

Presentazione del libro:

“Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico”

di Mons. Maurizio Calipari

con la presenza dell'autore.

Sassari, 15 dicembre 2007

Auditorium della Parrocchia di Mater Ecclesiae

Presenta il libro il **Dott. Mario Oppes**, Presidente del Comitato di Bioetica dell'Ordine dei Medici di Sassari:

La presentazione di questo libro cade in un momento in cui il dibattito intorno a questi temi si sta facendo particolarmente intenso e la preoccupazione che ciascuno di noi credo debba avere è capire con una certa precisione quali posizioni si debbano assumere in funzione di quali principi e di quali ragionamenti.

Spesso si ha l'impressione che i cattolici, a volte per sottolineare l'esigenza di opporsi ad una tendenza culturale che accetta l'eutanasia come qualcosa di lecito, sembra che d'altra parte sostengano l'esigenza di difendere la vita a tutti i costi. Detto così potrebbe sembrare una cosa quasi blasfema, ma in realtà a volte difendere la vita a tutti i costi si traduce in uno spingere le terapie oltre il senso che possono avere quasi cercando di portare la morte sotto il dominio dell'uomo così come accade nel momento in cui si decide di sopprimere una vita. Quindi sia che si voglia sopprimere una vita sia che la si voglia prolungare oltre ogni logica, diciamo che lo sforzo che l'uomo compie è praticamente simile, cioè quello di voler dominare in qualche misura la vita e la morte. A volte dunque capita di giungere a delle conclusioni che non sono necessariamente quelle più corrette.

Il libro di Mons. Calipari parte da una analisi molto puntuale e precisa della tradizione teologica dal '500 in poi, da F. De Victoria fino ai nostri tempi e riuscendo a delineare un percorso nella cultura teologica e filosofica della cristianità.

C'è poi una analisi molto precisa dei Documenti del Magistero della Chiesa Cattolica a partire dai Discorsi di Pio XII, spesso stimolati proprio dai quesiti dei medici.

Troviamo anche i Documenti della Congregazione per la Dottrina della Fede, la grande Enciclica “Evangelium Vitae” di Giovanni Paolo II che ricapitola le precedenti posizioni magisteriali senza mai modificarle, arrivando ai Documenti più recenti del Pontificio Consiglio “Cor Unum”.

Il libro di Mons. Calipari assume come base principale dei suoi ragionamenti questo materiale che viene ben analizzato e dal quale si parte per affrontare il problema cruciale del libro: capire cosa si debba fare davanti ai problemi etici che nascono in Medicina dall'applicazione di nuove tecnologie e trattamenti per il sostegno delle funzioni vitali.

Siamo davanti a quelle fasi della vita definite con una brutta parola “terminali”, nelle quali la tecnologia è capace di prolungare la vita, ma non sempre sono trattamenti che hanno un senso.

Il merito del libro è sicuramente quello di dare alla Medicina una dimensione più umana venendo fuori da una logica di onnipotenza, che ci viene un po' inculcata nel nostro percorso formativo di medici.

A volte è qualcosa di non voluto e inconsapevole, ma ciò che viene fuori dal percorso formativo dei medici di oggi è quello di una Medicina capace di affrontare qualunque problema e quando questo non si verifica diventa colpa della Medicina stessa.

Davanti a questi problemi le domande che ci poniamo sono chiaramente diverse: è necessario chiedersi fino a che punto esista un obbligo di farsi curare.

Questo problema se lo pongono i pazienti, ma se lo dovrebbero porre anche i medici: fino a che punto il medico ha l'obbligo di curare? Si tratta anche di capire quanto possa pesare nella decisione la scelta del medico e quella del paziente. Spesso c'è da chiedersi quale trattamento possa di fatto configurarsi come un accanimento terapeutico e altre volte c'è da domandarsi se la sospensione di un trattamento può configurarsi come una forma di eutanasia passiva.

Bisogna dunque tentare di mettere in piedi uno strumento valutativo che ci permetta di capire quando stiamo entrando nel campo dell'eutanasia e quando si tratta semplicemente di rinunciare a fare qualcosa di inutile, che va cioè al di là degli obiettivi che la Medicina persegue.

Mons. Calipari elabora queste domande provando a dare una risposta in termini abbastanza integrati. La risposta cerca di trovare un equilibrio molto difficile tra esigenze contrapposte. La proposta dell'Autore salvaguarda il principio della vita come bene fondamentale e non disponibile, presupponendo che l'eutanasia non può mai essere considerata un bene, ma affermando anche che il paziente ha diritto a morire dignitosamente, senza essere "maltrattato" da trattamenti medici che possono non perseguire il suo vero bene, ma che tentano semplicemente di spostare anche di poche ore l'evento morte senza che questo abbia sempre un significato buono.

L'etica invece deve mirare proprio a questo quando propone un intervento.

Il "Principio di adeguatezza etica" che viene proposto come soluzione e insieme punto di equilibrio è abbastanza convincente. Tiene conto dell'aspetto tecnico-medico che deve essere il presupposto fondamentale per comprendere l'utilità del trattamento. C'è quindi un principio di proporzionalità delle cure che tiene conto degli aspetti tecnici.

E' l'equipe medica che deve intravedere la proporzionalità rispetto all'obiettivo di salute che si intende raggiungere.

C'è però un aspetto con un contenuto in parte anche soggettivo che riguarda l'accettabilità del trattamento da parte del paziente. Quindi la straordinarietà o l'ordinarietà di un trattamento (termini che venivano utilizzati con una accezione leggermente diversa in passato) diventa lo strumento attraverso il quale è possibile far valere anche il significato che il paziente attribuisce a quel trattamento per se stesso.

Alla fine viene fuori quasi una tabella dalla quale è possibile dedurre la possibilità di praticare o meno un determinato trattamento in situazioni che devono essere poi di volta in volta definite.

Un trattamento proporzionato, per essere accettato, deve essere in qualche misura considerato non straordinario dal paziente. Se il trattamento è considerato proporzionato, ma straordinario per il paziente, egli può anche non accettarlo. Se il trattamento è invece sproporzionato da un punto di vista tecnico è già di per sé eticamente non accettabile. Per capirci non dobbiamo neppure proporlo al paziente.

Tutto questo deve essere motivo di spostamento delle scelte da un discorso spesso astratto ad una relazione medico-paziente. Viene fuori che la scelta di accettare o meno un determinato trattamento deve nascere da un dialogo tra medico e paziente che tiene conto di tutte queste caratteristiche (tecnico-scientifiche, soggettive, visione di vita del paziente).

Mons. Calipari nelle conclusioni che trae sostiene che il percorso da lui indicato è solo uno dei tanti percorsi possibili nell'affrontare queste tematiche da un punto di vista morale.

Credo che forse sbaglia quando giudica eminentemente teorica questa sua proposta. A me pare che invece venga fuori invece una proposta molto pratica, utilizzabile concretamente. Lo dico da medico e quindi nella prospettiva di colui che è chiamato ad utilizzare questi strumenti definiti invece forse un po' troppo teorici. Credo che sia questo il punto di merito del libro: offrire una proposta utilizzabile.

L'etica del resto è una disciplina pratica, non teorica, che ci permette di fare dei ragionamenti che poi hanno delle ricadute sulle scelte concrete che dobbiamo operare nel quotidiano.

Credo che questo modo di procedere sia estremamente corretto sotto l'aspetto metodologico e sia molto convincente dal punto di vista della sua utilità pratica.

Sono convinto che sia un libro che vale la pena di leggere e meditare e utilizzarlo nelle scelte concrete che sia come medici che come pazienti siamo purtroppo a volte chiamati a compiere.

Domande dei presenti con risposta di **Mons. Calipari**:

D) Fino a che limite deve spingersi il dovere morale di conservare la propria vita?

In altre parole: è obbligatorio sottoporsi a trattamenti medici dai quali è possibile aspettarsi solo un modesto allungamento della vita a prezzo magari di un peggioramento della sua qualità?

R) Penso che questa domanda evidenzia quello che è il nucleo centrale della questione.

Non si può rispondere se non ci si pone il problema di quale sia il dovere morale di conservare la propria vita ovvero in che cosa consista. In altre parole, perché abbiamo un dovere morale di conservare la vita?

Questo lascia intravedere un'altra domanda, ancora più radicale sul valore della nostra vita. Naturalmente a questa domanda si possono dare vari tipi di risposte. Io non mi sottraggo all'esigenza (lo ritengo anche un dovere) di dare una risposta piena anche alla luce dell'interpretazione cristiana.

Voglio premettere che quando si trattano temi di bioetica, e questo riguarda la primissima parte del mio libro, non si può prescindere dal fare una scelta sul tipo di visione antropologica che si vuole adottare. Non possiamo parlare dell'uomo senza essere sicuri di intendere la stessa cosa.

Non tutti hanno la stessa misura del valore e della dignità della persona umana.

Personalmente credo con fermezza in una visione antropologica di tipo personalista, che è quella che emerge da tutti i Documenti e dalla Dottrina ufficiale della Chiesa Cattolica. Una visione della persona che pone l'essere umano come un essere che ha il suo valore in primo luogo nella sua origine in quanto creato a immagine e somiglianza di Dio, la cui dignità è dunque scritta nella sua natura, non gli viene da circostanze esterne e quindi da fattori contingenti della sua vita.

Non è neppure una dignità che varia durante la vita (ieri poteva andare bene perché c'erano determinate condizioni, oggi non va più bene perché queste condizioni sono venute a mancare).

La dignità e cioè il valore della vita umana è sempre lo stesso. L'uomo vale per ciò che è e ciò che è alla radice lo è sempre perché lo è nella sua natura, pur variando le circostanze storiche del suo cammino.

In questo valore globale della persona l'essere vivente in senso terreno (in questa fase del nostro cammino) è un valore fondamentale. L'essere vivi è primario perché se non si è vivi non si è neppure intelligenti, volitivi, creativi, non si può vivere neanche la fede.

Per questo motivo diciamo che l'essere vivi (non parlo di vita perché questo è un concetto, la vita umana non esiste in quanto tale) è un bene primario.

E' la condizione di possibilità perché si sviluppino tutti gli altri beni.

Proprio perché è un bene primario, vengo dunque alla domanda, noi abbiamo il dovere morale di conservarlo. Lo abbiamo ricevuto come un dono (perché credenti o no nessuno si è procurato la vita da solo) e rispetto ad esso abbiamo una responsabilità. Dobbiamo dunque non solo conservarla, ma promuoverla, farla fruttificare in modo da rendere il dono migliore di come l'abbiamo ricevuto, esprimerlo e realizzarlo in tutte le sue capacità.

E' chiaro che se la vita umana in questa fase terrena è un bene fondamentale, nello stesso tempo dobbiamo riconoscere (in particolare come credenti) che non è un bene assoluto perché non esaurisce il destino della persona. L'essere vivente su questa terra non è il tutto della nostra storia. Abbiamo un destino che va oltre questa dimensione ed è la prospettiva della piena realizzazione di noi stessi nella dimensione della vita eterna. E' quello il bene assoluto perché rappresenta il fine ultimo.

Un bene non assoluto prevede già in sé stesso un limite e se è limitato, seppure importante, significa che corrispondentemente il dovere di conservarlo non può essere un dovere assoluto, ma commisurato in modo proporzionato al bene stesso.

Questo lo ha capito benissimo chi ha ragionato su queste cose prima di noi. Nella ricognizione storica che ho cercato di fare tra i moralisti che si sono occupati di questo problema fin dal XVI secolo, ci si è accorti che può esistere un limite al dovere di conservare la vita.

Dunque alla prima domanda rispondo che esiste un limite.

Non è un limite fissato una volta per tutte, ma va fatto oggetto di discernimento nella concretezza della condizione umana.

Nel libro cerco di descrivere i passaggi essenziali attraverso i quali è possibile realizzare questo discernimento. Sono degli stadi di giudizio che vanno tenuti in considerazione, guidati da alcuni criteri, metri di misura.

Il vero segreto risiede in un stretta alleanza terapeutica tra medico e paziente.

Alcuni parametri attengono ad un giudizio prettamente tecnico, altri alla soggettività del paziente. Le due cose messe insieme possono individuare il dovere morale di conservare la vita. Ma fino a che punto? Non è affatto una misurazione in termini quantitativi. L'unico punto davanti al quale il bene della vita terrena può cedere il passo è la prospettiva della vita eterna. Ogni altro bene legato alla vita terrena è inferiore.

Quando parlo di vita eterna intendo i valori legati a questa prospettiva, ai doveri di carità, giustizia, ai doveri nei confronti di Dio stesso (che i moralisti tradizionali definivano di pietà).

Proprio perché connessi con la vita eterna possono diventare in alcune circostanze più importanti della conservazione fisica della vita. Basti pensare ai martiri, che per non perdere il bene della vita eterna espongono la propria vita fino al rischio della morte. In vista del bene maggiore mettono a disposizione il bene minore.

Può dunque arrivare un momento in cui un essere umano dice: "Non mi trovo più nelle condizioni per le quali il mio dovere di conservare questa vita, in questa fase, cede il passo rispetto ad un bene superiore che altrimenti potrebbe essere a rischio.

Tutto questo va valutato nella situazione concreta nella quale si trova la persona.

D) Alcuni bioeticisti hanno tentato di dimostrare l'equivalenza tra il far morire e l'uccidere e in genere si tratta di temi a sostegno della liceità dell'eutanasia. Sono davvero la stessa cosa?

Si sottovaluta spesso il peso dell'intenzione di chi agisce.

R) E' questa una domanda che ci fa rituffare nella struttura stessa del ragionamento morale.

Potrebbero sembrare ragionamenti cavillosi.

Le azioni che hanno un senso morale sono quelle azioni che noi scegliamo liberamente e coscientemente. Tutte le altre azioni non hanno nessun significato morale. Non lo possono avere perché se non sono il frutto del nostro agire libero e consapevole non hanno peso morale.

Non ci determiniamo moralmente se non quando agiamo in modo libero.

Ogni volta che agiamo così le nostre azioni hanno tre componenti fondamentali:

- oggetto morale (che cosa sto facendo?)
- intenzione (perché lo sto facendo?)
- circostanze (quando, come, cosa comporta...)

Faccio un esempio: se entro in una stanza e vedo una persona sdraiata sul letto e gli domando che cosa sta facendo, questa persona mi può rispondere: “Ho posto il mio corpo in una posizione orizzontale su questo letto”. E’ una risposta descrittivamente perfetta, ma priva di senso morale.

Se invece mi risponde: “Sto riposando!”, cambia tutto perché mi dice qualcosa in riferimento alla sua intenzione primaria. Questo individuo l’oggetto morale, che è quella intenzione di fondo che mettiamo nelle cose e individua ciò che faccio nel significato profondo.

Poi magari mi dirà: “Sto riposando perché domani ho un esame!”, apportando anche l’intenzione seconda, il fine ultimo. Poi ci sarebbero le circostanze (si è stancato il giorno prima, è tornato tardi, etc..).

Tutto questo per dire che quando dico “uccidere” non intendo soltanto procurare materialmente la morte di qualcuno, ma scegliere di procurare la morte di qualcuno. Agisco intenzionalmente avendo come fine primario quello di provocare la morte di qualcuno.

Esistono poi delle intenzioni seconde, come ad esempio la volontà di porre fine alle sue sofferenze, oppure per ragioni di odio o perché ritengo che la vita di questo individuo non sia degna di essere vissuta.

Uccidere significa porre come centro della propria scelta il procurare la morte di qualcuno.

Lasciar morire è un termine che a me non piace perché è ambiguo. Io posso anche lasciar morire nel senso di voler procurare la morte anche omettendo qualcosa di necessario per sostenere in vita. La differenza non sta nel metodo. Non c’è differenza da un punto di vista morale tra iniettare un farmaco mortale e non iniettare un farmaco vitale se la mia intenzione è sempre quella di procurare la morte. Userei come alternativa il termine “permettere” che avvenga una morte che si sta già realizzando per la patologia stessa o per le condizioni della persona ovvero consentire che giunga a compimento un percorso naturale che non ho altro modo per arrestare.

Quindi permettere la morte è diverso da uccidere.

Oggi sentiamo parlare di eutanasia attiva e passiva. Usciamo fuori dall’ambiguità del linguaggio.

Il punto è se voglio procurare la morte, causarla in maniera anticipata. In qualsiasi modo la realizzi è l’uccisione di una persona e dunque un atto moralmente inaccettabile.

Se invece ritengo che non ci siano più condizioni tali per le quali viene a mancare un mezzo efficace per sostenere la vita di una persona, posso permettere che la morte avvenga perché la mia intenzione non è procurare la morte.

Dunque il punto fondamentale è proprio l’individuazione di questo oggetto morale.

D) Lavoro in un reparto di terapia intensiva neonatale e sono rimasto colpito da una recente notizia giunta dagli Stati Uniti, dove hanno assistito un neonato di 22 settimane di età gestazionale.

Ricordo che quando mi sono laureato al di sotto di 26 settimane si parlava di aborto e i bambini nati al sotto di questa età venivano lasciati sul lettino e morivano dopo poche ore. Ora con lo sviluppo della terapia intensiva, è possibile assistere questi bambini. Per la mia esperienza, l’assistenza di questi bambini è un punto interrogativo non tanto per la sopravvivenza, quanto per i relinquiati e gli handicap. Per me è stato sempre doloroso affidare alla mamma e al papà un bambino vivo, ma spesso con dei grossi handicap. Mi sono sempre chiesto: che diritto abbiamo ad assisterlo?

Ventidue settimane è una prematurità estrema con una possibilità estremamente alta di avere degli importanti relinquiati. Che diritto abbiamo di tenere in vita un neonatino di questa età a prezzo di queste conseguenze?

R) Grazie per questa domanda così importante e profonda. Tocca un problema complesso che mette in gioco da un lato i valori ai quali abbiamo già fatto cenno e dall’altro le grandi possibilità frutto del processo di avanzamento tecnico-scientifico, ma che rivelano la non onnipotenza della Medicina. Penso che anche qui la domanda di fondo sia: “Chi è questo bambino? Quanto vale la sua vita? Qual è il modo di aiutarlo che meglio corrisponda alla sua dignità?”

L'errore che non bisogna mai fare è pensare che dal punto di vista sia del medico che dei genitori il bambino sia un oggetto. Egli è invece una vita umana consegnata alle loro cure. Nessuno ha il compito di giudicare il valore di quella vita.

Mai il medico deve poter dire: "Questa vita che ho davanti vale o non vale". Anche se umanamente la tentazione di dire questo può venire, non spetta a nessuno giudicare il valore di un'altra vita. Un giudizio di valore non spetta neppure a ciascuno di noi in riferimento alla nostra stessa vita.

Su che cosa dobbiamo fondare il nostro giudizio in un caso di questo tipo?

Dobbiamo prendere coscienza di cosa si causa agendo in un determinato modo. Entrano in gioco fattori non sempre così scontati. Nessuno può mettere ragionevolmente in dubbio che un handicap, una malattia, un difetto congenito sia un peso, una aggravante, ma siamo sicuri di poter dire che questo costituisca in assoluto un male che rende la vita non degna di essere vissuta? Possibile che la vita quando è segnata dalla sofferenza è sempre indegna di essere vissuta? O forse non dovremmo tentare di riscoprire che nella nostra vita c'è anche la sofferenza (che comunque dovremmo tentare in ogni modo di lenire)? Possibile che la sofferenza renda la vita umana senza significato? O dobbiamo trovare invece un significato nella sofferenza?

Quale è l'alternativa nel caso di questo neonato? Abbiamo la possibilità di evitare la sofferenza, ma siamo sicuri che è proprio la sofferenza ad essere evitata?

Molte volte quando diciamo di evitare la malattia intendiamo il voler evitare che esista colui che è malato. Non si può prevenire o curare una malattia con l'eliminazione della persona malata.

Mi domando: "Siamo sicuri che quando diciamo di non volere la sofferenza di un'altra persona in realtà non nascondiamo la verità che siamo noi a non voler soffrire vedendo lui soffrire.

In un questa forma di pietà compassionevole spesso sono presenti tanti fattori che ne mascherano altri perché è un gioco psicologico sottile che ci porta a far una grande confusione. Ci convinciamo perciò di aver risolto tutto perché quel bambino non è nato e il problema non c'è più. Quella è però una vita umana con un suo valore e un suo senso, senso che noi avremmo probabilmente compreso strada facendo. Se c'è un tesoro nascosto oltre una parete e io nella mia vita non avrò mai la possibilità di vedere oltre ad essa per scoprirlo, non è che non esiste. C'è e ha il suo valore. La vita umana è sempre questo tesoro?

Nella mia proposta antropologica è sempre un tesoro per il fatto stesso di esistere perché già nel suo esistere da lode a Dio perché p a sua immagine.

Io sono il primo a dire che la semplice conservazione materiale della vita in termini di prolungamento non è l'unico dato da considerare. Mi preoccupa però se in questo ragionamento entrano tutti quei metri falsi che abbiamo avuto modo di considerare.

E' vero che una vita con un handicap non vale la pena di essere vissuta? Chi è sicuro di dare questa risposta si faccia avanti. Sono convinto che una vita umana possa essere splendida nel suo valore anche se vissuta con un handicap. Questa sofferenza è comunque un mistero, magari mi inquieterà tutti i giorni della mia vita e potrà essere un peso ma lì c'è una persona umana che esprime la sua dignità.

D) E' lecito praticare una terapia contro la volontà di un paziente? Cosa succede al medico che rinuncia ad attuare un trattamento che può essere anche salvavita? Può essere accusato di praticare l'eutanasia?

R) Questa domanda comprende diversi aspetti. Quando parliamo di agire in armonia o contro la volontà del paziente entriamo in altro campo. Fino ad ora abbiamo parlato dei criteri che possono orientare l'intervento medico nel rapporto con il paziente. Ma quando mi trovo davanti alla precisa volontà di un'altra persona e devo agire per l'altro, cosa mi spinge ad agire?

L'aiuto all'altro non può mai essere imposto.

L'azione della mia coscienza morale finisce nel momento in cui devo oltrepassare un limite (ciò che mi permetti di fare su di te).

E' come uno che sta cadendo dal quinto piano. Ho il dovere di aiutarlo, ma non posso, se l'altro non allunga la mano, aiutarlo. Sono responsabile di questa morte? Se ho fatto tutto il possibile no.

Il limite è la libertà dell'altro. Questo non toglie il mio dovere di salvare quella vita, ma non posso farlo violando l'altro, anche se sbaglia. Dovrei pensare di salvare la vita distruggendo la sua coscienza e questo non lo posso fare.

Posso tentare di fare di tutto per convincerlo a farsi aiutare, a fargli comprendere il valore della sua vita e il senso. Se l'altro non vuole non ci troviamo davanti ad un problema di proporzionalità o ordinarietà, ma davanti alla impossibilità di violare la coscienza di un'altra persona pur potendogli dire che sta sbagliando.

L'eutanasia non c'entra perché non è nelle intenzioni del medico provocare la morte. L'intenzione prima è salvare la vita, ma l'altro non lo consente. La responsabilità morale cade sul paziente.

Pensiamo al problema della trasfusione di sangue, anche salvavita, ai Testimoni di Geova. Per quel paziente accettare il sangue significa violare un precetto divino che gli apre le porte per la vita eterna e se non lo fa sa, nella sua visione, di perdere il bene assoluto della vita eterna.

Posso violare questo principio assoluto della sua coscienza pur sapendo che, se lo faccio, morirà?

Il medico deve rispettare questa coscienza, ma fare di tutto perché sia a conoscenza della verità che il suo gesto comporta. Non può valere alternativamente.

D) Quale è l'importanza nella morale cattolica della qualità della vita del paziente anche alla luce della considerazione da parte di molti che questa morale si fonda più sul principio della sacralità trascurando la qualità?

R) Non è vero che si ignora la qualità della vita, sempre che si interpreti correttamente la morale cattolica. Ciò che chiamiamo qualità della vita, che è un insieme di circostanze concrete in cui la vita si trova, condizioni legate al vissuto al paziente che non possono essere certo trascurate, non devono mai diventare da sole il criterio di giudizio di quella vita. Questo perché la dignità e il valore della vita non si basano su queste condizioni ma sul suo valore radicale, che appartiene alla sua stessa natura. Una vita con o senza sofferenze, malata o sana, è sempre una vita umana e vale in quanto tale. Questo sarebbe uno slittamento di piani indebito e ingiustificato.

Quale sarebbe la qualità che dovrebbe dare valore alla vita? Ci vorrà qualcuno che si assuma l'arrogante responsabilità di dire che fino a 99 è degna di essere vissuta e dal numero 100 in avanti non lo è più... Arriviamo a conclusioni pratiche assurde per le quali decidiamo chi deve vivere e chi deve morire. Questo poi vorrà dire che deciderà sempre chi è in condizioni di decidere al posto di chi non lo è. I forti decideranno per i deboli.

La nostra è una fuga da una dimensione della vita che non riusciamo ad eliminare completamente che è quella della sofferenza.