

● **RUBRICA****IL TEMPO DEL FINE VITA****Pier Paolo Visentin**

Vicepresidente Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria

Keywords:

cure palliative, tempo vissuto, campo esperienziale, etica clinica, fine vita, hospice

Corresponding author:

Pier Paolo Visentin

Email: pierpaolo.visentin@gmail.com

Contributions:

the author(s) made a substantial intellectual contribution, read and approved the final version of the manuscript, and agreed to be accountable for all aspects of the work.

Conflict of interest:

the author(s) declare no potential conflict of interest.

Ethics approval and consent to participate:

not applicable.

Patient consent for publication:

not applicable.

Funding:

none.

Availability of data and materials:

data and materials are available from the corresponding author upon request.

Received: 11 June 2026

Accepted: 16 June 2026

CURVARE IL TEMPO DEL MORIRE: VERSO UNA TEORIA OPERATIVA DEL CAMPO ESPERIENZIALE NEL FINE VITA

ABSTRACT

At the end of life, the reduction of time to its chronological dimension represents both a clinical and ethical limitation.

This paper proposes a conceptual reformulation based on the distinction between biological duration and the structure of experienced time.

Through a controlled analogy with General Relativity, the concept of the "experiential field of dying" and the "curvature" induced by the "mass of care" is introduced. It is argued that palliative intervention, while not altering prognosis, can impact the phenomenological configuration of time, making it more coherent and habitable.

This leads to operational implications for clinical practice and a redefinition of caregiving responsibility.

RIASSUNTO

Nel fine vita, la riduzione del tempo alla sua dimensione cronologica rappresenta un limite sia clinico sia etico.

Questo contributo propone una riformulazione concettuale fondata sulla distinzione tra durata biologica e struttura del tempo vissuto.

Attraverso una analogia controllata con la Relatività Generale, viene introdotto il concetto di "campo esperienziale del morire" e di "curvatura" indotta dalla "massa di cura".

Si sostiene che l'intervento palliativo, pur non modificando la prognosi, può incidere sulla configurazione fenomenologica del tempo, rendendolo più coerente e abitabile.

Ne derivano implicazioni operative per la pratica clinica e una ridefinizione della responsabilità assistenziale.

INTRODUZIONE

La medicina contemporanea tende a privilegiare indicatori quantitativi, tra cui la durata della sopravvivenza. Nel contesto del fine vita, tale orientamento rischia di produrre una riduzione impropria dell'esperienza del morire, assimilata a una semplice traiettoria temporale lineare.

Questa impostazione, sebbene utile sul piano prognostico, risulta insufficiente sul piano clinico ed etico, poiché trascura la qualità strutturale del tempo vissuto. L'ipotesi di questo lavoro è che il tempo del morire debba essere inteso non solo come quantità, ma come configurazione.

A tal fine, si introduce una distinzione tra tempo cronologico e campo esperienziale, proponendo una cornice concettuale che orienti l'azione palliativa oltre il mero contenimento sintomatologico.

CORNICE TEORICA: ANALOGIA E LIMITI

Nella Relatività Generale, la massa-energia determina la curvatura dello spazio-tempo, modificando le relazioni tra eventi. In modo strettamente analogico, si può ipotizzare che nel fine vita esista un "campo esperienziale" la cui struttura può essere modificata dalla "massa di cura".

Questa trasposizione richiede alcune cautele:

- non implica alcuna modificazione del tempo fisico o della durata biologica;
- non è deterministica né universalmente predittiva;
- ha valore euristico e non descrittivo in senso stretto. L'analogia è dunque uno strumento concettuale per descrivere un fenomeno clinico complesso: la variabilità qualitativa dell'esperienza temporale nel morire.

IL CAMPO ESPERIENZIALE DEL MORIRE

Si definisce campo esperienziale del morire una struttura integrata costituita da:

- temporalità vissuta (ritmo, attesa, accelerazione, sospensione);
- spazialità concreta (domicilio, hospice, ospedale, ambiente percepito);
- trama relazionale (presenze significative, continuità assistenziale);
- orizzonte di senso (biografia, valori, grado di consapevolezza). Questa configurazione non è statica, ma dinamica e suscettibile di

modificazioni in funzione delle condizioni cliniche e dell'intervento assistenziale.

MASSA DI CURA E CURVATURA

Per "massa di cura" si intende la densità qualitativa dell'assistenza, risultante dall'integrazione di:

- competenza clinica nel controllo dei sintomi;
- continuità e riconoscibilità della presenza curante;
- qualità della relazione terapeutica;
- adeguatezza comunicativa;
- coerenza organizzativa del setting di cura. L'ipotesi centrale è che tale "massa" possa incidere sulla curvatura del campo esperienziale, ovvero sulla struttura del tempo vissuto. In presenza di elevata densità di cura, si osserva una riduzione della frammentazione esperienziale e una maggiore coerenza narrativa del tempo residuo. Al contrario, in condizioni di carenza assistenziale, il campo tende a configurarsi come disarticolato, con una percezione di accelerazione e perdita di significato.

IMPLICAZIONI CLINICHE

Se si accetta questa impostazione, l'intervento palliativo assume un obiettivo esplicito: non solo il controllo dei sintomi, ma la configurazione intenzionale del campo esperienziale.

Ciò si traduce in priorità operative:

- controllo rigoroso del dolore e dei sintomi refrattari;
- prevenzione e gestione del delirium;
- continuità assistenziale e stabilità del team di cura;
- comunicazione veritiera e proporzionata;
- integrazione della biografia del paziente nel piano assistenziale;
- protezione dell'ambiente da elementi di discontinuità e frammentazione. L'efficacia di tali interventi non si misura esclusivamente in termini di sopravvivenza, ma nella qualità strutturale del tempo vissuto.

IMPLICAZIONI ETICHE

La distinzione tra durata e struttura del tempo comporta una ridefinizione della responsabilità clinica. Il professionista non è chiamato solo a gestire il "quanto" del tempo, ma anche il "come" esso si configura.

Questo orientamento evita due derive:

- il prolungamento tecnicistico della vita biologica privo di significato esperienziale;
- l'abbandono implicito del paziente quando la durata appare limitata. La cura assume così una funzione configurativa: non aggiunge tempo, ma ne modifica la qualità ontologica.

DISCUSSIONE

La proposta qui delineata necessita di ulteriori sviluppi empirici. Rimane aperta la questione della misurabilità del campo esperienziale e della sua possibile traduzione in indicatori clinici.

Tuttavia, anche in assenza di metriche standardizzate, il modello offre una guida operativa coerente con la pratica palliativa avanzata.

LIMITI DI APPLICABILITÀ

Il modello del “campo esperienziale” e della “curvatura” indotta dalla massa di cura presenta confini applicativi che ne circoscrivono la portata euristica e operativa.

Riconoscerli è condizione per evitarne un uso improprio o totalizzante.

1. Condizioni cliniche che limitano l'accessibilità esperienziale

In presenza di compromissione grave dello stato di coscienza, delirium ipoattivo non responsivo, sedazione profonda continua o demenza in fase avanzata, la dimensione del “tempo vissuto” risulta strutturalmente inaccessibile o profondamente destrutturata. In questi casi la massa di cura mantiene funzioni protettive e di contenimento, ma la sua capacità di configurare un campo narrativamente coerente è limitata dal venir meno del soggetto esperiente. Il modello non si applica, quindi, come criterio di valutazione della qualità del morire in assenza di soggettività residua.

2. Setting ad alta intensità e frammentazione

Contesti come pronto soccorso, terapie intensive o reparti per acuti sono caratterizzati da discontinuità relazionale, turnover elevato e priorità orientate alla stabilizzazione biologica. Qui la “densità di cura” è difficile da raggiungere e mantenere. L'analogia conserva valore critico — segnala proprio ciò che manca — ma non può tradursi in prescrizioni operative immediate senza una riforma organizzativa del setting.

3. Non determinismo e variabili non modificabili

Un'elevata massa di cura non garantisce automaticamente una curvatura coerente del campo esperienziale. Fattori biografici traumatici, psicopatologia preesistente, conflitti familiari irrisolti o angoscia di morte pervasiva possono mantenere il campo frammentato nonostante l'adeguatezza assistenziale. Il modello descrive una possibilità di influenza, non una relazione causale lineare. Evita dunque letture colpevolizzanti verso équipe o familiari quando il tempo residuo resta “inabitabile”.

4. Rischio di applicazione normativa

Il concetto di “campo esperienziale abitabile” non deve diventare un nuovo standard implicito con cui giudicare il “morire bene”. Esistono traiettorie di fine vita segnate da ambivalenza, rifiuto o caos che non sono necessariamente fallimenti della cura. L'obiettivo del modello è orientare l'intenzionalità clinica, non definire un esito obbligato.

5. Limiti culturali e linguistici

La nozione di tempo vissuto, orizzonte di senso e narrazione biografica è culturalmente situata. In contesti in cui la morte è elaborata con codici collettivi, rituali o non-verbalizzati, l'enfasi sulla coerenza narrativa individuale può risultare estranea o etnocentrica. L'applicazione del modello richiede quindi una mediazione antropologica e il riconoscimento di altre grammatiche del morire.

6. Assenza di metrica validata

Ad oggi mancano indicatori condivisi per quantificare la “curvatura” o la “densità” del campo esperienziale. Ciò limita l'uso del modello per audit, ricerca comparativa o allocazione di risorse. Il suo valore resta, al momento, prevalentemente formativo, riflessivo e di orientamento clinico qualitativo.

Questi limiti non invalidano l'ipotesi centrale, ma ne definiscono il perimetro d'uso: il modello è utile dove esiste un soggetto, un minimo di continuità assistenziale e la possibilità di una relazione. Fuori da queste condizioni, resta come istanza etica, non come strumento operativo.

CONCLUSIONI

Nel fine vita, il tempo non è solo una quantità da misurare, ma una struttura da configurare.

La “massa di cura” può incidere sulla curvatura del campo esperienziale, rendendo il tempo residuo più coerente e abitabile. Non si tratta di rallentare il morire, ma di sottrarlo alla pura cronologia, restituendogli forma e significato.

Bibliografia

1. Borgna, E. (2010). *Le ferite della vita*. Milano: Feltrinelli.
2. Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books. (Ed. it. *Antropologia e medicina*, Raffaello Cortina Editore).
3. Cassell, E. J. (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford University Press.
4. Saunders, C. (1996). 'The evolution of palliative care': *Patient Education and Counseling*, 29(3), 293-298. (O riferimenti al concetto di 'Total Pain').
5. Morino, P. (2011). *Cure palliative: una sfida etica*. Torino: SEB.
6. Lövgren M. et al. *Time and temporality at the end of life*, *Palliative Med*, 2019
7. van der Geest S. *Time and dementia*, *Soc Sci Med*, 2020
8. Raggi A. *Subjective time perception in advanced cancer*, *BMC Palliative Care*, 2021

Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.
©Copyright: the Author(s), 2026