

VIVERE AI TEMPI DEL CORONAVIRUS

Andrea Vicini S.I.

Pochi anni dopo aver ricevuto il premio Nobel per la letteratura nel 1982, lo scrittore colombiano Gabriel García Márquez pubblicò il romanzo *L'amore ai tempi del colera*¹. Anni prima, il medico svedese Axel Munthe, accorso a Napoli nel 1884 per curare le vittime dell'epidemia di colera, scrisse le sue *Lettere da una città dolente*². In entrambi i casi, l'epidemia causata dal batterio *Vibrio cholerae* diviene lo sfondo di storie profondamente umane (immaginate nel romanzo di Márquez e reali nelle lettere di Munthe). Márquez e Munthe ci invitano a contemplare come sia possibile vivere «ai tempi» di un'epidemia, quali testimoni involontari delle sofferenze umane, desiderosi di aiutare i più bisognosi e coscienti dei rischi di contagio.

Oltre a questi due libri, la letteratura non ha mancato di offrire pagine esemplari che ci aiutano a comprendere cosa e come si vive, e quanto si soffre, durante le epidemie. Tra le molte opere possiamo ricordare, in primo luogo, *I promessi sposi* di Alessandro Manzoni (1827), a proposito della peste che affisse il nord della penisola italiana negli anni 1629-31 e che fu uno degli ultimi focolai della secolare pandemia di peste – la «peste nera» – che ebbe il suo culmine nel continente europeo intorno al 1350.

In secondo luogo, nel suo libro intitolato *La peste* (1947), Albert Camus ci immerge nel dramma della peste che travolge la città algerina di Oran nel 1849, invitando a interrogarci sulla natura e sul destino della fragile condizione umana. Ai tempi del colera e della peste, ci domandiamo chi siamo, come viviamo, cosa causa

1. G. G. MÁRQUEZ, *El amor en los tiempos del cólera*, Barcelona, Bruguera, 1985 (in it., *L'amore ai tempi del colera*, Milano, Mondadori, 2005).
2. Pubblicato in svedese nel 1885; l'edizione italiana apparve nel 1910.

tutto ciò e dov'è il nostro Dio quando soffriamo. Mentre cerchiamo risposte, ciò che emerge è l'urgente necessità di cura, con un'attenzione privilegiata a chi è più povero e vulnerabile.

In un libro più recente, il medico e antropologo Paul Farmer³ afferma che nel tempo del colera occorre anche interrogarsi in modo critico sull'insieme delle condizioni sociali, culturali e politiche che caratterizzano la vita delle persone e che dovrebbero far parte integrante di ogni intervento volto a promuovere la salute nel territorio. Facendo eco alla tradizione biblica e spirituale, l'autore invita alla conversione, personale e sociale, interiore e strutturale. Ai tempi del colera, e di ogni altra patologia che affligga le persone e l'umanità, occorre considerare tutte le molteplici dinamiche che influiscono sulla salute, promuovendo condizioni di vita che favoriscano i cittadini, mentre si rafforzano i sistemi sanitari e si offrono cure e servizi sanitari specifici, capaci di rispondere ai bisogni di salute delle persone nei diversi contesti in cui esse vivono sul nostro Pianeta⁴. Il presupposto è che ogni fattore sociale influisce sulla salute: dalla violenza all'educazione, alle possibilità lavorative e di alloggio, alle infrastrutture sociali (strade, fogne, reti idriche ed elettriche).

Promuovere la salute ai tempi del coronavirus richiede quindi di concentrarsi, in primo luogo, sulle relazioni tra professionisti del settore sanitario e pazienti, contenendo l'infezione e mitigandone gli effetti. In secondo luogo, è necessario intervenire sul territorio con misure di salute pubblica, volte, anche in questo caso, a contenere e, se ciò non è possibile o non è sufficientemente efficace, a mitigare la diffusione dell'infezione e la gravità delle sue conseguenze. La quarantena di due settimane – scelta autonomamente o imposta –, come pure la riduzione degli spostamenti, la cancellazione di voli e di eventi e l'isolamento di città e regioni sono esempi di interventi di salute pubblica per affrontare l'emergenza. In terzo luogo, come è mostrato

3. Paul Farmer è cofondatore dell'organizzazione non profit *Partners in Health*, volta a promuovere salute a servizio dei più poveri in vari contesti nel mondo: cfr www.pih.org

4. P. FARMER, «Conversion in the Time of Cholera: A Reflection on Structural Violence and Social Change», in M. GRIFFIN - J. WEISS BLOCK (eds), *In the Company of the Poor: Conversations between Dr. Paul Farmer and Father Gustavo Gutiérrez*, Maryknoll (NY), Orbis Books, 2013, 95-145.

dalla progressiva diffusione della pandemia, sono necessari interventi protettivi globali per far fronte all'emergenza sanitaria⁵.

Infezioni

Vivere ai tempi del coronavirus richiede di riflettere in modo critico su come stiamo promuovendo la salute dei singoli cittadini, dell'umanità e del Pianeta. Su scala mondiale, stiamo vivendo ciò che tante persone hanno vissuto e vivono come esperienza personale a motivo di pandemie (come nel caso dell'Aids, causata dal virus Hiv, o dell'influenza stagionale o della tubercolosi e della malaria) o epidemie (come quelle causate negli anni recenti da svariati virus: influenza aviaria, influenza suina, Ebola, Zika, Sars e Mers) di cui soffrono o hanno sofferto.

Si stima che, nel 2019, 37,9 milioni di persone nel mondo siano state positive al virus Hiv. Se consideriamo le stime complessive dall'inizio della pandemia, le persone risultate sieropositive sono 74,9 milioni, con 32 milioni di decessi causati dall'Aids⁶.

Si calcola che, nel 2018, 3,2 miliardi di persone vivessero in aree a rischio di trasmissione della malaria in 92 Paesi del mondo (soprattutto nell'Africa sub-sahariana), con 219 milioni di casi clinici e 435.000 morti, di cui il 61% erano bambini con meno di 5 anni⁷.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, 10 milioni di persone in tutto il mondo si sono ammalate di tubercolosi nel 2018, con oltre 1,2 milioni di decessi, di cui l'11% tra bambini e ragazzi con meno di 15 anni⁸.

5. Mentre scriviamo (16 marzo 2020), su 195 Paesi l'infezione è presente in 148. I casi mondiali hanno superato i 169.387, con 6.513 persone morte e oltre 77.000 guarite. Per i dati aggiornati in tempo reale, cfr <https://arcg.is/0fHmTX/>. Cfr anche E. DONG – H. DU – L. GARDNER, «An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time», in *The Lancet Infectious Diseases*: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30119-5/fulltext/](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30119-5/fulltext/) 19 febbraio 2020.

6. Il virus Hiv (*Human Immunodeficiency Virus*) compromette il sistema immunitario e causa la sindrome da immunodeficienza acquisita (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*): cfr www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-UNAIDS-data

7. Cfr www.who.int/malaria/data/en

8. Cfr www.who.int/tb/data/en

Questi dati sono sconcertanti e rivelano le dimensioni drammatiche delle sofferenze causate da malattie infettive per le quali disponiamo di cure – come nel caso della tubercolosi e della malaria –, o che, grazie alle terapie disponibili, sono divenute croniche, come l'Aids.

Probabilmente nessuna di queste patologie ci riguarda direttamente e le consideriamo infezioni che affliggono altre persone, lontane da noi, che vivono in luoghi sconosciuti o che non frequentiamo. Nonostante ciò, milioni di persone nel mondo ne soffrono le conseguenze.

L'unica eccezione è l'influenza: l'infezione virale che ogni inverno, nel nord del mondo, diviene pandemica. All'inizio della stagione influenzale, il monitoraggio internazionale consente di identificare il virus dell'influenza specifico e, condividendo l'informazione, il vaccino è preparato *ad hoc* e distribuito in ogni Paese del mondo. Insieme al vaccino, la terapia antibiotica di cui disponiamo consente di trattare le infezioni batteriche secondarie che possono associarsi a infezioni influenzali. Nonostante ciò, secondo le stime, a livello mondiale tra 290.000 e 650.000 persone muoiono a causa del virus influenzale⁹. Negli Stati Uniti, nell'attuale stagione influenzale, i Centri deputati al controllo e alla prevenzione delle malattie (Cdc) indicano che, al 18 gennaio 2020, ci sono stati 15 milioni di casi di influenza (su una popolazione di 327,2 milioni), 140.000 ricoveri e 8.200 decessi¹⁰.

Per quanto sorprendenti, queste stime impallidiscono a confronto con quella che pare essere stata la pandemia influenzale recente più grave, denominata «spagnola», nel 1918-19. Il virus si diffuse in tutto il mondo¹¹. Si ritiene che circa 500 milioni di persone – un terzo della popolazione mondiale – siano state infettate da questo virus, con almeno 50 milioni di decessi a motivo dell'alta

9. Cfr J. PAGET ET AL., «Global mortality associated with seasonal influenza epidemics. New burden estimates and predictors from the GLaMOR Project», in *Journal of Global Health* 9 (2019/2) 1-12 (cfr <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6815659/>).

10. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), *Influenza (Flu)*: cfr www.cdc.gov/flu/about/burden/index.html

11. Il virus era del tipo H1N1, con alcuni geni dell'influenza aviaria.

mortalità del virus. Senza vaccino e senza antibiotici per proteggere dalle infezioni batteriche associate, gli unici modi in cui fu possibile tentare di contenere e mitigare la diffusione della pandemia furono l'isolamento, la quarantena, la buona igiene personale, l'uso di disinfettanti e le riduzioni degli eventi pubblici, ossia quanto stiamo attuando ai tempi del coronavirus.

Ciò che stiamo vivendo attualmente non ha ancora le tragiche proporzioni di tali infezioni, passate o attuali. Scienziati e clinici stanno studiando se il coronavirus abbia la stessa virulenza e mortalità del virus influenzale stagionale, quanto esso resista nell'ambiente esterno, come si diffonda e ci si contagi, cosa occorra fare per proteggersi. Notando la rapidità di diffusione del virus nel mondo nelle recenti settimane, non possiamo escludere che oggi, domani o nei prossimi giorni ciascuno di noi possa risultare positivo a esso¹². Mancando ancora un vaccino, pur essendovi già vaccini sperimentali di cui si sta verificando l'efficacia, e in assenza di terapie mirate, le misure sanitarie volte a contenere il diffondersi dell'infezione sono ciò di cui disponiamo ora nel mondo.

Prossimi

Tutti siamo a rischio. Possiamo contrarre l'infezione e diffonderla ad altre persone, vivendo il doppio ruolo di vittime e di diffusori dell'infezione. Malattie ed epidemie sembrano accorciare e perfino eliminare distanze e differenze tra le persone, pur separando e isolando l'uno dall'altro. Quando si è affetti dalla stessa patologia – infettiva o meno –, la distinzione tra l'individuo e l'altra persona si affievolisce. Si scopre una vicinanza esperienziale, una prossimità causata dalla malattia, un'intimità nel condividere la necessità di guarigione. Sappiamo molto bene, perfino troppo bene, cosa l'altra persona viva, soffre, desidera e spera. Si tratta di una solidarietà né cercata, né voluta, ma vissuta. Nel cammino comune, non scelto, in

12. La malattia (Covid-19, da: *COronaVirus Disease-2019*) è causata dal virus Sars-CoV-2. L'acronimo inglese (*Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2*) indica la grave sindrome respiratoria acuta causata dal virus. In entrambi i casi, i nomi e gli acronimi ufficiali sono stati scelti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

cui l'infezione ci accomuna, ci si accompagna, anche solo a livello interiore e spirituale.

Purtroppo, anche l'opposto è possibile. Continuando a ritenerci diversi, speciali e migliori, noi evitiamo di riconoscere la nostra umanità condivisa, l'essere malati della stessa malattia, con l'ansietà e la preoccupazione che accompagnano ogni sforzo di guarigione. Invece di scoprirci insieme e prossimi in una sofferenza che non fa differenze, regna la separazione («non siamo come loro»), isolando ulteriormente e compromettendo le possibilità di sostegno solidale.

Ai tempi del coronavirus

L'attuale pandemia globale, che continua a diffondersi all'interno delle nazioni affette e a infettare persone in nuovi Stati, ci chiede di prestare attenzione al modo in cui, ai tempi del coronavirus, la nostra vita, a livello personale e collettivo, nelle sue dimensioni più ordinarie, stia cambiando.

La nostra maniera di agire è influenzata, modificata e regolata diversamente: è «al tempo» del virus. È il virus, con i suoi modi di contagio, che determina come interagiamo con familiari, colleghi di lavoro, vicini di casa e fedeli nelle celebrazioni religiose; come evitiamo di toccarci il viso, stringerci la mano e baciarsi; come stiamo «a distanza di sicurezza» da chi ci circonda e ci precipitiamo a lavarci le mani e il viso, se qualcuno tossisce o starnutisce vicino a noi; come limitiamo i nostri spostamenti in autobus, treno, nave e aereo; come spostiamo o cancelliamo conferenze, partite, concerti, viaggi, incontri di lavoro, cene, vacanze in crociera, serate al cinema, e anche lezioni nelle scuole e università, preferendo modalità virtuali di incontro e di insegnamento.

Anche il modo in cui contaminiamo l'ambiente cambia. Se, da un lato, immagini satellitari rivelano un clamoroso calo dell'inquinamento ambientale in Cina, a motivo delle misure volte a contenere o mitigare il diffondersi dell'infezione (fabbriche e scuole chiuse, quarantena, divieto di circolare), dall'altro, tonnellate di maschere usate stanno accumulandosi nel Paese¹³. Trattandosi di rifiuti sani-

13. S. JIANGTAO - W. ZHENG, «Coronavirus: China struggling to deal with mountain of medical waste created by epidemic», in *South China Morning Post*, 5

tari contaminati, per smaltirli sono necessari impianti specifici, ma quelli esistenti sono insufficienti.

La quarantena di due settimane – scelta spontaneamente o forzata – è emblematica di come il coronavirus influisca sul modo in cui gestiamo il nostro tempo, togliendoci il controllo delle nostre giornate, almeno per due settimane. Al termine della quarantena recuperiamo il margine di azione sul nostro tempo e su come lo viviamo. Ci si può domandare, però, se occorra ripetere la quarantena nel caso si sia esposti a un secondo possibile contagio. E dopo la seconda quarantena? Quante altre quarantene sono necessarie? Fino a che non siamo in grado di vaccinarci in maniera efficace contro il virus, la speranza è che non ci si debba porre la domanda.

Interrogativi autentici e false risposte

Ai tempi del coronavirus, la nostra esperienza, espressa direttamente da storie personali, o mediata da opere letterarie, o articolata dal sapere scientifico, è dominata dall'incertezza e dall'impotenza. Incerti, ci interroghiamo. Una prima serie di domande riguarda il diffondersi dell'infezione: quanto essa durerà nei Paesi in cui si sta diffondendo? Quanti Paesi saranno coinvolti? Quanti cittadini saranno infettati, e quanti moriranno? Quando cesserà l'infezione?

A questi interrogativi si aggiunge l'incertezza riguardante la capacità di far fronte alla pandemia. Ogni persona che mostra i sintomi dell'infezione respiratoria causata dal coronavirus potrà disporre di un test – di laboratorio e radiografico –, in qualunque Paese del mondo, indipendentemente dalla possibilità di pagare? Le misure sanitarie di contenimento e quelle volte a mitigare il diffondersi dell'infezione – che richiedono di isolare persone, paesi, città e regioni – sono efficaci, giustificate e proporzionate? Quando potranno essere ridotte? Disporremo di un vaccino efficace a breve termine? Chiunque potrà essere vaccinato?

Inoltre, quali saranno i costi sociali – a livello nazionale e globale – causati dalla compromissione delle attività produttive e dei trasporti

con conseguenze economiche e finanziarie nazionali e globali? Quali sono le conseguenze per lavoratori precari e per le loro famiglie, che dipendono dallo stipendio settimanale, quando non possono lavorare perché sono malati o perché l'attività produttiva non può aver luogo¹⁴?

L'incertezza paralizza molti, perché riduce e inibisce la capacità di controllo e di azione. Incerti, si diviene impotenti. Per costoro, l'impegno etico richiede certezze. Senza certezze non si può agire. Una difficoltà simile si vive in un altro settore di grave emergenza globale, quando è in gioco la sostenibilità ambientale e le condizioni di vita sul Pianeta sono minacciate non da un virus, ma dal nostro stile di vita, da come produciamo energia, da come consumiamo e inquiniamo. Anche nel caso della cura della nostra casa comune, vi è chi si rifugia dietro apparenti o reali incertezze, giustificando l'inazione.

Al contrario, l'impegno etico dipende dall'incertezza e conosce bene l'impotenza, ma né l'una né l'altra demotivano, lasciando le persone rassegnate e senza speranza. In modo paradossale, incertezza e impotenza alimentano l'impegno etico, stimolano la capacità inventiva, invitando a una maggiore competenza nell'affrontare situazioni complesse, ricercando soluzioni non facili¹⁵. Quelle che paiono scorciatoie morali, generate dalla volontà di controllo e dalla paura¹⁶, seducono. Mentre si propongono delle strategie risolutive, capaci di far fronte al disagio morale, tali scorciatoie ingannano e tradiscono. Ne sono esempio i tentativi di nascondere l'estensione reale dell'infezione in taluni Paesi, o provvedimenti che, in nome di interventi sanitari, mirano a togliere libertà sociali e diritti conquistati a fatica, utilizzando misure di salute pubblica per mascherare regimi polizieschi.

Quando mancano certezze, cercandole si rischia di costruirsele, sia creando un colpevole immaginario, distraendo dalle cause reali, sia generando cospirazioni fasulle (affermando che il virus è stato prodotto intenzionalmente in laboratorio), diffondendo notizie

14. Cfr M. FISHER, «A Guide to Worrying About the Coronavirus», in *The New York Times*, 7 marzo 2020: cfr www.nytimes.com/2020/03/05/world/coronavirus-interpret.html

15. Cfr W. JENKINS, *The Future of Ethics: Sustainability, Social Justice, and Religious Creativity*, Washington (DC), Georgetown University Press, 2013, 18.

16. Cfr A. SPADARO, «La politica del coronavirus. Attivare gli anticorpi del cattolicesimo», in *Civ. Catt.* 2020 I 365-367.

false, alimentando stigma (colpevolizzando gli immigrati e le minoranze), generalizzando (per esempio, proclamando che tutti gli abitanti della nazione più popolosa al mondo sono infetti), promuovendo gli approcci «terapeutici» di pericolosi ciarlatani, trasformando un'emergenza sanitaria globale nella caccia al nemico.

Il capro espiatorio

Nel corso della storia, l'essere umano ha continuato a interrogarsi, cercando di comprendere, conoscere e spiegare. Identificare la causa di ciò che viviamo e chi ne è responsabile fa parte di questa ricerca di senso. Aspettiamo risposte dalla ricerca scientifica e cerchiamo il capro espiatorio, come lo storico, filosofo e critico letterario René Girard (1923-2015) ha indicato con forza¹⁷. «L'altro», il diverso, diviene responsabile in modo esclusivo. «Noi» siamo le vittime. L'opposizione tra «colpevole» e «vittima», che echeggia la semplificazione «cattivi» e «buoni» così popolare nelle produzioni cinematografiche di massa, ha un effetto falsamente catartico. Poiché sono gli «altri» la causa di quanto soffriamo, eliminandoli ed emarginandoli riteniamo di poter allontanare da noi ogni male, concentrando ciò che è negativo su di loro, su chi abbiamo trasformato in capro espiatorio e siamo pronti a sacrificare per il nostro bene.

La logica del capro espiatorio mostra come la sete umana di conoscenza possa venire pervertita, trasformandosi e riducendosi in una falsa attribuzione di colpa. Nella sofferenza causata dall'infezione o dalla malattia che si condivide, la possibilità di una rinnovata solidarietà esistenziale è soppiantata dalla scorciatoia emotiva che individua nell'altro, in chi non è come me – per motivi politici, culturali, religiosi, razziali, etnici e linguistici – il responsabile e il colpevole. La tragica ironia delle malattie infettive è che chi viene infettato diviene colui che infetta, mostrando la falsità di ogni semplificazione che intenda assegnare la colpa all'altro.

17. Cfr R. GIRARD, *Le bouc émissaire*, Paris, Grasset, 1982 (in it., *Il capro espiatorio*, Milano, Adelphi, 1999).

A livello personale e sociale, le malattie infettive rendono evidente la nostra comune vulnerabilità e dovrebbero favorire la presa di coscienza della necessità di una solidarietà condivisa: nella nostra diversità, siamo tutti uguali, con la stessa predisposizione a essere infettati e malati. Se vi sono responsabilità – per esempio, legate al nostro stile di vita, a come trattiamo gli animali, a come favoriamo il passaggio di infezioni virali da animali a esseri umani –, esse vanno individuate per poter intervenire modificando il nostro modo di agire e di vivere.

“

A LIVELLO PERSONALE E SOCIALE, LE MALATTIE INFETTIVE RENDONO EVIDENTE LA NOSTRA COMUNE VULNERABILITÀ.

530

Inoltre, poiché nel mondo realtà strutturali che dipendono da ingiustizie e povertà impediscono l'accesso a servizi diagnostici e sanitari di base, dobbiamo intervenire modificando ogni struttura ingiusta. Come Paul Farmer ci ricorda, conoscere rende possibile la conversione e il cambiamento, a livello relazionale e strutturale.

L'impegno etico

Nell'affrontare ogni problema complesso e difficile come la pandemia causata dal coronavirus, l'impegno etico mira a promuovere progetti concreti che aprano possibilità di azione morale e che favoriscano cambiamenti. Concretamente, la tradizione etica considera la salute un bene prezioso, indispensabile ed essenziale, per i singoli individui e per l'intera umanità. Di conseguenza, tutto ciò che protegga e preservi la salute dei cittadini e dell'ambiente è una priorità etica e richiede impegni e investimenti adeguati e proporzionati. Investire in ciò che promuove salute è puntare sul futuro, sia che si tratti di sviluppare strutture sanitarie di base che forniscano cure primarie, sia che si intenda favorire la ricerca scientifica avanzata, capace di sviluppare nuove forme di prevenzione, diagnosi e terapia per molteplici patologie.

Il bene «salute» è – nello stesso tempo e in modo inseparabile – un bene personale e sociale, individuale e collettivo, locale e globale. Collaborazioni e impegni solidali volti a prevenire, diagnosticare e curare sono a beneficio di ciascuno e di tutti. Il bene comune della salute è vulnerabile e richiede protezione e vigilanza. Non possiamo fare a meno di occuparci della salute dell'altro, neppure se siamo così concentrati su noi stessi, in modo elitista ed esclusivo, convinti che ciò che conta, e quanto ci preme, è solo la nostra salute individuale. Chiedere il dono di una conversione profonda del cuore e della mente può esserci di aiuto per divenire persone di buona volontà, capaci di condividere la responsabilità di promuovere la salute quale bene personale e sociale.

La conversione

La fede cristiana rafforza l'urgenza dell'impegno etico per promuovere la salute quale bene personale e sociale, per ciascuno sul Pianeta, per la generazione attuale e per quelle future. Inoltre, un'autentica esperienza evangelica respinge ogni tentativo che miri a trovare spiegazioni, falsamente considerate «religiose», che attribuiscono a Dio la responsabilità di quanto sta accadendo di male nel mondo. Dio non ci invia punizioni per la nostra cattiveria e per il nostro peccato – personale, sociale e strutturale – sotto forma di infezioni virali e pandemie. Il Dio biblico che professiamo è l'Emmanuele, il Dio con noi, compassionevole, che ci accompagna in tutto ciò che viviamo, che prende su di sé ogni nostro peccato, che – quale creatore e ri-creatore – è al lavoro per promuovere, guarire e liberare la creazione e le creature, rispettando sia la libertà umana sia quella dell'intera natura e dell'universo.

Ai tempi del coronavirus, la conversione riguarda anche le immagini idolatriche di Dio che continuano a ingannarci con false proiezioni di una cosiddetta «giustizia divina» fatta a nostra immagine e somiglianza, invece di invitarci a contemplare Gesù Cristo morto e risorto per amore di ognuno e del mondo intero, e vivere in modo anticipato alla luce della grazia della risurrezione e della salvezza divina, che ci guidano e ci accompagnano da ora e per sempre.