

LA SOFFERENZA, UNA SFIDA PER LO SPIRITO

*Intervento conclusivo al Convegno “Creare ponti tra Chiesa e Scienza”,
in collaborazione con l’Università Amedeo Avogadro, Aou “Maggiore di Novara”
e la Fondazione Carlo Maria Martini*

Novara - Ospedale “Maggiore della Carità”
15 febbraio 2018

Buonasera. Vorrei indicare un piccolo percorso a conclusione di questo pomeriggio di riflessione. Ringrazio la dottoressa Marzi, ricordando che ho visitato l’ultima volta il cardinale Martini 6 anni fa, il 20 gennaio, facendo poi il mio ingresso in Novara il 5 febbraio 2012, mentre Lui ci ha lasciati a fine agosto. In quell’ultimo incontro il Cardinale non aveva che un filo di voce, con il quale mi domandò: “Quale programma hai per Novara?” e io gli dissi: “Quale programma vuole che abbia... vado e vedo!” Egli allora mi regalò il libretto che era appena uscito, intitolato “Il vescovo” (C. M. Martini, *Il vescovo*, Rosenberg & Sellier, Torino 2011), l’unica opera scritta da lui dopo il suo ritiro da Milano. Tutte le altre opere, che vediamo ancora nelle librerie, sono state scritte prima della sua rinuncia, o sono *remake* oppure opere precedenti o contributi già offerti. Il testo di cui parlo è stimolante perché riflette retroattivamente sulla sua esperienza di pastore e ha molte indicazioni interessanti, in cui evidenzia anche il rapporto con il mondo della sofferenza.

Mentre sentivo parlare gli illustri relatori, mi è venuto in mente che, un po’ di tempo fa preparando una relazione sulla bioetica, sono andato a riprendere la definizione di “salute” dell’Organizzazione Mondiale della sanità. È del 1947, e quindi non era ancora passata attraverso le differenziazioni avvenute in seguito, come ad es. la cronicizzazione della malattia. La definizione dice: «La salute è una condizione di perfetto benessere fisico, mentale e sociale, e non significa soltanto assenza di malattia». Questa definizione ci dice che siamo tutti malati! È una definizione un po’ mitologica, probabilmente può essere compresa in un contesto storico dove la differenza, la complessità e anche l’ingrandimento delle diverse situazioni di malattia era molto più semplice e schematico.

Qual è l’atteggiamento prevalente di chi cerca di porre domande e di illuminare il nostro approccio alla malattia, al dolore, alla sofferenza? Abbiamo sentito da padre Carlo Casalone¹ che la differenza tra dolore e sofferenza è la differenza che si colloca tra danno e senso. Si potrebbe aggiungere una terza parola: non solo la *differenza* tra danno e senso, ma anche la *relazione* che bisogna istituire, il rapporto che s’instaura tra dolore e sofferenza. Il dolore è un campanello d’allarme per l’uomo. La sofferenza è la nostra percezione del dolore, che non è solo conoscenza di una mutazione della nostra condizione, ma apre lo spazio anche alla nostra risposta e alla nostra reazione.

¹ Padre Carlo Casalone, presidente della fondazione “Carlo Maria Martini”.

Ora, nella cultura diffusa dell'ultimo secolo, le reazioni sono state fondamentalmente due. Esse per certi versi hanno camminato parallelamente. Credo che anche i medici qui presenti e molti operatori che hanno di fronte il paziente – detto appunto “paziente” perché in prima battuta non è attivo, ma è passivo – devono fare i conti con due atteggiamenti, che per certi versi sono simultanei: uno ha radici più antiche e uno invece ricorda atteggiamenti più recenti. Il primo atteggiamento è quello della rassegnazione (passiva) e il secondo è quello della reazione (attiva).

Ciascuno di noi quando si pone di fronte a una malattia, alla paura e all'attesa di un esame clinico, a come dovrà reagire, si trova a coltivare dentro di sé questi due atteggiamenti: il primo più tradizionale è la rassegnazione passiva; l'altro, forse più moderno e figlio del primo, è la reazione attiva, che specularmente può camminare in modo parallelo al primo. Il secondo atteggiamento, quello della reazione attiva, è stato nel Novecento anche il motore della ricerca medica. Noi mettiamo sovente in campo questi due atteggiamenti, la rassegnazione passiva e la reazione attiva. È interessante che anche le parole cristiane della predicazione sono andate a coprire il primo con la parola “croce” e il secondo con la parola “risurrezione” questi due tipi differenti di risposte. La parola della croce è stata spesso sovrapposta, forse proclamata troppo precipitosamente, alla rassegnazione, tanto che “rassegnarsi” voleva dire portare la croce. Dall'altra parte, reagire attivamente voleva dire che il cristianesimo favoriva la ricerca, promuoveva un atteggiamento proattivo, per cui la lotta alla malattia diventava persino un compito etico.

Che cosa manca in ambedue le posizioni, evidentemente speculari? Qual è il bersaglio che una tale duplice reazione fallisce di fronte al dolore? All'origine c'è un errore filosofico-antropologico comune, ed è che la sofferenza è vista come una “cosa” del malato, la malattia è una cosa che il malato ha, è una realtà che non tocca la persona. La lingua francese ha una bella espressione (*qui nous affect!*), che in italiano si traduce “che ci tocca”, ma a ben vedere è un “toccare” che ci spreme dentro, che diventa una prova per lo spirito. La malattia è trattata come una cosa, viene oggettivata, clinicizzata. Di fronte ad essa bisogna disporsi o nel gesto della “reazione” o in quello della “rassegnazione”, ma la sofferenza non diventa un interrogativo per la coscienza. Quindi non pone il problema del senso.

Padre Carlo ha sottolineato anche un'altra bella realtà che fa parte dell'esperienza di tutti noi. Quando una persona deve fare un esame clinico, il *tempo* cambia di qualità.... dobbiamo metterci in fila, c'è sempre qualcuno che arriva prima, e poi il tempo assume un'altra dimensione. E così si riduce lo spazio della nostra libertà. In realtà si riduce l'esperienza della libertà attiva, ma perdura un altro tipo di libertà, per cui una persona può incontrare un altro, può parlare, può pensare a se stesso, insomma scopre un altro modo di vivere la libertà. Certamente la malattia ci ricorda che l'uomo non è soltanto un “*homo faber*”, un uomo produttore, un uomo che trasforma.

Allora una via d'uscita potrebbe essere questa: al di là della parola della rassegnazione e della croce o della parola del progresso e dell'ottimizzazione, sarebbe

necessario vivere la sofferenza oltre l'alternativa tra soccombere e combattere. Questa alternativa non si può superare se non con l'intervento dello spirito. Dell'uomo e di Dio!

La malattia spesso è censurata come una seccatura, un intralcio, un evento fastidioso, una cosa opaca di fronte alla quale non si pone il problema del significato, ma soprattutto non si sa come agire. Bisogna pensare a un'azione di altro tipo: quella che ci fa entrare dentro una dinamica nuova, un'azione che ci pone in relazione nuova con gli altri. Qui emergono i diversi compiti: quello del paziente, del medico, dell'operatore sanitario, del parente, dell'amico. Essi hanno una duplice valenza: la malattia non comporta soltanto un reagire o un soccombere, ma, usando un'espressione del grande filosofo e teologo Bonhoeffer, apre uno spazio di "resistenza e resa".

Di "resistenza" attraverso tutte le dinamiche che si creano, anche belle, di cura, di attenzione e prossimità; e di resa solo a quella vita che bussava alla porta della coscienza, attraverso l'esperienza della sofferenza, e che chiede di avere accanto una persona che ci rassicuri e che spera stando vicino a noi.

E allora quali sono i compiti che ne vengono? Essi sono compiti umani e cristiani. Attraverso l'esperienza della malattia dobbiamo incontrare il malato. È decisiva l'immagine che noi gli restituiamo, per esempio, con la nostra cura e la nostra prossimità. È necessaria tutta la tecnica, tutta la competenza, ma è ancor più decisiva la nostra relazione e prossimità. Noi riteniamo queste due cose alternative, invece più si differenzia il nostro approccio alla sofferenza, più la dimensione della prossimità diventa importante, soprattutto in situazioni che si definiscono croniche.

In termini più chiari bisognerebbe introdurre una relazione etica e spirituale: l'attesa dell'altro, anche quella del parente, restituisce un'immagine affidabile al paziente. Quando andiamo all'ospedale, non sappiamo cosa dire all'amico, soprattutto se è giovane, e dirottiamo il discorso sulla domanda: "cosa ha detto il medico!". Nessuno gli chiede: "Cosa stai imparando?". Sarebbe una domanda troppo diretta. Attraverso la malattia, possono cambiare anche le relazioni familiari. Le esperienze che si vivono attorno al letto di un malato possono aprire uno spiraglio alla speranza, possono far condividere un senso che va oltre la rassegnazione passiva e la reazione attiva. È un atteggiamento col quale la sofferenza diventa luogo del senso e della buona relazione ritrovata e rinnovata. Esso fa apprendere una cosa che stiamo dimenticando tutti: l'esperienza che siamo "limitati" e "finiti".

L'esperienza del limite è l'esperienza attraverso la quale la gestione della sofferenza diventa sapiente, il che significa che non si vuole né sottovalutarla (mi rassegnò), né sopravvalutarla (ti sconfiggerò). Da questo atteggiamento ne beneficerebbero tutti coloro che vivono l'esperienza della malattia: è il vero approccio spirituale, per cui non si può guarire – sembra un paradosso – senza l'intervento dello spirito. Dobbiamo sentire la malattia come una sfida per lo spirito e dello Spirito.

Concludo richiamando un'opera d'arte che si trova a Colmar in Svizzera, la pala di Isenheim, dipinta da Matthias Grünewald: non è soltanto una bellissima immagine

da guardare, ma è una macchina terapeutica, con le ante che si aprono alla vista del malato. Con questa macchina si permetteva al malato di imparare a convivere con la realtà, con la dimensione della sofferenza, illustrata dai misteri del Natale e della Pasqua. Ed è attraverso quest'azione, che possiamo uscirne migliorati, noi e gli altri, la nostra famiglia e la società. Grazie.

+Franco Giulio Brambilla
Vescovo di Novara