

Tanatologia

Da Wikipedia, l'enciclopedia libera.

Questa voce di medicina è solo un abbozzo: contribuisce a migliorarla secondo le convenzioni di Wikipedia.

La tanatologia (dal greco: *thanatos*, morte) studia la morte e le successive modificazioni del corpo (fenomeni cadaverici) con finalità relative alla medicina legale.

Gli scopi principali della disciplina sono accertare la morte reale del soggetto e stabilire il momento in cui essa è avvenuta. In particolare i rami di interesse della Tanatologia sono: l'accertamento dell'epoca della morte (Tanatocronologia), l'accertamento delle cause della morte e l'accertamento della rapidità del decesso.

L'importanza della tanatologia è da ascrivere alle sue finalità penali (connesse al possibile intervento di terzi, all'epoca e alla dinamica del decesso), civilistiche (connesse con l'estinzione della persona fisica: ad esempio al fine delle successioni ereditarie sarà di fondamentale importanza sapere l'esatto momento dell'obitus di un soggetto rispetto ad un altro), mediche (trapianto d'organi) e deontologiche (eutanasia).

Tanatologia Psicologica

Si parla invece di psicotanatologia, o tanatologia psicologica, per definire il sostegno psicologico davanti alla morte, sia per i pazienti terminali (accompagnamento alla morte) che per i loro parenti (supporto durante le fasi terminali della malattia del congiunto, ed elaborazione del lutto in seguito al decesso). In caso di lutto complicato, l'intervento psicotanatologico si può saldare con quello psicotraumatologico, con cui ha diversi punti di contatto. Fanno altresì parte di questo ambito gli interventi psicologici correlati alla comunicazione di decesso, all'accompagnamento al riconoscimento delle salme ed al supporto psicologico durante le eventuali richieste di consenso al trapianto.

Il settore della psicotanatologia ha iniziato a svilupparsi presso gli Hospice e le Lungodegenze, grazie all'apporto di alcuni autori. La psichiatra svizzera Elisabeth Kübler Ross, in particolare, viene considerata la fondatrice dell'approccio psicotanatologico con il suo modello a 5 fasi; le diverse fasi, da lei individuate attraverso molti colloqui ed osservazioni cliniche, rappresentano le principali "tappe di elaborazione psicologica" dell'evento-morte per chi riceve una diagnosi infausta.

Il suo modello ha avuto molta diffusione, ed anche se attualmente viene considerato in parte superato dalle più recenti elaborazioni teoriche di merito, il suo influsso ha aiutato molto a legittimare, diffondere e strutturare l'attività psicotanatologica nelle strutture sanitarie.

Manifesto della tanatologia

La morte non è solo un tema di riflessione, studio e ricerca. La morte è anche un problema esistenziale, il problema dell'esistenza umana.

La Tanatologia può essere, allora, considerata come lo studio del "limite" di tutto ciò che appartiene all'esistenza umana, compresa la conoscenza.

Ne consegue che la Tanatologia non può essere una disciplina delimitata, un campo pre - definito dello scibile umano.

La Tanatologia è, piuttosto, ubiquitaria e trasversale rispetto ad ogni campo della conoscenza.

Essa, inoltre, e per la stessa ragione, accompagna l'uomo in tutte le epoche della storia, cioè esiste da sempre come parte di ogni disciplina conoscitiva e di ogni campo dell'attività umana.

Ed essendo parte di ciascun insieme di conoscenze e di ciascun insieme di attività, la Tanatologia è quella parte delle conoscenze e delle attività umane che le trascende tutte verso un "oltre" che le accomuna nel limite.

Antropologia e Filosofia, studiando i modi d'essere dell'uomo e i loro significati ultimi, incontrano la morte cioè i modi del non - essere, l'insensatezza e il mistero dell'ignoto oltre la vita. Incontrano, in altre parole, il loro "limite" e questo limite le accomuna alla Medicina e alla Biologia che, studiando la vita, incontrano il non -essere, la ricerca del senso dell'esistere e il mistero dell'ignoto oltre la vita.

Infatti, il "limite" della Medicina e della Biologia è rappresentato dalle domande sul "perché" si debba studiare la vita per difenderla se la morte la getta prima o poi nell'insensatezza del nulla o la porta al cospetto del mistero dell'aldilà dell'essere.

E attraverso queste domande Medicina e Biologia incontrano Psicologia e Sociologia che, studiando la vita individuale e sociale, incontrano il rapporto individuale e collettivo con la morte (dalla paura individuale di morire che può sfociare nell'ossessione, nella depressione e nell'angoscia ; al desiderio individuale di morire che può sfociare nell'eutanasia e nel suicidio; alla paura collettiva della morte che si può esprimere nell'angoscia della fine del mondo; al desiderio che muoia l'altro vissuto come minaccioso che può sfociare nell'omicidio se è un desiderio individuale ,o nelle guerre se è un desiderio collettivo).

E ciò le limita accomunandole: da una parte alla Teologia che ,studiando l'essere che non muore, incontra il suo limite allorchè voglia mettere quest'essere in rapporto con i mortali; dall'altra, all'Etica che interrogandosi su ciò che è giusto, incontra il suo limite quando vuole giustificare la violenza e l'assassinio.

La Tanatologia è quindi ubiquitaria e sincronica, cioè non può essere una disciplina autonoma dalle altre ma tutte le attraversa in ogni tempo. Ed è prevedibile che sarà così finchè la morte costituirà il destino dell'uomo, fondando la possibilità di affrontare conoscitivamente il mondo e il rapporto

dell'uomo col mondo sub specie mortis, cioè dal punto di vista del suo limite estremo.

Ma oggi la Tanatologia tende a presentarsi, a svilupparsi spontaneamente e a costruirsi autonomamente, come un corpo di conoscenze ben distinte dalle altre e persino in grado di dare luogo ad una professione con la sua identità tecnica.

Di conseguenza lo studio della morte tende a basarsi sempre più su una "riduzione" della morte a qualcosa da misurare operativamente (cioè con qualche procedura standardizzata di misurazione) come qualsiasi altro oggetto di scienza e di ricerca scientifica. In Tanatologia, infatti, si fanno esperimenti e si costruiscono tests sperimentali come in qualsiasi altro campo. Con tanto di riviste scientifiche su cui i risultati possono essere pubblicati rispettando i criteri dei lavori scientifici.

Questo "riduttivismo" tanatologico è reso possibile da un'operazione più o meno esplicita e più o meno consapevole di azzeramento di tutta la Tanatologia precedente alla applicazione ad essa del metodo scientifico. Come se a studiare la morte e il morire l'uomo avesse cominciato con Lindemann () o con Kubler-Ross o addirittura con la nascita delle riviste scientifiche sull'argomento.

I classici della Tanatologia contemporanea (al pari della maggior parte dei classici delle Scienze umane contemporanee) tendono, infatti, quasi tutti ad ignorare o a considerare inutilizzabile la Tanatologia contenuta nella cultura di tutti i tempi.

Un esempio per tutti. Quando E. Kubler-Ross sostiene essere la morte lo schiudersi del bozzolo che trasforma la larva in farfalla, ignora che Dante Alighieri nella Divina Commedia dice dei viventi della terra che sono "vermi/nati a formar l'angelica farfalla/che vola alla giustizia senza schermi". E ignorandolo ignora che la sua concezione della morte è una concezione antica, ma che è sensata solo nel contesto di una certa cultura, la cultura di cui Dante Alighieri è la massima espressione per chi parla la lingua italiana .

Certo potrebbe significare soltanto che Kubler-Ross riproponga ai contemporanei una vecchissima ricetta.

Ma perchè non lo dice che è consapevole di riproporre una vecchia soluzione alla morte?

Solo essendo consapevole di ciò potrebbe tentare di tradurre in termini comprensibili per l'uomo contemporaneo l'idea che la morte apre una vita migliore. In realtà non c'è traccia nell'opera di Kubler-Ross di una tale consapevolezza, altrimenti non potrebbe proporre a tutti, come fa, la sua concezione della morte con le stesse parole e gli stessi gesti nelle stesse atmosfere (l'atmosfera dell'accettazione incondizionata degli stages che organizza per i morenti).

Potrebbe essere questa la ragione per la quale Kubler-Ross è una Tanatologa sulla quale ci si divide tra fedeli seguaci e irriducibili detrattori, come tra chi ha una fede nell'aldilà e chi non ce l'ha: non si possono parlare perchè appartengono a due culture diverse che solo rispettandosi come ciascuno il limite dell'altro potrebbero entrare in empatia e costruire un linguaggio per capirsi.

D'altra parte, finchè la Tanatologia era spalmata trasversalmente e dispersa in tutte le dimensioni dello scibile, era difficile parlare esplicitamente della morte, cioè aver coscienza della possibilità di affrontare la vita sub specie mortis, cioè dal punto di vista del suo limite.

La morte c'era dappertutto ma era il lato oscuro ,sempre invisibile, della vita, e agiva da "ombra" e nell'ombra della vita. L'espressione di ciò è stata la più o meno fondata - teoria della Rimozione o del Tabù della morte- che ha dominato le prime fasi della Tanatologia contemporanea e che ancora non ha cessato di pesare.

Nelle sue prime fasi la Tanatologia contemporanea ha avuto, infatti, bisogno di presentarsi come una grande novità e di saltare, per potersi sviluppare, sul carro dei vincitori dell'epoca, la Scienza e la tecnica, mostrando di condividere così lo Zeitgeist dominante.

Ora è arrivato il tempo per la Tanatologia di fare un salto di crescita, diventando più consapevole del suo passato e potendosi così aprire ad un futuro che non sia fatto solo del bisogno infantile di farsi accettare.

Che questo tempo sia maturo si intuisce allorchè si cerca di avere una visione d'insieme della Tanatologia nel mondo di oggi. Si constata infatti che non esiste solo la Tanatologia scientifica raccolta attorno alle riviste specializzate, alle Associazioni di Tanatologia nazionali e internazionali , ai crematorii o ai servizi cimiteriali, e alle istituzioni tanatologiche assistenziali (soprattutto Home care e Hospice per i morenti che si ispirano sempre più alla filosofia della Medicina Palliativa) .

Esiste accanto a questa anche un'altra Tanatologia, una Tanatologia che è sempre esistita e che vive nelle Religioni e nelle loro pratiche, nelle Scuole filosofiche e di saggezza, nella Letteratura e nell'Arte, nelle culture o sottoculture minoritarie, alternative o underground esistenti anche nella Società Occidentale(movimento Punk, Buddismo, gruppi che si ispirano alla cosiddetta New Age, gruppi che sviluppano pratiche di comunicazione coi defunti, etc.).

Si constata inoltre che è molto difficile comprendere la Tanatologia di sempre dal punto di vista della Tanatologia ufficiale, poichè questa è in grado al massimo di compilare rassegne sulle Tanatologie nel mondo che possono anche essere informativamente e decrittivamente esaustive ma risultano necessariamente acritiche, mancando un dialogo costruttivo tra esse a causa del punto di vista troppo ristretto(quello del riduttivismo scientifico) di coloro che compilano le rassegne.

L'impressione che si trae da queste indagini è che ogni cultura o sottocultura continua a coltivare come sempre ha fatto la sua Tanatologia e si sviluppa "in parallelo" una

Tanatologia scientifica che tende ad esportare dappertutto i suoi strumenti e i suoi metodi con esiti a volte paradossali. Sarebbe interessante studiare a fondo i paradossi che possono derivare dal tentativo di applicare la Filosofia

delle cure palliative o il metodo scientifico a culture con ricche Tanatologie classiche, come quella cinese, giapponese, messicana, latina, coreana, indiana, etc.

Si impone a questo punto la necessità di formulare un criterio per distinguere la Tanatologia scientifica che si è sviluppata in occidente nell'epoca contemporanea dalla Tanatologia classica da sempre esistente.

Si propone il seguente criterio: entrambe hanno per tema di studio la morte e si occupano della morte come problema esistenziale, hanno però un diverso modo di affrontare e di porre in relazione tra loro queste due dimensioni che condividono.

La Tanatologia classica affronta il tema della morte in senso "teoretico"(cioè tramite la riflessione) e dalle conoscenze che ne derivano - deduce- le tecniche per affrontare il problema esistenziale della morte. L'esempio che si può fare è quello della Tanatologia sviluppata dalla cultura greca classica:

Anassagora dalla concezione del rapporto di dominanza dell'intelletto sulle emozioni del corpo deduce la tecnica della - *Meditatio mortis* - volta ad assumere verso la morte (altrui e propria) un atteggiamento di dignità del portamento e di serenità.

La Tanatologia scientifica affronta invece il tema della morte in senso "empirico"(cioè tramite l'esperimento) e dalle conoscenze che ne derivano - induce- le tecniche per affrontare il problema esistenziale della morte.

Tra i tanti esempi che si possono fare si può scegliere quello su cui si basa tanta Tanatologia clinica: se si accerta empiricamente che nella maggioranza dei morenti è la loro cattiva qualità della vita che alimenta la loro paura, la loro ansia, la loro angoscia e il loro desiderio della morte; se ne indurrà che attraverso efficaci tecniche di palliazione in grado di migliorare la qualità della vita dei morenti si potranno ridurre la loro paura, la loro ansia, la loro angoscia e il loro desiderio della morte.

Ne deriva un'osservazione comune della scena tanatologica contemporanea: la Tanatologia classica è ricca di pensieri complessi e ben meditati e povera di fatti empiricamente accertati, la Tanatologia scientifica è ricca di fatti empiricamente accertati e povera di pensieri complessi e ben meditati. Sicchè le tecniche tanatologiche classiche (come la *meditatio mortis*) sono tecniche educative che implicano cioè per essere efficaci di una formazione lunga e complessa; le tecniche tanatologiche contemporanee sono tecniche meccanicistiche, la cui efficacia viene fatta derivare dal corretto controllo delle condizioni oggettive di attuazione.

Detto altrimenti: la Tanatologia classica tenta di risolvere il problema esistenziale della morte modificando l'uomo nel suo esistere, la Tanatologia scientifica tenta di risolvere il problema esistenziale della morte modificando le condizioni oggettive(biologiche, personali e sociali) dell'esistenza dell'uomo.

La Tanatologia classica escogita tecniche che restano subordinate all'esistenza perchè implicano, per funzionare, la trasformazione dell'esistenza stessa; la Tanatologia scientifica escogita tecniche che tendono a subordinare l'esistenza a processi oggettivi che, per funzionare, non hanno bisogno di cambiare l'esistenza.

Si tratta di due strategie corrispondenti a due esigenze entrambe fondate: l'esigenza delle situazioni acute che richiedono soluzioni immediate e l'esigenza delle situazioni croniche che richiedono soluzioni a lunga scadenza. E a seconda che si privilegi una o l'altra di queste due esigenze si può preferire: o un modo rapido per attenuare, da una parte, l'ansia, la paura, l'angoscia e il desiderio di morte che accompagnano la morte di se, e dall'altra, dolore, rabbia, malinconia e rimpianto per la morte altrui; oppure vivere queste emozioni negative per "crescere" e acquisire attraverso di esse un'esistenza superiore.

Sarebbe meglio poter scegliere quando privilegiare la prima alternativa e quando privilegiare la seconda.

La separazione tra la Tanatologia classica che vive tra le pieghe di ogni cultura e la Tanatologia scientifica che tende ad imporsi alla luce del sole nella nostra cultura, rende impossibile questa scelta indicando la necessità di costruire un dialogo effettivo e proficuo tra le due Tanatologie di fronte alle quali ci troviamo.

Un tale dialogo potrebbe "coordinare" i due approcci tanatologici in modo da costruire a poco a poco una Tanatologia unica e insieme ricca sia di pensieri complessi e ben meditati sia di fatti empiricamente accertati.

Un tale dialogo consentirebbe alla Tanatologia scientifica (da cui si dovrà necessariamente partire essendo essa la Tanatologia contemporanea) un continuo rimando critico alla tanatologia classica, tramite la possibilità di far ricorso ai pensieri complessi e ben meditati della Tanatologia classica o di altre sempre possibili tanatologie non scientifiche (con le tecniche che ne derivano), tutte le volte che le tecniche derivate dai fatti empiricamente accertati non funzionano o incontrano il loro limite critico.

Si usino pure, ad esempio, le tecniche della palliazione per sedare il dolore e migliorare la qualità di vita dei morenti ma, tutte le volte che l'ansia, la paura, l'angoscia e il desiderio di morte permangano in misura maggiore o minore, ci sarebbe solo l'alternativa di rinviare il morente ad un futuro incerto nel quale si potrebbero prevedere tecniche di palliazione più efficaci. Ma equivarrebbe ad abbandonare il morente al suo destino se non ci fosse, di fronte al tempo incerto del futuro che gli apre la palliazione inefficace nel migliorare soddisfacentemente la sua qualità della vita, la possibilità di ricorrere ai metodi della Tanatologia classica (dalla *meditatio mortis* che rende possibile avere di fronte alla morte un portamento dignitoso, alla *consolatio philosophiae* che dà senso alla morte, fino alle proposte religiose e culturali tradizionali o nuove).

Tramite questo dialogo si potrebbe fare ancora di più: prima di proporre a qualcuno una soluzione o un'altra al problema della sua morte o della morte dei suoi cari, si potrebbe cercare di comprendere quale approccio sia preferibile per lui o per lei in base alla sua precedente storia dei tentativi più o meno efficaci che certamente ha già fatto nel corso della sua vita per affrontare la morte.

E nel caso che la soluzione preferibile fosse in linea con l'approccio classico significherebbe avere il tempo di applicare una tecnica che implichi la modificazione dell'esistenza. Così come, in caso contrario si applicherebbero le tecniche derivanti dalla tanatologia scientifica, salvo trovare il tempo per modificare l'esistenza in un secondo momento, cioè allorché si aprisse un

futuro incerto per le tecniche proposte, come nell'esempio della Medicina palliativa che abbiamo fatto sopra. Perché questo dialogo tra la Tanatologia scientifica e la Tanatologia classica sia realmente possibile è necessario, come in ogni vero dialogo, che i due interlocutori siano consapevoli del "limite" che li accomuna.

Il limite che accomuna La Tanatologia classica e la Tanatologia scientifica è la convinzione di poter risolvere il problema esistenziale della morte tramite il "sapere", il sapere deduttivo delle idee o quello induttivo delle tecniche.

In realtà la morte non può essere conosciuta come si illudono di poter fare sia la Tanatologia classica che quella scientifica. Infatti, la morte, come evento che tocca ai morenti e ai dolenti, non può essere replicata né con la riflessione né con l'esperimento, perché essa è qualcosa di eccezionale che riguarda in particolare qualcuno che ne vive l'emozione.

E questa emozione, come ogni emozione, è unica e irripetibile, cioè non riducibile né ad un pensiero ben meditato né ad un fatto empiricamente accertato. E, tuttavia, l'emozione della morte rischia di essere "ridotta" ad un -ideale- dalla Tanatologia classica, ad una norma statistica dalla Tanatologia scientifica.

Si potrebbe allora pensare che solo una Psicologia tanatologica possa essere in grado di escogitare metodi per "sentire" empaticamente l'emozione unica e irripetibile della morte "come" la sentono il morente e il dolente. Ma non basterebbe, perché l'emozione della morte è l'emozione che si prova di fronte al non - essere, non l'emozione per qualcosa che c'è ma l'emozione per qualcosa che non c'è ancora (la propria morte) o che non c'è più (la morte dell'altro). Qualcosa che, non -essendoci, non può essere conosciuto né riflessivamente (cioè facendosi un'idea, replicandolo col figurarselo nella mente) né sperimentalmente (cioè riproducendone le condizioni), né empaticamente.

Dice Levinas (Dieu, la Mort et le Temps, Edition Grasset et Fasquelle, Paris, 1993):

Il rapporto alla morte nella sua eccezione- e qualunque sia il suo significato rispetto all'essere e al nulla, essa è un'eccezione - eccezione che conferisce alla morte la sua profondità, non è vedere e neppure mirare (non è vedere l'essere come in Platone, né mirare il nulla come il Heidegger), rapporto puramente emozionale, commovente di una commozione che non è fatta della ripercussione, sulla nostra sensibilità e sul nostro intelletto, di un precedente sapere. E' un'emozione, un movimento, un'inquietudine nell'ignoto".

La morte è un'emozione nell'ignoto e Tanatologia classica e Tanatologia scientifica hanno in comune il "limite" che deriva dal voler conoscere l'ignoto. Ed è proprio attraverso la consapevolezza piena di questo limite comune che le due Tanatologie potrebbero cominciare a dialogare davvero, potendosi così superare verso una Tanatologia nuova e vecchissima insieme in grado di affrontare il problema esistenziale della morte per i morenti e per i dolenti senza dimenticare che la morte è proprio quell'esperienza che mette in crisi ogni "sapere".

Essendo essa l'insieme di emozioni che si provano allorché con la propria morte o con la morte dei cari tutto tende a trasformarsi in un enorme punto interrogativo.

L'aiuto ai morenti e ai dolenti che una tale Tanatologia renderebbe possibile si può indicare (nelle sue differenze rispetto a quello derivante dalle due tanatologie oggi presenti e operanti) con due esempi.

I esempio. L'emozione nell'ignoto che il morente prova di fronte alla propria morte ha come unico orizzonte la vita di coloro che restano e il morente può scorgere la possibilità di "morire per gli altri", cioè pensando agli altri e non a se nel morire. Sono gli esempi di coloro, pochissimi, che nel morire si preoccupano per gli altri, per quanto stanno soffrendo e per come li lascerà la propria morte.

Che ne è in questi casi dell'ansia, della paura, dell'angoscia e del desiderio di morire che caratterizza la crisi dell'uomo di fronte alla morte facendone un problema esistenziale a cui bisogna trovare soluzione? Tenderanno ad essere accompagnate da un'inquietudine e da una preoccupazione per il destino di chi resta che ne allenta la morsa. Si potrebbe considerare un guadagno da poco se "morire per gli altri" non significasse per chi muore la possibilità che il bene trionfi sulla morte e attraverso la morte: morire diventa preoccuparsi per la vita di chi resta e realizzando nel morire il massimo dell'umano, assumersi a tal punto la responsabilità per la propria morte da vederne gli effetti negativi su chi resta e dedicarsi disinteressatamente a minimizzarli.

L'ansia, la paura, l'angoscia e il desiderio di morte diventano un risvolto del morire per se e si attenuano tanto più quanto più si muore per chi resta, la morte da tragedia insuperabile per chi muore diventa la possibilità di dimostrare agli altri che veramente gli vogliamo bene, come ben sa chi è disposto per difendere la vita di un altro a sacrificare la propria vita.

Questo esempio mostra quale possa essere l'aiuto nuovo ai morenti consentito da una Tanatologia basata sulla consapevolezza che la morte è un'emozione nell'ignoto: l'aiuto nella morte a guardare le cose dal punto di vista di chi vivrà, che equivale ad amare gli altri che si amano anche nel morire attraverso il "morire per" loro; un aiuto completamente diverso da quelli forniti dalla Tanatologia classica e dalla Tanatologia scientifica.

La prima infatti, all'emozione della morte non sa opporre che un esercizio stoico a mantenere il controllo cioè a dominare l'emozione con l'intelletto; la seconda cerca di "far sentire" il meno possibile l'emozione della morte attraverso la palliazione che migliora indirettamente la qualità della vita.

Da una parte, un aiuto per dominare l'emozione della morte o per non sentirla che deve basarsi su una considerazione negativa di questa emozione; dall'altra un aiuto per lasciar produrre all'emozione della morte non solo il negativo che pure produce (ansia, paura, angoscia del nulla, desiderio di morte) ma anche il positivo, la dimostrazione che il bene disinteressato dell'altro è possibile, dimostrazione che si può dare solo riuscendo a "morire" per gli altri, cioè antepoendo la vita degli altri alla propria perfino nella morte.

II esempio. L'emozione nell'ignoto che il dolente prova di fronte alla morte dell'altro ha come unico orizzonte la responsabilità che vivendo si ha per chi non c'è più, e si esprime attraverso il pianto di coloro che non piangono per se stessi abbandonati e derelitti ma per chi non c'è più il cui destino è ben più tragico: hanno dovuto abbandonare la vita! Sono coloro che smettono mai di

piangere, che dopo anni e anni dalla morte del caro piangono ancora, ma possono anche smettere perchè poi certamente riprenderanno.

Costoro dicono la possibilità che il lutto sia per chi muore e non per chi resta, ci dicono che nel dolore e nell'abbandono della perdita chi resta può pensare a chi non c'è più e ai modi per difenderlo dalla morte, per tenerlo in vita.

Le preoccupazioni per l'assenza dell'altro il desiderio che sia presente e gli sforzi perchè in qualche modo si presenti nella vita dominano sulle paure per la propria morte, sulle angosce dell'abbandono, sul rimpianto per chi non c'è più e sulla tentazione di raggiungerlo nella morte.

Ecco l'aiuto nuovo che può procurare ai dolenti una Tanatologia consapevole della irriducibilità ad un'idea o ad un fatto dell'emozione della morte dell'altro, l'aiuto a vivere il positivo che c'è nell'emozione della morte: l'aiuto a "vivere per" chi non c'è più e non, come fanno le tanatologie classica e scientifica rispettivamente, facendolo vivere, come spettro, nel mondo parallelo degli antenati, nei monumenti funerari o nel teatro dell'interiorità, oppure facendolo morire del tutto per poterlo sostituire.

Si può riassumere con le parole di Levinas (Dieu, la Mort et le Temps, Edition Grasset et Fasquelle, Paris, 1993): "...L'essere umano non è conatus, ma disinteressamento e addio".

Significa che se essenziale dell'umano è lo sforzo di esistere (conatus essendi) di fronte all'emozione della morte non si può far altro che cercare di dominarla con le risorse della mente o eliminarla dalla coscienza con le risorse della palliazione. Se l'uomo è capace di essere disinteressato di fronte alla propria morte e di dire "addio" a chi muore (cioè salutarlo dicendogli che possiamo ancora in qualche modo incontrarci, che c'è ancora vita per noi insieme), di fronte all'emozione della morte si realizza l'umano (disinteressamento e addio, appunto).

Ma questa nuova Tanatologia che può nascere dal loro dialogo ha bisogno della Tanatologia classica e della Tanatologia scientifica, come l'adulto ha bisogno del bambino che ha superato e perciò non deve ucciderlo.

Dialogo tra la Tanatologia classica e la Tanatologia scientifica; sviluppo di una Tanatologia basata su - disinteressamento e addio - : ecco i compiti principali di una Società di Tanatologia veramente internazionale, cioè in grado di far dialogare da una parte le diverse Tanatologie, dall'altra di promuovere una nuova Tanatologia che le integri e le valorizzi nel momento in cui le supera.

Una tale Società Internazionale di Tanatologia può essere immaginata come un luogo nel quale Società nazionali o locali in genere di Tanatologia nonché singoli tanatologi si sentano liberi, qualunque sia il tipo di Tanatologia nella quale si riconoscono, di esporre le loro idee e le loro proposte o di illustrare le loro tecniche perchè nessuno da un altro punto di vista ne contesterà la legittimità, limitandosi tutti gli altri a metterne in dubbio le certezze e a contenerne le intenzioni di dominio col costante richiamo alla consapevolezza del limite comune: il limite della morte di fronte alla quale ogni conoscenza e ogni dominio sono destinati a vacillare.

Francesco Campione

LE MODIFICAZIONI TANATOLOGICHE

La Tanatologia studia le manifestazioni della morte nei loro aspetti medico-legali e deve:

1. stabilire con certezza che un individuo è morto (tanatodiagnosi);
2. determinare il momento in cui è avvenuto il decesso (cronologia della morte);
3. differenziare i fenomeni post-mortali da quelli vitali.

Alla tanatologia si collegano importanti aspetti dell'attività medica: la rianimazione, la morte cerebrale e i trapianti d'organo.

Il fenomeno della morte. La morte è uno stato definitivo che coincide con l'arresto assoluto ed irreversibile delle attività vitali. Il concetto di morte è infatti legato alla perdita delle funzioni indispensabili per la vita (cardiaca, respiratoria e nervosa) e alla irreversibilità di tale perdita.

La morte reale o morte clinica o somatica, corrisponde al momento in cui viene rilevato con mezzi obiettivi l'arresto delle funzioni anzidette, cioè quando l'individuo non presenta più segni clinici di vita. Essa coincide con la morte legale la quale segna il momento estintivo della persona fisica nei riguardi del diritto.

La morte apparente consiste nella perdita di coscienza e della sensibilità generale, immobilità del corpo, apparente cessazione del moto del cuore e del respiro tanto che l'individuo appare morto.

Possono manifestare tale sintomatologia i soggetti affetti da letargia isterica, commozioni cerebrali, sincope, crisi di M.A.S. con bradicardia permanente, folgorazione, assideramento o inanizione, intossicazione da alcool e stupefacenti, coma uremico.

Il graduale estinguersi delle attività organiche ha suggerito l'identificazione di tre fasi della morte:

a) morte relativa: è caratterizzata dalla cessazione delle attività vitali, senza possibilità di reversibilità spontanea, ma possibile con manovre rianimatorie (arresto cardiaco intraoperatorio, post-infartuale, post-traumatico) che devono essere tempestive prima che l'arresto di circolo produca danni irreparabili ai tessuti nervosi;

b) morte intermedia: le funzioni vitali sono definitivamente spente, senza possibilità di recupero, ma persistono temporaneamente attività elementari e incoordinate a livello cellulare;

c) morte assoluta: avviene con la cessazione anche dell'attività cellulare residua.

La sopravvivenza di una cellula è inversamente proporzionale al suo fabbisogno d'ossigeno: prima muoiono le cellule nervose, poi quelle cardiache, infine gli elementi dei tessuti di sostegno.

Persistono la peristalsi intestinale spontanea 2 h, i movimenti vibratili delle mucose respiratorie 12-30 h, l'attività secretoria delle ghiandole digerenti, la motilità degli spermatozoi, l'attività fagocitaria degli istiociti e leucociti, i processi cariocineticici del midollo osseo 24-48 h, la sensibilità delle arteriole all'adrenalina 48 h.

Il cuore, a distanza di 24 h dalla morte, continua a presentare movimenti fibrillatori dell'atrio destro.

Ogni vita residua viene a cessare quando si esauriscono le riserve di ossigeno e inizia l'acidificazione dei tessuti.

Fenomeni cadaverici.

1. Fenomeni abiotici.

Dipendono dalla cessazione delle attività vitali e perciò sono segni negativi, sono suddivisi in:

a) immediati, in quanto si rendono evidenti appena si arrestano le funzioni cardiaca, respiratoria e nervosa;

b) consecutivi, che compaiono ad una certa distanza dalla morte per effetto e come conseguenza diretta della cessazione delle attività vitali, mentre perdurano i fenomeni della vita residua.

2. Fenomeni trasformativi.

Determinano profonde trasformazioni dell'aspetto e della struttura del cadavere, sono perciò segni positivi e si suddividono in:

a) ordinari, rappresentati da processi che portano alla distruzione autolitica e putrefattiva della materia organica e alla decomposizione del cadavere;

b) speciali, consistenti in processi legati a condizioni ambientali particolari, le quali provocano una decomposizione anomala del cadavere, talora temporanea, altre volte definitiva.

Fenomeni abiotici immediati.

Rappresentano i primi segni esteriori della morte e consistono nella assenza di motilità, respiro, battito cardiaco, polso arterioso, coscienza, riflessi pupillari e corneali. Questi segni esteriori non hanno valore di certezza per la diagnosi di morte.

Raffreddamento del cadavere.

Col cessare delle attività vitali produttive di calore il cadavere va incontro ad un progressivo raffreddamento fino a livellarsi con la temperatura ambiente.

a) nelle prime 3-4 h la temperatura si abbassa soltanto di 0,5 gradi/h, perchè prosegue la produzione di calore per fenomeni di vita residua;

b) nelle successive 5-10 h il calo è di circa 1 grado/h;

c) nelle successive 12 h la perdita si riduce progressivamente a 3/4, 1/2 e 1/3 di grado/h fino a raggiungere la temperatura ambiente.

1.I fattori intrinseci che favoriscono la dispersione di calore sono: l'età neonatale o giovanile, lo scarso sviluppo della massa corporea e il minore spessore del grasso sottocutaneo.

Può essere importante la causa di morte, essendovi malattie che producono ipertermia (forme infettive acute, colpo di sole o di calore), altre ipotermia (cachessia, inanizione, etilismo acuto) altre contratture tetaniche (tetano, epilessia, avvelenamento da stricnina, traumi cranici).

2.I fattori estrinseci sono rappresentati dalla temperatura, umidità, e ventilazione dell'ambiente, dalla stagione. La permanenza in aria favorisce la dispersione, i vestiti la riducono.

L'abbassamento della temperatura corporea a 24-22 gradi rappresenta un segno sicuro di morte.

A) Modificazioni del bulbo oculare: si ha un'afflosciamento del bulbo (segno di Louis) talvolta già durante l'agonia, un'intorbidamento dei mezzi oculari che è completo fra le 12 e le 24 ore a seconda se le palpebre sono aperte o chiuse, lo sfaldamento dello strato superficiale della cornea la ricopre di uno straterello biancastro a guisa di ragnatela (tela viscida di Winslow), La sclera diventa diafana e traspare il pigmento corioide agli angoli dell'occhio (macchia sclerotica di Sommer).

A carico degli organi interni compare una retrazione dei polmoni, e l'essiccamento del pericardio.

Eccitabilità neuromuscolare. L'eccitabilità dei muscoli striati si attenua 5 ore dopo la morte e, rigidità a parte, scompare dopo 8-12 ore, estinguendosi per prima nei muscoli più piccoli, le basse temperature e la morte rapida la fanno durare più a lungo. Quando la contrazione da stimolazione osteo-tendinea accenna a scomparire si può ancora ottenere una risposta positiva stimolando i tronchi nervosi con corrente elettrica.

Ipostasi.

Col cessare della circolazione il sangue si deposita nelle regioni declivi del cadavere e riempie i vasi del derma facendo comparire nella cute una colorazione rosso vinosa (macchie o lividure cadaveriche). Ciò determina un contrasto fra le parti elevate che impallidiscono e restano asciutte e quelle declivi che diventano umide, succulente e colorate.

Nella posizione supina le ipostasi si formano alla nuca, al dorso e alla faccia posteriore degli arti; nella posizione prona le ipostasi sono ventrali: negli impiccati si formano nelle parti distali degli arti, disposte a guanto o a calzino; negli annegati sono disposte al viso, alle spalle e nel torace anteriore.

Si formano macchie anche in sede epistatica (fossetta giugulare, radice delle cosce) per spostamento del sangue dovuto alla residua attività contrattile delle arteriole.

Le ipostasi mancano nei punti di appoggio del cadavere al piano rigido (scapole, glutei, polpacci); la presenza di lacci, indumenti stretti e pieghe cutanee impedisce pure la formazione di macchie ipostatiche.

Iniziano a comparire 1/2 ora dopo la morte, ma sono ancora tenui, sparse e di colore rosa pallido; confluendo si rendono più evidenti dopo circa 3 ore, raggiungendo la massima estensione ed intensità dopo circa 12-18 ore. Sono precoci ed intense negli stati di fluidità del sangue (asfissie acute, morti improvvise, avvel. da anticoagulanti); sono tardive e scarse nelle rapide coagulazioni del sangue (ustioni), nelle disidratazioni (colera) e nella morte per dissanguamento. Quando la massa di sangue resta fluida ed esercita una forte pressione sui capillari e sulle venule del derma si formano le petecchie ipostatiche (arti inferiori degli impiccati).

Il colore delle ipostasi, normalmente rosso vinoso, assume tonalità cianotica nelle morti asfittiche, rosso viva nell'avvelenamento da CO, blu ardesia negli avvelenamenti da sostanze metaemoglobinizzanti, rosso accesa nell'avvelenamento da acido cianidrico e cianuri, rosso-roseo nei cadaveri degli annegati sia per rallentamento dei processi di ossidazione dovuti alla bassa temperatura, che per diffusione di ossigeno attraverso la cute umida. Quando sopraggiunge la putrefazione le macchie ipostatiche assumono un colore rosso verdastro.

L'ipostasi si manifesta anche negli organi viscerali (polmoni, encefalo posteriore, meningi, cervelletto, midollo spinale, parete gastrica posteriore e reni) potendo talora simulare uno stato infiammatorio dell'organo.

Le ipostasi sono importanti perchè costituiscono un segno certo di morte, essendo legate all'arresto dell'attività cardiaca; forniscono indicazioni sulla cronologia della morte; sono un segno di posizione del cadavere e degli spostamenti di esso; infine aiutano ad identificare alcune cause di morte.

LE ECCHIMOSI NELLA DIAGNOSTICA MEDICO-LEGALE

Ecchimosi.

E. superficiali. Consistono nella fuoriuscita del sangue dei vasi, che si raccoglie nei tessuti, mentre la cute rimane integra. E' un chiaro segno di reazione vitale perchè lo stravasamento richiede una pressione ematica, salvo il caso di petecchie ipostatiche ad esempio nell'impiccamento.

I meccanismi di produzione dell'ecchimosi sono la compressione, che schiaccia, rompendoli, i vasi; la trazione che li stira fino alla lacerazione; la suzione che li fa scoppiare per decompressione esterna, interessa solo capillari e precapillari formando le caratteristiche suggellazioni; lo sforzo fisico violento, in quanto determina un aumento della pressione ematica con rottura dei capillari come si osserva nella pratica del sollevamento pesi, durante convulsioni asfittiche, accessi epilettici, conati spasmodici della pertosse.

Carattere tipici. L'estensione dipende dalle dimensioni del vaso, dalla lassità dei tessuti, dall'emostasi vasale, dalla coagulazione, dalla pressione arteriosa. Si hanno ecchimosi puntiformi di origine capillare (petecchie), tumefazioni diffuse e non fluttuanti (ecchimomi), stravasi laminari di estensione considerevole (suffusioni), focolai emorragici che formano una cavità nel sottocutaneo (ematomi), ematomi voluminosi e fluttuanti (bozze ematiche), piccole emorragie puntiformi ravvicinate e confluenti (suggellazioni).

Queste lesioni non provocano alcun disturbo clinico, tranne le raccolte voluminose che sono dolorose.

Alcune ecchimosi figurate permettono l'identificazione del mezzo lesivo. Le vibici hanno forma allungata e sono prodotte da colpa di verga, scudiscio o frusta; le ecchimosi digitali di forma ovale, sono dovute alla compressione dei polpastrelli delle dita per manovre di afferramento delle cosce nei reati sessuali, del collo nello strozzamento, dei polsi ed avambracci nell'immobilizzazione violenta, le suzioni sul collo, petto, addome, dovute a pratiche erotiche.

All'inizio l'ecchimosi è rossa perchè il sangue stravasato è ancora relativamente ossigenato; dopo qualche ora diviene rosso-violacea mano a mano che l'emoglobina si riduce; dopo 6-8 giorni la colorazione diventa verde e dopo 8-12 giorni si fa gialla con il progressivo degradarsi della molecola dell'emoglobina in emosiderina ed ematoidina. Queste modificazioni iniziano alla periferia e progrediscono verso il centro dell'ecchimosi.

Un'ecchimosi di diametro pari a 8-10 cm scompare dopo 15-20 giorni, ma la menomazione funzionale provocata (dolori, inceppi al movimento) si limita generalmente a 4-5 giorni.

E. profonde. Possono essere muscolari o viscerali.

Ecchimosi muscolari possono manifestarsi per trauma diretto sul muscolo, particolarmente se contratto, anche senza lesione della cute sovrastante se il corpo contundente è a larga superficie, liscio o soffice, o per trazione con rottura del corpo muscolare e lacerazione dei vasi per brusca contrazione muscolare.

Ecchimosi viscerali sono localizzate nel cervello, polmoni ed addome, sono in genere legati a grandi traumatismi come precipitazioni o investimenti, dovuti a meccanismi diretti o da contraccolpo.

-Le ecchimosi cerebrali compaiono sulla corteccia anche senza fratture ossee. La sintomatologia è inizialmente quella della commozione cerebrale e successivamente possono manifestarsi sintomi a focolaio.

Nel cadavere si presentano come fini suggellazioni della sostanza grigia corticale (mentre le emorragie spontanee sono in genere a livello della capsula interna). Le ecchimosi cerebrali profonde, solitamente bulbo-pontine, sono rare ed in genere si accompagnano ad ecchimosi della corteccia.

Le emorragie extradurali compaiono in forma di ematomi tra dura madre e parete ossea, sono dovute a lacerazioni dei vasi meningei, raramente senza frattura ossea.

Diagnosi medico-legale delle ecchimosi.

La diagnosi differenziale si deve porre con imbrattamenti, teleangectasie, angiomi ed ecchimosi non traumatiche, ma causate da infezioni, intossicazioni o diatesi emorragica (sepsi, eritema contusifforme, m. di Barlow e di Werlhof).

Per formulare nel cadavere la diagnosi di ecchimosi non basta l'ispezione esterna, ma occorre praticare un'incisione per avere riscontro della raccolta ematica e differenziarla da una macchia ipostatica. Nell'ipostasi gli strati del corion appaiono biancastri ed il sangue, più o meno liquido sgocciola dai vasi recisi; nelle ecchimosi vi è una vera infiltrazione che conferisce un colore rossastro al taglio, che non si lascia asportare con il lavaggio (Se vi è già diffusione emoglobinica dall'ipostasi ai tessuti, si deve ricorrere all'esame istologico). Nel cadavere le ecchimosi subiscono modificazioni con lo svolgersi dei processi putrefattivi, assumendo dapprima una colorazione verdognola e poi rapidamente nerastra..

Le ecchimosi profonde possono rappresentare l'origine di processi morbosi anche gravi, la cui valutazione giuridica è necessaria non solo per stabilire l'entità del trauma, ma anche per determinare il rapporto di causalità del trauma.

A domani con altre notizie, vi aspetto in molti vi chiedo scusa se in questi giorni non ho aggiornato il blog!

Dottoressa Patrizia

CORSO DI MEDICINA LEGALE

Tanatologia

EPOCA DELLA MORTE. Periodo di tempo in cui tutto il corpo e tutte le cellule muoiono. Questo periodo dura alcuni minuti, dato che la morte è un processo biologico. § La stima dell'epoca della morte è un aspetto molto importante in medicina legale. Sono stati individuati alcuni parametri (decremento della temperatura corporea, rigidità cadaverica, ipostasi, inizio della putrefazione, ecc.) e studiate formule matematiche basate sul decremento termico, che possono aiutare a stimare l'epoca della morte con discreta approssimazione. La tabella sottostante è riportata in alcuni trattati internazionali, con l'avvertenza che deve essere adottata con grande cautela, e solo provvisoriamente.

Temperatura del corpo	Rigidità del corpo	Tempo dalla morte
Caldo	Non rigido	Morto da meno di tre h
Caldo	Rigido	Morto da tre- otto ore
Freddo	Rigido	Morto da 8- 36 ore
Freddo	Non rigido	Morto da più di 36

Nella fase trasformativa, la stima dell'epoca della morte è ancora più imprecisa.

Si è notato che, nei cadaveri sepolti in fosse comuni e appartenenti a persone decedute nello stesso tempo e allo stesso modo, la putrefazione può assumere aspetti anche molto diversi da un cadavere all'altro.

[Nota del compilatore: pare chiaro che, come nel vivente, anche nel cadavere debba valere la legge del tempo individuale, cosicché la stima dell'epoca della morte del singolo individuo non può basarsi su leggi fisiche e biologiche a carattere generale].

BIBLIOGRAFIA

Volumi pubblicati

Giorgio Cosmacini, Georges Vigarello (a cura di), *Il medico di fronte alla morte (secoli XVI-XXI)*, Fondazione Ariodante Fabretti, Torino 2008 (22 € + 5,20 € s.s.)

Francesco Remotti (a cura di), *Morte e trasformazione dei corpi. Interventi di tanatometamorfosi*, Bruno Mondadori, Milano 2006 (26 € + 5,20 € s.s.)

Marco Novarino, Luca Prestia, *Una battaglia laica. Un secolo di storia della Federazione Italiana per la Cremazione*, prefazione di Franco Della Peruta, Fondazione Fabretti Editrice, Torino 2006 (20 € + 5,20 € s.s.)

Marco Novarino, *L'addio laico. Storia della cremazione a Novara*, introduzione di Marina Sozzi, Fondazione Ariodante Fabretti, Torino 2006 (15 € + 5,20 € s.s.)

Fondazione Fabretti, *Il rito del commiato, Il Quadrante*, Torino 2004 (8 €) (esaurito)

Vita Fortunati, Marina Sozzi, Paola Spinozzi (a cura di), *Perfezione e finitudine. La concezione della morte nell'utopia in età moderna e contemporanea*, Lindau, Torino 2004 (22 € + 5,20 € s.s.)

Giovanni De Luna (a cura di), *La radici della città. Donne e uomini della Torino cremazionista*, Fondazione Ariodante Fabretti, Torino 2003 (20 € + 5,20 € s.s.)

Marina Sozzi (a cura di), *La scena degli addii. Morte e riti funebri nella società occidentale contemporanea*, Paravia-Scriptorium, Torino 2001 (11 €) (esaurito)

Marcella Filippa, *La morte contesa. Cremazione e riti funebri nell'Italia fascista*, Paravia-Scriptorium, Torino 2001 (14,50 € + 5,20 € s.s.)

Douglas J. Davies, *Morte, riti, credenze. La retorica dei riti funebri*, Paravia-Scriptorium, Torino 2000 (19,50 € + 5,20 € s.s.)

Charles Porset, Marina Sozzi, *Il sonno e la memoria. Idee della morte e politiche funerarie nella Rivoluzione francese*, Paravia-Scriptorium, Torino 1999 (13 € + 5,20 € s.s.)

Fulvio Conti, Anna M. Isastia, Fiorenza Tarozzi, *La morte laica, I. Storia della cremazione in Italia (1880-1920)*, prefazione di Franco Della Peruta, Paravia-Scriptorium, Torino 1998 (17,50 € + 5,20 € s.s.)

Augusto Comba, Emma Mana, Serenella Nonnis Vigilante, *La morte laica, II. Storia della cremazione a Torino (1880-1920)*, prefazione di Nicola Tranfaglia, Paravia-Scriptorium, Torino 1998 (15,50 € + 5,20 € s.s.)

Manuela Tartari (a cura di), *La terra e il fuoco. I riti funebri tra conservazione e distruzione*, Meltemi, Roma 1996 (13 € + 5,20 € s.s.)

Per informazioni rivolgersi a: info@fondazionefabretti.it

Volumi pubblicati

- Giorgio Cosmacini, Georges Vigarello (a cura di), *Il medico di fronte alla morte (secoli XVI-XXI)*, Fondazione Ariodante Fabretti, Torino 2008 (22 € + 5,20 € s.s.)
- Francesco Remotti (a cura di), *Morte e trasformazione dei corpi. Interventi di tanatometamorfosi*, Bruno Mondadori, Milano 2006 (26 € + 5,20 € s.s.)
- Marco Novarino, Luca Prestia, *Una battaglia laica. Un secolo di storia della Federazione Italiana per la Cremazione*, prefazione di Franco Della Peruta, Fondazione Fabretti Editrice, Torino 2006 (20 € + 5,20 € s.s.)
- Marco Novarino, *L'addio laico. Storia della cremazione a Novara*, introduzione di Marina Sozzi, Fondazione Ariodante Fabretti, Torino 2006 (15 € + 5,20 € s.s.)
- Fondazione Fabretti, *Il rito del commiato*, Il Quadrante, Torino 2004 (8 €) **(esaurito)**
- Vita Fortunati, Marina Sozzi, Paola Spinuzzi (a cura di), *Perfezione e finitudine. La concezione della morte nell'utopia in età moderna e contemporanea*, Lindau, Torino 2004 (22 € + 5,20 € s.s.)
- Giovanni De Luna (a cura di), *La radici della città. Donne e uomini della Torino cremazionista*, Fondazione Ariodante Fabretti, Torino 2003 (20 € + 5,20 € s.s.)
- Marina Sozzi (a cura di), *La scena degli addii. Morte e riti funebri nella società occidentale contemporanea*, Paravia-Scriptorium, Torino 2001 (11 €) **(esaurito)**
- Marcella Filippa, *La morte contesa. Cremazione e riti funebri nell'Italia fascista*, Paravia-Scriptorium, Torino 2001 (14,50 € + 5,20 € s.s.)
- Douglas J. Davies, *Morte, riti, credenze. La retorica dei riti funebri*, Paravia-Scriptorium, Torino 2000 (19,50 € + 5,20 € s.s.)
- Charles Porset, Marina Sozzi, *Il sonno e la memoria. Idee della morte e politiche funerarie nella Rivoluzione francese*, Paravia-Scriptorium, Torino 1999 (13 € + 5,20 € s.s.)
- Fulvio Conti, Anna M. Isastia, Fiorenza Tarozzi, *La morte laica, I. Storia della cremazione in Italia (1880-1920)*, prefazione di Franco Della Peruta, Paravia-Scriptorium, Torino 1998 (17,50 € + 5,20 € s.s.)
- Augusto Comba, Emma Mana, Serenella Nonnis Vigilante, *La morte laica, II. Storia della cremazione a Torino (1880-1920)*, prefazione di Nicola Tranfaglia, Paravia-Scriptorium, Torino 1998 (15,50 € + 5,20 € s.s.)
- Manuela Tartari (a cura di), *La terra e il fuoco. I riti funebri tra conservazione e distruzione*, Meltemi, Roma 1996 (13 € + 5,20 € s.s.)

Per informazioni rivolgersi a: info@fondazionefabretti.it

Risorse documentali di cure palliative: supporti tradizionali, Internet e ricerche su banche dati bibliografiche

Varenna, 19 novembre 2002

a cura di **Elena Zucchetti**

Biblioteca/Centro Documentazione di Cure Palliative
Fondazione Floriani – Milano

Biblioteche Centri Documentazione di Cure Palliative e Tanatologia in Italia

Biblioteca/Centro Documentazione Fondazione Floriani

Specializzata in cure palliative

Piazza Castello 4 – 20121 – Milano

Tel. 02/72222234 – fax: 02/72022493

e-mail: fonflori@tin.it

www.fondazionefloriani.org

aperta dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 13.30

Biblioteca Fondazione Clelio Angelino

Biblioteca medica con nuova sezione cure palliative

Via Malta 3 – 13051 – Biella

Tel. 015/2529266 – fax: 015/2431622

e-mail: biblioteca@fondazioneangelino.it

www.fondazioneangelino.it/biblio.htm

aperta dal lunedì al venerdì 9.00-12.00 e 14.30-18.30

Biblioteca Hospice Domus Salutis

Specializzata in cure palliative

Via Lazzaretto 3 – 25100 – Brescia

Tel.030/3702200

Biblioteca Fondazione Ariodante Fabretti

Biblioteca specializzata sui temi della morte e della cremazione

Via E.De Sonnaz 13 – 10121 – Torino

Tel.011/547005 – Fax: 011/547019

e-mail: fabretti@arpnet.it

www.arpnet.it/fabretti/biblioemero.html

aperta lunedì 14.00-18.00

dal martedì al venerdì 9.00-13.00 e 14.00-18.00

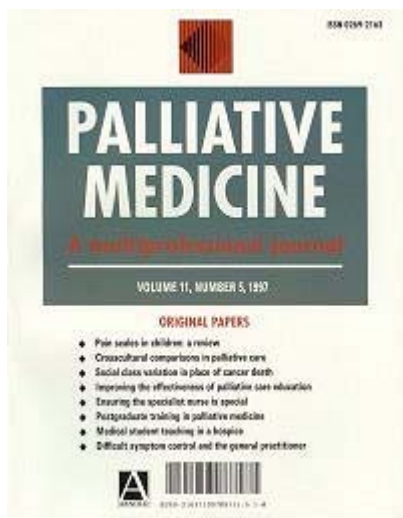
sabato 9.00-13.00

Biblioteche in rete in Italia

OPAC (Open Public Access Catalogue)

www.aib.it/aib/lis/opac1.htm

PERIODICI DI CURE PALLIATIVE



[63.htm](#)

Palliative Medicine

A Multiprofessional Journal

Periodicità: bimestrale

Editore: Arnold Publishers

Turpin Distribution Services Limited

Blackhorse Road, Letchworth Hertfordshire
SG6 1HN UK

Tel: 44(0)1462 672555

Fax: 44(0) 1462 480947

Sito web:

www.arnoldpublishers.com/journals/Journpages/026921



Journal of Palliative Care

Periodicità: trimestrale

Editore: Centre for Bioethics

Clinical Research Institute of Montreal

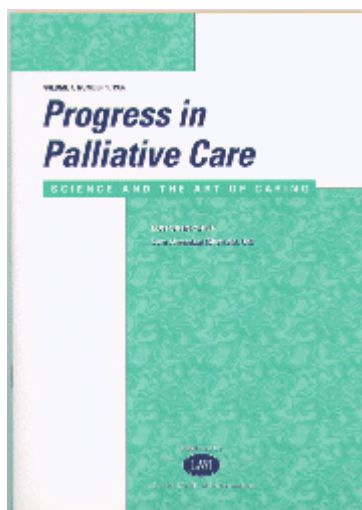
110 Pine Ave. West, Montreal, Quebec, Canada
H2W 1R7

Tel: (514) 987 5621

Fax: (514) 987 5695

Sito web:

www.ircm.qc.ca/bioethique/english/publications/journal_of_palliative_care.html



Progress in Palliative Care
Science and the art of caring

Periodicità: bimestrale

Editore: Leeds Medical Information
Maney Publishing, c/o Turpin Distribution Services Ltd
Blackhorse Road, Letchworth, Hertfordshire
SG6 1HN UK
Tel: 44(0)1462 672555
Fax: 44(0) 1462 480947

Sito web: <http://www.leeds.ac.uk/lmi/ppc/ppcmain.html>



Journal of Palliative Medicine

Periodicità: trimestrale

Editore: Mary Ann Liebert Inc. Publishers
2 Madison Avenue, Larchmont, NY 10538 1962
Tel: (914) 834 3100
Fax: (914) 834 3582

Sito web:
<http://www.liebertpub.com/JPM/defaultstatic.asp>



La Rivista Italiana di Cure Palliative
Organo Ufficiale della Società Italiana di Cure Palliative

Periodicità: trimestrale

Editore: Zadig
Via Calzecchi 10, 20133 Milano
Tel: 02/75261353
Faz: 02/76113040

Sito web:
<http://www.sicp.it/ricp/ricp99-4.htm>



European Journal of Palliative Care
The journal of the European Association for Palliative Care

Periodicità: bimestrale

Editore: Hayward Medical Communications
Rosemary House, Lanwades Park
Kentford, Newmarket, CB8 7PW - UK
Tel: 44(0) 1371 810433

Sito web: www.ejpc.co.uk



American Journal of Hospice and Palliative Care
A multiprofessional journal

Periodicità: bimestrale

Editore: Prime National Publishing Corporation
470 Boston Post Road, Weston, MA
tel: 781 899 2702
fax: 781 899 4900

Sito web: www.hospicejournal.com/pn01000.html



International Journal of Palliative Nursing
Promoting excellence in palliative care

Periodicità: 10 numeri all'anno

Editore: Mark Allen Group Publishing Ltd
Croxted Mews, 288 Croxted Road,
London SE24 9BY
Tel; 44(0)20 8671 7521

Sito web:
www.internationaljournalofpalliativenursing.com

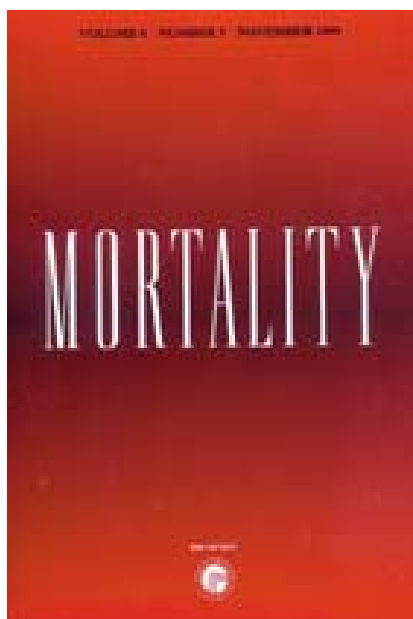


Journal of Pain and Symptom Management
Including Supportive and Palliative Care

Periodicità: bimestrale

Editore: Elsevier Science Inc.
655 Avenue of Americas, New York, NY 10010
5107
tel: (212) 633 3815
fax: (212) 633 3820

Sito web:
www.elsevier.nl/inca/publications/store/5/0/5/7/7/5

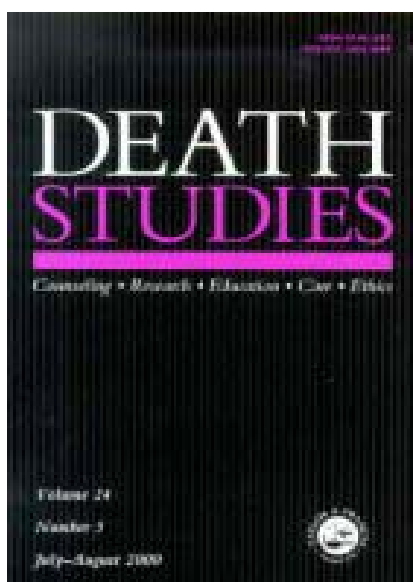


Mortalità

Periodicità: trimestrale

Editore: Carfax Publishing
Customer Services Dept.
Rankine Road, Basingstoke, Hants RG24 8PR, UK
Tel: 44 (0)1256 813000
Fax: 44 (0)1256 330245

Sito web:
www.tandf.co.uk/journals/carfax/13576275.html



Death Studies
Counseling Research Education Care Ethics

Periodicità: 8 numeri all'anno

Editore: Taylor & Francis Ltd
11 New Fetter Lane, London, EC4P 4EE, UK
tel: 215 625 89 00
fax: 215 625 2940

Sito web: www.tandf.co.uk/journals/tf/07481187.html



Omega
Journal of death and dying

Periodicità: trimestrale

Editore: Baywood Publishing Company Inc.
26 Austin Avenue, P.O. Box 337, Amityville, NY
11701

Sito web :
<http://baywood.com/search/PreviewJournal.asp?qsRecord=22>

ALTRE RIVISTE DI INTERESSE:

British Medical Journal: <http://www.bmj.com>

Death Studies: <http://www.journals.tandf.co.uk>

European Journal of Cancer Care: <http://www.blackwell-science.com>

Jalmalv (Jusqu'a la mort accompagner la vie) : <http://www.jalmalv.org>

Journal of Psychosocial Oncology: <http://www.aosw.org/publications/jpo.html>

Pain: <http://www.elsevier.nl/inca/publications/store/5/0/6/0/8/3>

Psycho-oncology: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jtoc?ID=5807>

Quality of Life Research: <http://www.wkap.nl/journalhome.htm/0962-9343>

Social Science and Medicine: <http://www.elsevier.com/inca/publications/store/3/1/5>

Supportive Care in Cancer: <http://link.springer.de/link/service/journals/00520/index.htm>

ELENCO PERIODICI ON-LINE anche full text:

www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/journals/loftext_noprov.html

<http://highwire.stanford.edu/lists/freeart.dtl>

NEWSLETTER ON-LINE:

Bandolier (evidence-based medical journal):

www.jr2.ox.ac.uk/bandolier

Innovations in end of life care :

www.edc.org/lastacts

Pain Medicine and Palliative Care Newsletter:

www.stoppain.org/for_professionals/painnewsletter.html

Cancer Pain Release

www.medsch.wisc.edu/WHOCancerPain

PUBBLICAZIONI ON-LINE :

ABC of Palliative Care:

www.hospice-spc-council.org.uk/informat.ion/abcofpc.htm

L'intera collezione di articoli full text pubblicata 3 anni fa da British Medical Journal

BMJ collected resources:

www.bmj.com/cgi/collection/palliative_medicine

raccolta di articoli full text sulle cure palliative. Vedi anche, nella stessa pagina, la voce "palliative medicine collection from other journals", ci sono articoli full text apparsi su altre riviste.

Factsheets dell'International Hospice Institute and College:

www.hospicecare.com/FactSheets/factsheets.htm

schede, curate da Dereck Doyle, pensate per chi, nel mondo, vuole documentarsi per offrire un servizio di cure palliative efficiente ed efficace. Argomenti trattati: come avviare un servizio di cure palliative, educazione e formazione, l'équipe di cure palliative, l'assistenza domiciliare, i servizi ambulatoriali ed il ricovero.

Palliative care handbook

<http://www.albertapalliative.net/APN/PCHB/PCHBIdx.html>

Consigli pratici riguardo alle terapie ed agli aspetti burocratici dell'assistenza di cure palliative elaborati dalla Divisione di Cure Palliative dell'Università di Alberta e da quella di Calgary (visitabili e scaricabili on-line).

Manual of Palliative Care

<http://www.hospicecare.com/IAHPCmanual.htm>

curato da D.Doyle e R.Woodruff

Home care guide for advanced cancer

www.acponline.org/public/h_care

Ospitata nel sito dell'American College of Physician questa guida per le famiglie di malati terminali degenti al domicilio. La garanzia dell'alta qualità dei contenuti è data dalla firma di Balfour Mount, uno dei pionieri delle Cure Palliative.

PER AVERE INFORMAZIONI ACCREDITATE SULLE CURE PALLIATIVE:

Growthhouse: www.growthhouse.org

Approdo inevitabile per chi naviga in rete alla ricerca di siti sulle cure palliative. E' il sito più "palliativista" del web. ogni informazione sulle cure palliative trova qui il suo punto di partenza e di arrivo. Aggiornato mensilmente.

PER AVERE INFORMAZIONI ACCREDITATE DI TIPO MEDICO:

OMNI (Organising Medical Networked Information): www.omni.ac.uk

Health on the Net: www.hon.ch

BANCHE DATI CONSULTABILI GRATUITAMENTE:

Sono molti i siti che forniscono l'accesso gratuito alla banca dati Medline. Per comodità fornisco l'indirizzo del più noto. Per una analisi delle differenze tra le varie versioni si suggerisce la lettura dell'articolo di B. Anagnostelis e A. Cooke "[Evaluation criteria for different versions of the same database - a comparison of Medline services available via the World Wide Web](#)", consultabile on-line al seguente indirizzo:
<http://biome.ac.uk/sage/iolim97.html>

PubMed Medline (accesso gratuito alla National Library of Medicine)

www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed

PubMed Tutorial (esercitazioni on-line per l'apprendimento dell'utilizzo della banca dati Medline) www.nlm.nih.gov/bsd/pubmed_tutorial/m1001.html

CANCERLIT: www.cancer.net.nci.nih.gov/cancerlit.html

SITI ISTITUZIONALI:

www.eapcnet.org

European Association for Palliative Care

www.sicp.it
Società Italiana di Cure Palliative

www.fedcp.it
Federazione Italiana di Cure Palliative

www.osservatoriocurepalliative.it
Osservatorio di Cure Palliative

www.fondazionefloriani.org
Fondazione Floriani

www.hospicecare.com
International Association for Hospice and Palliative Care
Una delle più importanti organizzazioni internazionali di cure palliative offre, nella sezione "world report", il collegamento alle associazioni di quasi tutti i paesi del mondo.

Infermieristica:

www.hpna.org
Hospice and Palliative Nursing Association

www.nursingcenter.com/journals/
riviste infermieristiche on-line anche full-text

Qualità di vita:

www.qlmed.org
elaborato dal Dott. Tamburini, resp. Dip. Psicologia INT, fornisce gli strumenti per la valutazione della QOL

www.chcr.brown.edu/pcoc/toolkit
Toolkit of Instruments to Measure Care at the End of Life: Una autorevole bibliografia di strumenti per la misurazione della qualità dell'assistenza e la qualità di vita dei pazienti terminali e delle loro famiglie

Formazione e educazione:

www.epec.net
Education for Physicians on End-of-Life Care (EPEC): attraverso il suo core-curriculum mira ad educare il medico affinché possa fornire un'assistenza adeguata e competente ai pazienti in fase terminale

www.aacn.nche.edu/el nec
End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC): programma di educazione sulla fine della vita per infermieri

www.eperc.mcw.edu

End-of-Life Physician Education Resource Center (EPERC): per aiutare chi si occupa di formazione nell'individuazione di materiale formativo di qualità

www.pallcare.org/educate

Curriculum Interchange Format: sito dimostrativo dei servizi di formazione dell'università di Ottawa. Mette a disposizione gli strumenti didattici da loro utilizzati.

Morte e lutto:

www.soros.org/death

Project on Death in America: dedicato alla comprensione ed alla trasformazione della cultura e dell'esperienza della morte, del morire e del lutto attraverso iniziative quali: ricerca, borse di studio, educazione del pubblico e degli operatori sanitari, ecc.

www.dyingwell.org

Dying Well: riferimenti ad organizzazioni e risorse che possano aiutare i malati terminali e le loro famiglie a vivere il più pienamente possibile nell'ultima fase della vita.

www.griefnet.org

informazioni sul lutto e la perdita, comprende anche un sito per bambini che devono affrontare la separazione

Bambini:

www.pamoba.org

Sito del progetto: parliamo della morte ai bambini. (Fondazione Floriani - divisione di psicologia dell'Istituto Nazionale Tumori)

www.griefnet.org

informazioni sul lutto e la perdita, comprende anche un sito per bambini che devono affrontare la separazione

Forum, Liste discussione:

www.mailbase.ac.uk/lists/palliative-medicine

lista di discussione per posta elettronica e riservata ai soli palliativisti

www.growthhouse.org/chat

chatroom per professionisti e per il pubblico

www.hospice-cares.com/hands/converse.html

chatroom per professionisti, pubblico e volontari

PROMEMORIA PER LA RICERCA SU MEDLINE E BANCHE DATI:

- 1. Identificazione e messa a fuoco dell'argomento di ricerca: descrivere il problema.
- 2. Scomposizione dell'argomento nei suoi elementi fondamentali: Individuazione degli elementi significativi ed eliminazione di quelli secondari.
- 3. Traduzione dell'argomento di ricerca nella lingua della banca dati (in genere l'inglese).
- 4. Verifica della corrispondenza dei termini tradotti con quelli del thesaurus della banca dati.
- 5. Combinazione dei termini in una stringa di ricerca con gli operatori logici (AND, OR, NOT) appropriati.
- 6. Se necessario restrizione dei risultati della ricerca a determinati campi (di tempo, luogo, lingua, tipo pubblicazione ecc)

Esempio:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BREVE GLOSSARIO UTILE ALLA RICERCA SU BANCHE DATI

ABSTRACT: riassunto di un articolo o documento.

AND: operatore logico. Nell'interrogazione di una base di dati bibliografica dà come risultato una lista di citazioni che contengono contemporaneamente tutti i termini collegati tra loro con AND.

BANCA DATI (o base dati): insieme omogeneo di dati organizzati in un archivio elettronico interrogabile.

BANCA DATI BIBLIOGRAFICA: base di dati contenente informazioni bibliografiche che rimandano a documenti cui le citazioni si riferiscono.

CAMPO (o field): ogni riferimento bibliografico di una banca dati è costituito da diversi campi, ognuno dei quali contiene una specifica informazione: autore, titolo, fonte, lingua e luogo di pubblicazione, tipo di pubblicazione, ecc.

DOCUMENTALISTA: professionista esperto nella organizzazione, ricerca e diffusione dell'informazione.

DOWNLOAD: trasferimento di file da un calcolatore remoto ad uno locale (es.: le citazioni bibliografiche trovate in seguito ad una ricerca su una banca dati al proprio computer).

MeSH: thesaurus per le scienze mediche prodotto dalla National Library of Medicine degli USA costituito da una serie di descrittori (o subject headings) che sintetizzano e descrivono la letteratura indicizzata dalla NLM nelle proprie basi di dati.

NOT: operatore logico. In una ricerca su banca dati è utilizzato per *escludere* dal risultato tutte le citazioni che contengono il termine posto dopo l'operatore NOT.

OPERATORI LOGICI (o booleani): strumento fondamentale per la ricerca su banche dati bibliografiche, consentono di combinare più termini in una stringa di ricerca. Operatori fondamentali sono: AND, OR, NOT.

OR: operatore logico. Nell'interrogazione di una banca dati bibliografica dà come risultato una lista di citazioni che contengono *almeno uno* dei termini collegati con OR (corrisponde alla somma).

PAROLA CHIAVE (parola chiave): termine che sintetizza un aspetto centrale del contenuto di un documento.

QUERY: operazione di interrogazione (ricerca) di una base di dati bibliografica che consiste nel digitare un termine o una stringa di termini collegati tra loro dagli operatori booleani.

RECORD: nelle basi di dati bibliografiche è la citazione, il riferimento bibliografico.

STRINGA DI RICERCA: l'insieme dei termini utilizzati in una ricerca su banca dati.

THESAURUS: soggettario dove un concetto è sempre espresso con un unico termine, indipendentemente dalle varianti linguistiche e ortografiche. Non è un semplice elenco alfabetico di parole chiave, i termini sono collegati tra loro in una rete di relazioni gerarchiche.

BREVE GLOSSARIO INTERNET

BOOKMARK: strumento presente su molti browser che consente la memorizzazione degli indirizzi web (URL) di interesse.

BROWSER: programma applicativo, installato sul computer dell'utente, che consente l'accesso ai siti internet e la navigazione tra un sito e l'altro. Netscape e Internet Explorer sono attualmente i due browser più diffusi per la navigazione.

IPERTESTO: documento composto da testo, immagini, suoni, ecc. Ogni elemento del documento può essere collegato ad altri documenti interni o esterni al documento stesso, questo è reso possibile dai collegamenti o link.

LINK: collegamento ipertestuale, è utilizzato per collegare documenti di internet, ed è alla base del concetto di navigazione.

MOTORE DI RICERCA (o search engine): programma disponibile su Internet che consente di indicizzare e ricercare i documenti presenti sulla rete. Esempi di motori di ricerca sono: Altavista, Virgilio, Google, Yahoo ecc.

NAVIGAZIONE: operazione che consente di passare da una pagina Internet all'altra seguendo il link corrispondente.

OFF LINE: assenza di collegamento a Internet.

ON LINE: collegamento ad Internet attivo.

PORTALE: sito complesso ed elaborato che offre numerosi servizi. I portali orizzontali si occupano di diversi argomenti (es: i portali dei motori di ricerca che offrono una serie di servizi sul tempo libero, sport, cultura, notizie, ecc), quelli verticali sono specializzati su un tema specifico (es: www.growthhouse.org, specializzato in cure palliative).

PROVIDER: società che fornisce l'accesso a Internet.

SITO: raccolta di pagine web memorizzate su uno stesso calcolatore.

URL (Uniform Resource Locator): indirizzo web.

WEB (World Wide Web): ragnatela mondiale di documenti basati sulla tecnologia degli ipertesti

BIBLIOGRAFIA:

Pallen M. Introducing the Internet. BMJ 1995.
www.bmj.com/archive/7017ed2.htm

Pallen M. The World Wide Web. BMJ 1995.
www.bmj.com/archive/7019ed.htm

Pereira J., Bruera E. The Internet as a resource for palliative care and hospice: a review and proposals. J of Pain and Symptom Management, 1998;16(1): 59-68.

Santoro E. Guida alla medicina in rete. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2001.

Santoro E. Medline e Internet. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2001.

Trincali M. Banche dati biomediche su Internet: il modello Medline. Guida all'uso dei servizi. Rec Prog Med 1998; 89:425-8.

VandeKieft G.K. et al. Internet resources for end-of-life care. American J of Hospice and Palliative Care, 2001, 18(5):313-320.