011.

Kant I., Logica, a cura di L. Amoroso, Laterza, Bari, 1984.

Kant I., Metafisica dei costumi, a cura G. Landolfi Petrone, Bompiani, Milano, 2006.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Kant I., Sogni di un visionario chiariti con sogni della metafisica, in: Kant I., Scritti precritici, a cura di P. Carabellese, Laterza, Roma-Bari, 2000.

Kant I., Storia universale della natura e teoria del cielo, a cura di S. Velotti, Theoria, Roma-Napoli, 1987.

Kato Y., Conscience in health care and the definitions of death. Croat Med J. 2013 Feb;54(1):75-7.

Kierkegaard S., Il Concetto dell'Angoscia, trad. it. in Opere, a cura di Cornelio Fabro, Sansoni, Firenze, 1972.

Kristeller P.O., Il pensiero e le arti nel Rinascimento, a cura di M. Baiocchi, Donzelli Editore, Roma, 1998.

Kristeller P.O., Renaissance Concepts of Man and Other Essays, Harper & Row, Toronto, 1972.

Kristeller P.O., The Philosophy of Marsilio Ficino, Columbia University Press, New York, 1943.

Lear J., Aristotle: The Desire to Understand, Cambridge University Press, Cambridge, 1988.

Leibniz G.W., Chiarimento del Nuovo Sistema della comunicazione delle sostanze, in: Leibniz G.W., Scritti filosofici, a cura di M. Mugnai ed E. Pasini, UTET, Torino, 2000.

Leibniz G.W., Chiarimento delle difficoltà rilevate dal Sig. Bayle nel nuovo sistema dell'unione di anima e corpo, in: Leibniz G.W., Scritti filosofici, a cura di M. Mugnai ed E. Pasini, UTET, Torino, 2000.

Leibniz G.W., Monadologia. Leone Ebreo, Dialoghi d'amore, a cura di S. Caramella, Laterza, Bari, 1929.

Lévinas E., Etica e infinito. Dialoghi con Philippe Nemo, a cura di M. Pastrello, Città Aperta, Troina (Enna), 2008.

Lewis C.S., L'abolizione dell'uomo, a cura di F. Marano, Jaca Book, Milano, 1979.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Lockwood M., Singer on Killing and the Preference for Life, «Inquiry: an Interdisciplinary Journal of Philosophy and the Social Sciences», vol. 22 (1979), pp. 157-170.

Lorenz D., I fondamenti dell'ontologia tomista. Il trattato De ente et essentia, Edizioni Studio Domenicano, Bologna, 1992.

Maffettone S., Valori comuni, A. Mondadori, Milano, 1989.

Malebranche N., La ricerca della verità, a cura di M. Garin, Laterza, Roma-Bari, 1983.

Marcos A., Filosofia dell'agire scientifico. Le nuove dimensioni, a cura di G. Ghilardi, Academia Universa Press, Milano, 2010.

Mascarelli A. L., Time perception problems may explain autism symptoms. 20 September 2010

Mathieu V., Introduzione a Leibniz, Laterza, Bari, 1976.

Mazzoni P., Hristova A., and Krakauer J. W., Why Don't We Move Faster? Parkinson's Disease, Movement. Motor Performance Laboratory, Department of Neurology, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, New York 10032. The Journal of Neuroscience, July 4, 2007•27(27):7105–7116

Miano F., Responsabilità, Alfredo Guida Editore, Napoli, 2009.

Merlins JS, Tucker RO, Saag MS, Selwyn PA. The role of palliative care in the current HIV treatment era in developed countries. University of Alabama, Birmingham, AL, USA. Top Antivir Med. 2013 Feb-Mar;21(1):20-6.

Mondin B., L'antropologia cristiana di S. Agostino, «Sapienza», vol. 54 (2001).

Mondolfo R., Il pensiero antico. Storia della filosofia greco – romana, La Nuova Italia Editrice, Firenze, 1961.

Monod J., Il Caso e la Necessità, Mondadori, Milano, 1976.

Moravia S., La scienza dell'uomo nel Settecento, Laterza, Bari, 1970.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Morin E., *Il metodo 1. La natura della natura*, a cura di G. Bocchi, Raffaello Cortina, Milano, 2001.

Natoli S., *Dizionario dei vizi e delle virtù*, Universale Economica Feltrinelli, Milano, 1999.

Negri L., *Persona e stato nel pensiero di Hobbes*, Jaca Book, Milano, 1997.

Newton I., *Principi Matematici della Filosofia Naturale*, UTET, Torino, 1997.

Nietzsche F., *Umano troppo umano. Un libro per spiriti liberi*, a cura di M. Ulivieri, Newton Compton, Roma, 2009.

Nozick R., *Spiegazioni filosofiche*, Il Saggiatore, Milano, 1987.

Oestreicher C. *The manifold definitions of time*. Department of Public Education, Geneva, Switzerland. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012, Dec;14(4):433-9.

Ortalda F., *Metodi misti di ricerca. Applicazioni alle scienze umane e sociali*, Carocci Editore, Roma, 2013.

Paci E., *Tempo e relazione intenzionale in Husserl*, «Archivio di filosofia», n.1 (Tempo e Intenzionalità), pp. 23-48

Paolinelli M., *La dignità dell'uomo da Kant a Hegel*, «Rivista di filosofia neo-scolastica», vol. LXXXII (1990), nn. 2-3, pp. 256-286.

Paracelso, *Paragranum*, in: Paracelso, *Opera medico-chimica sive paradoxa*.

Park R.E., *Human Ecology*, «The American Journal of Sociology», vol. XLII (1936), n. 1, pp. 1-15.

Pascal B., *De l'Esprit de Géométrie*, in *Euvres Complètes*, Parigi 1954.

Pascal B., *Pensieri*, a cura di A. Cerinotti, Giunti Editore, Milano, 2009.

Pekkarinen Sinervo T, Elovainio M, Noro A, et al., *Drug use and pressure ulcers. Do nurse time pressure and unfair management increase the prevalence?* *J Clin Nurs* 2008; 17(22): 3067-3073.

Penzo G., *Nietzsche allo Specchio*, Laterza, Roma Bari, 1995.



Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Pessina A., Bioetica. L'uomo sperimentale, Bruno Mondadori, Milano, 1999.

Pessina A., Eutanasia. Della morte e di altre cose, Cantagalli, Siena, 2007.

Pickover C.A., Tempo: Guida per Viaggiatori, Cortina Editore, 1999.

Pico della Mirandola G., Discorso sulla dignità dell'uomo, a cura di G. Tognon, La Scuola, Brescia, 1987.

Pico della Mirandola G., Heptaplus, a cura di E. Garin, Vallecchi, Firenze, 1942.

Platone, Tutte le opere, a cura di G. Giardini, Grandi Tascabili Economici Newton, Roma, 1997. In particolare: Alcibiade, Apologia di Socrate, Cratilo, Fedone, Fedro, Gorgia, Repubblica, Teeteto, Timeo.

Plotino, Enneadi, III. 7, trad. it. di Giuseppe Faggin, in Enneadi, Rusconi, Milano 1992

Pomian K., Tempo/Temporalità, Enciclopedia tematica Einaudi, Torino, 1981.

Pomponazzi P., De immortalitate animae, a cura di G. Gentile, Principato, Messina-Roma, 1925.

Popper K., Poscritto alla Logica della Scoperta Scientifica, I. Il realismo e lo scopo della Scienza, trad. it. Margherita Bensi e Sabrina Mancini, Il Saggiatore, Milano, 1994.

Postigo Solana E., Transumanesimo e postumano: principi teorici e implicazioni bioetiche, «Medicina e Morale», vol. 2 (2009), pp. 271-289.

Potter V.R., Bioetica. Ponte verso il futuro, a cura di R. Ricciardi, Sicania, Messina, 2000.

Reichenbach H., The Philosophy of Space & Time, Dover, N.Y, 1958.

Rhonheimer M., La prospettiva della morale: fondamenti dell'etica filosofica, Armando  
Prigogine & Stengers I., La Nuova Alleanza, Einaudi, Torino, 1981.

Prigogine & Stengers I., Tra il tempo e l'Eternità, Bollati Boringhieri, 1989.

Ricoeur P., Tempo e racconto. Volume I-II-III, Jaca Book, Milano 1986-1988; IDEM, La memoria, la storia, l'oblio, Saggi 28, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Russo F., La persona umana. Questioni di antropologia filosofica, Armando Editore, Roma, 2000.

Russo M.T., Corpo, salute e cura. Linee di antropologia biomedica, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli, 2004.

Schelling F.W.J., Sistema dell'Idealismo Trascendentale, trad. it. Michele Losacco, riveduta da Giuseppe Semerari, Laterza, Roma Bari, 1965.

Schockenhoff E., Etica della vita. Un compendio teologico, a cura di C. Danna, Queriniana, Brescia, 1997.

Severino E., Ritornare a Parmenide, «Rivista di filosofia neoscolastica», II (1964), pp. 137-165.

Sgreccia E., Manuale di Bioetica. Volume I. Fondamenti ed etica biomedica, Vita & Pensiero, Milano, 2007.

Schelling F.W.J., Sistema dell'Idealismo Trascendentale, trad. it. Michele Losacco, riveduta da Giuseppe Semerari, Laterza, Roma Bari, 1965.

Shipman C., Burt J., Ream E., Beynon T., Richardson A., Addington-Hall J., Improving District Nurses' confidence and knowledge in the Principles and Practice of Palliative Care, Journal of Advanced Nursing, 63, 5, pp.494-505.

Singer P., Etica pratica, a cura di G. Ferranti, Liguori editore, Napoli, 1989.

Singer P., The Sanctity of Life, «Foreign Policy», September/October 2005.

Spaemann R., Persone. La differenza tra "qualcosa" e "qualcuno", a cura di L. Allodi, Laterza, Roma-Bari, 2005.

Spinoza B., Ethica Ordine Geometrico demonstrata, in: Spinoza B., Tutte le opere, a cura di A. Sangiacomo, Bompiani, Milano, 2010.

Spinoza B., Lettera XII, in Epistolario, trad. it. di Antonio Droetto, Einaudi, Torino, 1951.

Stavru, A., Socrate e la cura dell'anima. Dialogo e apertura al mondo, Milano, 2009.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Stetson C., Cui X., P. Read Montague and Eagleman D. M., Motor-Sensory Recalibration Leads to an Illusory Reversal of Action and Sensation. *Neuron* 51, 651–659, September 7, 2006 ©2006 Elsevier Inc. DOI 10.1016/j.neuron.2006.08.006.

Tashakkori A., Teddlie C., *Mixed methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches*, Sage, thousand Oaks (CA), 1998.

Tocheport P, Tambouras V, Azemard A. [The perception of time in a palliative care unit]. [Article in French]. *Infirmière Spécialiste Clinique, Sophrologue, Equipq Mobile Douleur Soins Palliatifs. Soins*. 2012 Oct;(769):48-50.

Tommaso d'Aquino, *Commentario alla Fisica di Aristotele, libro II*.

Tommaso d'Aquino, *Commento all'Etica Nicomachea di Aristotele, a cura di L. Perotto*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna, 1998, voll. I-II.

Tommaso d'Aquino, *Contra Gentiles, Libro II e libro IV, a cura di T.S. Centi*, Utet, Torino, 1978.

Tommaso d'Aquino, *De Potentia*.

Tommaso d'Aquino, *In XII libros Metaphysicorum expositio*.

Tommaso d'Aquino, *Summa Theologiae*.

Toth I., *La filosofia e il suo luogo nello spazio della spiritualità occidentale. Una apologia*, trad. it. di Romano Romani, Bollati Boringhieri, Torino 2007

Vanni Rovighi S., *Elementi di filosofia, La Scuola, Brescia, 1996, voll. II-III*.

Vanni Rovighi S., *Filosofia della conoscenza, Edizioni Studio Domenicano ed Eredi Vanni Rovighi, Bologna, 2007*.

Viola F., *Dalla natura ai diritti. I luoghi dell'etica contemporanea*, Laterza, Roma-Bari, 1997.

Vroomen J. and KeeTels M., *Perception of intersensory synchrony: A tutorial review*. Tilburg University, Tilburg, The Netherlands. *Attention, Perception, & Psychophysics* 2010, 72 (4), 871-884.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Lucia Giuliani,  
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 20/06/2016.  
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,  
a condizione che ne venga citata la fonte.

Wittgenstein L., Osservazioni Filosofiche, trad. it. di Marino Rosso, Einaudi, Torino, 1981.

Wittgenstein L., Ricerche filosofiche, a cura di M. Trinchero, Einaudi, Torino, 1967.

Wittgenstein L., Tractatus Logico-Philosophicus, trad. it. Amedeo G. Conte, Einaudi,  
Torino, 1992.