

LE CURE PALLIATIVE INCONTRANO IFIGENIA

GIADA LONATI

ABSTRACT: Palliative care represents a medicine that is both modern and ancient. It finds in the philosophical dimension of care the profound meaning of its action. When life comes to an end, suffering affects the whole human being. Taking it in charge means entering into an authentic relationship with others, through a delicate communicative process for caregivers and cared-for. The Advance Care Planning law states so, but so does life experience. The difficult dialogue between Agamemnon and Iphigenia testifies to this. We are companions in the journey of fragility and uncertainty, in the contradictory nature of us striving for immortality and recognizing our limit. Palliative care is then also a food for thought for an education to finitude which opens our eyes to hope.

Le cure palliative rappresentano una medicina moderna e al tempo stesso antica, che ritrovano nella dimensione filosofica della cura il senso profondo del proprio agire. Quando la vita volge al termine, la sofferenza riguarda l'essere umano nella sua interezza. Farsene carico significa entrare in una relazione autentica con l'altro, attraverso un processo comunicativo delicato per curanti e curati. Lo dice la legge sul biotestamento, ma lo racconta anche la vita. Il difficile dialogo tra Agamennone e Ifigenia lo testimonia. Siamo compagni nel viaggio della fragilità e dell'incertezza, nella contraddittorietà del nostro tendere all'immortalità e riconoscere il nostro limite. Le cure palliative sono allora anche uno spunto di riflessione per un'educazione alla finitudine che apre lo sguardo alla speranza.

KEYWORDS: Palliative care, End-of-life, Communication, Advance Care Planning, Education to finitude.

PAROLE CHIAVE: Cure palliative, Fine vita, Comunicazione, Biotestamento, Educazione alla finitudine

1. Le cure palliative nascono all'interno di una storia d'amore

Cicely Saunders, quella che viene riconosciuta come la fondatrice delle moderne cure palliative, è prima crocerossina, poi assistente sociale, poi medico.

Proprio come assistente sociale incontra un giovane uomo, David Tasma, di cui si innamora. David però sta morendo per una forma aggressiva di cancro. È solo. Il ricovero in ospedale è l'unica soluzione per lui, la più sicura. Cicely lo affianca negli ultimi mesi della sua vita e, anche grazie al sentimento che li unisce, accoglie la sua richiesta di realizzare un posto in cui ci si prenda cura delle persone come lui, che stanno concludendo la loro vita. Perché l'ospedale, inutile dirlo, è il posto giusto per gestire l'acuzie, molto meno per accompagnare chi sta morendo.

David lascia a Cicely una piccola cifra e le dice che vorrà essere una finestra nella casa che andrà a realizzare. Il *Saint Christopher's hospice*, il primo hospice dell'era moderna, la casa che David sognava, viene inaugurato a Londra nel 1967. La finestra di David è lì.

Colpisce che il 1967 sia anche l'anno in cui Christiaan Barnard effettua il primo trapianto di cuore. Nel 1968 la commissione di Harvard definisce i criteri per la morte cerebrale. La cosiddetta morte a cuore battente, una specie di ossimoro giacché fino ad allora a decretare la fine della vita è l'arrestarsi del battito cardiaco.

Pochi anni prima, all'inizio degli anni Cinquanta, un giovane anestesista danese aveva applicato gli strumenti dell'anestesia al di fuori della sala operatoria, per contrastare la paralisi respiratoria indotta nei bambini da una terribile epidemia di poliomielite. Questa rivoluzionaria intuizione non solo inverte il trend di sopravvivenza dei piccoli pazienti, ma sta alla base della moderna rianimazione. Nel termine rianimazione è contenuto tutto il potere salvifico della medicina: con questo un potere nuovo viene affidato al medico. Per la prima volta a un essere umano è data facoltà di invertire il percorso naturale dalla vita alla morte. Per la prima volta è possibile restituire la vita, una dimensione che porta l'uomo medico vicino alla divinità.

Le cure palliative nascono — verrebbe da dire che hanno bisogno di venire alla luce — in questo contesto. In un momento storico in cui sembra esserci il riconoscimento che, accanto a una medicina che

guarisce (dalla malattia ma non dalla morte, anche se questa sembra essere un po' l'illusione), è necessaria una medicina che si prende cura fino alla fine, anche di chi guaribile non è più. Al *sanare vitam*, che ha nella *restitutio ad integrum* il suo obiettivo, si affianca un imperativo rinnovato, quello del *sedare dolorem*.

Cicely Saunders non confonde però la medicina con il pietismo. Introduce innovazioni scientifiche che ancora oggi stanno alla base della medicina palliativa, quale ad esempio l'importanza di somministrare gli analgesici ad orari fissi per prevenire la riacutizzazione del dolore. È sua anche la definizione di dolore alla fine della vita come dolore globale. Una medicina che prova a superare la scissione cartesiana tra anima e corpo, che riconosce che l'essere umano è un tutt'uno (e questo diventa ancora più evidente nei momenti in cui il corpo malato diventa protagonista). Alla fine della vita si parla infatti, più che di dolore, di sofferenza: in essa si sommano aspetti sociali, psicologici, spirituali oltre che, naturalmente, fisici. Fino ad arrivare a riconoscere il dolore nella sua dimensione di sofferenza esistenziale. Serve allora una presa in carico che sia realmente d'équipe, in cui ognuno sappia mettere a disposizione la propria competenza a servizio del riconoscimento del bisogno multidimensionale del paziente e della sua famiglia. Le cure palliative sono paradigma della complessità e la complessità non si cura da soli, come nel proverbio africano: "Se vuoi andare veloce, vai da solo. Se vuoi andare lontano, vai in compagnia". La malattia grave non riguarda mai solo un singolo ma una piccola società, la famiglia *in primis*, ma anche un *entourage* più allargato. Pensiamo alle malattie gravi dei bambini, al loro estendersi oltre la famiglia, alla scuola, all'oratorio, ai centri sportivi. Ecco allora che le cure palliative supportano i sofferenti in senso lato e non concludono il loro compito nemmeno con il decesso del paziente, sostenendo nel lutto chi rimane.

Le cure palliative sono prima di tutto esercizio di compassione. Intesa non come l'attitudine pur pietosa che ci spinge a fare l'elemosina all'angolo della strada, ma nella definizione che ne dà Luigi Epicoco in *Per custodire il fuoco*: "come presa di responsabilità del dolore del mondo" (2023, p. 55). Come spinta "a fare tutto il possibile perché quel dolore sia lenito, preso sul serio, accolto" (2023, p. 55). Il verbo "accogliere" contiene una doppia dimensione, una molto fisica che è

l'aspetto tangibile e concreto di una dimensione più intima e spirituale, che equivale a fare spazio all'altro dentro di sé. Le cure palliative sono una spinta ad accogliere l'altro — gli altri, dal momento che sono rivolte al paziente e alla sua famiglia — nel momento della fragilità estrema, proprio quando una cultura di negazione come quella in cui siamo immersi spingerebbe a guardare da tutt'altra parte.

In questo incontro un tema centrale è svolto della comunicazione, soprattutto se si tratta di comunicare una realtà difficile e definitiva senza togliere la speranza. A maggior ragione perché, mentre ci avviciniamo all'altro nella sua dimensione di massima sofferenza, un insieme di regole non scritte fa sì che ci troviamo in un gioco di non detti, in cui tutti sanno e nessuno parla, come se le cose non dette potessero non esistere. A questo si aggiunge l'abitudine a informare i familiari prima e più che il paziente e la tendenza a posizioni di medicina difensiva che si esprimono ad ogni livello, compreso questo.

Nel 2023 l'Associazione VIDAS di Milano ha condotto con IPSOS un'indagine rivolta a cittadini e medici, volta a indagare conoscenze, esperienze e opinioni sulle cure palliative⁽¹⁾.

Tutti — curanti e curati — sono d'accordo nel riconoscere l'importanza e l'utilità delle cure palliative. Di più: i medici sottolineano l'utilità della pianificazione condivisa delle cure come strumento che favorisce l'alleanza terapeutica, tutela la volontà del paziente rispetto ai suoi ultimi momenti di vita, favorisce il coinvolgimento dei familiari e, non ultimo, riduce lo stress del medico nel prendere decisioni sui pazienti⁽²⁾. Molta strada è stata fatta su questi temi, in particolare per quanto riguarda l'attenzione al paziente e ai familiari e il loro coinvolgimento.

Nonostante la consapevolezza e le conoscenze di cui oggi disponiamo, sono molti i medici che esprimono la propria difficoltà a proporre le cure palliative, che affermano di non sentirsi in grado di farlo. Lì dove però il percorso che potrebbe condurre alla guarigione si è concluso, se lo spazio è quello della miglior cura palliativa possibile, è difficile

(1) Si tratta di un'indagine dal titolo "Conoscenza, percezioni, opinioni sulle cure palliative in Italia" condotta da IPSOS su incarico di VIDAS OdV e Federazione Italiana Cure Palliative e presentata al Congresso Nazionale SICP (Società Italiana Cure Palliative) del 16-18 novembre 2023.

(2) Legge 22 dicembre 2017, n. 219, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, art. 5.

immaginare di poterlo condividere se non si riescono ad affrontare questi temi.

Consentire al paziente di scegliere il meglio per sé presuppone un'informazione chiara ed esaustiva.

Perché noi medici facciamo così fatica a parlare di questi argomenti? Secondo i colleghi intervistati da IPSOS in parte perché mancano le informazioni sulle Cure Palliative da parte dei cittadini (ma non è chiaro chi dovrebbe informarli) e in buona parte perché parlare di cure palliative significa affrontare il tema della malattia grave, di una prognosi infausta, della morte.

Si apre a questo punto un altro aspetto delicato delle comunicazioni difficili. A chi sono affidate? Di chi sono compito? Nel solco della legge e dei codici deontologici, spetta al medico occuparsi di questa fase delicata e comprensibilmente faticosa. Medico che non è solo, perché accanto ha altre figure (in primis l'infermiere) che, seppure non abbiano il compito di fornire l'informazione su diagnosi e prognosi, pure svolgono un ruolo prezioso nel sostenere il paziente e la sua famiglia. Eppure non è raro che i familiari ci raccontino di medici che hanno affidato a loro l'onere di spiegare che non ci sono più cure utili alla guarigione, che la prospettiva è cambiata, che è tempo di concentrarsi sulla qualità più che sulla quantità della vita. Non è raro sentirsi dire: "Dottoressa, hanno detto che dovevo essere io a dirlo al papà, alla mamma, a mio marito ecc.". Una delega che non ha fondamento normativo e che sa di fuga di fronte alla paura del dolore dell'altro che assomiglia così tanto al nostro, a quello che non vorremmo sentire.

Eppure, la narrazione dell'esperienza del morire, quasi sempre vissuta come prematura e ingiusta, a maggior ragione se giunge in giovane età, è presente in molti miti che raccontano anche della difficoltà nel trovare parole adatte. Come ben descritto da Loreta Rocchetti (2024), nella sua ricostruzione del possibile parallelismo tra la vicenda di Ifigenia e il percorso del fine vita, la comunicazione è sempre un momento drammatico e delicato.

Lo si legge nell'incontro di Agamennone con Ifigenia (Euripide 1988). Anche Agamennone prova a sfuggire dalla comunicazione. Si è cacciato in un guaio grosso: ha promesso la vita di Ifigenia ad Artemide in cambio della vittoria del suo esercito. Ora deve affrontare lo sguardo

della figlia, che non sa nulla. Ifigenia dice: “Padre mio che gioia! Dopo quanto tempo ti rivedo”.

“La tua gioia è anche la mia” risponde lui e poco sotto lei ribatte: “Oh! Sei lieto di vedermi, tu dici, eppure il tuo sguardo non è sereno” e ancora “E queste lacrime perché?” (Euripide 1988).

Non si può non comunicare. La scelta è, casomai, su contenuti e modi.

Il 31 gennaio del 2018 è entrata in vigore la legge 219/2017 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. Questa legge, in estrema sintesi, sottolinea l'importanza del consenso informato come premessa di ogni relazione di cura e introduce due elementi fondamentali: la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) e le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT). Sono queste due forme di estensione del consenso. La prima all'interno di un percorso noto di malattia è espressione di quel che si vorrebbe o non si vorrebbe, a partire da un confronto tra curante e curato, quest'ultimo impegnato a rispettare la volontà del paziente, anche quando questo non fosse più in grado di esprimerla. Le DAT sono invece lo strumento con cui ciascuno, anche in piena salute, può esprimere in anticipo il proprio consenso o dissenso a manovre, trattamenti, esami che si rendessero necessari quando — per qualsivoglia ragione — non fossimo più nelle condizioni di esprimere la nostra volontà.

Al centro c'è in tutti e tre i casi il rispetto per l'autodeterminazione del paziente.

Il comma 8 dell'articolo 1 di questa legge dice testualmente: “Il tempo della comunicazione è tempo di cura”. Comunicare è molto più che usare le parole, è mettere letteralmente in comune: io il mio sapere di medico, tu il tuo sapere di paziente. Sempre la legge, nell'articolo 1, definisce il consenso informato come il luogo “nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico”. Perché questo sia possibile, di parole — oltre che di silenzi e di gesti — abbiamo bisogno.

Perché le cose acquistano forma quando le nominiamo, le parole costruiscono il mondo. Nominare è dare un significato alle cose e le cure palliative sono la testimonianza che è possibile dire l'indicibile.

Michela Murgia, la scrittrice morta nel 2023, ha deciso non solo di non tenere nascosta la sua storia di malattia, ma di usare una

terminologia che definirei inclusiva nei confronti del cancro. In un'intervista rilasciata ad Aldo Cazzullo (2023) pochi mesi prima di morire dice tra l'altro: "Il cancro non è una cosa che ho; è una cosa che sono. Me l'ha spiegato bene il medico che mi segue, un genio. Gli organismi monocellulari non hanno neoplasie; ma non scrivono romanzi, non imparano le lingue, non studiano il coreano. Il cancro è un complice della mia complessità, non un nemico da distruggere. Non posso e non voglio fare guerra al mio corpo, a me stessa. Il tumore è uno dei prezzi che puoi pagare per essere speciale. Non lo chiamerei mai il maledetto, o l'alieno".

Dire "sono malata" e non "ho una malattia" è un passaggio non scontato. È prima di tutto riconoscere che la vita offre un pacchetto *all inclusive*, fatto di potenzialità e di bellezza e di limiti, intrinsecamente connessi al nostro essere parte della natura. Allora anche il rapporto con una malattia come il cancro può uscire dallo schema del linguaggio bellico che ben rappresenta la cultura in cui siamo immersi. La Fallaci chiamava il suo cancro l'alieno. La Murgia ha il coraggio di smontare una serie di convenzioni e di farsi amica la malattia.

Posso solo condividere la posizione della scrittrice sarda. Ho visto in quasi trent'anni di cure palliative troppe persone innamorate della vita e dei propri affetti impegnarsi oltre misura per guadagnare ore, giorni, settimane. E non farcela, nonostante l'aderenza alle terapie, nonostante la ricerca di risposte alternative, nonostante l'amore che spesso è il motore più forte che ci tiene legati a questa vita terrena. Non ci sono meriti o colpe nell'ammalarsi, nemmeno quando i nostri stili di vita hanno contribuito alla genesi della malattia. Perché tutti noi facciamo quello che siamo capaci di fare e a propria volta la nostra fragilità trova appigli dove può, anche nel fumo, nell'alcol, in una vita poco sana. Usare il linguaggio del perdono è quello che potrebbe aiutare a vivere meglio l'ultimo tempo della vita, liberare almeno quel tratto da un giudizio agguantivo. Non guarisce chi se lo merita.

La malattia — tanto più se grave — produce una disintegrazione, distrugge l'equilibrio preesistente. Qualche volta distrugge ogni possibile equilibrio. Il dolore alla fine della vita travalica la dimensione fisica, anche se il nostro primo dovere è prenderci cura di questa. Perché, come dice Natoli: "quando il dolore è intenso se ne patisce la violenza

ma non se ne ha l'intelligenza: il dolore acuto cosalizza" (2015, p. 58). Se il corpo grida non c'è spazio per alcuna altra dimensione.

Ma proprio il controllo del dolore lascia spazio a una sofferenza diversa, quella dell'essere umano che si misura con la perdita del futuro.

Sempre Natoli ci spinge a considerare questa dimensione, apparentemente poco frequentata dal mondo medico: "quando il dolore è sedato — forse proprio per questo — l'ombra della morte si rende più vicina perché più pensabile". E ancora: "la riduzione del dolore è un bene per sé ed è assurdo fare soffrire, ma non basta a far vivere. Le cure palliative eliminano dolori evitabili, ma non evitano il dramma esistenziale di chi viene incalzato dalla morte" (Natoli 2015, p. 64).

Ecco, assumere la posizione interiore della Murgia è un metodo per provare a non esternalizzare il problema, per farlo entrare nella vita come compagno — sgradito e di cui avremmo fatto volentieri a meno, certo — in un passaggio che rende possibile un tentativo di integrazione.

A me sembra che la Murgia faccia un lavoro fondamentale. Ci dice che esiste un modo per continuare a vivere con la malattia, non nonostante la malattia, non dimenticando la malattia, non negando che esista. Percorrendo quel viaggio che anche Ifigenia percorre: dalla negazione, alla rabbia, alla negoziazione, alla depressione e infine all'accettazione. Questa è la distinzione, volutamente scolastica, che la Kübler-Ross (1976) fa delle fasi che si trova ad affrontare chi riceve una prognosi infausta. Fasi che poi sono state traslate anche nell'ambito del lutto. Chiunque ancor prima che nell'esperienza del morire e del lutto, sa come di fronte a ogni sofferenza, a ogni esperienza di perdita queste dimensioni coesistano, si sommino, si inseguano e si sostituiscano l'una all'altra.

Basta un amore che finisce, la perdita del lavoro, un evento che improvvisamente ci costringa a misurarci con il fatto che stiamo invecchiando.

Questa è esperienza che ci accomuna e che dovrebbe farci compiere un esercizio di riconoscimento tra curanti e curati.

Anche perché le cure palliative scardinano l'idea di unidirezionalità della cura, riportando al centro la relazione, la giusta vicinanza, i punti di contatto tra essere umani collocati davanti al mistero.

Prima di essere una scienza e un sapere la medicina è un incontro, un dialogo che si instaura tra due persone: chi cura e chi è curato.

La vera sfida è l'unicità di questo rapporto perché, come spiega bene Luisella Battaglia, “la medicina richiede una semeiotica, una nosologia: per curare occorre classificare i sintomi, le malattie, generalizzare le osservazioni e le descrizioni; in altri termini universalizzare” (2022). Questa oscillazione continua tra individuale e universale è la sfida delle professioni di cura. Questo riconoscere l'individuo dietro la malattia, la biografia nella biologia, l'unicità di ogni percorso di accompagnamento, anche quando per me è il millesimo paziente che vedo morire, è la vera sfida.

Perché nella radice della parola accompagnamento (e le cure palliative questo fanno: accompagnano paziente e famiglia alla fine della vita) sta *cum panis*, la condivisione del cibo per eccellenza. Questo significa partire da quello che ci rende simili e ci accomuna, più che da quel che ci separa. In qualche misura l'esperienza del dolore diviene esperienza di fratellanza, perché ci riguarda tutti. Questo contiene un seme di consolazione, perché appunto non siamo più soli, il dolore non è contro di noi o solo per noi.

Essere protagonisti della cura riveste poi di una dimensione politica, perché consente di superare un'idea di collettività che sostituisce la responsabilità del singolo. “Un sistema sanitario, ad esempio, è incapace in quanto sistema di farsi prossimo al dolore di un malato. La sua prossimità la potrà esprimere solo il singolo medico, o operatore sanitario” (Epicoco 2023, p. 56). La sua singolarità è strumento di vicinanza, di compassione. Questo riveste di responsabilità e di creatività il ruolo del curante, ancora di più quando si tratta di incontrare quel momento straziante della vita dell'altro in cui lo stesso concetto di tempo acquisisce una connotazione unica.

Ci offre una visuale privilegiata sulla vita perché la verità è che non incontriamo la morte quando moriamo, ma quando incontriamo la morte dell'altro. E siamo liberi di scegliere quanto farci toccare da questo incontro.

Secondo il Buddha ci sono quattro specie di cavalli (Dōgen Zenji 2006, cap. 84).

Il primo è un cavallo che, senza timore, obbedisce al suo cavaliere semplicemente vedendo l'ombra del frustino, il secondo fa altrettanto solo quando lo scudiscio tocca la criniera, il terzo quando sferza la

carne, il quarto solo quando il colpo giunge fin nelle ossa.

Il primo cavallo è come una persona che diviene consapevole dell'impermanenza nel momento in cui apprende che è morto qualcuno nel villaggio vicino; il secondo è come un uomo che risveglia questa consapevolezza quando il decesso si verifica nel suo stesso villaggio; il terzo è come chi non se ne accorge finché un lutto non colpisce la sua stessa famiglia; il quarto è come colui che ne diventa consapevole solo quando la sua stessa morte è imminente.

Le cure palliative sono un esercizio unico da questo punto di vista, anche se nessuna condizione per quanto necessaria può considerarsi sufficiente. Sono uno stimolo a chiedersi che tipo di cavallo siamo perché da questo deriva la nostra posizione non tanto nei confronti della morte — che conta, ma fino a un certo punto — quanto quella nei confronti della vita, intesa nel senso più ampio possibile.

Si parla tanto di *one health* oggi. Non esiste salute dell'uomo, se non esiste salute degli animali e del pianeta. Il pianeta ci sta presentando il conto. *One health* non è più teoria, ma una questione di vita o di morte.

La dimensione della mortalità, dell'essere finiti, della transitorietà del tutto, di quella che il buddismo chiama impermanenza non fa più parte della nostra epoca. Siamo spasmodicamente attaccati alla difesa del nostro corpo, dedichiamo al corpo tutta l'attenzione che dimentichiamo di dedicare allo spirito, aggrappati a un'eternità che francamente non so bene se augurarci.

Ed ecco che entra in gioco il concetto della consapevolezza. Parliamo tanto di consapevolezza di malattia ma ci dimentichiamo che la prima consapevolezza è quella relativa alla nostra mortalità. Se non sappiamo che moriremo, se ce lo siamo dimenticati, se ci hanno promesso — un po' come Achille a Ifigenia — che “andrà tutto bene” come possiamo fare i conti con la nostra finitudine?

Viviamo un tempo strano, in cui si costruiscono muri e si rafforzano confini e al tempo stesso si rimuove la dimensione del limite. Un proverbio milanese dice che la cassa da morto non ha le tasche. La saggezza popolare sa che dovremo lasciare tutto. Sarebbe bello lasciarlo meglio di come l'abbiamo trovato. Fino a qualche tempo fa l'avrei considerata una speranza. Oggi, nonostante come palliativista io rimanga un'inguaribile ottimista, inizio a pensare che questa sia un'illusione e spero

che le generazioni future possano vedere i frutti di una consapevolezza che si fa piano piano strada, pur scontrandosi con la difficoltà che abbiamo ad abbandonare le nostre abitudini, i nostri privilegi, i nostri comodi egoismi.

Serve una nuova pedagogia della finitudine, che parta dalle scuole, che risponda alla fame di senso che i nostri ragazzi hanno. Serve educare noi stessi alla mortalità, che passa dalle piccole cose.

Non stiamo parlando di questioni semplici. Non esiste un concetto astratto di perdita o di morte. Ogni morte, grande o piccola, passa dal nostro corpo. Esercitarsi alla perdita non è facile. Lo dico non solo da medico, ma anche da donna che sta invecchiando in una società che giudica la vecchiaia secondo i canoni della giovinezza e nella quale anziché lavorare per diventare dei bei vecchi rincorriamo l'idea di essere dei brutti giovani. Non si spiegherebbero altrimenti alcuni interventi estetici che deturpano letteralmente i volti, rendendoli senza età ma così anche senza la bellezza che può avere solo un volto in cui si leggono le emozioni, i sentimenti, i segni delle esperienze vissute.

E la cosa sorprendente è che educare all'impermanenza è prima di tutto insegnare ai ragazzi (e ai ragazzi che siamo tutti noi, in quanto apprendisti a vita in questo territorio) a fare esercizio di presente. A vivere l'intensità del presente come antidoto a una morte che colpisce in modo subdolo e strisciante, poco a poco, spegnendo la passione e i desideri.

Sempre Luigi Epicoco afferma che “la vera vecchiaia è la rassegnazione che spalanca le porte alla morte delle cose [...]” (2023, p. 9) e nella nostra società, terrorizzata al pensiero di invecchiare, “abbiamo spostato sul corpo una questione che riguarda l'anima” (2023, p. 10), ovvero il crescere della rassegnazione dentro di noi.

Ecco, ritengo che le cure palliative siano un invito a spendersi per il dolore dell'altro, ad ardere di un fuoco buono, a non aver paura di essere candele che, bruciando, si consumano solo apparentemente per dare vita a una forma di energia diversa, a essere capaci di sacrificio — che non sia estremo come quello di Ifigenia che pure viene salvata in virtù della sua generosità e del suo coraggio — nel senso più bello di rendere sacra ogni azione che compiamo.

Riferimenti bibliografici

- BATTAGLIA L. (2022) *Bioetica*, Bibliografica, Milano.
- CAZZULLO A. (2023) *Intervista a Michela Murgia*, “Corriere della Sera”, 6 maggio.
- DŌGEN ZENJI (2006) *Shōbōgenzō*, Pisani, Milano.
- EPICOCO L.M. (2023) *Per custodire il fuoco. Vademecum dopo l'apocalisse*, Einaudi, Torino.
- EURIPIDE (1988) *Ifigenia in Aulide*, Rizzoli, Milano.
- KÜBLER-ROSS E. (1976) *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi.
- Legge 219/2017, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*
- NATOLI S. (2015) *I nodi della vita*, La Scuola, Milano.
- ROCCHETTI L. (2024) *La vita. Un viaggio di cui prendersi cura*, “Annali di Studi Religiosi”, 25, 591–607.
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.