

Mariapia Veladiano
Stefano Redaelli, Sergio Rondinara,
Sarah Gangi, Marta De Angelis,
Ferdinando Garetto, Valter Giantin,
Giovanni Casoli

Vita

a cura di Giulio Meazzini

DOSSIER



CITTÀ NUOVA

Dossier

Mariapia Veladiano,
Stefano Redaelli, Sergio Rondinara,
Sarah Gangi, Marta De Angelis,
Ferdinando Garetto, Valter Giantin,
Giovanni Casoli

Vita

a cura di

Giulio Meazzini

Supplemento al n. 4/2022 della rivista *Città Nuova*

CITTÀ NUOVA

«Dossier»

Direttore responsabile: Aurora Nicosia

Editore: PAMOM

via Frascati 306 - 00040 Rocca di Papa.

Direzione e redazione:

via Pieve Torina, 55 - 00156 Roma

tel. 063203620 - fax 063207185

Registrazione presso il Tribunale di Roma

n. 227 del 28/12/2015

Iscrizione R.O.C. n. 5849 del 10/12/2001

© 2022, Città Nuova della PAMOM
via Pieve Torina, 55 - 00156 Roma
tel. 063216212 - www.cittanuova.it

978-88-311-0967-3

Finito di stampare nel mese di marzo 2022
da Mediagraf S.p.A.
viale della Navigazione Interna, 89
35027 Noventa Padovana (PD)

Indice



- 7 Presentazione
di *Giulio Meazzini*
- 9 Che vita è?
di *Mariapia Veladiano*
- 21 Se la follia non ha senso, neanche la vita ce l'ha
di *Stefano Redaelli*
- 31 La vita e l'universo
di *Sergio Rondinara*
- 43 Le sfide della vita nascente
intervista a *Sarah Gangi*
- 57 Come morire
intervista a *Marta De Angelis*
- 69 La morte e il suo valore
di *Ferdinando Garetto*
- 77 Spiritualità e qualità della vita
di *Valter Giantin*
- 83 Depressione, andata e ritorno
di *Giovanni Casoli*

Presentazione

di **Giulio Meazzini**

Che cos'è la vita? Il dizionario spiega che con questa parola si intendono le proprietà della materia vivente, oppure il modo di vivere. Già da qui si capisce che non è facile definire la vita, stabilirne l'importanza e i confini. Letterati, filosofi e teologi hanno cercato di dare un contributo alla risoluzione di questo mistero, ma senza una parola definitiva. Anche la scienza, con tutta la sua potenza, non riesce a creare o definire la vita, ma solo a manipolare le «macchine biologiche guidate dal Dna» che siamo noi umani.

La vita sembra dunque sfuggire a qualsiasi tentativo di intrappolarla in una concezione semplicistica e limitata. Forse è per questo che, da sempre, ogni uomo e ogni donna nella storia si sono interrogati e si interrogano sul significato e sul senso della propria esistenza.

Questo *dossier* non pretende di dare una definizione onnicomprensiva o una risposta definitiva. È solo un tentativo, umile e interdisciplinare, di interrogare la vita e il suo significato da vari punti di vista. Forse si può intuire qualcosa mettendo insieme tessere di sensibilità e competenze diverse. Abbiamo chiesto a vari esperti, in campi diversi, di tratteggiare le caratteristiche dell'esistenza, dal-

le sfide della vita nascente fino al “come morire”, passando per situazioni problematiche – come follia, depressione e Alzheimer –, che ci interrogano fortemente se stiamo ancora parlando di “vita” e quale vita. Parliamo anche di morte, perché vita e morte sono strettamente connesse.

Arricchiscono il *dossier* una riflessione sul mistero della vita in rapporto all’evoluzione del cosmo, e alcune evidenze statistiche sull’impatto del credere sulla qualità della vita.

In questi mesi si discute in Italia di eutanasia. Vorrei concludere questa presentazione riportando un fatto. Tempo fa, gli scienziati ritenevano che ogni cellula avesse un proprio programma preciso, che stabiliva il processo e i tempi di nascita, evoluzione, duplicazione e morte della cellula. Più recentemente, invece, si è scoperto che la realtà è più complessa: la cellula non muore perché glielo dice un programma o un orologio interno. Durante la sua vita scambia continuamente messaggi con le cellule che la circondano chiedendo loro: «Posso continuare a vivere?». A seconda dell’ambiente circostante e delle risposte delle altre cellule, attiva o no il meccanismo di “suicidio cellulare” (apoptosi).

In altre parole, potremmo dire che ogni cellula per vivere ha continuamente bisogno di sentirsi necessaria, perché accettata e voluta dalle altre. Amata? Buona lettura.

Che vita è?
di **Mariapia Veladiano**



Bugie

«La morte che si è dimenticata indietro il corpo». Un'espressione che schianta il cuore. La si incontra quando si va a cercare notizie sulla malattia di Alzheimer. Come se la persona malata non ci fosse più davvero, come se rimanesse solo il corpo da accudire. È un'espressione tremenda che racconta soprattutto la nostra paura. E racconta anche la grande bugia dentro la quale viviamo, cioè l'idea che sia vita solo quella giovane, sana, lavorativa, senza cadute e debolezze. Non è così.

La vita è una variazione sul tema della fragilità. Mille fragilità sempre. Temporanee come un incidente o una stanchezza o una malinconia, permanenti come una disabilità. La vita vera è quella che non lascia indietro nessuna fragilità. E così diventa forte, nella verità di noi, cioè la verità che siamo in relazione e sempre abbiamo bisogno gli uni degli altri.

La cultura occidentale ha un problema con l'età anziana. Si vive di più, e questo è un bene, lo desideriamo. Ma nello stesso tempo è come se la società non fosse davvero impegnata a integrare tutte le età della vita. Le città non hanno servizi diffusi e bisogna attraversarle da una parte all'altra per avere una visita o un certificato, le strade sono affollate e pericolose, i marciapiedi occupati

dalle auto, i mezzi di trasporto affollati e difficili da prendere, pochi spazi sociali. Una persona anziana fa fatica eccome. C'è da dire che è così anche per i bambini, che pure diciamo di desiderare e di amare sopra ogni cosa. Anche per loro le città sono inadatte, le strade pericolose, nessuna autonomia possibile, niente cortili e piazze come spazi franchi di socialità.

E poi le case. Sono piccole, pensate per persone giovani e attive che stanno fuori tutto il giorno. La pandemia ha mostrato quanto sono inadeguate allo scopo per cui dovrebbero essere costruite, cioè dare riparo a una famiglia. Ma sono inadeguate anche di fronte a situazioni di normale imprevisto, ad esempio ospitare un genitore con un femore rotto per il tempo necessario alla guarigione.

Per l'anziano anche temporaneamente malato il modello è la struttura. Residenze protette le chiamavano prima della pandemia, poi si sono rivelati disastrosi moltiplicatori di fragilità. Chissà se non sia il caso di cambiare il nome e anche il modello.

Ma con la malattia di Alzheimer, e in generale con le demenze dell'età anziana, si sommano due paure. La paura della vecchiaia e quella della malattia che colpisce la mente. La malattia fisica ha una sua normalità, non si può star bene tutta la vita, noi la riconosciamo nella forma del corpo diverso da come dovrebbe essere, un braccio al collo, un'invalidità che impedisce di camminare bene, una patologia grave che toglie il respiro e la leggerezza ma che spesso, oggi sempre più spesso, guarisce. E comunque la persona malata nel corpo la possiamo rag-

giungere, le parliamo, la consoliamo, le portiamo dolci e libri da leggere. C'è con la testa, ci diciamo l'un l'altro. La possiamo raggiungere là. La malattia che colpisce la mente, invece, sottrae quel luogo condiviso fatto di ricordi ed esperienze che riconosciamo storia comune, di coppia, di famiglia, di amicizia. I ricordi sono frullati. Anche i nomi, addirittura i nomi di chi si è tanto amato. E i luoghi.

Se si porta la persona malata in un altro posto, chiede di tornare a casa. Ma una volta arrivata a casa ancora spesso chiede di andare a casa. Perché non esiste più una casa ricomposta nella memoria delle cose conosciute. Ma chi non dimentica ogni tanto dove ha parcheggiato l'automobile o dove ha appoggiato le chiavi? Chi, magari stremato dal lavoro o preoccupato per una situazione familiare, non dice frasi sciocche e senza sugo o non dimentica i nomi di persone appena viste? Chi non è stato così depresso da aver avuto paura di perdere il senno? Divento matto, diciamo fra noi e noi. Abbiamo così tanta paura di questo venir meno che allontaniamo la consapevolezza del problema quando tocca le persone che amiamo, al punto da negare i fatti, illuderci e illudere. E quando poi la realtà si impone nella forma dell'esordio, cioè di un avvenimento che non si lascia interpretare ma ci porta di fronte alla malattia, allora allontaniamo tutto. Il problema e insieme la persona. La persona con il suo problema. Perché dalla malattia di Alzheimer non si guarisce. E perché abbiamo paura.

Superare la paura

Soprattutto si tratta di superare la paura. «Poi in un punto il tempo si strappa e attraverso lo strappo casca tutto intero il mondo di prima e rimane un solo pensiero: e adesso? E adesso? E adesso?». È questo il pensiero di Andreina quando nel romanzo *Adesso che sei qui* (Guanda, 2021) è schiantata dall'evidenza potente dell'esordio della malattia che colpisce zia Camilla. Ha paura. La paura è positiva se serve a raccogliere le forze davanti all'evento, ma diventa devastante se si impossessa di noi e ci annienta il pensiero, blocca l'azione e la creatività, non ci permette di riconoscere i sentimenti. Perché tutti, assolutamente tutti noi desideriamo fare il bene delle persone che amiamo. Ma se la paura prevale, non facciamo i passi giusti. Ecco, si tratta di cercare strade nuove e di percorrerle con energia, ci vuole tanta energia, ma anche la gioia di chi trova compagnia nel farlo, coinvolgendo amici e parenti incerti, prendendo per gli stracci le istituzioni, se e quando si sottraggono. Non è facile perché è vero che la persona malata di Alzheimer non abita più il mondo di chi le sta intorno. I suoi ricordi sono confusi. Le sue azioni sono incerte o incongrue. Non riconosce le persone. Via via perde autonomia. Eppure.

Eppure la si può raggiungere nella sua nuova normalità. Nel romanzo la nipote Andreina capisce presto due cose. Che non può fare tutto da sola e che l'azione giusta è abbracciare la nuova normalità di zia Camilla e non cercare di riportarla alla propria perché la zia non può proprio farlo.

Chiederle continuamente di sforzarsi di far bene le cose, correggere i falsi ricordi, rimproverare una persona con demenza, scatena l'aggressività o la malinconia. Si può lasciar correre l'errore, assecondare il ricordo confuso. Ridere insieme delle dimenticanze.

È il suo mondo nuovo. Certo, questo lo si può fare se si è presenti, se si capisce quando lasciar andare, quando intervenire, quando assecondare. Perché questo tipo di malattia non ha un decorso uguale per tutti. Andreina lo dice: i medici «forse conoscevano la malattia, ma zia Camilla non era la malattia».

È chiaro che è un percorso difficile in una struttura, dove la cura ha una sua necessaria standardizzazione. Naturalmente può arrivare il momento in cui la struttura è inevitabile, ma se prima di questo momento l'assistenza può essere organizzata a casa, è tutta vita per tutti.

In Italia le persone anziane fragili che vengono assistite a casa sono il 2,7% degli ultrasessantacinquenni, in Germania sono il 13%. Nei Paesi del Nord Europa un terzo degli ultraottantenni è seguito a casa dal servizio sanitario¹. È la strada da percorrere.

Perché a casa? Si tratta di poter vivere le nostre relazioni più profonde e belle fino all'ultimo giorno, fino all'ultimo respiro, letteralmente. C'è una qualità più o meno buona nel vivere le relazioni

¹ Indagine 2021 di Italia Longeva “Long-Term Care: verso una rinascita?”. https://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2021/07/Indagine_LTC-6_2021.pdf

ma anche una qualità nel lasciarsi. Il tempo della malattia è parte della relazione. È come se non sapevamo chiudere il cerchio della nostra relazione affettiva. Riceviamo, riceviamo e non sappiamo restituire il dono. Siamo amati, lungamente, accuditi, accompagnati ad essere grandi e poi interrompiamo questa dinamica del dono. Perché non c'è tempo, il lavoro, i figli, la velocità. Ma se allontaniamo la persona malata prima che sia effettivamente necessario, ci priviamo di anni pieni di affetto e di relazione. Di sicuro nessuno desidera davvero questo. C'è un mito di onnipotenza che ci perseguita e ci fa soffrire perché alla fine tutti, nei giorni della nostra vita anche giovane e piena, siamo fragili. Riconoscere la fragilità aumenta la capacità di affrontare, resistere e costruire.

Noi

Andreina capisce che non può farcela da sola e lo dice: «Il primo periodo mi è servito a capire che avevamo bisogno di aiuto» (p. 67). Non è scontato chiedere aiuto. Nella nostra società sembra debolezza. Abbiamo il mito malato del farcela da soli, anche nella malattia o nella disabilità dei bambini. Lo si vede a scuola. Il processo di integrazione nella vita sociale dei bambini con disabilità non porta le famiglie fuori dalla loro solitudine. E ancora di più per la malattia dell'anziano. Sembra vergogna che qualcuno ci aiuti, e invece chiedere e accogliere l'aiuto apre alla dimensione di umanità condivisa che nella corresponsabilità trova la sua espressione.

La malattia grave, cronica, è considerata cosa di famiglia. Spesso la soluzione è il sacrificio di un familiare. Per un malato grave c'è una persona, di solito una donna, moglie o figlia, che rinuncia al lavoro e limita grandemente la propria vita. Naturalmente se questa è una scelta va bene, ma spesso è una necessità, la risposta a una mancata presa in carico di quest'età della vita da parte della società. Le persone malate di demenza dell'età anziana sono un milione e 300 mila in Italia. Non si può pensare che la soluzione per l'assistenza sia la dedizione individuale di altrettante persone. L'altra risposta della società, insufficiente per numero delle strutture e i costi, è rappresentata dalle residenze protette. Ecco, c'è una via diversa che è quella di una responsabilità diffusa, un coinvolgimento diverso, aiutato dalle scelte delle istituzioni. Il romanzo racconta di un progetto, realmente esistente in Trentino, che è il *Progetto Alzheimer*. Si tratta di persone competenti che vanno a casa delle persone malate e fanno assistenza tre volte la settimana. In Francia chi sceglie di tenere a casa la persona malata di Alzheimer riceve assistenza per 6 pomeriggi, più un'ora la mattina per l'igiene personale. È chiaro che questo aiuta moltissimo. Ma si tratta anche di un cambiamento di mentalità a livello sociale.

Coinvolgere il noi del vicinato che spesso sparisce per paura, pudore – «perché noi non sappiamo trattare la fragilità e scappiamo». Coinvolgere parenti, amici, è qualcosa a cui siamo disabituati.

La cura che guarisce (i rapporti)

Poi c'è il grande tema della cura che cura i rapporti. Zia Camilla risana i rapporti con la sua presenza nuova e bizzarra. Oggetto di cura, la sua particolare vita continua in una normalità più libera che contagia il mondo curandolo, rallentandolo, permettendogli di riconoscersi e anche soprattutto rendendo possibile una relazione affettiva che ritrova l'essenziale. Sono figli, mogli o mariti quelli che allontanano oppure tengono vicina la persona malata; la scelta li intristisce, qualche volta li devasta, oppure li salva, emotivamente e affettivamente. Perché c'è vita, tanta vita nella persona malata di demenza. Le demenze senili lasciano intatta la memoria degli affetti. Magari la persona non ricorda il nome di chi ha davanti a sé, lo chiama figlio ed è il marito, o lo chiama papà ed è il fratello, ma sa perfettamente se gli vuole bene o no, si rallegra o si inquieta in modo coerente con la relazione che ha vissuto. L'interazione cambia registro rispetto a quello dello scambio intellettuale ma rimane, fino all'ultimo giorno. E con la memoria degli affetti rimangono anche la memoria del canto e quella delle preghiere. Probabilmente perché sono anche queste memorie profondamente affettive. La preghiera è sempre parola di culla, insegnata da chi ci ama, madre, padre, nonna o zia. E il canto muove profondamente le emozioni. E ancora, c'è la memoria delle mani. Gestì e attività "iperapprese", vengono chiamate, ovvero fatte così tante volte da non poter essere dimenticate, basta che siano riattivate di tempo in tempo. Ad esempio lavare le

mani, banalmente, ma anche fare un gomitolo di lana, sbattere uova, tirare la pasta. Sono attività che rendono la giornata significativa, se richiamate in un contesto attento.

Che vita è?

Le demenze dell'età anziana mettono di fronte a una così grave insufficienza del nostro modello di assistenza e anche di vita, che si preferisce scotomizzare (cioè allontanare dalla consapevolezza) il fatto che dietro la malattia c'è ancora sempre una persona, con affetti, ricordi sia pure scomposti, desideri e malinconie. Capace di gioie profonde, di ridere, di spaventarsi, certo anche di aggressività, ma nella misura in cui la relazione continua, cioè si è presenti, è più realistico prevenire e controllare in modo creativo queste crisi. Di sicuro lasciare a casa la persona malata richiede una organizzazione energica, aperta, una condivisione di scelte anche impensate, come quella di spostare gli orologi per adeguare il tempo alle esigenze di zia Camilla, come racconta Andreina, e non zia Camilla a un tempo la cui impersonale regolarità non ha più significato. Ma non si perde la relazione, nessuna vita sottratta a loro e a noi. Lo dice Andreina nel romanzo: «Zia Camilla ci ha resi tutti migliori».

Se la follia non ha senso,
neanche la vita ce l'ha

di **Stefano Redaelli**



Non ha senso

Forse non rivedrò più Antonio.

Sono andato a trovarlo per fargli gli auguri di Natale, tagliare un panettone e mangiarlo insieme. Ho scoperto che l'hanno trasferito: da un giorno all'altro, senza preavviso, dopo 20 anni di vita in una comunità di cura (un centro di riabilitazione psichiatrica) che era diventata la sua famiglia (l'unica, quel che resta della famiglia di sangue lo ha spedito a un altro indirizzo come si spedisce un pacco postale).

Non ha potuto salutare nessuno, essere preparato (semmari possibile) a un cambiamento traumatico. Quando la psicologa me l'ha detto, ho sentito salire una tristezza profonda. Anche lei era turbata: la decisione non dipendeva da loro. Tornato a casa, ho pianto.

Conosco Antonio dal 2007. Sono tra le poche persone (oltre quelle che vivevano con lui, che se ne prendevano cura) che gli hanno dedicato ascolto, hanno preso sul serio i suoi deliri, trascritto le sue invenzioni. Ho pianto e avrei voluto urlare la mia indignazione.

La struttura in cui l'hanno trasferito è praticamente inaccessibile a visitatori esterni che non siano familiari (Antonio ne ha solo uno che non vede

chissà da quanti anni); in tempi per niente remoti la struttura è stata messa sotto inchiesta per il modo in cui trattavano i pazienti.

È stata chiusa, poi riaperta: tutti assolti.

Costa poco: non ci si può aspettare cure particolari. Come se aver cura dell'altro, trattarlo con dignità, qualunque sia il suo stato di salute, fosse un servizio di lusso.

Forse non vedrò più Antonio a cui devo molto: la sua follia, la sua amicizia hanno ispirato un romanzo, ricerche letterarie ancora in corso, hanno cambiato il mio modo di considerare la malattia mentale, la malattia in senso lato.

Non l'ho neanche ringraziato a sufficienza per i suoi doni.

Antonio non potrà ricevere il conforto di una visita. Lo immagino traumatizzato dal cambiamento, sedato oltremodo, solo.

Credo che morirà presto. E penso che questo non abbia alcun senso.

Sono passati 43 anni dalla Legge Basaglia, pensavo che non accadessero più cose simili.

Ho frequentato strutture psichiatriche in cui si pratica una psichiatria gentile, incontrato medici che conoscono la letteratura meglio dei letterati, che credono nel potere della parola che cura, del silenzio, dell'ascolto che accoglie, delle relazioni che danno senso alla salute come alla malattia, alla vita come alla morte.

Eppure capita ancora, nel 2021, che si privi un uomo (paziente psichiatrico) delle sue relazioni umane, che lo si tratti come fosse privo di storia e affettività, volontà e bisogni.

Non ha senso.

Un fatto simile dovrebbe indignarci, preoccuparci, molto di più della malattia mentale, della depressione, della follia, del presunto nonsenso dell'insania.

Non è sano che qualcuno – famiglia, medici, persone sane (non in cura) – possa prendere decisioni simili: malate.

Ha senso

La follia di Antonio, invece, per quanto misteriosa, a volte violenta, altre dolente e tenera, un senso ce l'ha: è il suo modo di sentire, comunicare, creare relazioni con gli altri e con il mondo. Posso esserne testimone.

Tutte le volte che sono andato a trovarlo, mi ha trattato con rispetto, stima, affetto.

A volte era così triste da riuscire solo a piangere e sussurrare dolori inenarrabili; altre era vulcanico: parlava lingue incomprensibili, mi allertava di fronte a complotti internazionali, catastrofi imminenti. Più di una volta si è scusato per avermi involontariamente urlato addosso: «È colpa delle medicine... tutte queste medicine...».

Trattando il suo linguaggio come una grande metafora, trovavo di volta in volta nuclei di senso e pertinenza con la sua e la mia vita, che non finivano di sorprendermi.

Ci sono voluti decenni di rivoluzioni psichiatriche per superare la pratica dell'elettroshock, della lobotomia, della contenzione (purtroppo ancora

presente) ed arrivare a una psichiatria gentile, di matrice fenomenologica, che considera la follia «un'enigmatica forma di esistenza» (Eugenio Borgna), in cui la distinzione tra malattia e non malattia sfuma.

Non sfuma, al contrario, la vita interiore, non sfumano i sentimenti, i pensieri, le esigenze umanissime del paziente: al contrario.

C'è un saggio bellissimo, scritto a quattro mani dallo psichiatra Eugenio Borgna e dal sociologo Aldo Bonomi, intitolato *Elogio della depressione*, che lancia un messaggio e una provocazione necessarie. Cosa elogiano i due studiosi?

Non la malattia in sé, ma quello che la malattia ci dice: elogiano il suo ascolto.

La depressione è considerata come metafora della fragilità, che a sua volta è metafora della sensibilità e queste due parole non sono sinonimi di debolezza, bensì di umanità.

Scrive Borgna, citando Kurt Schneider: «Ci dovremmo preoccupare non di essere stati depressi una volta in vita, ma di non esserlo stati mai». Ripporto una citazione più estesa:

«La sensibilità, e la fragilità, sono anche la premessa a ogni conoscenza intuitiva degli altri da noi, alla comprensione delle emozioni, della tristezza e della inquietudine del cuore, della gioia e delle attese, delle angosce e delle speranze, che si animano nella interiorità, nella soggettività, degli altri [...]. Conoscere la depressione, i suoi modi di essere, averla vissuta almeno una volta in vita, dilata le personali possibilità di dialogo e di ascolto: di immedesimazione nei mondi feriti della tristez-

za e della disperazione. Si creano così, solidarietà che oltrepassano le ideologie e gli egoismi individuali; e che concorrono nel fondare una comunità di destino fra chi cura e chi è curato».

Credo che la riflessione di Borgna non valga solo per la depressione, ma per il disagio mentale in senso lato, per la follia, oso dire, che si rivelerebbe, dunque, come: 1) “epifania dolorosissima” della fragilità stessa della vita; 2) fonte di conoscenza di sé e degli altri, delle proprie aspirazioni più profonde (spesso irrealizzabili nella società); 3) ricerca di “una salvifica trascendenza”; 4) paradossale collante fragile di un tessuto sociale che potrebbe rinsaldarsi a partire proprio dalla “comunità di anime ferite” di chi esperisce il disagio mentale, in uno spirito paolino: «Quando sono debole, è allora che sono forte».

Quali prove si possono fornire a sostegno di questa rilettura del disagio mentale?

Eugenio Borgna (classe 1930, uno dei più grandi psichiatri viventi, tra i massimi esponenti italiani della psichiatria fenomenologica) ci offre più di 50 straordinari saggi, frutto di 60 anni di esperienza lavorativa a contatto con i pazienti psichiatrici: in ascolto.

Nella letteratura, a sua volta, troviamo numerose struggenti narrazioni del disagio mentale e di come, a volte, proprio nei luoghi di cura, si possa riscoprire ciò che più ci caratterizza come esseri umani. Mi limito a un brano di Alda Merini, tratto da *L'altra verità. Diario di una diversa*, racconto poeticamente trasfigurato della sua esperienza manicomiale.

A dispetto degli orrori della psichiatria pre-basagliana (elettroshock, contenzione, psicofarmacologia punitiva) di quegli anni, tali da farle definire il manicomio “un inferno”, la relazione fraterna tra i pazienti assurge nel suo racconto a epifania di umanità:

«E imparai, sì, proprio lì dentro, imparai ad amare i miei simili. E tutti dividevamo il nostro pane l’una con l’altra, con affettuosa condiscendenza, e il nostro divenne un desco famigliare. E qualcuna, la sera, arrivava a rimboccarmi le coperte e mi baciava sui corti capelli. E poi, fuori, questo bacio non l’ho preso più da nessuno, perché ero guarita. Ma con il marchio manicomiale».

Il bacio del folle: ci fa paura o ne sentiamo la nostalgia?

Con-senso

Psichiatria e letteratura sono d'accordo su una cosa: il disagio mentale, la follia, la depressione, non solo sono esperienze dotate di senso, ma hanno a che fare proprio con la ricerca di un senso, di una inferiorità soffocata «dalla indifferenza, dalla noncuranza, dalla febbre ricerca del proprio interesse, dall'egoismo, dal fascino stregato dei beni materiali» (ancora Borgna). Le malattie che più temiamo dicono forse le cose di cui abbiamo più bisogno.

Dar loro voce vuol dire far risuonare i sensi non solo della malattia, ma della vita stessa.

Ho frequentato per anni Antonio e chi come lui ha avuto in sorte la follia, e ho capito che non si

può guarire da una malattia che ci scinde da noi stessi e dagli altri, se la cura (presunta) si realizza nella separatezza dei luoghi di cura. È una contraddizione evidente, un paradosso.

Eppure il mondo dei sani continua a essere separato da quello dei malati, come sosteneva Franco Basaglia: «Anche attraverso le cure e gli sforzi della scienza in suo soccorso, il mondo malato viene soltanto sfiorato da quello sano, impedendo lo stabilirsi di un rapporto umano e approfondendo sempre più il solco che divide questi due mondi». Sono diventato in fretta amico di Antonio perché non avevo concorrenti: nessuno andava a trovarlo. Sani e malati restano spesso separati: in particolare quando si tratta di malattia mentale.

Questa è la vera schizofrenia, la scissione non solo all'interno della società, ma di noi stessi. Susan Sontag la definiva «doppia cittadinanza: nel regno dello star bene e in quello dello star male», come se la vita non fosse una, con esperienze di gioia e dolore, malattia e sanità, e unico il passaporto che riceviamo venendo al mondo: quello di esseri umani.

Ma la scoperta che più mi ha spiazzato, frequentando i luoghi di cura della follia, è un'altra: non sono i malati ad aver bisogno dei sani (anche), ma i sani ad avere bisogno dei malati.

Per me è stato così. Le domande sul senso della vita, del dolore, a contatto con la malattia sono risuonate in tutta la loro urgenza e bellezza. Il valore delle “relazioni di cura” – basate sulla condivisione della fragilità, dei pensieri, degli stati d'animo – si è rivelato universale, a prescindere dalla

residenza nel «regno dello star bene o in quello dello star male».

Vivere in relazioni di condivisione vuol dire vivere con senso.

Bibliografia

- A. Bonomi, E. Borgna, *Elogio della depressione*, Einaudi, 2011.
A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, Rizzoli, 1986.
F. Basaglia, *Scritti, Vol. I*, Einaudi, 1981.
S. Sontag, *La malattia come metafora*, Nottetempo, 2020.

La vita e l'universo
di **Sergio Rondinara**



Nel parlare di presenza della vita nell'universo può accadere che la fantasia diriga involontariamente la nostra riflessione sull'ipotetica esistenza della vita extraterrestre. In queste poche righe si cercherà di controllare tale impulso e parlare invece di una vita di cui sappiamo con certezza l'esistenza: la nostra, la vita intelligente presente su questo pianeta.

Da sempre, dinanzi allo spettacolo del cielo stellato, ci siamo posti domande sull'universo: «Da dove proviene tutta questa immensità?», «quando ha avuto inizio?», «e io che posto occupo in questo grandioso scenario cosmico?».

Domande queste che nella inesauribilità esistenziale sono sempre attuali. Ad esse gli uomini e le donne di tutti i tempi e culture hanno cercato di dare riposte e spiegazioni mediante narrazioni cosmogoniche, miti, interpretazioni filosofiche. A tutti questi tentativi si è aggiunta nel '900 una nuova lettura, la lettura scientifica mediante la cosmologia.

Essa è una sezione della fisica e dell'astronomia che ambisce ad occuparsi dell'universo fisico considerato come un unico oggetto d'indagine. Ne studia i caratteri fisici quali dimensioni, età, densità, ecc. e il suo processo evolutivo insieme al pro-

blema degli inizi e degli scenari terminali che ne segneranno il destino.

L'evoluzione dell'universo

Uno dei caratteri più importanti del nostro universo è che esso si sta espandendo e conseguentemente si sta raffreddando. In questa espansione l'universo vive un processo evolutivo continuo in cui alcuni suoi oggetti si trasformano o scompaiono e altri invece emergono all'esistenza.

L'evoluzione cosmica è una storia segnata dall'articolarsi nel tempo delle quattro forze fondamentali della natura: la *forza elettromagnetica*, che governa tutti i fenomeni elettrici e magnetici, la *forza nucleare forte*, responsabile del legame tra protoni e neutroni che compongono i nuclei atomici, la *forza nucleare debole*, responsabile del decadimento dei nuclei radioattivi, e infine la *forza gravitazionale*, responsabile delle relazioni tra oggetti dotati di massa. Nelle primissime fasi tutte e quattro queste forze erano molto probabilmente unificate sotto forma di un'unica forza: una “superforza”.

Durante l'espansione l'universo si raffreddò gradualmente e in corrispondenza di ben precisi valori di temperatura (soglie termiche) la superforza andò progressivamente differenziandosi originando ogni volta un nuovo stato dell'universo fino a giungere alla loro completa differenziazione come oggi la conosciamo.

Se avessimo potuto osservare l'universo nel suo sviluppo storico, avremmo visto attraversare un

certo numero di cambiamenti di fase proprio come avviene per l'acqua, qui sulla Terra. L'acqua cambia fase quando da vapore diventa liquida (pioggia), quando da liquida diventa solida (ghiaccio). Così come per l'acqua il cambiamento di fase procura un rapido cambiamento delle sue proprietà fisiche, così l'universo nei suoi cambiamenti di fase ha cambiato da un dato stato fisico a un altro del tutto diverso.

Vorrei ora focalizzare l'attenzione su un particolare momento dell'evoluzione cosmica. Siamo a 3 minuti dall'inizio dell'universo, del Big bang. In questo momento avviene un evento di estrema importanza per il nostro universo: la formazione dei primi nuclei atomici (nucleosintesi). Con l'abbassarsi della temperatura venne facilitata una interazione stabile tra protoni e neutroni che si legarono mediante l'interazione nucleare forte sintetizzando in questo modo i primi nuclei.

Dopo 380 mila anni la temperatura scese ancora e fu in quel momento che i nuclei (carichi positivamente) iniziarono a catturare i primi elettroni (carichi negativamente) dando luogo ai primi atomi stabili formando così la materia allo stato molecolare composta essenzialmente da gas di idrogeno ed elio. Al suo interno nacquero delle lievi fluttuazioni, da cui presero forma piccole zone con densità leggermente superiore a quella media. Queste aree a loro volta attrassero a sé altra materia e diedero luogo alle prime galassie. In esse si formarono per concentrazione di masse gassose le prime stelle dove furono forgiati i 92 elementi chimici che costituirono la base per lo sviluppo –

almeno in un sistema planetario – del fenomeno vita, fino alla vita intelligente.

In sintesi, su scala macroscopica l’evoluzione cosmica può essere descritta come il passaggio graduale dall’essere caldissimo all’essere molto freddo, dall’essere molto denso all’essere quasi vuoto, dall’essere molto semplice (una piccolissima sfera in espansione di gas ionizzato [plasma]) all’essere molto complesso (un insieme di ammassi di galassie ciascuna con centinaia di miliardi di stelle), dall’essere una entità omogenea e indifferenziata ad essere un sistema altamente disomogeneo e diversificato.

Caratteristiche quali la complessità e la differenziazione risultano ancor più evidenti se si scende alla scala microscopica dove possiamo osservare la progressiva differenziazione dei 92 elementi chimici, l’enorme numero di molecole a cui essi possono dar luogo comprese le proteine e gli aminoacidi costituenti molecole complessissime quali, ad esempio, il Dna che veicola in sé le informazioni essenziali per il fenomeno vita, compresa la vita intelligente.

Criticità delle costanti fondamentali e la vita

Nella prima metà degli anni ’70 il fisico australiano Brandon Carter mise in evidenza in una sua ricerca come la struttura fisica delle stelle, dei pianeti e delle galassie fosse in stretta relazione con i valori delle costanti fondamentali della natura che regolano l’intensità delle quattro forze fondamentali.

Tale relazione risulta particolarmente critica per il nostro universo, poiché le costanti fondamentali compaiono in essa con esponenti assai elevati. Ciò significa che eventuali loro valori, diversi anche di poco dagli attuali, avrebbero prodotto strutture stellari e planetarie totalmente diverse da quelle attuali con conseguenze negative per l'esistenza di quelle forme di vita che oggi conosciamo. È opportuno soffermarci su questo argomento per vedere da vicino ciò che avrebbe comportato un diverso valore di alcune costanti fondamentali.

Nella fase di nucleosintesi, a cui si è accennato, la coesione dei nuovi nuclei fu regolata dalla combinazione di varie forze; quelle attrattive di origine nucleare, governate dalla costante di interazione forte, e quelle repulsive di origine elettromagnetica, dipendenti dalla costante di interazione debole. Le prime prevalsevano sulle seconde dando luogo a nuclei stabili.

Un eventuale maggior valore della costante d'interazione forte, con il conseguente aumento dell'intensità della forza nucleare tra le particelle dei nuclei, avrebbe comportato drastiche conseguenze per il futuro dell'universo poiché sarebbe risultato composto di solo elio. In epoche successive, con la totale assenza di idrogeno, le stelle simili al Sole nel loro evolversi non avrebbero potuto avere quella fase di "bruciamento" dell'idrogeno necessaria all'arresto della contrazione gravitazionale che le fa vivere per miliardi di anni. Esse si sarebbero pertanto contratte fino alla condizione di degenerazione elettronica che ne avrebbe bloccato l'evoluzione. Le stelle più grandi del Sole, inve-

ce, in un primo momento, avrebbero innescato al loro interno reazioni nucleari di fusione dell'elio, ma quest'ultime sarebbero state così veloci che la vita media delle stelle si sarebbe sviluppata rapidamente nell'arco di centinaia di milioni di anni anziché dei miliardi di anni delle stelle attuali. I pianeti sarebbero stati anch'essi privi di idrogeno e di conseguenza sarebbe venuta a mancare quella ricca varietà di composti chimici idrogenati quali l'acqua e tutta la famiglia di molecole organiche che caratterizzano l'habitat terrestre, oltre a condizioni astronomiche e fisiche ambientali quali quelle che abbiamo sul nostro pianeta. In tali condizioni non è difficile prevedere che alcuna forma di vita sarebbe stata possibile.

Al contrario, se la costante dell'interazione forte avesse avuto un valore più basso, avremmo avuto un universo composto di solo idrogeno, con la conseguente impossibilità per le future stelle simili al Sole di usufruire di quella stasi – lunga miliardi di anni – durante la quale si formano gli elementi chimici pesanti e viene irradiata energia nello spazio. Si giunge così alla conclusione che l'attuale valore della costante d'interazione forte manifesta una criticità nei confronti della struttura chimica e fisica dell'universo. L'avere un valore critico così caratteristico ha permesso un'abbondanza di idrogeno ed elio con tutte quelle possibilità che ciò ha comportato, specie nella formazione degli elementi pesanti nelle stelle e nello sviluppo della chimica planetaria.

Secondo studi del fisico Freeman Dyson, se il valore della costante d'interazione forte fosse stato

diverso del 2-3 % dell'attuale, un universo in cui si sarebbe potuto manifestare il fenomeno della vita sarebbe stato del tutto compromesso.

Tutto ciò ci fa comprendere come il fenomeno vita, ancor prima d'essere un evento biologico, è prima ancora un fatto cosmico poiché ha le sue radici in eventi accaduti nei primi minuti di vita dell'universo. Quest'analisi, ha messo in evidenza come tutta l'evoluzione cosmica sia stata condizionata dalla criticità dei singoli valori delle costanti fondamentali della natura nel rendere possibile quella lunga serie di condizioni necessarie senza le quali l'esistenza di forme vitali e la loro evoluzione sarebbe stata impossibile nell'universo intero.

L'uomo un microcosmo

Le argomentazioni scientifiche sulla criticità dei valori delle costanti fondamentali della natura ci mostrano come e quanto la vita in genere e l'uomo – inteso come umanità – non siano affatto estranei all'universo attuale e a quello passato. L'uomo e l'universo sono inseparabilmente solidali, sono coinvolti in uno stesso divenire, hanno in comune una stessa storia.

L'uomo ha un rapporto articolato e complesso con il suo universo. Una complessità questa che la tradizione filosofica ha cercato di sciogliere coniando due termini: microcosmo e macrocosmo.

L'uomo è un microcosmo in quanto possiede riuniti in sé, in una unità personalizzata, tutti gli elementi fondamentali che compongono il ma-

crocosmo. Elementi, questi, frutto dell'evoluzione cosmica a livello fisico-chimico, ma anche al livello di molecole complesse tipiche della biosfera terrestre che costituiscono gli organismi viventi. Alla luce dei risultati della moderna cosmologia possiamo affermare che l'uomo è un microcosmo per due motivi.

1) In primo luogo essendo comparso alla fine della lunga e travagliata storia cosmica, e in particolare alla fine della storia del fenomeno "vita" sul pianeta Terra, egli porta in sé le tracce e le pieghe di tutta l'evoluzione cosmica. Infatti, nel suo essere materiale, egli è costituito da quegli elementi fisico-chimici che per la loro formazione hanno richiesto miliardi di anni di evoluzione cosmica e da quella mirabile complessità di relazioni che li tiene uniti insieme. Mirabile complessità di relazioni che la scienza studia e che riscontra attive in ogni angolo del macrocosmo. Secondo questa prospettiva l'apparire dell'uomo dà un senso a tutto lo sviluppo cosmico del passato.

2) Il secondo motivo è che ogni singolo uomo non può essere definito in maniera esaustiva in base a tutti quegli elementi fisico-chimici e biologici che lo compongono. In altre parole non può essere definito in base alle sue radici cosmiche o alla rete di relazioni che segnano il suo essere collocato all'interno di un processo cosmico, biologico, storico e culturale. Tutto ciò non è sufficiente a dare una spiegazione esauriente di chi egli sia.

Ciò che rende l'uomo un essere vivente non è l'essere fatto di polvere cosmica, ma è l'atto che lo costituisce nella sua irrepetibile singolarità e quin-

di nella sua irrepetibilità. Per dire la verità sull'uomo, si deve parlare del pensiero, della riflessione, della relazione disinteressata nella libertà, della fiducia e dell'amore.

L'emergere dell'uomo dalle pieghe del cosmo attesta una rottura, una discontinuità nel processo dell'evoluzione, un vero e proprio salto ontologico. Questo perché in lui si attua il processo del sorgere della coscienza riflessa (nel momento in cui conosco qualcosa, so di sapere), la nascita del pensiero. Con la sua apparizione si varca quella soglia dove tutto assume un altro valore, tanto la carne quanto la psiche. L'unità dell'uomo, infatti, è tale che il suo corpo è capace di manifestare una trascendenza: quella della sfera spirituale.

Questa trascendenza è inscritta in tutto il suo essere, nella sua sfera spirituale come nella sua corporeità. La qualità della sua vita umana, infatti, si manifesta con la trascendenza. L'essere umano esprime meglio di ogni altro essere vivente la ricchezza della vita. Nel suo operare, infatti, egli lascia le tracce di un dinamismo intenzionale della coscienza, un dinamismo onniinclusivo che lo rende capace di accogliere in sé il mondo e lo apre al mistero, all'orizzonte ultimo e definitivo. L'uomo, in quanto persona, nel suo operare, nel suo conoscere, nel suo riconoscere un mondo di valori, nel suo ricercare la verità, nel tendere all'Assoluto secondo la propria esperienza religiosa, eccede, è di più, e quindi trascende tutto quel processo cosmico all'interno del quale egli è apparso.

Riconoscere questa eccedenza della persona umana rende plausibile affermare che il processo co-

smico giunge a toccare nell'apparire dell'uomo e nella sua autorealizzazione un apice, un fine. In questo senso egli ci appare come il compimento di tutta l'evoluzione cosmica, il suo termine. La presenza dell'uomo permette, dunque, di porre la questione sul significato del cosmo.

Il segreto dell'universo non risiede nei meandri nascosti della struttura infinitesimale della materia o tra le pieghe degli ammassi di galassie, ma nell'esistenza di un essere dotato d'intelletto, di parola e capace di pensare e conoscere.

Riguardo la questione circa il posto che occupa l'uomo nell'universo, possiamo affermare che egli non si trova al centro geometrico del mondo, ma si trova nel punto limite dell'evoluzione cosmica e ne indica quindi la direzione, il fine e il senso. All'interno del macrocosmo egli rappresenta l'infinito della complessità, un microcosmo a sé.

A questo punto assume grande rilievo il fatto che l'uomo abbia dato origine a una ricostruzione di tutto ciò che è accaduto nel corso dei miliardi di anni. È la ricostruzione della propria storia intimamente connessa con quella dell'universo. In questa storia egli vive il proprio dramma esistenziale fatto di ascesa e declino, di realizzazioni – personali o collettive – e di fallimenti, di gioie e dolori, di vita e di morte. Questo dramma, che segna in profondità l'esistenza umana, lo coinvolge insieme al mondo che lui si è costituito mediante la cultura e all'universo intero verso un destino, un destino a lui ignoto al quale tenterà, con tutte le sue risorse, di dare un significato.

Le sfide della vita nascente

Intervista a
Sarah Gangi

a cura di **Giulio Meazzini**



Sarah Gangi è psicologa e psicoterapeuta specializzata in età evolutiva, responsabile del servizio di psicologia dell'Unità di neonatologia e terapia intensiva neonatale (Tin) del policlinico Umberto I di Roma. Con Mario De Curtis ha da poco dato alle stampe *Piccoli piccoli – Storie di neonati nell'Italia di oggi* (Laterza 2021).

Chi arriva nell'unità intensiva neonatale?

I bambini ricoverati in Tin possono essere prematuri (da 22 a 35 settimane), con difficoltà respiratorie, sofferenza prima della nascita, sindromi genetiche, patologie rare o legate all'immaturità degli organi causata dalla loro prematurità. Quando alla nascita i medici notano dei sintomi preoccupanti, i neonati vengono ricoverati; segue il processo diagnostico fino alla definizione della sindrome di cui sono affetti. Sono bambini che hanno bisogno di terapie intensive, quindi di assistenza respiratoria o altro tipo.

Nel libro lei lo definisce «un microcosmo di situazioni difficilissime in cui ogni bambino ha la sua storia»...

È un microcosmo, perché attorno alla nascita ruotano problemi di ordine medico, ma anche situazioni sociali disagiate, ad esempio spesso in Tin accogliamo figli di tossicodipendenti o di madri che in gravidanza non hanno effettuato alcun controllo. La nascita è sempre uno snodo importante, che coinvolge tutta la famiglia. Il neonato non sopravvive senza i suoi genitori, il nostro reparto quindi si occupa dell'intero nucleo familiare, compresi i fratellini a casa. In particolare, come psicologa supporto i genitori e, quando possibile, l'intero nucleo familiare. Ci sono neonati che vengono ricoverati per settimane o mesi, per cui è impensabile non considerare cosa succede all'intera famiglia in quel periodo. Dobbiamo farci carico anche della storia familiare.

Lei scrive di genitori «stravolti dalla nascita di un bambino prematuro o malato, mamme su cui incombe il peso della stanchezza o della preoccupazione, ma anche del senso di colpa»...

È un lavoro complesso, ma con me ci sono medici e infermieri, non solo sola: in effetti chi si occupa di più delle famiglie sono gli infermieri, che sono sempre a contatto con i genitori 24 ore su 24. Diventano come dei genitori per questi genitori.

Per quanto riguarda il senso di colpa spesso è legato al fatto che i bambini sono nel ventre materno e la mamma si sente responsabile per non aver saputo proteggere il proprio bambino, anche se non c'è una causa/effetto diretta; è un pensiero irrazionale. Su questo bisogna lavorare, aiutare i genitori ad affrontare le conseguenze psicologiche della nascita prematura o di un bimbo malato, e questo richiede un lungo percorso che inizia nel reparto di neonatologia, ma che li occuperà a lungo anche fuori.

Lei viene chiamata subito per il primo impatto con i genitori?

Dipende. Ci sono genitori che richiedono assistenza psicologica subito all'arrivo del bambino in reparto, altri che la richiedono in seguito, altri infine che la chiedono una volta tornati a casa, a distanza di anni. Ogni coppia ha la propria storia, i propri meccanismi di difesa, il proprio modo di reagire al dolore. C'è chi arriva da lontano, da Paesi molto lontani, ed è senza parenti né amici. In ogni situazione serve accostarsi con la massima delicatezza e flessibilità, e questo riguarda anche i medici quando comunicano la diagnosi. Ognuno va rispettato nelle proprie tradizioni, nel linguaggio e nei propri tempi. C'è chi vuole sapere subito tutto, chi si affida, chi ha bisogno di tempo... bisogna essere delicati.

Nel libro lei parla della “vicinanza”, che fa bene a neonato e genitori...

Con la nascita prematura il rapporto tra mamma e bambino, che si costruisce durante la gestazione mese dopo mese, viene bruscamente interrotto. Si partorisce senza avvisaglie; a 5 mesi la mamma non ha ancora la pancia. Perché possa continuare il legame è allora fondamentale avvicinare subito neonati e genitori. Noi applichiamo la marsupioterapia, se possibile anche quando il bambino è intubato: il contatto pelle a pelle permette infatti al neonato di ritornare in una condizione simile all'utero della mamma. In questo contatto i papà sono fondamentali quanto le mamme, devono fare anche loro da marsupio. Così i genitori, ma soprattutto i neonati, sentono l'uno dell'altro l'odore e il battito cardiaco, vengono stimolati tutti gli organi di senso. Il contatto è importante perché diventiamo genitori con i sensi, non con la testa: abbiamo bisogno di toccare, baciare, annusare, riconoscere i figli, abituarci a “maneggiarli” e sentirli vicino. In questo modo i genitori diventano subito attivi, evitano di ritirarsi per la paura del dolore. A volte i bambini hanno patologie gravi, e i genitori devono imparare a riconoscere che quello è il loro bambino, che possono amarlo così come è. Dobbiamo imparare ad amare i figli per quello che sono e non attraverso le nostre proiezioni. In reparto usiamo anche i “nidini”, oggetti che avvolgono il neonato, li usiamo per dare continuità all'utero materno, in modo che il bambino, che sta tante ore nell'incubatrice, non si senta disperso

nell'ambiente, ma accolto in qualcosa che lo “tienne”. È utile per limitare le sollecitazioni uditive e visive, quando il bambino ha organi di senso non ancora pronti.

Nel libro lei afferma che il tempo delle mamme e dei papà a volte è “immobile”...

Il tempo a volte è molto lento, altre volte scorre veloce. Noi siamo abituati a programmare le nostre giornate, in generale la nostra vita; invece, quando si entra in Tin, tutto si ferma, perché i genitori non sanno cosa succederà di lì a qualche ora o a qualche mese. Non sanno quali saranno gli esiti della prematurità. È un tempo di attesa che destabilizza, che crea un terribile senso di impotenza. Alcuni possono arrivare a dire: mio figlio è lì, ci sono i medici e i macchinari, io che cosa posso fare?

Di fronte a queste situazioni, per lei ogni giornata è un investimento emotivo forte...

Diciamo che è più facile quando le cose vanno bene, quando le situazioni sono felici. Però devo dire che ho sempre presente le immagini dei bambini che si riprendono, e quello mi dà la carica per stare con i genitori. Ogni tanto mi dico che vorrei che si potessero vedere tra qualche anno, perché molti bambini hanno esiti positivi, certo con grande fatica. Altri no purtroppo.

Lei sottolinea l'importanza di tutte le figure che ruotano intorno al prematuro: medici, infermieri, genitori...

Ho una grande stima nei confronti di medici e infermieri, perché fanno un lavoro difficile e non sempre sono gratificati quanto dovrebbero. È un lavoro difficile perché si occupano di tanti aspetti e nello stesso tempo devono mantenere la lucidità per avere una relazione positiva con i genitori. Quando sono entrata in Tin, ero un po' critica, poi col tempo ho capito quanto è difficile soccorrere un bambino in emergenza. Emergenza in Tin significa vita-o-morte che si giocano nell'arco di due o tre secondi. Poi magari devi parlare con i genitori di quel bambino, in quel momento si ferma tutto, il genitore vuole sapere... Tu probabilmente sei devastato dentro, perché hai assistito un bambino che stava per morire tra le tue mani. È un lavoro difficile. Non parliamo di questi anni di Covid, che sono stati ancora più difficili.

Nel libro sono descritti alcuni casi in dettaglio...

Insieme al professor De Curtis abbiamo analizzato alcuni casi particolari (senza citare i veri nomi), senza giudicare. In questo modo il lettore può costruirsi la propria opinione. Non giudicare è molto importante in Tin, perché ovviamente ognuno di noi ha una propria idea, un proprio orientamento politico e religioso, però questo orientamento deve rimanere personale.

Vediamo alcuni casi che esponete nel libro.
“Mamma a tutti i costi”.

È la storia di una donna che ha deciso di affrontare la gravidanza da sola. Una trigemellare senza un compagno. Mamma a tutti i costi perché ha deciso che voleva diventare mamma, era imprescindibile questo aspetto nella sua vita, ha lottato per realizzarlo. Ha affrontato un percorso importante, non solo nella gravidanza, ma anche dopo, perché è una donna con un lavoro umile, uno stipendio non importante e tre figli. Da sola. Nel libro ho descritto anche la presenza in ospedale degli assistenti sociali che in situazioni come questa cercano di dare anche un’assistenza materiale.

“Troppi presto”.

Sono due storie di bambini prematuri di 23-25 settimane. Settimane importanti dove il rischio è elevato: alcuni bambini non hanno la possibilità di sopravvivere. In Italia la legge è chiara, i bambini vanno assistiti comunque, mentre in altri Paesi non vengono assistiti. Però, nonostante l’assistenza e anche se lotta per sopravvivere, a volte il bambino non ce la fa... Dirla ai genitori è un momento drammatico, terribile per la famiglia, ma anche per il personale. Di solito, quando vediamo che sono gli ultimi momenti di vita, mettiamo i bambini in braccio ai genitori per accompagnarli nell’ultimo saluto.

Nel libro affrontate anche la situazione dell'accettazione di un figlio malato...

Una volta due genitori con un bambino già grande, di 5-6 anni, con un problema cardiaco molto grave, mi hanno detto una frase che porto sempre con me: «Nostro figlio non è un problema, nostro figlio ha un problema».

“Un figlio non voluto”.

Questa mamma ha deciso di dare il figlio in adozione. Era una famiglia benestante, ma il figlio non era del marito, era di un altro uomo. Spesso i casi di adozione sono situazioni in cui la mamma non può provvedere al bambino, a volte sono donne immigrate con grave disagio economico, altre volte ragazze molto giovani.

“Nostra figlia ci guarirà”.

Il caso di cui parliamo nel libro riguarda una coppia tossicodipendente da 20 anni. L'illusione è che l'arrivo del bambino sia l'occasione buona per smettere: in realtà questo spesso non avviene. È un percorso complicato, perché anche il bambino nasce dipendente dalla droga. Questa è forse per me la situazione più difficile, perché il bambino sta male, e segue tutto il percorso della disintossicazione... Un conto è un bambino con una malattia genetica, un altro è un bambino che sta male per-

ché la madre ha assunto sostanze, l'impatto psicologico è molto forte. Ognuno degli operatori è colpito più da certe situazioni che da altre, ognuno di noi infatti porta nel lavoro anche parti di sé. Ricordo la prima volta che ho visto un bimbo in crisi di astinenza, è stato terribile. Purtroppo oggi sono tantissimi i bambini che nascono in questo tipo di situazione. Nella storia che ho raccontato c'è stato per fortuna anche l'intervento della nonna.

“La mamma con il sari”.

Il nostro reparto è come un osservatorio privilegiato della società di oggi, dei valori dominanti, dei valori che tengono insieme una comunità. Abbiamo moltissime famiglie di immigrati da Bangladesh e Pakistan, o cinesi. C'è una grande varietà di popoli, culture, modi diversi di intendere la gravidanza. Per esempio, le donne cinesi dopo il primo mese di gravidanza stanno a casa e vengono assistite in tutto e per tutto. È stimolante e bello conoscere tutte queste differenze di costumi.

Quali sono i valori della società oggi?

Sicuramente la famiglia è un grande valore, però va aiutata. Le situazioni che viviamo in Tin mettono a dura prova la famiglia, come abbiamo descritto nel libro insieme al professor De Curtis. Ma anche in queste situazioni gravi i bambini possono avere una vita soddisfacente, se i genitori però sono aiu-

tati concretamente, coi fatti. Se nasce un bambino che non cammina, non parla e deve essere assistito, per quanto tu creda nei valori della famiglia, se non hai un aiuto concreto nell'assistenza, e poi a fine mese devi pagare il mutuo, e andare a lavorare... il rischio è che tutto crolli. Sono situazioni che mettono a dura prova la coppia, e devono essere affrontate insieme. Il dolore, infatti, può unire ma anche allontanare la coppia. Per questo bisogna stare vicini a queste famiglie, accompagnarle nel dolore, non far finta che non ci sia o dire con superficialità: «No, va beh, ma tanto andrà tutto bene»...

A proposito di dolore, nel libro c'è un capitolo intitolato "Di fronte al limite". Lei è in Tin da 15 anni: cos'è la morte e cos'è la vita?

Siamo sempre meno capaci di stare nel dolore. Quando succede qualcosa di negativo, la prima domanda è sempre: «Ma perché a me?». Eppure il dolore fa parte della vita. La morte fa parte della vita. Certo, la morte di un figlio è un evento terribilmente traumatico, impensabile, indicibile. La storia che riportiamo nel libro racconta di una donna che ha perso un figlio e contestualmente ha perso le possibilità di avere altre gravidanze. In terapia intensiva si assistono bambini che possono essere curati, che reagiscono, però la morte esiste, anche se la nostra società fa fatica ad accettarla. Quando arriva, la morte è inconcepibile: nel libro racconto di due genitori che, dopo essere stati assistiti dagli infermieri proprio come figli, dopo che

il personale ha combattuto per salvare il bambino, alla morte del piccolo hanno deciso di denunciare il reparto. Per noi operatori è stato devastante. La medicina non cura l'incubile, i medici fanno di tutto, ma poi esiste la morte. Accettarla e stare nel dolore è un aspetto che purtroppo la società sta rimuovendo.

Dopo 15 anni in Tin, chi è Sarah Gangi?

L'esperienza in Tin mi ha cambiato tanto. All'inizio c'era una frase che mi dicevano i genitori che mi lasciava un po' interdetta. Mi chiedevano: «Ma lei è mamma?». Rimanevo stupita, mi chiedevo se avessi detto o fatto qualcosa di sbagliato. Invece ora sono felice quando me lo chiedono, perché forse dice quanto questi genitori abbiano bisogno di sentire il calore di una mamma. Me lo hanno insegnato i genitori, i medici, gli infermieri. Io devo essere accanto ai genitori, ma non devo “diventare” il genitore, altrimenti non sono più in grado di aiutarlo. Se quel dolore diventa il tuo dolore, non sei più in grado di aiutare il genitore. Questo deve essere ben chiaro, devi mantenere un minimo di distanza, altrimenti non puoi più fare questo lavoro.

Nonostante i casi difficili, dal libro viene fuori quasi un inno alla vita...

In una storia ho scritto che la vita si gira e rigira mille volte. Un momento sembra che il mon-

do ti crolli addosso, il momento successivo non è più così, poi ti senti ancora precipitare e così via. Certe volte vedo dei genitori sprofondati in situazioni terribili, che sembrano senza via d'uscita, e poi magari dopo anni li incontri di nuovo, e vedo come sono andati avanti, quanto solido sia diventato il loro legame con i loro bambini. Questo è l'aspetto più straordinario del mio lavoro. Naturalmente dicendo questo non voglio idealizzare, ci sono situazioni drammatiche, famiglie dove regna la violenza, bambini che soffrono moltissimo, patologie psichiatriche gravi. Qui da noi passa la vita, la vita reale.

Come morire
Intervista a
Marta De Angelis
a cura di **Giulio Meazzini**



Marta De Angelis è medico palliativista presso la Usl Umbria2. Fortemente impegnata in ambito formativo, in particolare nei confronti delle nuove generazioni di professionisti della salute, dal 2020 è membro del Consiglio direttivo della Società italiana di cure palliative e dal 2018 della Federazione italiana di cure palliative. Con Paolo Trenta ha pubblicato il libro *In modo giusto – Medicina narrativa nelle cure di fine vita* (Maria Margherita Bulgarini 2018).

Riprendendo il titolo del suo libro, c'è un modo giusto per finire la vita?

Penso ci siano tanti modi giusti quante sono le persone al mondo. La fine della vita è parte dell'esistenza, e bisogna prendersene cura nella maniera più competente possibile. Purtroppo è un tema poco trattato dal punto di vista sanitario: i percorsi formativi in medicina e in ambito sanitario sono costruiti su un unico tema, la guarigione. Nessuno spiega cosa fare quando le terapie non funzionano più. Probabilmente perché non si conoscono le cure palliative, che si occupano proprio di queste situazioni.

È un problema degli operatori sanitari, ma anche della società, mi sembra: la morte è occultata, quasi nascosta, non ci si vuol pensare. Per cui arriviamo alla fine della vita quasi sempre non preparati, soli, perché poi la morte è un'esperienza individuale... Come aiutano le cure palliative?

Le cure palliative si occupano di assistere le persone affette da patologie cronico-degenerative dalle quali non si può più guarire, e che portano poi alla morte. Noi medici, però, conosciamo in anticipo l'andamento di quelle malattie, a cosa andranno incontro la persona malata e la sua famiglia. Abbiamo allora la possibilità di costruire subito una rete che sia in grado di prendersi cura della persona in tutti gli aspetti che riguardano la sua esistenza, non solo quelli fisici ma anche spirituali, psicologici, sociali, esistenziali. Più precocemente riusciamo a fare questo, meglio la persona vivrà l'ultima fase della propria esistenza, che non è sempre breve. Le cure palliative, infatti, non riguardano solo gli ultimi giorni, ma settimane, mesi e anni della vita della persona malata. In parallelo agli altri trattamenti.

Quindi, ancora prima che il malato se ne renda conto, il personale medico sa già quale sarà il decorso di quella malattia. Per non lasciare il malato solo davanti a questo choc improvviso, c'è la possibilità, in parallelo alle altre cure, di attivare velocemente le cure palliative che

assistono il malato nel mantenere fino alla fine una certa qualità di vita, riducendo il senso di solitudine e spaesamento. Ma chi attiva le cure palliative?

La richiesta deve essere fatta da una figura fondamentale, il medico di Medicina generale o il pediatra nel caso dei minori. Ricordiamoci che esistono purtroppo malattie inguaribili anche nella sfera pediatrica, che va da zero a 18 anni. Il paziente può suggerire l'attivazione delle cure palliative, ma dovrebbe essere il medico ad accorgersi, il più precocemente possibile, che quella persona, con quelle patologie, ha una serie di bisogni complessi che richiedono l'attivazione delle cure palliative.

Come funzionano le cure palliative?

Innanzitutto si lavora in rete: ogni persona ammalata ha bisogni di varia natura, per cui viene seguita da un gruppo di professionisti, cioè da una équipe formata da medico, infermiere, psicologo, fisioterapista, assistente spirituale, operatore sociosanitario... insomma, tutte le competenze necessarie. A questi si aggiungono i volontari, che rappresentano uno dei grandi valori aggiunti della medicina palliativa. È una opportunità per donarsi e fare qualcosa di buono per le persone ammalate. Dentro questa rete, poi, ci sono anche altri servizi che intervengono quando c'è bisogno.

In pratica questa équipe può intervenire sia all'ospedale, sia a casa del paziente, sia nell'hospice (struttura sanitaria dedicata alle persone malate con bisogni complessi)?

Sì. Nel momento in cui veniamo attivati, valutiamo la situazione insieme al paziente (se lo desidera anche con la sua famiglia) per definire gli obiettivi di cura, che possono essere variabili nel tempo perché i bisogni cambiano. Si definisce così un Piano assistenziale personalizzato (Pai) che tiene conto, per quanto possibile, delle difficoltà e dei desideri del paziente, delle problematiche all'interno della sua famiglia, dei bisogni abitativi rispetto all'invalidità del paziente, di esigenze spirituali ed esistenziali.

Non sempre, però, nella realtà ospedaliera la persona malata viene messa al centro dell'attenzione di una équipe multidisciplinare...

Il problema è che l'università non prepara gli operatori sanitari a gestire “persone” nella loro intreccia e con tutte le loro esigenze, per cui è inutile poi parlare di “umanizzare la medicina”. Non si può ridurre tutto a un parametro diagnostico. La medicina palliativa, invece, ha due componenti egualmente importanti: scientifico e umanistico. Infatti non parliamo di pazienti, ma di persone malate, proprio per porre l'accento sulla complessità dell'essere umano.

Uno degli obiettivi delle cure palliative è ridurre il dolore...

Il dolore fisico è frequente soprattutto nelle patologie oncologiche, ma abbiamo validi strumenti a disposizione per controllarlo. In generale, però, preferiamo parlare di “sofferenza”, che è più globale, profonda, e riguarda la persona nella sua interezza. Ci vuole però empatia, capacità di ascolto, di silenzio, di stare accanto. Serve una competenza specifica, serve sedersi vicino alla persona malata e lasciarsi coinvolgere. Una buona équipe ha le figure professionali giuste, per cui la percentuale di operatori in *burn out* (lo stress cronico tipico delle persone che svolgono professioni di aiuto) è molto bassa. Il lavoro di équipe, infatti, fa in modo che il peso si distribuisca.

Le cure palliative curano il dolore.
Quando non si riesce ad eliminarlo,
è giusto arrivare all'eutanasia?

Sono due cose molto diverse, anche se si sta cercando a tutti i costi di accostarle. La medicina palliativa accudisce la vita, mentre l'eutanasia provoca la morte. Gli operatori di cure palliative si occupano della qualità della vita della persona malata, si immergono da vicino nei suoi ultimi giorni o mesi di esistenza, nella sua sofferenza intima, nelle sue domande esistenziali, nella sua difficoltà di rapportarsi con i familiari, nella sua paura di essere di peso, con la vergogna per il proprio stato fisico e così via.

Ma se un malato chiede di morire, cosa fate?

I malati a volte chiedono: «Dottoressa, non ce la faccio più, mi dia qualcosa perché io possa farla finita». Questo succede generalmente all'inizio dell'assistenza, quando si sentono profondamente soli, depressi, disperati, impauriti perché hanno intorno una serie di "non risposte" o risposte non sincere. Poi, invece, man mano che si costruisce intorno alla persona una rete di rapporti, di sicurezza, di condivisione («Noi ci siamo e faremo di tutto per rendere le cose meno dolorose»), le richieste di morte di solito spariscono. Comunque, nell'ultima fase della vita di una persona c'è la possibilità della "sedazione palliativa". Questa dura in media due o tre giorni e fa sì che la persona non percepisca la sofferenza, o quel sintomo (definito "refrattario") che non siamo riusciti a controllare. La sedazione può essere più o meno profonda, non è necessario sempre abolire completamente la coscienza della persona, proprio perché l'obiettivo non è quello di uccidere la persona, ma controllare il sintomo. A seconda del dosaggio, quindi, il paziente può essere risvegliabile e conservare la capacità di relazionarsi con l'ambiente esterno. A meno che il paziente stesso chieda di non essere cosciente in questa fase, e quindi la sedazione è più profonda. La fine della vita rimane così naturale, non viene né affrettata né ritardata, semplicemente la persona non è cosciente. Nell'eutanasia invece si mette in atto una procedura rivolta a porre fine alla vita del paziente anche quando non è necessariamente alla fine.

Solo il paziente è in grado di sapere cosa significa la sua sofferenza fisica e spirituale, quindi solo il paziente può decidere come vuole morire? È corretta la pronuncia della Corte costituzionale che ha stabilito la non punibilità del suicidio assistito in presenza di 4 precise condizioni (patologia irreversibile, presenza di sofferenza intollerabile, paziente tenuto in vita per mezzo di supporto vitale, paziente in grado di prendere decisioni libere e informate)?

Come persona, penso che solo il paziente possa decidere della propria vita. Quindi ritengo che la sentenza della Corte costituzionale sia corretta. Come medico, però, provo contrasti, perché, se la legge trasformerà il suicidio assistito in un diritto, ci sarà qualcuno che dovrà occuparsene. Chi lo farà? Noi della Società italiana di cure palliative vogliamo che i due temi restino ben distinti, senza confusione. Spesso, quando entro in qualche casa, mi capita di dover spiegare che le cure palliative non sono l'eutanasia, ma un modo per accompagnare la persona alla fine naturale della sua vita. Nella mia esperienza vedo che muoiono serenamente le persone a cui è stata data la possibilità di fare un percorso di consapevolezza. Spesso abbiamo paura di dire la verità alla persona malata perché temiamo che perda la speranza e vada in depressione, invece è vero il contrario. Per morire in pace la persona deve avere il tempo di fare un bilancio della propria vita, costruire un senso per quello che ha vissuto.

Alla fine, quindi, più che la paura di morire, per la persona malata è importante essere sicura che la propria vita abbia avuto un senso?

Sì, questo è quello che osservo ogni giorno. È il tema della speranza. Se hai una malattia inguaribile, l'attesa della salute non c'è più, eppure si può costruire lo stesso un percorso di speranza. Per esempio, su ciò che ognuno ha realizzato nella propria vita, sulla memoria che lasciamo alle persone che ci sopravviveranno. Con le persone affette da Alzheimer si cerca di creare una memoria coerente con la vita che la persona ha percorso.

A questo proposito, nel suo libro la cosa più bella sono le storie, e la voglia che hanno i pazienti di raccontarsi davanti a persone estranee...

Cerchiamo di dare significato all'esistenza delle persone. Spaventa solo dirla questa cosa, perché dà un'idea della responsabilità che abbiamo, di fronte a queste persone fragili, spaventate e sofferenti. Per la "medicina narrativa" l'identità biografica del paziente è proprio il punto di partenza di un percorso assistenziale. Non posso occuparmi dei tuoi bisogni senza sapere chi sei, da dove vieni, cosa è importante per te. Le cure palliative hanno sempre la persona malata al centro, per cui devo prima parlare con te e poi con i tuoi familiari, questo dice la legge (219/2017), anche se non sempre avviene. Purtroppo i parenti sono a volte

un ostacolo: con la scusa di proteggere il malato gli nascondono la gravità della malattia e quindi gli impediscono di elaborare l'ultimo tratto della sua vita.

Quanto è estesa la rete di cure palliative in Italia?

La legge prevede tre reti: cure palliative dell'adulto, terapia del dolore per l'adulto, cure palliative e terapia del dolore pediatrica. In Italia sono purtroppo distribuite in modo molto disomogeneo. Se sei gravemente malato e vorresti essere assistito a casa tua, ma la rete in quel territorio non c'è, non puoi godere del diritto alle cure palliative. Ci sono regioni più virtuose, e altre che non hanno ancora compreso il valore aggiunto delle cure palliative. C'è un basso livello di informazione sul tema, sia tra i sanitari che nella popolazione. La Federazione cure palliative (che racchiude un centinaio di organizzazioni no profit) sta facendo un gran lavoro culturale e di sensibilizzazione perché il diritto alle cure palliative sia garantito a tutti coloro che ne hanno bisogno.

Quanto è importante l'aspetto spirituale nello stare accanto alle persone nell'ultimo tratto della vita?

In Italia ci sono percorsi formativi molto validi su questo tema. Ma ci vuole tempo, è una rivoluzio-

ne culturale. Nella laurea in Medicina viene ancora spiegato che la persona è un corpo formato di pezzi: quando qualcosa si rompe, ci sono interventi da fare. Ma ciò che collega i pezzi, ciò che dà significato a quel corpo e lo rende una persona, ciò che pone quella persona in rapporto con valori più ampi, non esiste. Nella mia équipe c'è un assistente spirituale, una laica formata in questo campo, che cerca di sostenere le persone malate ascoltando le loro domande, i loro perché. Sono domande che riguardano la persona (perché succede proprio a me? Perché la mia vita deve finire?), la sua spiritualità, i suoi valori, ma anche gli altri, perché le persone morenti sono molto preoccupate di chi lasciano. Avere una persona così in équipe è molto arricchente, anche per noi. È un modo per dare dignità alla persona malata anche alla fine della sua vita.

La morte e il suo valore
di **Ferdinando Garetto**



«Quanto era patetico cercare di releggere la morte alla periferia della vita, quando la morte era al centro di tutto». Con questa frase (traduzione mia) di Elif Shafak, romanziere turco, inizia il report pubblicato il 31 gennaio 2022 dalla *Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life* (www.thelancet.com). La più prestigiosa rivista medica internazionale ha costituito questa Commissione per ridefinire «il valore della morte e la necessità di riportarla al centro della vita», attraverso il ripensamento delle relazioni fra le persone che stanno morendo, le famiglie, le comunità, i sistemi di assistenza sanitaria e sociale, e un radicale coinvolgimento della società civile. «Nascosta, rimossa, insostituibile. La centralità esistenziale della morte per una riflessione sulla vita».

Il percorso

Il gruppo internazionale di esperti, di diverse discipline scientifiche e umanistiche, ha lavorato con uno sguardo ampio sulle variabili che hanno portato ai paradossi del “morire nel XXI secolo”. È rilevante il fatto che i lavori siano iniziati prima del Covid-19 e si siano sviluppati nel pieno dello sconvolgimento derivato dalla pandemia, che ha

svelato agli occhi di tutti il dramma del morire in solitudine nelle terapie intensive o nella limitatezza delle risorse assistenziali. Il mondo intero si è trovato impreparato di fronte alla cruda realtà del morire quotidiano, “vicino”, di tutti.

Il risultato è un lavoro di ampiezza considerevole, che non si può riassumere in poche righe, ma che diventerà un punto di riferimento per una necessaria “rivoluzione copernicana”, che dovrà riguardare le società a tutti i livelli.

Le diverse tematiche raccolte in 16 sezioni si intrecciano fra loro in uno sviluppo incalzante, in costante passaggio dal piano personale, che coinvolge ciascuno di noi, a quello sociale e planetario, che ci interroga come comunità umana: la morte rimossa, il morire medicalizzato in tutte le sue fasi, la marginalizzazione delle famiglie e delle comunità, gli interrogativi sconvolti derivati dalla pandemia, le diverse legislazioni e il patrimonio dei diversi atteggiamenti e riti culturali ed etnici; la correlazione fra componenti che richiedono uno sguardo ampio, dall'economia globalizzata alla crisi climatica; le sfide per il futuro e le possibili strategie concrete.

Gli obiettivi

Obiettivo dei lavori della Commissione è anche quello di elaborare una “utopia realistica”, in cui la vita, il benessere, la morte e il lutto trovino un equilibrio. I modelli di tale cambiamento richiedono un'osservazione antropologica che guardi a

diverse esperienze e tradizioni della società multietnica. I titoli dei 12 box narrativi che accompagnano il testo sono molto esplicativi: *morte e crisi climatica; la constatazione del decesso nei villaggi del Malawi; morire in India, oggi e nel passato; componenti del sistema morte; funzioni nel sistema morte; il dono di essere presenti al momento della morte; razza e valore della morte; la teoria della gestione del terrore della morte; questioni sociali e politiche riguardanti la morte assistita; morti in terapia intensiva in Paesi ad alto reddito e a basso reddito; lezioni dal fallimento di un tentativo di migliorare l'esperienza del morire negli ospedali per acuti; ricerca nelle cure palliative e di fine vita.*

I paradossi del morire nel XXI secolo tra medicalizzazione, illusioni e distacco

Morire nel XXI secolo è una storia di paradossi. Molte persone sono sovra-trattate (è il cosiddetto “accanimento terapeutico”), ma ancora di più rimangono sotto-trattate, morendo di condizioni prevenibili e senza accesso al sollievo dal dolore di base. Le cure palliative non sono sufficientemente conosciute e diffuse. La morte, il morire e il lutto oggi sono diventati sbilanciati. L’ospedale è il contesto in cui molti incontrano la morte e poiché le famiglie sono state spinte ai margini e le comunità frammentate, la loro consuetudine e “naturalezza” nell’accompagnamento è diminuita. Le relazioni e le reti sono state sostituite da professionisti e protocolli.

Temi apparentemente diversi come il cambiamento climatico, la pandemia di Covid-19 e il nostro desiderio di sconfiggere la morte hanno tutti la loro origine nell'illusione di avere il controllo della natura, e non di essere parte di essa. Leggendo il lavoro di *Lancet*, più volte viene alla mente l'ampiezza di pensiero dell'ecologia globale, per l'uomo, che caratterizza l'enciclica *Laudato si'* di papa Francesco.

Le prospettive: un'utopia realistica

Riequilibrare la morte e il morire dipenderà da profondi cambiamenti, tutti interconnessi fra loro: sono i sistemi sociali, culturali, economici, religiosi e politici a determinare il modo in cui la morte, il morire e il lutto sono compresi, sperimentati e gestiti.

La Commissione Lancet sul valore della morte stabilisce quindi 5 principi di un'utopia realistica, secondo un concetto sviluppato dal filosofo americano John Rawls (1921-2002) per una nuova visione della morte e del morire. Viene preso come esempio nella sezione 14, attraverso un resoconto dettagliato e critico, il sistema di fine vita sviluppato negli ultimi anni nel Kerala, India del Sud, come sistema più vicino a questa visione.

I 5 principi sono:

1. i determinanti sociali della morte, del morire e del lutto sono tutti da affrontare in modo globale;
2. il morire deve essere inteso come un processo relazionale e spirituale, piuttosto che semplicemente un evento fisiologico;

-
3. le reti di cura sono fondamentali per offrire sostegno alle persone che muoiono, che si prendono cura e soffrono, e che sono in lutto;
 4. nelle conversazioni e nella condivisione delle storie di tutti i giorni, la morte, il morire e il dolore dovrebbero diventare comuni; superare il “tabù”, parlandone apertamente anche con i giovani;
 5. la morte deve essere riconosciuta come un valore, compimento della vita e significante delle relazioni.

Le storie di cura, nel quotidiano

Il lavoro della Commissione Lancet andrà studiato a lungo, compreso e discusso in tutte le sue sfidanti complessità, profondità e ampiezza d'orizzonte. Leggendolo ritrovo però anche la quotidianità della vita, degli incontri con i malati e con le loro famiglie, incontri fatti di vicinanza, cura, reciprocità, significati. E mi è venuta in mente una lettera che tempo fa scrivemmo come équipe di cure palliative alle famiglie dei nostri assistiti:

Spesso ci esprimete parole di gratitudine per il nostro operato. Sono le stesse parole che più volte ci sentiamo ripetere nel saluto quotidiano al termine di una visita o in quello denso di significato che segna la conclusione del percorso. È difficile esprimere le nostre sensazioni in quei momenti preziosi: certamente la gratificazione più bella per il nostro lavoro, ma anche l'imbarazzo che nasce dalla consapevolezza di quanto sia piccola – seppure impor-

tante, a volte – la nostra presenza nella storia di una famiglia, in particolare in quel percorso che può essere lungo e travagliato della malattia del proprio congiunto, fra speranze, paure, risultati, sofferenze e nuovi e più profondi legami di amore.

È vero: «*Senza di voi non ce l'avremmo mai fatta*», spesso ci sentiamo dire. Ma anche, da parte nostra: «*Senza di voi (= la famiglia) nulla sarebbe stato possibile*».

Non sempre è così, naturalmente: anche questo fa parte del nostro lavoro.

Ma è grande il grazie che vogliamo dire a tutte le famiglie dei “nostri” malati, per quello che silenziosamente e quotidianamente fanno (forse nessuno più di noi lo può testimoniare!). Da sempre, e ben prima che si chiamassero “care givers”.

Spiritualità e qualità della vita

di **Valter Giantin**



Nel 1998 una Commissione dell’Oms ha proposto una modifica del concetto di salute, che ha riscosso il favore di molti rappresentanti a livello mondiale: «La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia». Questa definizione ha introdotto, rispetto al passato, la categoria del benessere “spirituale”, che oggi ritroviamo nella *vision* e *mission* di tanti documenti ufficiali di aziende socio-sanitarie pubbliche italiane, e non solo. La sfera esistenziale-spirituale è stata però per lungo tempo trascurata dalla medicina ufficiale, non venendo spesso considerata come un fattore determinante per la salute, e non riservando ad essa sufficiente attenzione, approfondimento e promozione.

Esistono però ormai molti studi scientifici prospettici, con grande numerosità nel campione e sufficiente lunghezza nel monitoraggio, accurati nella raccolta dei dati e nella qualità statistica, che tolgono qualsiasi dubbio sul fatto che la spiritualità crea un vantaggio significativo su longevità e qualità della vita.

Uno dei più significativi è lo studio *Nurses’ Health Study*, svolto tra il 1992 e il 2012, pubblicato dal *Journal of American Medical Association* – una delle riviste scientifiche più influenti al mondo –, che ha esaminato come la partecipazione costante a una funzione religiosa influiva sulla salute di

un campione di 74.534 infermiere, considerate in piena salute all'inizio dello studio. In questa ricerca in 20 anni sono avvenuti 13.537 decessi, di cui 2.721 per cause cardiovascolari e 4.479 per cancro. Dopo una accurata valutazione statistica multivariata, la partecipazione a una funzione religiosa per più di una volta alla settimana è stata associata a una mortalità significativamente inferiore del 33%, con una riduzione in particolare del 27% della mortalità cardiovascolare e del 21% per cancro (patologie in media responsabili di circa il 70% della mortalità in Italia).

Da una quantità di dati ancora superiore, 89.708 soggetti studiati tra il 1996 e il 2010, appartenenti allo stesso campione di studio, è emerso inoltre come la frequenza alle funzioni religiose, una volta alla settimana o più, è stata associata a un tasso di suicidi circa 5 volte inferiore rispetto alla non partecipazione. Altri studi scientifici hanno documentato, in questi ultimi anni, una influenza importante della sfera spirituale su altre patologie come la demenza, il Parkinson, la depressione, l'epilessia, le aritmie cardiache, e un importante ruolo anche nella gestione sanitaria di fasi delicate dell'esistenza, che vanno dal supporto durante la gravidanza alle cure palliative a fine vita.

Perché la spiritualità aiuti nella gestione del bene salute, non è semplice da spiegare neanche per la stessa scienza, essendo probabilmente il frutto di molteplici fattori. Proviamo a considerarne qualcuno. Ad esempio, secondo studi scientifici effettuati, l'uso di alcol, fumo, droghe, il rischio di incidenti stradali o di comportamenti a rischio,

diminuisce significativamente in chi vive una qualche forma di spiritualità. Alcune liturgie forniscano poi diversi benefici psico-fisici: ad esempio, il canto e le ritualità di alcune tradizioni possono diventare potenti tranquillanti contro lo stress. Queste e altre azioni connesse a una spiritualità, come ad esempio la meditazione, azionano infatti il sistema parasimpatico, una parte del nostro sistema nervoso che favorisce il rilassamento, la pace e il benessere profondo, mentre smorzano l'attività del sistema ortosimpatico, che aumenta la sua attività quando siamo stressati e/o iperattivi. A ciò consegue un significativo abbassamento di alcuni ormoni dell'infiammazione come il cortisolo e l'adrenalina. Le evidenze scientifiche concordano oggi che un'infiammazione cronica è il denominatore comune di tantissime patologie.

È risaputo inoltre che far parte di un gruppo o di una comunità religiosa, permette di vivere una esperienza, fondata sulla condivisione di valori di fondo, che supera quella di una qualsiasi altra interazione sociale, soprattutto nelle circostanze in cui una malattia o un lutto colpiscono il singolo, e la comunità riesce a sostenerlo e a farlo sentire meno solo. Oggi sappiamo che la solitudine incide profondamente sulla nostra vita, tanto che in Gran Bretagna e in Giappone sono stati creati negli ultimi anni dei ministeri per la solitudine, con l'intento di contrastarla più efficacemente, ritenendola uno dei fattori di rischio più importanti per la salute.

Uno dei più influenti oncologi americani, Lodovico Balducci, nel 2019 ha pubblicato una recensione di vari lavori scientifici in cui costatava come

soprattutto i pazienti oncologici, e per traslato i malati gravi, che professano una qualche forma di spiritualità, vivano la loro condizione con una qualità, ma anche una durata di vita maggiore. Scrive: «Una prospettiva spirituale è stata associata con il successo dell'invecchiamento e con una migliore tolleranza dello stress fisico ed emotivo, compresa la capacità di far fronte a malattie gravi e all'isolamento. [...] La spiritualità ha anche migliorato la qualità della vita e ridotto il rischio di malattia e morte per il *caregiver* (colui che assiste) del paziente. Affrontare la spiritualità del paziente e del *caregiver* può rendere più efficace la cura palliativa del cancro e può anche aiutare nella scoperta e nella gestione del dolore spirituale, che può ridurre la possibilità di guarigione alla fine della vita».

Crescenti evidenze scientifiche ci indicano quindi che più che un oppio, la spiritualità individuale e/o una fede comunitaria sincera, costituiscono una raffinata strategia, molto utile a vivere più a lungo e con maggior salute.

Bibliografia

- S. Li, M.J. Stampfer, D.R. Williams et al., *Association of Religious Service Attendance With Mortality Among Women*, in «Jama Internal Medicine» 176, 6 (2016), pp. 777-785.
- T.J. VanderWeele, S. Li, C. Tsai, I. Kawachi, *Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women*, in «Jama Psychiatry» 73, 1 (2016), pp. 845-851.
- L. Balducci, *Geriatric oncology, spirituality and palliative care*, in «Journal of Pain and Symptom Management», vol. 57, 1 (2019), pp. 171-175.
- V. Giantin, *Vivere a lungo con successo*, Città Nuova 2021.

Depressione, andata e ritorno

di **Giovanni Casoli**



Negli ultimi due anni inopinatamente ero stato preso, assalito da una depressione incredibilmente dura e profonda, tanto da non poterla qualificare e da doverla paragonare unicamente con se stessa. Non c'erano parole. Un tempo lunghissimo di atroce sepoltura in me stesso, per la quale non esistevano parole sufficienti o adeguate.

Mentre ero masticato dalla depressione, pensavo che forse l'unica parola lontanamente adatta ad avvicinarsi, solo avvicinarsi a quel buco nero, fosse inferno. Ma neppure questa, perché un inferno dei vivi non gode neppure della fissità dell'inferno dei morti, è la mobile parodia di se stesso e lo scherno di ogni impotenza vitale. Com'ero caduto in depressione?

Mentre stendevamo i panni in giardino, mia moglie guardandomi mi aveva detto: «Tu ti stai ammazzando», aggiungendo meraviglia alla mia stanchezza. Pochi giorni dopo un amico mi aveva guardato: «Sei sfinito!», senza riuscire ad alleviarmi la stanchezza col suo sorriso.

Dopo questi inizi allarmanti, che non mi inquietavano solo perché ero già inerte, mia moglie mi aveva fatto una scenata credendo che ce l'avessi con lei: «Ma cosa ti ho fatto?», e i ragazzi si erano

affacciati credendo che la stessi picchiando, mentre stavo invece prostrato e muto nella poltrona del salotto.

Cercai di capire cosa mi stava succedendo, ma ero accecato da un mare di tenebre, era come voler vedere le cose al buio. Cosa mi stava succedendo? Ero diventato una bestia passiva e inutile, un cadavere insepoltto. Lo dico ora che mi è tornato miracolosamente il gusto della vita. Vita (e morte) come la depressione me le ha fatte capire, strano a dirsi, dopo se stessa.

Io non riesco a comprendere cosa sia stata la mia depressione. Era certamente, nella sua continuità, un male psichico indeterminato come un mare vasto e profondo di naufragi, ma questo lo dico ora che ne sono fuori, allora era solo male e basta. Perciò a chi me ne chiedeva le cause non potevo rispondere, non sapevo, ne vedeo solo gli effetti orribili di alienazione da me stesso, dalla mia famiglia, dagli amici, dalla natura, da tutto. Morire mi sembrava troppo poco e troppo tardi, desideravo solo essere già morto, annientato, sparito. Cessato in me ogni interesse culturale – la letteratura, la pittura, la musica, senza cui non potrei mai vivere –, morale, religioso – chi era Dio, dove perché? –, mi accorsi che niente era in grado di smuovermi, di attirarmi, e soprattutto di non darmi tormento. L'orrore degli orrori fu quando mi resi conto di avere per i bambini una repulsione che giungeva fino all'odio.

Allora accettai di farmi curare da un neuropsichiatra, che alla fine, quando uscii dalla depressione, ebbe l'onestà di dirmi, rispondendo al mio caldo

ringraziamento, che a volte la depressione viene e va anche senza un perché. E questo concordava con l'abisso che avevo inspiegabilmente attraversato.

La depressione è un rifiuto totale, immenso della vita. Non è volontaria, altrimenti sarebbe stato facile combatterla. Ti assale, l'ho già detto, come uno straniero e ti immobilizza strangolandoti. Quelli che dicono: la depressione è tristezza, è malinconia, è angoscia, mi fanno addirittura ridere, come se dicessero che l'agonia è un sentimento. Il malessere di chi non vuole più esistere non è solo un malessere, è un non essere che divampa fino a esplodere. Dovevo farmi forza o trattenermi ad ogni istante per fare o ricevere le cose più normali come mangiare (ero del tutto inappetente), camminare, respirare, rivolgermi a qualcuno o accettare che qualcuno mi si rivolgesse. Mi sembrava di essere un pazzo gravato da ridicolaggine, insulsaggine, indegnità.

Mi ritornarono in mente, poco a poco, tutti i miei errori, le cattiverie, le dappocaggini, le ignobiltà, le viltà, le insufficienze, le omissioni, le stupidità, e le vergognose miserie morali che emergevano dal passato una ad una come teschi da sotto la sabbia del tempo, della mia misera e fallimentare vita, della mia ingiustificabile esistenza. Me ne vergognavo come se ne fossi colpevole e responsabile nel momento in cui le scoprivo ricordandole, come se compissi quelle azioni proprio in quell'attimo, irrevocabilmente. Ero non solo incapace ma anche indegno di vivere. Come sono uscito dalla tomba della depressione? Questo è un mistero an-

cor più grande. È vero che il neuropsichiatra deve aver indovinato la terapia chimica, ma non posso pensare che tutto il mio tremendo dolore sia passato per alcune compresse, per quanto indovinate. Certo, anche la sua stessa grande professionalità mi è stata continuamente utile, ma, e poi? Come sono risorto da un sepolcro che sembrava chiuso e sbarrato per sempre?

A poco a poco ho ricominciato a vedere le foglie, i fiori, le cortecce rugose degli alberi, che prima ormai solo guardavo senza vederle, poco a poco i volti dei miei familiari, di mia moglie che mi aveva incoraggiato ma anche rimproverato crudamente – «Sei un annegato che vuole tirarci tutti a fondo» –, dei figli prima sospettosi poi disorientati dai miei indizi di guarigione; poco a poco tutto ciò riprese consistenza e valore, mi ritornò l'amore per la letteratura, la musica, la pittura, per un match di tennis visto in televisione con il dondolio del suo avanti-indietro elegante. Uno spazio di futuro insperatamente si apriva, reale.

E sono passati più di due anni! In cui sono stato immobile nel mio male, o in letargo come una crisalide? E perché mi è ritornata una qualche idea di Dio dopo il suo buio-assenza assoluto?

Ma come mi è ritornato Dio? Qualche riga in tutto: metà del Prologo di Giovanni fino a: «E il Verbo si fece carne», due versetti della lettera ai Filippesi dove ci sono i verbi dell'incarnazione: «annientò se stesso» e «umiliò se stesso» (letteralmente “svuotò” e “divenne un tapino”, un poveraccio, un disgraziato); poi il famoso passo sulla carità senza cui niente ha senso, della prima lettera

ai Corinzi, e tre parole della prima lettera di Giovanni: «Dio è Amore».

Queste poche righe occupano appena, forse meno di una paginetta di quaderno. Ci credo, o piuttosto mi acceca la loro evidenza? Se guardo come ero prima, poi come sono stato nella depressione, poi come sono ora, non posso non chiedermi: ma che cosa è un uomo? «È un miracolo», ha detto mia moglie parlando della fine della mia depressione. Un uomo è un miracolo?

Ciò che si era del tutto annientato in me nella depressione erano due realtà e il loro nesso in una: la natura e la storia. Ora riscoprivo che, se la storia è dolore e superbia, la natura è verità perché è umiltà, dice Simone Weil, obbedienza della creatura al Creatore.

Ma come lo riscoprivo? Attraverso un'immedesimazione con i più sventurati, e una fraternità con le più piccole foglie e i più leggeri, trascorrenti veli di nuvole. Mi sentivo, mi sento di nuovo e molto più a fondo di prima solidale solitario, come dice Camus, uno presente in fraterno silenzio.

La mia riscoperta minimale della natura e della storia ha sfarinato via un mucchio enorme di retorica atea e religiosa, colta e ignorante, facendomi sentire nudo e solo. Senza rivestimenti e difese mi sono accorto di ripensare ciò che pensavo durante la depressione, allora intollerabilmente, ora con inerme stupore. Per non dimenticare bisogna ricominciare da capo almeno una volta al giorno. Almeno: perché le vie e gli imprevisti della giornata ti portano infallibilmente o a mentire o a rinnovarti.

E quest'ultimo pensiero, ripetuto più volte nel mio intimo, mi ha fatto nascere con mia sorpresa una parola a cui da molto tempo avevo rinunciato, ritenendola sbagliata o storicamente estinta: popolo. Per decenni avevo pensato che il popolo non esistesse più, che tutti dal basso o dall'alto tendessero alla media, mediocre borghesia, che tutta la società fosse diventata piccolo-borghese, senza progresso e senza storia. Il mio era un pregiudizio ideologico che aveva colpito la maggior parte degli intellettuali, soprattutto di sinistra. Ma ora che sinistra e destra non esistevano più?

Il popolo esisteva invece, e ben visibile e vitale: lo vedeva al mercato rionale, sugli autobus e ovunque per strada avessi il coraggio di guardare bene quei visi anonimi e reali, "qualunque" e invece proprio loro, unici.

Il popolo non è né migliore né peggiore dei miserabili o dei ricchi, ma nella sua medietà manifesta quasi del tutto inconsapevolmente una gioia di vivere che si traduce in semplici battute, o in una tristezza o in una preoccupazione o in una speranza che sono a loro volta gioia di vivere. Modestamente, affabilmente o con improvvisi tagli di sincerità, il popolo mostra senza saperlo di possedere un segreto di esistere, una radice inestirpabile che lo ancora, lo fa procedere e continuare al di là o al di sopra di tutti i ragionamenti, e i concetti, e i sistemi di idee di tutti gli sradicati pensatori, che credono di pensare anche il popolo e invece ne sono per loro colpa estraniati.

Come ben si capisce, credo, non parlo qui in nessun modo di populismo, che è una sterile ideolo-

gia, ma di popolo e solo di questo. Cioè del bacino e della riserva che fa grandi le opere di Dostoevskij e di Tolstoj, e che per la sua mancanza rende grandi ma invincibilmente tormentose quelle di Kafka, poeta della distruzione borghese del popolo.

Il popolo attinge al serbatoio della vita perché è umile tanto nella sua umiliazione quanto nei suoi eccessi vitali, nella sua "umile corruzione", come diceva il poeta. Ha con la vita un'intesa data, una confidenza vera nel suo non saperla esprimere mentre la guadagna ora per ora. Resiste sempre mentre è fragile ogni momento. Il popolo esiste perché sa il giusto dell'esistenza e anche la necessità, la fatalità del vivere.

Perciò il popolo è immortale, come hanno dimostrato i rovesci, i contraccolpi che ha dato alle rivoluzioni degli intellettuali, da quella francese a quella russa. E ancor oggi vive la sua vita minima di piantina pronta in ogni stagione a premere contro l'asfalto che la preme, e a bucarlo silenziosamente, vittoriosamente.

Gli intellettuali, invece, gli ideologi, si sfiancano a pensare e a parlare e si riducono poi a un mutismo che non è silenzio ma privazione di vita.

La povertà del popolo, più o meno grande, più o meno contrastata dai suoi espedienti e dalla sua buona volontà quotidiana, lo salva e lo preserva dalla stupidità profonda, divorante dei facoltosi fannulloni che attraversano la vita senza lasciare traccia, pur facendo molto chiasso e molte smorfie inutili. La ricchezza del popolo è la sua prole, i suoi figli amatissimi circondati fraternamente da cani e gattini.

Il popolo è l'unica forza contrapposta, l'unica garanzia contro lo svuotamento morale delle classi inferiori e superiori a lui, e puoi vederlo quando accade qualcosa di grave per strada o su un autobus, dove, mentre tutti i neoborghesi fanno finta di niente e non intervengono, uno del popolo grida, si agita, va contro, disordinatamente contrasta l'opera malvagia di un delinquente o di un pazzo. Il popolo non accetta di vivere al prezzo di una qualsiasi abiezione morale, non sopporta di annegare nel disprezzo di sé, nel vile nascondimento e nell'imperdonabile fuga da se stesso. Infatti il popolo lo ritrovi in una fotografia di guerra, in una telecamera di sorveglianza mentre interviene, in casa a dare lezioni di vita ai figli che rischiano il deragliamento, a promettere una dura reazione a un pusher se prova ancora a dare droga al più giovane e inesperto di essi.

Il popolo può commettere molti errori, tradire la moglie, cedere a una pigrizia parassita, può tenere sul comò l'immagine di padre Pio e insieme imprecare fino alla bestemmia, salvo pentirsene e ritornare infinite volte all'ovile. Non ha un volto piatto e uniforme come lo ha un benestante o un aristocratico, ma quello proprio di chi apertamente cerca il mobile filo della vita senza nasconderlo o appropriarsene.

Considerando i fenomeni mondiali della globalizzazione e della borghesizzazione, si può sperare salvezza solo dal popolo rimasto tale, capace di parlare con chiunque ovunque e di agire e fare qualunque cosa per amore dei propri cari e in particolare dell'inconsumabile ricchezza dei figli.

Solo nel popolo c'è il futuro, perché c'è presente vivo pur nella fatica e nel dolore, spesso, di condurre l'esistenza quotidiana.

Il popolo è quello che, mentre l'intellettuale raffinato poeta dice la vita "vana più che crudele" e "crudele più che vana", dichiara semplicemente che la vita bisogna viverla perché, come della donna, non se ne può fare senza.

Questa meditazione sul popolo per il quale la vita visibile è sorretta dall'invisibile amore, testimoniava che la risalita profonda dalla depressione mi aveva portato a pensieri essenziali, non intellettuali ma introspettivi, non concettuali ma vitali. E proprio allora mi è affiorato il tema del rapporto tra interiorità ed esteriorità nell'arte, ma ancor prima nell'esistenza di ciascuno. Questo mi ha stimolato a scrivere queste parole, non so se riuscite, ma certo formanti una specie di mio testamento estetico e morale (senza un vincolo morale la letteratura, ha detto un grande critico, si riduce a niente). La mia uscita dalla depressione mi ha condotto in questa regione definitiva, anche se non ultima, del mio viaggio.

Dossier

Gender S. Zanardo, P. Binetti, L. Turco,
D. Notarfonso. A cura di G. Meazzini

Immigrazione R. Cosentino, E. Bonino, D. Pompei,
P. Ferrara. A cura di M. Zanzucchi

Povertà L. Becchetti, M. Franzini, A. Mingardi, C. Saraceno,
V. Pelligrina. A cura di C. Cefaloni

Vaticano I. Ingrao, G. A. Becciu, A. Melloni. A cura
di M. Zanzucchi

Eugenetica P. Greco, M. De Caro, G. Noia, P. Benanti.
A cura di G. Meazzini

Disarmo M. Simoncelli, G. Gaiani, V. Camporini. A cura
di C. Cefaloni

Alleanza uomo-donna S. Ventroni, C. Giaccardi,
M. Magatti, M. Shomali, M. Heydarpoor, M. Voce, J. Morán,
D. Notarfonso, C. Cefaloni. A cura di A. Nicosia e G. Meazzini

Cyberbullismo S. Cosimi, A. Rossetti, E. Affinati, F. Maisano,
A. Pinna. A cura di M. Girardi

Carcerati D. De Robert, F. Occhetta, E. Fassone,
A. Mantovano, A. Di Nicola, P. Bertoncello, S. Zinna.
A cura di C. Cefaloni

Padri L. Fronza Crepaz, L. Zoja, A. Monda, A. Spadaro,
E. Aceti, P. Ionata, E. Granata. A cura di G. Meazzini

Comunità I. Lizzola, P. Ruffini, I. Pedrini. A cura di
A. Nicosia

Scuola I. Fiorin, P. Mastrolcola, P. Crepet, P. Bertoncello,
A. Giannelli, E. Scala, M. De Beni. A cura di S. Fornaro

Francesco M. Borghesi, J. Morán, T. Dell'Olio, A. J. Uelman.
A cura di C. Cefaloni e A. Coccoluto

Governance P. Ferrara, F. Chehadé, S. Zamagni, S. Cataldi,
T. Merletti, J. Morán. A cura di G. Meazzini

Carisma M. Simoni, F. Ciardi, M. Voce, M. Genisio, famiglia
Torelli, F. Muraca. A cura di A. Nicosia e G. Meazzini.

Oltre le ferite L. Floridi, C. Volpato, R. Pegoraro,
E. Granata, A. Pasini, R. Catalano, P. Ferrara. A cura di G. Meazzini

Prendersi cura A. Smerilli, S. Minnetti, M. Iavarone, R. Andrich, A. Campanini, C. Spatola, T. Pastorelli, P. Balduzzi. A cura di A. Nicosia

Conversione ecologica B. Bignami, A.M. Panarotto, D. Palermo, S. Papa, G. Alioti, G. Onufrio. A cura di C. Cefaloni

Adolescenti C. Spatola, A. Pellai, D. Notarfonso, A. Mammana, L. Gagliardi, C. Rossa, I. Culcasi, M. Iavarone, L.M. Epicoco, G. De Palo, E. Affinati. A cura di S. Fornaro

I dossier possono essere acquistati
sul sito www.cittanuova.it
o richiesti all'ufficio abbonamenti.

Quelli degli anni precedenti possono essere scaricati
in formato pdf dal sito www.cittanuova.it/riviste/.

Cos'è la vita? Non è facile definirla. Ognuno di noi si interroga sul senso della propria esistenza. Questo dossier offre le riflessioni di alcuni esperti che, con sensibilità e competenze diverse, ne osservano le varie sfaccettature: dalle sfide della vita nascente fino al "come morire" e al valore della morte, dal mistero della vita in rapporto all'evoluzione del cosmo fino all'impatto del credere sulla qualità della vita, passando per situazioni problematiche, come follia, depressione e Alzheimer.

Mariapia Veladiano, scrittrice, già insegnante e preside, collabora con riviste e giornali. Gli ultimi suoi libri sono *Adesso che sei qui* (Guanda 2021) e *Oggi c'è scuola* (Solferino 2021)

Stefano Redaelli, professore di Letteratura italiana presso l'Università di Varsavia. Il suo romanzo *Beati gli inquieti* (Neo edizioni 2021) è stato candidato a numerosi premi.

Sergio Rondinara, professore di Epistemologia presso l'Istituto Universitario Sophia. Il suo ultimo libro è *Le scienze tra arte, comunicazione e progresso* (Città Nuova 2017).

Sarah Gangi, psicologa e psicoterapeuta specializzata in età evolutiva presso l'Unità di neonatologia del policlinico Umberto I di Roma. È co-autrice del libro *Piccoli piccoli – Storie di neonati nell'Italia di oggi* (Laterza 2021).

Marta De Angelis, medico palliativista, è nel consiglio direttivo della Società italiana di cure palliative. È co-autrice del libro *In modo giusto – Medicina narrativa nelle cure di fine vita* (Maria Margherita Bulgarini 2018).

Ferdinando Garettò, medico, lavora in cure palliative dal 1992. Collabora con iniziative formative sui temi del dolore e della sofferenza rivolte agli operatori sanitari e alla cittadinanza.

Valter Giantin, medico, geriatra, bioeticista clinico, direttore UOC Geriatrica di Bassano del Grappa (VI). L'ultimo suo libro è *Vivere a lungo con successo* (Città Nuova 2021).

Giovanni Casoli, critico letterario, già insegnante, ha pubblicato numerosi studi, saggi e articoli. Tra i suoi libri, *Novecento letterario italiano ed europeo* (Città Nuova 2002).