

Morire in ospedale¹

Cosimo Schinaia

Abstract

Nella prima parte dell'articolo vengono illustrate le diverse immagini sociali della morte a partire dalla morte arcaica per arrivare ai giorni nostri e conseguentemente le diverse modalità difensive a livello individuale e gruppale per affrontarla. Nella seconda parte vengono descritte le manovre difensive messe in atto dagli operatori sanitari e dai parenti del morto all'interno del reparto ospedaliero di pediatria quando muore un bambino, di uno di geriatria quando muore un anziano e di un reparto psichiatrico quando muore un paziente cronico, evidenziandone le sovrapposizioni, ma soprattutto le notevoli differenze in relazione ai differenti vissuti.

Parole chiave

Morte, meccanismi difensivi, pediatria, geriatria, psichiatria

Introduzione

L'evento del morire è così connaturato all'essere uomo e al tempo stesso così inaccessibile, così inespugnabile, se non al momento dell'evento stesso che, fin da quando sono esistiti, i gruppi umani hanno teso una fragile rete di mitologie e di riti che rappresentano altrettanti procedimenti magici e tecnici per occultare e trasfigurare la crudezza dell'evento.

“Parlare della morte è sempre una sfida al reale, un tentativo di oggettivare il nulla che nello stesso tempo lo fa esistere e lo nega. Il linguaggio, la scrittura e le parole, il racconto, il discorso e la finzione, le immagini e i gesti, applicati alle tenebre del dopo-vita, sono di fatto altrettanti segni che generano e strutturano miti contro il reale [...]. Parlare della morte produce la morte; e parlare dei morti produce i morti. È meglio vedere la morte e i morti più come una finzione che come un concetto, poiché nella mentalità collettiva la morte fondamentalmente non è un'idea astratta, ma una somma di immagini” (Urbain, 1980, p. 520-521).

Il mio obiettivo quindi non è parlare della Morte, ma dell'immaginazione che l'ha prodotta e dell'importanza storica, psicologica e sociologica di questa multiforme funzione.

LA MORTE ARCAICA

Tutte le testimonianze a disposizione segnalano l'inquietudine e il turbamento estremi all'interno del gruppo arcaico in caso di morte.

Non tutte le morti sono però di uguale gravità: la morte di uno straniero, di uno schiavo, di una donna, di un bambino ha minore incidenza rispetto a quella di un capo o di un membro adulto (Hertz, 1978).

¹ Rielaborazione della ricerca effettuata in occasione della tesi di Specializzazione in Psichiatria presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pavia nel 1980 e pubblicata con il titolo “La morte in ospedale: tre casi clinici” in *Devianza ed Emarginazione*, 5-6, pp. 77-106, 1983.

Quando il capo della famiglia o altro membro importante cessa di vivere, il gruppo, in un certo senso, comincia anch'esso da quel momento a morire. Gli individui non esistono se non in funzione del gruppo (Levy-Bruhl, 1927).

“La morte presso tutti gli indigeni costieri della Nuova Guinea orientale produce un’alterazione permanente della vita tribale: da una parte vi è l’arresto del normale flusso di consumi economici, dall’altro un innumerevole serie di riti, cerimonie e distribuzioni festive, che creano ogni sorta di obblighi reciproci e assorbono la miglior parte delle energie, dell’attenzione e del tempo degli indigeni per un periodo di alcuni mesi o di un paio d’anni, a seconda dell’importanza del morto” (Malinowski, 1922, p. 450).

Claude Lévi-Strauss (1955) racconta che in America del Sud presso i Bororo, ogni volta che muore un indigeno, viene lesa l’intera società e non soltanto i suoi prossimi.

“[Presso i Nambikwara], [...] la morte distingue fra gli uomini da un lato, e dall’altro le donne e i bambini. I primi, quando muoiono, si trasformano in giaguari che rappresentano, di conseguenza, altrettanti esseri umani reincarnati, Le donne e i bambini invece scompaiono con il vento e l’uragano, e non sono suscettibili di nessuna riapparizione” (Lévi-Strauss, 1948, p. 141).

È evidente che la morte non è considerata come un evento naturale; essa è un fatto sociale che implica una risposta del gruppo arcaico.

Felix Boehm (1932) afferma che presso gli indigeni le leggi naturali sono sconosciute, per cui responsabile della morte è di volta in volta un essere personificato, un animale o un uomo malintenzionato, un mago o una strega, uno spirito cattivo o un defunto che dopo la morte non è stato trattato in modo giusto.

“Se il morto è colui che garantisce la sopravvivenza del gruppo, ecco che la sua riduzione a cadavere elimina questa garanzia. Ciò comporta effetti immediati su due versanti. L’uomo che, con la sua potenza, assicura la vita del gruppo, è ora ridotto all’impotenza più radicale. Il gruppo che dipendeva dalla sua potenza si trova ora esposto immediatamente al rischio di morire, di seguire nel nulla il garante morto della sua sopravvivenza. La situazione è insostenibile. Il cadavere non si muove e il gruppo sta per morire. L’unica soluzione è rinnegare la morte: il morto non è morto, continua a vivere. Ecco sorgere allora l’universale sdoppiamento del morto (uomo cadavere o uomo sopravvive). Se il morto non muore, anche il gruppo può continuare a vivere” (Fachinelli, 1979, p. 60).

La scomparsa di una persona cara significa taglio di legami essenziali, di rapporti che fanno parte della nostra stessa vita e quindi angoscia immediata di non sopravvivere.

Ciò comporta l’avvio di una vita “come se”, che può aiutarci a sopravvivere supplendo con una nuova presenza a un vuoto sentito come immediatamente distruttivo. Questa esperienza si può considerare uno dei momenti aurorali della religione.

Il destino nell’aldilà, però, non è mai un risarcimento vantaggioso rispetto al cambiamento e all’offesa costituita dall’essere morto, altrimenti l’esistenza della specie sarebbe già finita (Kelsen, 1943).

Da ciò derivano le immagini del morto offeso, minaccioso, che torna inquieto presso i vivi, Al posto di un’assenza sentita come mortifera si sostituisce una presenza imprevedibile, che rischia di essere altrettanto pericolosa.

Secondo molte ricerche etnografiche, la morte viene interpretata dal gruppo o come delitto, un assassinio da parte del nemico mediante fattura, o come punizione.

Nel primo caso per l’uomo arcaico è preferibile muovere guerra a un nemico visibile, che può essere ucciso, piuttosto che sopportare l’inimicizia di spiriti invisibili che non possono più essere uccisi.

“Mentre i riti propiziatori e l’idealizzazione del rapporto con i propri morti-dei sono comprensibili come elaborazione di angosce depressive del lutto, la guerra-virtù invece si fonda sul processo proiettivo per cui i morti sono stati offesi dai nemici. [...] L’uccisione del nemico diventa lotta e punizione verso le parti cattive del sé proiettate. [...] Tale meccanismo è stato definito elaborazione paranoidea del lutto” (Fornari, 1966, p. 60).

Nel secondo caso è la violazione del tabù o di consuetudini tradizionali, in definitiva di norme del gruppo così come sono trasmesse dal gruppo, a procurare la morte. Se le norme fossero rispettate, gli uomini potrebbero vivere in eterno (Frazer, 1922).

I riti propiziatori cominciano con il trattamento del cadavere. Bisogna placarlo e così liberare il gruppo dalla sua presenza minacciosa. Tipica è la somministrazione di cibi e bevande. Successivamente il rito serve affinché il morto possa divenire immortale pur rimanendo in simbiosi con il gruppo: egli diventa un antenato-dio senza sorte e senza tempo.

“Ma questo non basta; [...] il gruppo ha bisogno che il morto viva qui, adesso, tra noi. L'unica strada che il gruppo ha davanti per ottenere ciò, è diventare esso stesso il morto; diventare lui nella vivente esplicitazione delle sue attitudini e capacità. [...] Si svolgono perciò, attraverso i riti, i processi di incorporazione del morto, che implicano nello stesso tempo la possibilità di ripeterne i comportamenti [...]”. Assistiamo a un duplice parallelo movimento: eternizzazione del morto nel gruppo degli antenati e contemporanea incorporazione da parte del gruppo dei viventi” (Fachinelli, 1979, p. 72).

Ciò porta alla codificazione della norma, a quello “stato stazionario”, di cui parla Gregory Bateson (1972), costruito sulla regolarità delle occupazioni, dei ritmi vitali, dei riti degli antenati.

In sintesi i movimenti costituenti dell'immagine arcaica della morte, che tuttavia non sono reciprocamente collegati in maniera vincolante, sono definibili in questi termini: l'ingresso della morte risale all'intervento violento di una forma sociale o immaginazione sociale e morire non è il momento della morte, ma decorso, passaggio socialmente definito; il passaggio non porta alla negazione della vita, ma a una nuova vita (Fuchs, 1969).

L'EVOLUZIONE DELLE IMMAGINI DELLA MORTE NELLA SOCIETÀ OCCIDENTALE

La morte nel Medioevo

L'uomo medioevale non muore come capita; la morte è regolata da un rituale con cerimonie pubbliche e con testimoni partecipanti, a differenza della realtà odierna in cui si muore in solitudine in un ospedale (Thomas, 1975). La sua prima caratteristica è che dà all'essere umano il tempo di essere avvertito.

La morte repentina, la morte non avvertita era ritenuta infamante e vergognosa. La stessa morte violenta, indipendentemente dalla qualità del morto, era una macchia che toglieva al morto l'innocenza (Ariès, 1977). La morte, una volta vicina e familiare, e quindi, sdrammatizzata, è oggi diventata selvaggia, mentre prima non lo era. La morte più antica era addomesticata (Ariès, 1975).

La morte nel Rinascimento

Cominciano ad essere pubblicati i trattati sulla maniera di morire bene; le *artes moriendi*, testi illustrati da immagini che possono essere comprese anche dagli illetterati.

Il malato, nel quattrocento, muore nel suo letto, simbolo dell'amore e del riposo e non come oggi, indispensabile suppellettile ospedaliera per malati gravi.

L'arte di ben morire rappresenta uno spostamento dell'attenzione dell'uomo dall'aldilà alla vita terrena, solamente umana. Tipiche di questo periodo sono le rappresentazioni pittoriche della *danza macabra*, guidata dai morti a ritmo frenetico, mentre i vivi sembrano paralizzati. Tutte le età e le condizioni sfilano nell'ordine della gerarchia sociale del tempo (Tenenti, 1957).



Nel Palazzo Abatellis di Palermo vi è il grande affresco, *Il trionfo della morte* (1445) (fig. 1), in cui la Morte su un cavallo scheletrico irrompe in un giardino e semina scompiglio con frecce letali tra giovani gaudenti e nobili donzelle, mentre sembra risparmiare il gruppo dei miserabili e dei derelitti che pure la invoca.



Un altro noto *Trionfo della morte* (fig. 2) lo troviamo al Museo del Prado di Madrid ed è opera di Pieter Bruegel il Vecchio (1562), che pare si sia ispirato all'affresco di Palermo, coniugandolo con la tradizionale *danza macabra* di ispirazione nordica. I toni caldi utilizzati evocano un'atmosfera arida e infernale, in cui gli uomini affrontano la morte con vari stati d'animo: sorpresa, sgomento, rassegnazione, inutile ribellione.



Anche Pablo Picasso si è ispirato a quell'affresco per il celebre *Guernica* del 1937 (fig. 3), esplosiva testimonianza della distruzione della città basca durante la guerra civile spagnola e ora al Reina Sofia di Madrid. *Memento mori*. Con la morte, con la sua grandezza, con il suo potere distruttivo che non tiene in conto il potere degli umani, bisogna confrontarsi e ricordare.

Mentre nel Medioevo ognuno era legato a un destino che non poteva o desiderava mutare, anche perché la ricchezza era un fatto raro e per i poveri il destino era imposto, nel Rinascimento la morte comincia a cambiare di segno: non è più semplicemente una conclusione dell'essere, ma una separazione dall'avere. Il termine avere sta sia per proprietà che per storia personale. Cominciano a comparire le biografie (Ariès, 1975).

La morte da sonno, riposo, diventa cadavere, morte fisica, sofferenza, decomposizione. Si giunge alla Morte macabra, che ghigna e spezza i legami con una vita mondana piena. In questo secolo il cadavere, il corpo nauseabondo deve essere nascosto dal lenzuolo funebre, ma non basta, il lenzuolo deve essere nascosto dalla bara e la bara dal catafalco (Ariès, 1977).

La morte nel Seicento

L'importante funzione medioevale dell'avvertimento si attenua fino a scomparire. Si muore senza più essere avvertiti. La morte diviene qualcosa di metafisico, che si esprime con una metafora: la separazione dell'anima dal corpo, avvertita come la separazione di due sposi o due amici (Ariès, 1975).

La morte improvvisa viene ad essere auspicata e non è più vergognosa.

Il lutto, se prima era un momento di partecipazione all'evento della morte, comincia a divenire in questo secolo ritualizzato e socializzato, senza alcuna funzione liberatrice.

La tradizione di emettere grida spaventose, pur non versando lacrime e rimanendo indifferenti, si è conservata fino a pochi anni fa nel Mezzogiorno, soprattutto in Sicilia e Sardegna (De Martino, 1958).

Nel seicento e poi nel settecento compare in scena un nuovo personaggio: il medico, che prima si aggiunge e poi sostituisce l'uomo di chiesa del medioevo e del rinascimento. Ne deriva che la morte e il corpo morto costituiscono da sé oggetti di studio scientifico (Ariès, 1977).

Il cadavere, secondo i medici del seicento, è ancora il corpo ed è già il morto; esso conserva un residuo di vita. Fra le osservazioni riferite vi è la *cruentatio* del cadavere, cioè il prodigioso sanguinare del cadavere di un assassinato quando è messo in presenza del suo assassino.

Il cadavere è sensibile: la morte non impedisce l'erezione del pene, frequente negli impiccati (da qui la credenza nell'eccitazione sessuale dello strangolamento in alcuni rituali sadomasochistici).

Questa sensibilità del cadavere è alla radice di una florida farmacopea: il sudore dei morti fa bene alle emorroidi; il contatto con la mano di un cadavere fa guarire la parte malata; il cranio scarnificato, ridotto in polvere e ingerito sotto forma di decotto fa bene all'epilettico. Le ossa hanno anche potere profilattico: si raccomanda di portarle sospese al collo (Foucault, 1963).

Nell'ottocento la medicina abbandonerà queste credenze. La morte diventerà assenza di vita, un fatto negativo. Essa non avrà più senso al di fuori della malattia caratterizzata, indicata con un nome e catalogata, di cui è l'ultima tappa.

La morte nell'Ottocento

Mentre per i medici del seicento il tempo della morte era uno stato che partecipava insieme della vita e della morte, o la morte diventava assoluta solo al tempo della decomposizione (di qui le pratiche di imbalsamazione per prolungare il tempo della morte), nell'ottocento la morte non ha maggior durata di quanto il punto geometrico abbia densità e spessore: è l'arrestarsi della macchina (Ariès, 1977).

Per Michel De Certeau (1975, p. 31):

“Tra la macchina che s’arresta, o crepa, e l’atto del morire vi è una differenza abissale, c’è la possibilità di dirlo. La possibilità di morire si gioca in questa via di mezzo”.

L'uomo dell'ottocento comincia ad avere paura della morte. Prima certamente la morte era temuta, produceva angoscia, che però si traduceva in parole rassicuranti ed era canalizzata in riti familiari. Nell'ottocento l'angoscia supera la soglia dell'ineffabile, dell'inesprimibile (Ariès, 1975).

L'uomo reagisce escludendola, fuggendola, facendo come se non esistesse o falsificandone le apparenze. I romanzi dell'ottocento sono pieni di descrizioni delle belle morti, che sono una falsificazione delle apparenze.

La morte ai giorni nostri

Fino ai primi anni del novecento la morte era rimasta, soprattutto nei piccoli agglomerati, un fatto sociale, pubblico. In seguito la morte, tranne quella pomposa e lontana degli uomini di stato, viene espulsa dal sociale.

Niente più nelle città avverte di quanto è accaduto: il vecchio carro funebre è diventato una banale automobile nera che all'alba, prima che la gente vada a lavorare, si perde nel flusso del traffico. La società non segna alcuna pausa; la scomparsa di un individuo non intacca più la sua continuità. In città tutto si svolge come se nessuno più morisse (Ariès, 1975).

Mentre prima esistevano simboli che annunciavano la dipartita al moribondo, attualmente anche l'estrema unzione della religione cattolica ha cambiato denominazione ed è diventata "sacramento dei vivi" da somministrare senza alcun riferimento alla morte.

La morte è spinta nella clandestinità, nel non detto; il malato non vuole sapere; il parente, il medico, il prete non deve dire. Il moribondo e quelli che lo circondano recitano la commedia del "nulla è cambiato", "la vita continua come prima", "tutto è ancora possibile". La famiglia e poi la legge si assumono la responsabilità del morente, che è messo sotto tutela. L'ora degli addii, delle raccomandazioni finali, non esiste più. Mentre prima la camera del moribondo era oggetto di visite, adesso non si tollera più che chiunque possa entrare dove c'è puzza di orina, di sudore. Soprattutto i bambini devono essere tenuti lontani dalla morte. Si forma una nuova immagine della morte: la morte brutta e nascosta, e nascosta perché brutta e sudicia. Le lacrime del lutto sono assimilate alle escrezioni del malato. Le une e le altre sono ripugnanti (Ariès, 1977).

Il passaggio dalla famiglia patriarcale a quella nucleare, un senso sempre più comune dell'igiene, lo svuotamento della professionalità del medico di famiglia, gli stessi progressi della medicina e l'uso di pesanti e intrasportabili apparecchiature hanno portato al ricovero ospedaliero del malato grave, per cui la camera del moribondo si è trasferita dalla casa all'ospedale, luogo al tempo stesso di evacuazione e di rimozione.

All'ospedale si può sfuggire alla pubblicità: la morte diventa solitaria. Il lutto scompare: ci si rifiuta di partecipare alla morte per paura di nominarla.

Ricompare il tabù del corpo morto sotto altre vesti. Freud ne ha parlato in "Totem e tabù" (1913). In alcuni popoli deve essere evitato il contatto perfino con coloro che portano il lutto. Freud cita l'esempio di tribù colombiane dove i vedovi devono vivere isolati, senza toccare nulla con le loro mani, neanche la propria testa, neanche il proprio corpo.

In alcuni gruppi gitani, si brucia tutto ciò che era appartenuto al morto, comprese le proprietà, anche se queste potrebbero essere vitali per i familiari (Ferrari e Basquin, 1976).

Freud (1915a) aveva distinto il lutto dalla melanconia. Il lutto è una ferita profonda che può cicatrizzarsi solo quando la persona si abitua all'assenza dell'altro, opera un travaglio di disinvestimento libidinale, interiorizza il defunto. Il lavoro del lutto viene definito come processo intrapsichico, susseguente alla perdita di un oggetto amato, e con cui il soggetto riesce gradualmente a distaccarsi da esso.

Il pranzo funebre, per esempio, in cui la famiglia divorava oltre i cibi, il cadavere ancora caldo, era l'inizio dell'elaborazione del lutto. Il caro estinto poteva riposare in pace: tutti i suoi parenti lo avevano reincorporato simbolicamente durante questo processo cannibalesco (Ferrari e Basquin, 1976). Oggi, invece, dolore e pena si possono esprimere oggi soltanto in segreto: devono essere una

pratica solitaria e nascosta paragonabile alla masturbazione (Gorer, 1965). La morte e il lutto rivestono lo stesso significato osceno che la sessualità ha assunto nel secolo scorso.

Francesco Barale (1982) mette però in evidenza che la decadenza generale delle forme e delle istituzioni collettive del lutto e la pressione sociale verso l'ottundimento dei processi psicologici del lutto, ben lungi dall'occultare la morte nel 'privato', sembrano anzi aver riproposto massicciamente la morte alla cultura contemporanea.

L'immagine di una "morte naturale", cioè di una morte assistita medicalmente e che ci coglie in buone condizioni di salute e in età avanzata, è un ideale recente.

Jean Baudrillard (1975) sottolinea che:

"La morte naturale non significa dunque l'accettazione di una morte situata nell'ordine biologico delle cose, ma al contrario una negazione sistematica della morte" (p. 53).

L'assistenza medica ai vecchi entra negli accordi sindacali. Il privilegio capitalistico del decesso per esaurimento naturale dà luogo alla richiesta proletaria di servizi sanitari per i pensionati. Il diritto alla morte naturale viene formulato come richiesta di un uguale consumo di servizi medici, anziché come liberazione dai mali del lavoro industriale e come concreto potere di avere cura di sé (Illich, 1976).

Per contro, è positivo il giudizio di Werner Fuchs (1969) sulla morte naturale, vista come linea di tendenza di un'umanità che si affranca dalla natura per produrre cultura. Le posizioni critiche riguardo alla morte naturale sono giudicate inopportune nostalgiche di una presunta età dell'oro.

Quest'ultima posizione deve però fare i conti con le illusioni che la tecnologia moderna ha creato, giocando sulla paura della morte.

Freud (1913) scrive:

"Per l'uomo primitivo la continuazione della vita – l'immortalità -sarebbe cosa ovvia. La rappresentazione della morte è qualcosa che avviene più tardi, un elemento percepito soltanto con esitazione, anzi è anche per noi qualcosa ancora privo di contenuto e non ratificabile" (p. 113).

Da qui le illusioni estetizzanti come la costruzione di *Cemitério dos prazeres* di Lisbona (fig. 4), il cimitero dei piaceri, talmente bello, per cui veniva considerato un onore essere là sepolti.



Negli Stati Uniti funziona la *funeral home*, in cui il *funeral director* esegue una serie di riti, fra cui l'imbalsamazione del cadavere, che più che servire a conservare ed onorare il morto, serve a mantenere il più a lungo possibile le apparenze di vita. Le illusioni tecnologiche le verifichiamo sempre negli USA, dove aumentano le pratiche di criogenizzazione umana, che consiste nell'immergere il cadavere nell'azoto liquido a -136°C dentro una capsula sigillata. Jean-Didier Urbain (1980) definisce queste pratiche una moderna sarcofagia che vuole essere una sfida onnipotente all'ineluttabilità della fine della vita attraverso la rincorsa consumistica dell'eterna giovinezza in un mondo rappresentato come un'eterna *Disneyland*. Ian Fabre (in Mammì, 2015) in un'intervista dice che la contemporaneità ci ha abituato e assuefatto a immagini della morte modaiole: "Il teschio nella cultura pop è un oggetto di scambio, un gadget che non rimanda alla carne, ma semmai a un passaggio di merci. La carne è scomparsa, e quel che resta lo possiamo ricoprire di diamanti come ha fatto Damien Hirst (nato nel 1965) (fig. 5).



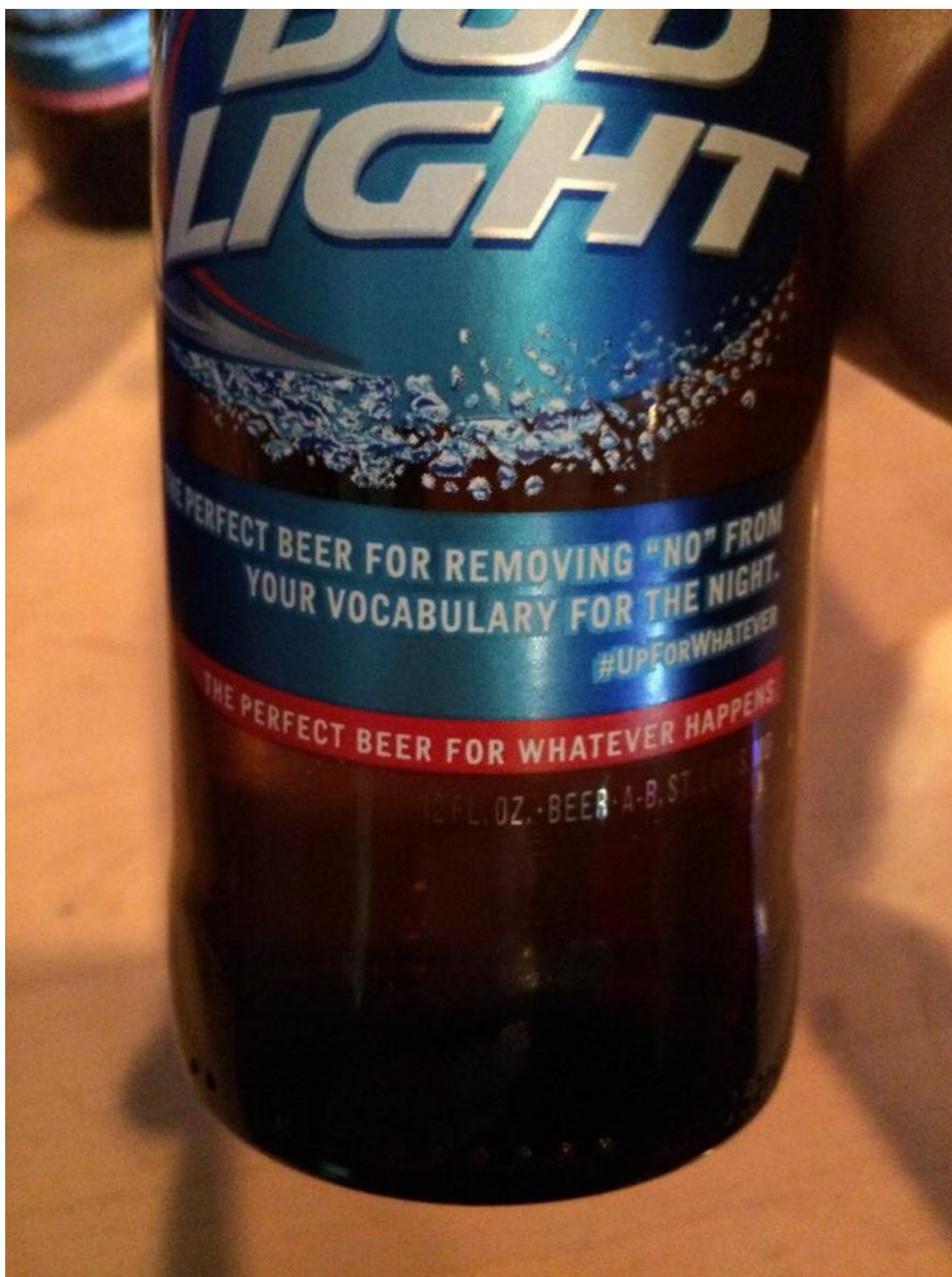
Damien Hirst - For the Love of God - 2007 - platino, diamanti e denti umani

Al teschio ricoperto di diamanti di Hirst aggiungerei gli abiti, i *gadgets* e i belletti (fig. 6, 7 e 8) in vendita per assecondare lo stile *gotico, dark*, dove la concretezza consumistica della moda ha sostituito la simbolicità del colore nero, che rappresentava il distacco dal terreno con le sue colorate scansioni.





Penso anche a come il consumismo metta in secondo piano l'attesa, la transizione, il tempo per esempio del corteggiamento. L'oggetto deve essere immediatamente disponibile, come si evince dalla pubblicità della birra budweiser (fig. 9): "The perfect beer for removing 'no' from your vocabulary for the night. The perfect beer for whatever happens" (La birra perfetta per abolire la parola "no" nel vocabolario notturno. La birra perfetta per qualunque cosa succeda). Il corpo inerte, incapace di scelta e di relazione diventa l'unico obiettivo da raggiungere, banalizzando ed eliminando qualunque ostacolo. Negli Stati Uniti è in atto la campagna "Yes means yes": sesso consensuale solo se c'è un "sì" esplicito, che tende a porre fine alla *deregulation* etica insita in tanta pubblicità.



L'esibizione impudica, consumistica, pornograficamente necrofila della morte rappresenta l'altra faccia della sua negazione.

La morte in ospedale

Diverse statistiche dicono che oggi la maggior parte delle persone muore là dove nasce, cioè in ospedale. Il fatto che i medici si occupino dell'occultamento del morire è solo il prolungamento tecnologico dell'abbandono già iniziato dalla famiglia, fuori dall'ospedale.

Elisabeth Kübler-Ross (1969) riferisce di avere incontrato grande resistenza nel personale medico e paramedico dell'ospedale, quando volle eseguire un'indagine sui morenti: ogni settimana in ospedale qualcuno decedeva, ma invariabilmente le si rispondeva che non vi erano morenti; c'erano solo malati.

L'accanimento terapeutico è una sfida all'evento naturale, destinata però a infrangersi anche nel tempio dell'ospedale. Il moribondo subisce un triplice isolamento: spaziale (lo si colloca in disparte o lo si nasconde dietro un paravento); temporale (si risponde con minor premura alle chiamate dello stesso); relazionale (la persona che si occupa di lui è sempre meno altolocata nella gerarchia delle mansioni mediche (Thomas, 1978, 1979).

In alcune case di cura private subito prima o dopo un decesso si rimanda in fretta il paziente a casa, dove, agli occhi dello stato civile, del medico necroforo e della gente, figura che sia avvenuto il trapasso. Questo serve per avere statistiche con basso numero di decessi e quindi per ribadire una funzione terapeutica e non mortifera.

La medicina moderna, stravolgendo una linea di tendenza che fissava l'evento della morte in un attimo, ha allungato il tempo della morte secondo la discrezionalità del medico. Gli antichi segni come l'arresto del battito cardiaco e della respirazione sono sostituiti dalla misurazione elettroencefalografica dell'attività cerebrale.

“Il cadavere è il luogo della morte, dove, per così dire, essa è stata rinchiusa; si potrebbe parlare (per analogia con la celebre descrizione di Michel Foucault della follia) del ‘grande internamento della morte nel corpo’” (Furtos, 1978, p. 191).

Oggi potremmo tranquillamente parlare di internamento della morte nella macchina. Se il medico non può sopprimere la morte, può certamente regolarne la durata da qualche ora a qualche anno.

Un'infermiera del reparto di rianimazione di un ospedale lombardo mi diceva che la morte di alcuni pazienti in coma è decisa dal primario in rapporto alla necessità di posti letto per terapie intensive. È il primario stesso che si incarica di provvedere ad allontanare il sostegno artificiale: nessuno del personale deve sapere; nessuno può parlarne. Per non parlare della decisione di tenere alcune persone in uno stato di vita vegetativa per lungo tempo per ragioni etiche e/o religiose.

Se il malato si accorge, attraverso gli atteggiamenti dei medici e degli infermieri, che sta per morire, costoro istintivamente obbligano il malato, da loro dipendente, a fingere l'ignoranza. In certi casi il silenzio si trasforma in una forma di connivenza; in altri il timore di una confidenza, di una richiesta di aiuto, vieta ogni comunicazione (Urbain, 1980).

In alcuni casi i malati si ribellano, gridano, diventano aggressivi; in altri si rinchiudono in sé stessi, preparandosi, anzi anticipando silenziosamente alla morte. Entrambi i modelli sono in contrasto con lo stile dell'ospedale e angosciano il personale medico (Ariès, 1977).

Fra i medici vi è chi sostiene la necessità di avvertire il paziente circa la possibilità o la certezza del decesso.

“Parlare onestamente della natura ‘terminale’ della malattia non è in sé terapeutico, ma solo un sintomo clinico della salute e della stabilità della relazione medico-malato. Se questo non viene compreso chiaramente, alcuni medici rischieranno di parlare prematuramente della prognosi fatale nella speranza di migliorare una relazione tesa, ansiosa, e con tristi risultati” (Balint Society, 1972, cit. in Berger, 1978a, p. 146).

Maurice Berger (1978a) sottolinea il possibile costituirsi di difese maniacali:

“[...] la ‘fuga in avanti’ di certi medici, che forniscono diagnosi, prognosi, terapia a pazienti poco preparati ad accettarle. Esiste una vera difesa attraverso l'informazione: ‘prendete, sapete tutto, arrangiatevi con questo’. Questa ritenzione estrema di un segreto, combinata con un

rilasciamento improvviso di una sostanza particolarmente ricca di senso, è propria del modo di relazione sadico-anale” (p. 146).

È necessario di volta in volta, osservando e interagendo con l'individuo, scegliere quale posizione tenere e come modificarla nel tempo, evitando estremizzazioni e ideologizzazioni.

I pazienti che in alcuni casi rigettano le medicine e disinnestano gli apparecchi per la perfusione tentano di protestare, di manifestare la loro opposizione. Alcuni finiscono per suicidarsi o per subire l'eutanasia grazie all'aiuto di qualche persona anonima e comprensiva. Urbain (1980) parla in questi casi di usi simbolici del morire, dell'unico linguaggio rimasto a coloro che non sanno morire e non sono più capiti.

Alcuni tentativi, peraltro deboli, nella comprensione della situazione esistenziale del moribondo sono compiuti anche dal sistema ospedaliero. Esistono luoghi e servizi per ammalati di tumori nei quali i moribondi vengono sistematicamente visti dallo psichiatra o dallo psicoanalista, in modo che venga permesso ai pazienti di pronunciare la parola 'morte' e di ridargli uno spazio nel discorso (Ferrari e Basquin, 1976).

Berger (1978a) evidenzia le fantasie onnipotenti dei curanti, tra cui per prima la fantasia di una morte ideale: la morte indolore dopo il parto indolore.

Già Kurt Eissler (1955) avvertiva, sulla scia delle considerazioni freudiane (Freud, 1915b), che morire è inconsciamente inaccettabile e che, quindi, nonostante i tentativi consapevoli e razionali di adattarsi alla sua ineludibile necessità, permane un irriducibile rifiuto della morte. Sarebbe più importante, nella formazione del personale medico e paramedico, che lo scopo proposto non sia più quello di guarire (cioè un fantasma in rapporto con l'ideale dell'io) ma di curare (in rapporto con una relazione d'oggetto), di essere in relazione. Una buona formazione teorica servirebbe a fornire un modello concettuale e un modo per diminuire gli aspetti affettivi della situazione e quindi renderla più tollerabile; potrebbero, se usati correttamente, servire mezzi audio-visivi, oltre che una presentazione diretta dei casi e seminari di formazione (Berger, 1978b).

LE IMMAGINI DELLA MORTE IN TRE DIVERSI REPARTI OSPEDALIERI

Ho condotto uno studio su tre situazioni cliniche concernenti tre pazienti deceduti in tre reparti ospedalieri differenti:

- 1) La morte nel reparto di pediatria, ovvero nel luogo dove non si deve morire.
- 2) La morte in un reparto geriatrico, ovvero nel luogo dove si deve morire.
- 3) La morte in ospedale psichiatrico, ovvero nel luogo dove si è già morti.

Alle mie osservazioni sono seguite discussioni di gruppo con medici e infermieri delle singole istituzioni circa il loro atteggiamento e quello dei congiunti e degli altri ricoverati nei confronti del moribondo e della morte. Più specificamente sono state analizzate le modificazioni spaziali, temporali e relazionali e il significato delle pratiche burocratiche collegate all'evento morte.

Nell'ospedale pediatrico: la morte non accettata.

Michele è un bambino di cinque anni. Durante una vacanza estiva in Liguria con i suoi genitori, ha cominciato a stare male con tosse, febbre, cianosi e mancata risposta alle sollecitazioni. Fino a quel momento non aveva mai manifestato sintomi di malessere e veniva descritto come un bambino vispo, allegro, sveglio, capace di ottimi rapporti con i compagni della scuola materna del paese di origine.

Il medico del pronto soccorso pediatrico, dopo avere accertato un'elevata iperpiressia e crescenti difficoltà respiratorie, ha rilevato all'esame radiografico un tipico quadro di

broncopolmonite interessante entrambi i polmoni e ha disposto il suo ricovero, immediatamente approntando una terapia con ossigeno, antibiotici e alcalinizzanti.

Nonostante l'immediatezza e l'accuratezza della terapia, dopo quattro ore di agonia, il piccolo paziente è morto.

Durante le ore in cui il bambino è stato in coma, tutto lo staff medico e infermieristico si è allertato, costituendosi come una piccola folla di camici bianchi in movimento intorno al suo capezzale.

Da subito i medici avevano intuito l'estrema gravità della situazione e la prognosi infausta, ma nonostante i dati sfavorevoli, hanno tentato fino all'ultimo di salvarlo, sperando, come ha detto uno di loro, in un miracolo che avrebbe contraddetto la tragica realtà clinica.

A partire da questo caso si apre e si sviluppa una discussione animata con i medici e gli infermieri sulla morte nell'ospedale dei bambini. Immediatamente si evidenzia la non accettazione della morte. Certamente gli aspetti difensivi nei confronti della morte sono consustanziali all'attività terapeutica in ospedale, rivolta *in primis* alla sopravvivenza dei pazienti, ma il vissuto di sconfitta in pediatria è decisamente più intenso. Quella distanza emotiva, quasi prescritta nell'attività medico assistenziale, in pediatria cede il passo alla compassione, all'identificazione con il dolore dei genitori. Molto spesso, viene detto, i medici e le infermiere piangono al momento del decesso. Le infermiere sottolineano come a prevalere sia il sentimento materno e non è un caso che il personale paramedico sia costituito quasi esclusivamente da donne.

Quando un bambino sta per morire viene allontanato dalla corsia e trasferito e isolato in una cameretta adibita all'uso. Il cambiamento dello spazio di accoglimento del piccolo moribondo non sembra modificare i ritmi di accudimento, per cui la presenza e la cura restano intensamente routinarie anche all'affacciarsi della morte,

I familiari, che sono ammessi alla presenza del bambino agonizzante purché muniti anch'essi di camice, sono invitati a manifestare il loro dolore in una stanza lontano dalle corsie di degenza, dove potrebbero essere ascoltati dai piccoli ricoverati che, a loro volta, potrebbero spaventarsi. La regola non scritta è che bambini non devono entrare in contatto con la morte e il lutto. Un medico nella discussione in gruppo sottolinea quanto più coinvolgente e doloroso sia assistere alla morte di un bambino grande rispetto a quella di un neonato. Le infermiere non concordano con quest'ultima affermazione, sostenendo che i bambini sono tutti uguali e che non può esserci differenza nel dolore. L'osservazione del medico sembra trovare conferma nell'atteggiamento dei genitori, quando si rende necessaria una richiesta di autopsia. Sono maggiori i dinieghi per un bambino grande rispetto a quelli opposti per un neonato. Il primario evidenzia la crescente tendenza da parte dei genitori a rivolgersi alla magistratura, affinché vengano accertate eventuali responsabilità perseguibili penalmente. I genitori tenderebbero a proiettare i loro sensi di colpa, i loro vissuti di inadeguatezza e irresponsabilità con richieste punitive e risarcitorie sul medico, vissuto come detentore dell'onnipotenza terapeutica messa in scacco dalla morte del bambino.

La vestizione del piccolo cadavere avviene con cura e intensa partecipazione emotiva. Vengono portati dai genitori gli abiti più belli, quelli della festa.

Il trasporto in obitorio avviene con modalità in un certo senso clandestine attraverso i corridoi sotterranei dell'ospedale, per evitare la vista scandalosa della morte infantile. Raramente viene richiesto dai familiari che il moribondo vada a morire a casa, anzi essi sembrano accettare di buon grado l'anonimo funerale che parte all'alba dall'ospedale. Si assiste a un tacito patto tra istituzione ospedaliera e famiglia per nascondere la morte.

Una giovane infermiera, però, evidenzia come nuove concezioni vadano affermandosi nelle facoltà di scienze infermieristiche: pur con le dovute cautele e il necessario adeguato linguaggio, può risultare non disturbante, anzi liberatorio, rivelare al piccolo paziente l'inguaribilità della sua malattia, partendo dal presupposto che il bambino ha una sua cognizione della morte, anche se questa differisce da quella dell'adulto. In alcuni reparti pediatrici, il bambino può vedere i suoi fratellini e giocare con i suoi amici, a differenza di altri reparti pediatrici in cui è vietato l'ingresso ai minori di dodici anni. La stessa infermiera, dotata di buona capacità autosservativa, afferma

perentoriamente che l'isolamento del moribondo risponde a esigenze difensive del reparto e ad angosce proiettive dei familiari, perché di solito il bambino non si spaventa per la morte del coetaneo, anzi tende a consolare l'adulto.

Commento

Il gruppo arcaico non giudicava socialmente rilevante la morte di un bambino, in quanto non considerato un membro importante della società. Fino ai primi del Novecento la morte di un bambino non ha assunto un significato sociale particolarmente significativo. Il mutamento dei sentimenti degli adulti verso la morte del bambino è stato favorito da diversi fattori, tra cui le migliori condizioni igieniche e alimentari, i progressi della medicina, la contrazione dell'indice di natalità in Occidente, determinata da motivi socio-economici e culturali, le pratiche contraccettive. Gli aspetti difensivi sono diventati più rigidi e istituzionalizzati, favorendo la non accettazione della morte e talvolta un insensato accanimento terapeutico; fideistiche e irrazionali speranze accompagnano talvolta le pratiche terapeutiche,

La morte è clandestina: il bambino non muore in pubblico. Il trasporto all'obitorio, infatti, avviene di nascosto attraverso i sotterranei per non disturbare la vita e le sue pratiche ripetitive. Il bambino non può morire (Fuchs, 1969). Gli altri bambini non devono vedere, non devono sapere di una morte scandalosa che mette in scacco l'onnipotenza terapeutica e la non accettazione del limite. Eppure bisognerebbe tenere presente che tutti i tempi dello sviluppo del bambino sono segnati da separazioni ineluttabili, fondamentali per la sua evoluzione. La nascita può essere considerata il prototipo di queste separazioni: è la prima prefigurazione della morte (This, 1976).

Nel reparto geriatrico: la morte prevista.

Alessandro è un uomo anziano di 76 anni. Padre di quattro figli e nonno di sei nipoti. La sua pensione deriva dall'attività svolta come impiegato all'ufficio del catasto. Alto, robusto, buon mangiatore e bevitore, non ha avuto nella sua vita malattie di rilievo. La diagnosi che ha portato al suo ricovero è "demenza senile arteriosclerotica". La terapia farmacologica, fino al momento in cui è andato in coma, è consistita nella somministrazione di vasodilatatori e ansiolitici. L'agonia è durata quindici giorni; la diagnosi di morte è stata: collasso cardio-circolatorio.

Durante la lunga degenza il ricoverato veniva visitato da parenti, che si alternavano, con una frequenza mensile e le visite erano molto veloci e superficiali. Negli ultimi due mesi era stabilmente a letto e aveva presentato piaghe da decubito. Negli ultimi quindici giorni i parenti sono andati a trovarlo quattro volte, compreso il giorno in cui sono stati avvisati della sua morte.

La discussione con il personale medico e paramedico mette in rilievo un'abituale, rassegnata routinaria coabitazione con la morte in corsia, che è un evento quasi quotidiano. Le regole del reparto sono identiche a quelle degli altri ospedali, il giro al mattino dei medici anch'esso ripetitivo e veloce, la sveglia al mattino presto in relazione agli orari delle pulizie e i pasti somministrati ad orari inusuali.

Quando il paziente è in agonia, generalmente viene spostato in un letto in fondo alla corsia; si mettono intorno al letto le sponde e ancora intorno un paravento.

I parenti potrebbero restare ad accudire il morente, ma in realtà sono pochi quelli che si fermano, soprattutto se non risiedono nel luogo dove è ubicato l'ospedale.

Vi è la tendenza a una contrazione degli interventi medici, mentre è richiesta quasi sempre la consulenza psichiatrica se il paziente presenta segni anche minimi di agitazione. Il morente è totalmente preso in carico dal personale infermieristico.

Gli altri degenti non paiono interessati dall'evento della morte, considerata come facente parte del sistema a cui ci si abitua, e in ogni caso sono invitati dal personale a non avvicinarsi al moribondo per non rimanerne turbati, ma anche per non infastidirlo.

Ogni tanto un'infermiera va a bagnare le labbra del moribondo, talvolta usando un po' di caffè perché avverta qualcosa di gradevole: *“Così si tira un po' su e respira meglio”*.

In automatico viene chiamato il prete per l'estrema unzione, indipendentemente da una richiesta specifica, ribadendo la forte influenza della religione cattolica; infatti gli infermieri dicono di sentirsi più tranquilli se il paziente muore in grazia di Dio.

Un medico dice di non avere mai assistito al momento del decesso, ma di averlo constatato soltanto successivamente.

Dopo la constatazione di morte, il cadavere viene vestito con i suoi abiti usuali e quindi viene trasportato in obitorio, che diventa una camera di preghiera, in quanto gli altri anziani degenti, con rituale ormai consolidato, vanno a recitare il rosario.

I funerali partono quasi sempre dall'ospedale sia perché spesso i parenti sono assenti, sia perché i familiari spesso vogliono evitare spese superflue.

È interessante rilevare che la maggioranza delle diagnosi di morte è generica, in quanto riferisce di “collasso cardio-circolatorio” e “arresto cardiaco”. È come dire morte naturale, ma in ospedale si deve morire sempre per una causa scientificamente definibile e clinicamente accertata. Il linguaggio medico, riducendo la morte a puro fenomeno biologico, ha un significato difensivo (Furtos, 1978).

Commento

La società attuale ha assunto come valore principe la produttività. Chi esce dal ciclo produttivo passa immediatamente in circuiti emarginanti attraverso diversi canali. L'ospedale civile in toto, e ancor di più il reparto geriatrico e la casa di riposo, sono serviti a questo scopo, insieme ai manicomi.

Il processo produttivo dà più peso all'attività rispetto alla meditazione; alla merce rispetto all'esperienza. Questa gerarchia di valori fa sì che soltanto i detentori di un lavoro socialmente riconosciuto abbiano uno statuto di cittadino attivo. L'anziano non produce e la frammentazione del nucleo familiare impedisce anche che espleti funzioni e compiti una volta a lui riconosciuti, quali la rappresentanza dell'unità simbolica del clan e la trasmissione della conoscenza (De Martis, 1972).

Il vecchio viene allontanato dalla famiglia perché le case sono piccole, perché i ritmi sono frenetici, perché manca il tempo per vivere al di fuori della produzione; al tempo stesso è utile a integrare con la sua pensione il budget familiare, spesso eroso dalla mancanza di lavoro o dal lavoro sottopagato dei più giovani.

Diventa anonimo, perde il suo statuto di cittadino, non vengono riconosciute le sue capacità e le sue qualità psicologiche, si nega la sua sessualità. Ogni riferimento alle esigenze della vita istintuale dell'anziano suscita riprovazione, mascherata da aspetti ironici e derisori (De Martis e Weiss, 1973).

Deve essere tranquillo: qualunque sua manifestazione non risponda alle regole imposte, rischia di portare alla psichiatrizzazione (abbondanza di ansiolitici e neurolettici e richiesta di consulenza psichiatrica). Si scivola dunque dal circuito del gerontocomio al circuito della psichiatria. Molto facilmente si giunge a semplicistiche equazioni: anziano-malato di mente, vecchio-demente, quindi incurabile, non tenendo conto che la demenza è soprattutto una ‘situazione umana’ che pertanto va prospettata in termini antropologici (Petrella, 1980).

Gli anziani morenti non destano emozioni, anzi, in alcuni casi, a detta degli infermieri, suscitano ribrezzo.

Quasi dimenticati in agonia, passano alla morte soli, ancora una volta allontanati dalla cultura giovanilistica egemone che non contempla la vecchiaia e che deve difendersi da essa.

Quando avverte la fragilità delle sue difese, stanco del suo isolamento comunicativo, il vecchio reagisce assumendo il ruolo di testimonianza della morte. Il nominare e il frequentare, per esempio attraverso la lettura dei necrologi, con apparente distacco la propria e l'altrui morte rappresentano modalità difensive tipicamente maniacali dell'anziano. Parlare della morte allontana la morte e

rende possibile una immaginaria restituzione di potere al vecchio. In realtà nell'ospedale geriatrico quell'esile velo steso sulla verità della morte, quel pudico ed impaurito non parlarne esplicitamente, vengono sostituiti da una pronuncia della morte netta, nitida, ma distaccata, gelida, cinica. Anche l'anziano che fino a quel momento aveva considerato serenamente il problema della fine, quando viene ricoverato in geriatria, mette in discussione il significato dell'intera esistenza, risolve negativamente e considera in maniera ansiosa gli interrogativi connessi alla morte (Lieberman e Coplan, 1968).

Se la riparazione del sé che si sta deteriorando o logorando e correlativamente dell'altro sentito come parte di sé e la conseguente sublimazione della vecchiaia falliscono, alla persona non resta che negare la vecchiaia e la morte facendo uso di fantasie di onnipotenza, di magica immortalità, di religiosità nevrotica. In questi casi osserviamo una totale impreparazione ad affrontare le 'morti parziali' proprie dell'invecchiamento (acciacchi, ottundimento dei riflessi, deficit sensoriali, restrizioni del ruolo sociale, ecc.).

In ospedale psichiatrico: la morte già avvenuta.

Mario di anni sessanta. Celibe, fino a diciott'anni ha lavorato come garzone presso una panetteria. Quindi, dopo il servizio militare, è ritornato a casa e ha cominciato a fare abuso di bevande alcoliche. Ultimo di sei fratelli, viene definito dai parenti un fannullone. Non ha mai voluto frequentare la scuola e non ha mai imparato a leggere e scrivere.

Si legge nella cartella clinica: *"Tornava a casa sempre ubriaco e spesso era violento: distruggeva i mobili e si azzuffava con i fratelli non ancora sposati"*. Le scarse annotazioni anamnestiche rivelano che il medico di famiglia ha deciso per il suo ricovero in ospedale psichiatrico quando aveva l'età di venticinque anni. Da allora rimarrà in manicomio fino alla morte. In manicomio viene giudicato tranquillo; aiuta gli infermieri nelle pulizie; è molto ossequioso quelle rare volte che vede un medico. Gli piace bere e, per le sue prestazioni, gli infermieri lo ripagano ogni volta con due bicchieri di vino marsala. Ogni giorno, indipendentemente da ogni valutazione e aggiornamento clinico, prende le sue gocce e le sue pastiglie come da rituale consolidato.

In cartella c'è la sua foto segnaletica: è di corporatura robusta, anche se il suo viso appare scarno forse per la barba non rasata; ha un sorriso spento e d'occasione e i capelli rasati. Pochissime le annotazioni mediche nel diario clinico nei suoi trentacinque anni di degenza e tutte in genere riguardanti i periodici abusi di alcol.

I familiari hanno via via diradato le visite e, a detta del medico di reparto, il paziente sembra non gradirle, non mostrandosi particolarmente entusiasta, viene diagnosticato come "anaffettivo".

La storia della sua morte (in cartella c'è solo la data del decesso e un'insignificante diagnosi di morte) è raccontata da un infermiere.

"Mario era un tipo allegro; per due bicchieri di marsala era pronto a fare qualunque lavoro, anche il più faticoso. Noi infermieri lo chiamavamo 'mazurca' perché quando era ubriaco camminava come se ballasse. Aveva un amico a cui era molto legato; stavano e bevevano sempre insieme. Un giorno ci accorgemmo che era a letto: sudava, si agitava e non ci riconosceva. Chiamammo il medico, che venne con molta calma e ci disse che Mario era in coma. Giunse il suo amico, che lo guardò con sguardo distaccato, lontano dagli sguardi complici con cui si riconoscevano; gli predisse che non sarebbe vissuto fino al giorno successivo e gli chiese se avesse dei soldi in tasca, perché a lui non sarebbero più serviti. Effettivamente all'alba del giorno dopo spirò. Lo lavammo in qualche modo e lo avvolgemmo in un lenzuolo, dopo avergli fatto indossare la "camicia da morto" bianca con una sbiadita croce sopra, usata tante altre volte per la stessa stanca cerimonia. Portammo fuori il letto e lo disinfectammo con del petrolio, mentre il materasso e la biancheria andarono in lavanderia. Il giorno dopo ci fu una specie di funerale. All'alba, per non scandalizzare la gente, lo portammo al cimitero del paese a cui fa riferimento il manicomio e dove è al primo colpo d'occhio è possibile distinguere la tomba di un ricoverato in manicomio da tutte le

altre. Sono tante, tutte uguali e tutte nella stessa porzione di camposanto, con la stessa targhetta fornita dall'amministrazione su cui vi sono riportati i dati anagrafici e la scritta 'riposa in pace'.

La discussione è aperta da un medico che lavora in manicomio da più di vent'anni. Dice con toni accoratamente difensivi di non essersi mai sentito coinvolto affettivamente dalla morte dei malati, perché erano tanti e non avrebbe potuto conoscerli tutti. *“forse si poteva provare qualcosa per quelli più giovani”*, afferma; subito dopo si corregge, dicendo cinicamente che in manicomio è tutto uguale, la vita, la morte, che muoia un giovane o un vecchio.

Gli infermieri raccontano che i cameroni dei padiglioni di degenza sono così grandi e contengono così tanti pazienti, che spesso ci si accorge di un morto molto tempo dopo la dipartita. Né gli altri pazienti avvertono o danno segni di difficoltà, esprimendo in tal modo la confusione tra la vita e la morte, anzi considerando la morte una presenza abituale anche in vita.

Se si accorgono in tempo dell'agonia, gli infermieri avvertono il medico di turno che redige per la direzione un foglio di aggravamento delle condizioni cliniche. L'amministrazione avverte il prete e i familiari, oppure al loro posto il sindaco del comune di residenza e i carabinieri. I familiari accorrono anche per potere entrare in possesso dei pochi beni lasciati in eredità. Reagiscono con malcelata indifferenza o addirittura con sollievo; qualcuno si mostra critico verso l'operato dei sanitari, senza però eccessiva convinzione. Il paziente muore senza essere isolato da un paravento, come avveniva nel reparto di geriatria; non per questo, però, muore confortato da presenze amiche, anzi muore nell'indifferenza confusiva.

Commento

Alcuni autori, basandosi su dati statistici, avevano affermato che, vista la prevalenza di popolazione anziana, il manicomio sarebbe morto per estinzione dei suoi abitanti (Allegri, Pavan e Rampazi, 1978).

Ferruccio Giacanelli (1980) si chiedeva che cosa ne sarebbe stato delle migliaia di internati nei manicomi italiani, la cui maggioranza era costituita da popolazione anziana. I “manicomiali” sarebbero stati ancora una volta dimenticati nonostante la legge psichiatrica più avanzata d'Europa? (De Martis, Caverzasi e Petrella, 1980).

Si trattava di domande lecite, anche perché la chiusura dei manicomi ha comportato il trasferimento della popolazione anziana in case di riposo e strutture comunitarie aperte per accoglierli con il rischio che alcune modalità coercitive e violente si riproponessero anche nelle nuove realtà assistenziali. La presenza di operatori psichiatrici sul territorio, luogo di vita e di socializzazione, ha evitato la rimozione del manicomio, verificando che fenomeni di neo-manicomializzazione si verificassero nelle strutture che hanno accolto i pazienti dimessi dai manicomi.

CONCLUSIONI

Nell'uomo arcaico i meccanismi di difesa dalla morte erano costituiti fondamentalmente da: depressione ed elaborazione paranoidea del lutto; da maniacalità e da spostamento; da eternizzazione ed incorporazione del cadavere secondo modalità simbolicamente cannibalesche,

L'uomo in ogni caso era attore della sua morte, la addomesticava, la rendeva vicina. Il gruppo pure era partecipe della morte del singolo e lo aiutava a morire. Elaborava attraverso riti propiziatori e guerre, il lutto; esso stesso moriva onde reincorporare il morto antenato e riprendere quindi le attività vitali.

Pur rimanendo nella società attuale meccanismi molto simili a quelli arcaici, prevalgono però altri movimenti difensivi: la rimozione e la negazione, la dislocazione. L'uomo contemporaneo ha espulso la morte, l'ha confinata nella clandestinità. Quando qualcuno muore nessuno se ne accorge.

“Dislocare la morte significa non indicarla come pensiero, come essenza, ma come presenza invisibile di mancanze concrete. La morte si rappresenta nelle malattie, nell'alimentazione insufficiente, nel corpo che invecchia, nella servitù sociale [...]. La morte dislocata appartiene a linguaggi che non nominano mai la morte” (Papi, 1980, p. 314).

Freud (1915a) ha sottolineato i guasti che una mancata elaborazione del lutto potrebbe arrecare e ha definito il lutto come necessario per un processo di disinvestimento libidinale, per distaccarsi dall'oggetto.

La morte è stata nascosta nelle istituzioni ospedaliere, al tempo stesso “gabinetto” e luogo di rimozione dello sporco. Qui, nonostante i recenti tentativi di riconoscerla come momento esperienziale significativo dell'esistenza umana, è continuamente negata in nome dell'assoluto terapeutico.

La si disconosce fino all'ultimo momento; la si giudica un mero accidente occorso all'onnipotenza terapeutica; la si interna nel corpo malato e nella macchina per distanziarsene; si vieta di pronunciarne il nome etichettandola con ineccepibili definizioni cliniche.

In questo quadro generale si possono fare alcune distinzioni a seconda che il morto sia un bambino, un vecchio o un paziente manicomiale.

1) Mentre in un ospedale pediatrico la morte non è accettata e vi è un intenso coinvolgimento affettivo del personale ospedaliero nella cura del moribondo, nell'ospedale geriatrico vi è un'abituale e rassegnata coabitazione con la morte e il coinvolgimento affettivo del personale è scarso; nell'ospedale psichiatrico il coinvolgimento emotivo del personale è praticamente nullo in quanto il paziente è morto prima ancora di entrarvi, per cui la vita e la morte si confondono in un'esistenza individuale e sociale negata. Le pratiche di distanziamento sono meno sofisticate: si elimina ogni contatto spaziale, temporale e relazionale.

2) Mentre in pediatria l'agonia del piccolo morente è seguita con intensa partecipazione empatica da tutto il personale medico e paramedico, in geriatria vi è la tendenza a trasferire i compiti assistenziali a chi ha mansioni più basse nella gerarchia del personale. In manicomio il moribondo è abbandonato come lo è stato in vita e il personale cerca di starne alla larga.

3) In pediatria i parenti del moribondo sono sempre presenti e assistono partecipi all'agonia, per poi manifestare il dolore attraverso pianti e lamenti. In geriatria sono pochi i parenti che si fermano al capezzale del morente e in ogni caso prevale una mesta e distaccata rassegnazione. In manicomio i parenti, quando giungono, giungono soltanto dopo la morte del ricoverato, reagendo con indifferenza o sollievo, avendo elaborato la perdita già al momento del ricovero.

4) In ospedale pediatrico il morente è isolato in una stanzetta adibita specificamente al morire e si procura che gli altri piccoli degenti non vengano messi a conoscenza di quanto accade, pur essendo dimostrato che i bambini hanno una propria autonoma rappresentazione della morte, che differisce da quella degli adulti.

In geriatria il moribondo viene spostato in fondo alla corsia e gli si mette intorno un paravento, in modo da evitare ogni comunicazione con gli altri degenti, che ovviamente fanno, pur non mostrandosi coinvolti da un evento che in quel luogo è frequente.

In manicomio il moribondo non viene spostato e l'agonia si confonde nella quotidianità della vita tra le mura asilari. Prevalge l'indifferenza e talvolta il cinismo sia nel personale di assistenza che negli altri degenti, a cui la morte non sembra differente dalla vita.

5) Nel primo caso il morto viene vestito con gli abiti più belli; nel secondo caso viene vestito con gli abiti del quotidiano; nel terzo caso è l'ospedale a fornire una “camicia da morto”, una sorta di divisa intercambiabile e riusabile.

6) Ritroviamo in tutti e tre i casi due elementi costanti:

a) I ritmi della routine ospedaliera (le pulizie, i pasti, la somministrazione dei farmaci) rimangono immutati dalla presenza del moribondo e della morte.

b) L'infermiere, pur protetto da innumerevoli e diversificate manovre difensive, è colui che in ogni caso, riesce a restare più vicino al moribondo nel momento estremo.

L'introduzione del sapere psicoanalitico nella formazione del medico e dell'infermiere ospedaliero si rende necessaria per evitare che si affidino solo a quel buon senso che Michael Balint (1957) paragonava a "dei colpi sferrati da un cieco, che talora raggiungono il bersaglio", e rendano ricco di sostanza emotiva e pregno di attività fantasmatica l'incontro con il morente. Un contatto significativamente più profondo ed elaborato permetterebbe di riconoscere i bisogni e i diritti del moribondo, così negati dalle distorsioni istituzionali.

Bibliografia

- Allegri G., Pavan F., Rampazi A., (1977). L'anziano e l'istituzione manicomiale. Aspetti teorici della condizione senile, *Rivista di Psichiatria*, 5: 341.
- Ariès Ph., (1975). *Storia della morte in Occidente*, trad. it. Rizzoli, Milano, 1978.
- Ariès Ph., (1977). *L'uomo e la morte dal Medioevo ad oggi*, trad. it. Laterza, Roma-Bari, 1980.
- Balint M., (1957). *Medico, paziente e malattia*, trad. it. Feltrinelli, Milano, 1961.
- Baldoni E., (a cura di) (1972). *Geriatrics riabilitativa*, Centro ricerche gerontologiche e geriatiche, Monza.
- Balint Society, (1972). *Patient-Centred Medicine*, Regional Doctor Publications Limited, Londra, cit. in Berger J. (1978a).
- Barale F., (1982). Lutto, funzione simbolica e atteggiamento medico verso il morente, *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 43, 2: 255-265.
- Bateson G., (1972). Bali: il sistema di valori in uno stato stazionario. In *Verso un'ecologia della mente*, pp. 136-159, trad. it. Adelphi, Milano, 1976.
- Baudrillard J., (1975). L'economia politica e la morte. In Baudrillard J. *et al.*, (1975), pp. 39-61.
- Baudrillard J. *et al.*, (1975). *Luoghi e oggetti della morte*, trad. it. Savelli, Roma, 1979.
- Berger M., (1978a). La possibilità di aiuto psicologico ai morenti. In Guyotat J. (a cura di), (1978), vol. 2, pp. 139-162.
- Berger M., (1978b). La formazione alla cura dei morenti. In Guyotat J. (a cura di) (1978), vol. 2, pp. 163-171.
- Boehm F., (1932). Formen und Motive der Anthropophagia, *Imago*, 18:150-188, cit. in Fuchs W., (1969).
- Campione F., Palmieri M.T. (1982). Il medico e la buona morte. Dialogo con Renzo Canestrari, psicologo clinico. In Campione F. e Palmieri M.T., (a cura di) (1982), *Dialoghi sulla morte*, pp. 161-196, Cappelli, Bologna.
- De Certeau M., (1975). Scrivere l'innominabile. In Baudrillard J. *et al.*, (1975), pp. 27-38.
- De Martino E., (1958). *Morte e pianto rituale*, Boringhieri, Torino, 1975.
- De Martis D., (1972). Alcune considerazioni di psichiatria istituzionale. In Baldoni E., (a cura di), (1972), pp. 33-44.
- De Martis D., Weiss G., (1973). Problemi psichiatrici concernenti la sessualità dell'anziano. Relazione al Simposio della Società Italiana di Gerontologia (sezione lombarda): "L'apparato urogenitale dell'anziano", Milano, marzo.
- De Martis D., Petrella F., Caverzasi E., (a cura di) (1980). *Il Paese degli specchi*, Feltrinelli, Milano.
- Eissler K.R., (1955). *The Psychiatrist and the Dying Patient*, International University Press, New York.
- Fachinelli E., (1979). *La freccia ferma. Tre tentativi di annullare il tempo*, L'Erba Voglio, Milano.
- Ferrari P., (a cura di) (1976). *Le separazioni dalla nascita alla morte*, trad. it. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1979.
- Ferrari P., Basquin M., (1976). Morte, inconscio, cultura. In Ferrari P., (a cura di) (1976), pp. 92-105.

- Fornari F., (1966). *Psicoanalisi della guerra*, Feltrinelli, Milano.
- Foucault M., (1963). *Nascita della clinica*, trad. it. Einaudi, Torino, 1969.
- Frazer J. G., (1922). *Il ramo d'oro*, trad. it. Boringhieri, Torino, 1973.
- Freud S., (1913). Totem e tabù, *OSF*, vol. 7.
- Freud S., (1915a). Lutto e melanconia, *OSF*, vol. 8.
- Freud S., (1915b). Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte, *OSF*, vol. 8.
- Fuchs W., (1969). *Le immagini della morte nella società moderna*, trad. it. Einaudi, Torino, 1973.
- Furtos J., (1978). Morte da evitare, morte da immaginare. In Guyotat J., (a cura di) (1978), vol. 2, pp. 189-204.
- Giacanelli F., (1980). Lungodegenza psichiatrica e reinserimento sociale. Relazione al seminario "Deistituzionalizzazione, riapprendimento sociale, formazione professionale", Bologna, aprile.
- Gorer G., (1965). *Death, grief and mourning*, Doubleday, New York.
- Guyotat J., (a cura di) (1978). *Le psicoterapie mediche*, 2 vol., trad. it. Masson, Milano, 1980.
- Hertz R., (1907). *Sulla rappresentazione collettiva della morte*, trad. it. Savelli, Roma, 1978.
- Illich I., (1976). *Nemesi medica*, trad. it. Mondadori, Milano, 1977.
- Kelsen H., (1943). *Società e natura. Ricerca sociologica*, trad. it. Einaudi, Torino, 1953.
- Kübler-Ross E., (1969). *La morte e il morire*, trad. it. Cittadella, Assisi, 1976.
- Lévi-Strauss C., (1948). *La vita familiare e sociale degli indiani Nambikwara*, trad. it. Einaudi, Torino, 1970.
- Lévi-Strauss C., (1955). *Tristi tropici*, trad. it. Il Saggiatore, Milano, 1960.
- Lévy-Bruhl L., (1927). *L'anima primitiva*, trad. it. Einaudi, Torino, 1948.
- Lieberman M.A., Coplan A.S., (1969). Distance from Death as a variable in the study of aging, *Developmental Psychology*, 2, 1: 71-84.
- Malinowski B., (1922). *Argonauti del Pacifico Occidentale. Miti magici e vita quotidiana nella società primitiva*, trad. it. Newton Compton, Roma, 1973.
- Mammì A., (2015). Fabre fa per tre, *L'Espresso*, 13, 2 aprile.
- Papi F., (1980). La morte e il simbolico: una tragedia borghese, *Materiali filosofici*, 3: 287-338.
- Petrella F., (1980). La relazione con il paziente demente, *Gli Argonauti*, 4: 67-70.
- Tenenti A., (1957). *Il senso della morte e l'amore per la vita nel Rinascimento*, Einaudi, Torino.
- This B., (1976). La nascita. In Ferrari P., (a cura di) (1976), pp. 1-10.
- Thomas L.V., (1975). *L'anthropologie de la mort*, Payot, Parigi.
- Thomas L.V., (1978). *Mort et pouvoir*, Payot, Parigi.
- Thomas L.V., (1979). *Civilisation et divagations. Mort, fantasmes, science-fiction*, Payot, Parigi.
- Urbain J.-D., (1980). Voce "Morte". In *Enciclopedia*, Einaudi, Torino.

Cosimo SCHINAIA, Via Bernardo Castello 8/18, 16121 Genova.
e-mail: cosimo.schinaia@gmail.com
sito Internet: www.cosimoschinaia.it