

Arnaldo Pangrazzi

**Vivere il tramonto.
Paure, bisogni e speranze
dinanzi alla morte**

Erickson, Trento 2006
p.237, Euro 17.50

Indice

<i>Premessa</i>	7
<i>Presentazione</i>	11
<i>Capitolo primo</i> La morte nei secoli	15
<i>Capitolo secondo</i> La morte oggi: atteggiamenti culturali	23
<i>Capitolo terzo</i> Educare al morire	33
<i>Capitolo quarto</i> Il cordoglio anticipatorio	43
<i>Capitolo quinto</i> Paure e speranze dinanzi alla morte	53
<i>Capitolo sesto</i> La dignità del morente e le sfide etiche	65
<i>Capitolo settimo</i> Le cure palliative	79
<i>Capitolo ottavo</i> Il ruolo della famiglia	91
<i>Capitolo nono</i> La cura olistica e le risorse religiose	103
<i>Capitolo decimo</i> La diagnosi dei bisogni spirituali	115

<i>Capitolo undicesimo</i>	
Errori da evitare e buone prassi con i morenti	131
<i>Capitolo dodicesimo</i>	
La vicinanza nelle vie crucis dell'uomo	141
<i>Capitolo tredicesimo</i>	
L'elaborazione del lutto	153
<i>Bibliografia</i>	165

CAPITOLO PRIMO

La morte nei secoli

Quali sono stati gli atteggiamenti dell'uomo di fronte alla morte nel corso dei secoli?

Questo capitolo cerca, con rapide pennellate, di dare una risposta a questa domanda, grazie all'utile contributo di uno dei più autorevoli storici della morte, il francese Philip Ariès (1978).

Dopo quindici anni di ricerche, che hanno spaziato dalle testimonianze artistiche alle fonti letterarie, archeologiche ed ecclesiastiche, dalle pratiche funerarie ai culti dell'antichità, Ariès ha formulato una sintesi magistrale sulle tendenze prevalenti nelle culture cristiane occidentali.

La sua indagine ha abbracciato più di un millennio di storia e ha analizzato, attraverso documenti, iscrizioni e costumi, i mutamenti verificatisi nel tempo, con l'obiettivo di decifrare le diverse sensibilità collettive di un'epoca dinanzi all'esperienza della morte.

Ariès ha raggruppato i modi di rapportarsi alla morte in quattro atteggiamenti prevalenti che spieghiamo di seguito.

La morte addomesticata

Questa visione abbraccia la storia dell'uomo per molti secoli e ne è testimonianza un enorme patrimonio artistico, prevalentemente di carattere religioso. Per un lungo arco di tempo, dalla preistoria all'antichità, la morte viene vista e accettata come destino collettivo della specie umana; non desta né paura né disperazione.

Atteggiamenti caratteristici dinanzi a questo evento inevitabile sono la familiarità, la naturalità e il suo carattere pubblico.

Questo atteggiamento porta a vivere la morte come qualcosa di «domestico». In questo senso la morte assume una dimensione di *familiarità*, perché il capezzale del morente è circondato dai familiari, dai bambini, dal medico. Ma anche di *naturalità*, perché accomuna i poveri e i ricchi, gli anziani e i bambini, e, a causa delle malattie, delle epidemie, delle guerre, è presente ovunque, è una minaccia concreta che incombe continuamente sulla fragile vita dell'uomo. La morte, in un certo senso, è l'espressione della forza della natura di fronte all'impotenza dell'uomo.

La morte, fino al primo Medioevo, ha anche un *carattere pubblico*, perché la camera del moribondo si trasforma in luogo pubblico, tant'è che

[...] i medici si lagnavano del sovraffollamento delle camere degli agonizzanti. [...] Anche i passanti che incontravano per strada il piccolo corteo del prete che portava il viatico, lo accompagnavano ed entravano dietro di lui nella stanza del malato. (Ariès, 1978, pp. 24-25)

La morte di sé

Attraverso cambiamenti graduali, dal XII al XV secolo si va consolidando un atteggiamento che registra uno stretto rapporto tra la morte e la biografia di ogni persona. All'idea del destino collettivo si sostituisce un'accentuata consapevolezza della propria individualità e della propria morte. Attraverso le disposizioni testamentarie, l'individuo esprime le sue volontà, i suoi pensieri, la sua fede e i segni che vuole lasciare.

Anche l'arte trasmette una prospettiva nuova spostando i suoi temi dal Giudizio universale al Giudizio individuale:

Ogni uomo è giudicato secondo il bilancio della sua vita, le buone e le cattive azioni sono scrupolosamente separate sui due piatti della bilancia. (Ibidem, p. 36)

Il Giudizio avviene nella camera del morente, che è a letto, circondato da amici e parenti, quando succede qualcosa che i presenti non vedono, ma è riservato solo a lui:

Degli esseri soprannaturali hanno invaso la camera e si affollano al capezzale del «giacente». Da una parte la Trinità, la Vergine, tutta la corte celeste, e dall'altra Satana e l'esercito dei demoni mostruosi. (Ibidem, p. 38)

Il tema centrale non è tanto il Giudizio di Dio sul morente, quanto la prova o la tentazione cui viene sottoposto e che determinerà la sua sorte nell'eternità:

Il moribondo rivedrà tutta la sua vita, e sarà tentato sia dalla dispe-razione per i suoi errori, sia dalla «vanagloria» delle sue buone azioni. Il suo atteggiamento, nel lampo di quell'attimo fugace, cancellerà di colpo i peccati di tutta la sua vita, se respinge la tentazione, o, al contrario, annullerà tutte le sue buone azioni, se vi cede. (Ibidem, p. 39)

In sintesi, questa fase storica registra un'accresciuta consa-pevolezza del significato della propria morte con un'enfasi parti-colare sulla tentazione finale, quale banco di prova per il premio o il castigo eterno.

La morte dell'altro

A partire dal XVIII secolo, l'uomo è meno preoccupato della propria morte, mentre drammatizza la morte dell'altro, soprattutto quella dei propri cari.

Il capezzale degli agonizzanti diventa luogo per l'espressione del dolore e la manifestazione delle emozioni: i presenti piangono, pregano, svengono, digiunano.

C'è un forte turbamento dinanzi alla separazione:

Dopo sette secoli di sobrietà, il XIX secolo è l'epoca dei lutti che l'odierno psicologo chiama isterici [...] la morte temuta non è dunque la propria morte, ma la morte dell'altro, la morte del tu. (Ibidem, p. 58)

Il tumulto di sentimenti ed emozioni trova espressione nel culto delle tombe e dei cimiteri, che va estendendosi nei due secoli successivi. Chi sopravvive alla morte dell'altro porta abiti da lutto, si moltiplicano i pellegrinaggi alle tombe, si tramanda il culto della memoria.

La morte proibita

A partire dalla seconda metà del XIX secolo, i familiari degli agonizzanti scelgono di occultare la gravità del suo stato, cercano di rimuovere la morte e di creare l'illusione dell'immortalità. La verità

della morte è un fardello pesante e il tema della morte sostituisce il tabù del sesso (Gorer, 1955).

Tra il 1930 e il 1959 l'evoluzione precipita a causa di un'importante novità materiale: lo spostamento del luogo in cui si muore. Non si muore più in casa, in mezzo ai familiari, si muore all'ospedale, e da soli. (Ariès, 1978, p. 69)

A questa svolta epocale si accompagna la tendenza alla rimozione della morte, una sorta di «divieto» a parlare della morte per non turbare, non intaccare la felicità. Un fenomeno che nasce negli Stati Uniti agli albori del ventesimo secolo (Ibidem, p. 75): lì i *funeral directors* cominciano a mascherare la morte truccando il cadavere per renderlo più «accettabile».

Così giungiamo ai nostri giorni, caratterizzati dalla rimozione e dalla negazione di questo evento.

Altre voci della storia

Al di là del grande contributo di Ariès, anche la *Bibbia* può essere considerata un grande libro sull'esperienza del morire e della morte; un testo che documenta il mistero dell'uomo e il mistero di Dio.

I salmi raccolgono i vissuti, i sentimenti e le vicissitudini sperimentate dall'uomo. Il salmo 102, ad esempio, esprime il lamento di un afflitto che è stanco della sua infermità e sfoga dinanzi a Dio la propria angoscia.

Salmo 102

Signore, ascolta la mia preghiera,
a te giunga il mio grido.
Non nasconderti il tuo volto;
nel giorno della mia angoscia
piega verso di me l'orecchio.
Quando ti invoco:
presto, rispondimi.

Si dissolvono in fumo i miei giorni
e come brace ardono le mie ossa.
Il mio cuore abbattuto come erba inaridisce,
dimentico di mangiare il mio pane.

Per il lungo mio gemere
aderisce la mia pelle alle mie ossa.
Sono simile al pellicano del deserto,
sono come un gufo tra le rovine.
Voglio e gemo
come uccello solitario sopra un tetto.

Tutto il giorno mi insultano i miei nemici,
furenti imprecano contro il mio nome.
Di cenere mi nutro come di pane,
alla mia bevanda mescolo il pianto,
davanti alla tua collera e al tuo sdegno,
perché mi sollevi e mi scagli lontano.
I miei giorni sono come ombra che declina,
e io come erba inaridisco.

Ma tu, Signore, rimani in eterno,
il tuo ricordo per ogni generazione...

Nonostante lo sconforto dinanzi al dissolversi della propria vita e delle proprie forze, esperienza suggellata da immagini drammatiche, il salmista conclude la sua preghiera fiducioso della presenza di Dio, che rimane in eterno.

La *letteratura* è un altro patrimonio inesauribile sull'esperienza del soffrire e del morire.

Una delle pagine più belle della letteratura italiana si trova nel capitolo XXXIV de *I Promessi Sposi* di Alessandro Manzoni.

Nella drammatica peste che colpisce Milano si erge sublime il dramma di una madre, toccante rappresentazione del dolore umano. Il Manzoni la descrive con occhio penetrante e un realismo efficacissimo.

La sua dignità di madre, collocata in un ambiente di morte, conquista anche l'animo del «turpe monatto» che dimostra un sentimento di pietosa deferenza nei suoi confronti. Il racconto è di una struggente bellezza e suscita una profonda commozione.

CAPITOLO SESTO

La dignità del morente e le sfide etiche

Il nascere e il morire sono due momenti dell'esistenza attraversati da una molteplicità di sfide etiche. Sfide che hanno inevitabilmente spinto al confronto filosofi e legislatori, eticisti e biologi, uomini politici e rappresentanti delle Chiese.

In molti Paesi si sono accesi serrati dibattiti in vista del varo di leggi tese ad abbreviare la vita di malati inguaribili, a somministrare la «dolce morte» (eutanasia).

Sullo sfondo di questo ampio dibattito gravitano importanti interrogativi che riguardano la dignità umana, il senso della sofferenza, la gestione del dolore.

Due temi centrali riguardano, da una parte, l'accanimento terapeutico e, dall'altra, l'eutanasia.

Le posizioni in materia variano molto, a seconda dell'ottica antropologica e filosofica che decidono di adottare i sostenitori di uno o dell'altro «schieramento».

L'accanimento terapeutico e l'eutanasia

Per «accanimento terapeutico» si intende il ricorso a trattamenti intensivi e onerosi, sproporzionati rispetto ai risultati di concreto miglioramento. La medicina moderna ha fatto passi da gigante nel conservare e prolungare la vita e posporre artificialmente il momento della morte.

Nell'accanimento l'obiettivo è di prolungare il morire, non di migliorare la qualità della vita.

La decisione di sospendere la cura, quando la vita è sostenuta solo artificialmente, risulta ragionevole e legittima. In pratica,

si rinuncia all'uso di mezzi sproporzionati offrendo al morente il supporto medico e umano appropriato e lasciando che la natura faccia il suo corso. Questo orientamento ha ancora più forza quando il paziente ha espresso una volontà precisa al riguardo.

Anche il Catechismo della Chiesa Cattolica (n. 2278) asseconda la rinuncia a mezzi straordinari che ritardano artificialmente il morire:

La morale non richiede alcuna terapia a qualsiasi costo. L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima... Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente.

L'altro problema etico riguarda *l'eutanasia*, intesa come aiuto diretto a morire. In pratica, prevede la soppressione diretta e intenzionale della persona, di solito attraverso prescrizioni o azioni mediche letali, al fine di ridurre le sofferenze.

Anche quando la richiesta dovesse provenire direttamente dal morente o fosse considerata come un «gesto di compassione» nei suoi confronti, l'eutanasia attiva — dal punto di vista etico e cristiano — viola il dovere fondamentale di proteggere la vita umana.

L'aiuto diretto a morire contrasta con il dovere fondamentale del medico di «non nuocere» (giuramento di Ippocrate).

Le ricerche scientifiche e l'esperienza clinica dimostrano che nei pazienti il desiderio di essere uccisi passa in secondo piano quando si leniscono le sofferenze, si consente loro di esprimere la loro paura di fronte all'incertezza e di partecipare attivamente alle decisioni sulle cure. Questo aiuto globale è offerto dalle cure palliative. In presenza di una buona cura palliativa e di un valido accompagnamento, spesso il desiderio di essere uccisi scompare, anche se la persona continua a desiderare di poter morire presto. (Pangrazzi, 2002b, p. 496)

Dal punto di vista del cattolicesimo l'aiuto diretto a morire è rifiutato incondizionatamente perché, oltre a violare il principio della vita e della dignità umana, colloca l'uomo come assoluto padrone del suo destino:

Qualunque ne siano i motivi o i mezzi, l'eutanasia diretta consiste nel mettere fine alla vita di persone handicappate, ammalate o prossime alla morte. Essa è moralmente inaccettabile. Così, un'azione oppure un'omissione che, da sé o intenzionalmente, provoca la morte allo scopo di porre fine al dolore, costituisce un'uccisione gravemente contraria alla dignità della persona umana e al rispetto del Dio vivente, suo Creatore. (Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 2227)

La necessità primaria dinanzi alla sfida posta dall'eutanasia consiste nel favorire la terapia del dolore, garantire l'accesso alle cure palliative e assicurare un accompagnamento umano e olistico al morente. Lì dove non è possibile garantire le misure curative è prioritario assicurare le cure palliative, soprattutto lenire le sofferenze del morente anche se questo dovesse comportare un'abbreviazione della vita:

L'uso di analgesici per alleviare le sofferenze del moribondo, anche con il rischio di abbreviare i suoi giorni, può essere moralmente conforme alla dignità umana, se la morte non è voluta né come fine né come mezzo, ma è soltanto prevista e tollerata come inevitabile. (Ibidem, n. 2279)

Il caso Danzi

Il caso del signor Danzi ci consente di affrontare tematiche umane ed etiche che coinvolgono i bisogni, i sentimenti e i diritti del malato; ne sono protagonisti l'individuo, la famiglia e gli operatori sanitari. L'analisi fa emergere la necessità di un lavoro d'équipe tra quanti operano nel mondo della salute e l'importanza di un'assistenza integrale, rivolta all'intera famiglia.

Presentazione del caso

Il signor Danzi ha 46 anni, è vicepresidente di un'importante compagnia di profumi e ha avuto molto successo nella vita. È una persona dinamica e dal carattere aperto, è sposato e ha un figlio di 18 anni e una figlia di 15.

Due anni fa, a seguito di una condizione di persistente stanchezza e di difficoltà respiratorie, decide di rivolgersi alle cure ospedaliere. Dopo accurate analisi, i medici gli

riscontrano un cancro ai polmoni e decidono di intervenire chirurgicamente.

Il chirurgo lo informa che il cancro è stato estirpato ma che, per maggior sicurezza, sarà sottoposto a una serie di trattamenti radioterapici e chemioterapici per eliminare il rischio di eventuali complicazioni.

Nel corso delle successive terapie il signor Danzi ha modo di incontrare altri pazienti e l'aspetto di alcuni di loro lo turba molto. Dopo quattro mesi la sua situazione inizia a peggiorare e si rende necessaria una nuova ospedalizzazione. Si sottopone ad altri esami che, uniti agli effetti collaterali della terapia (perdita di capelli e di peso, nausea, debolezza), provocano in lui una crescente depressione.

Di tanto in tanto solleva domande circa la sua infermità, ma come risposta la moglie lo incoraggia a fidarsi dei medici e ad avere fiducia in Dio. Col passare dei giorni il signor Danzi rifiuta la visita di amici, perché lo stancano. Il cappellano si ferma a visitarlo in un paio di occasioni.

Gli sforzi medici, tesi a migliorare il suo stato, diventano un tormento più che un sollievo. La sua condizione peggiora progressivamente, tanto che egli chiede al medico di lasciarlo morire in pace.

Il medico, sostenuto dalla moglie, lo incoraggia a sperare perché si sta facendo tutto il possibile per guarirlo. Ma il paziente, demotivato, incomincia a non collaborare più con le infermiere e manifesta solo il desiderio di ritornare a casa. Un nuovo corso intensivo di chemioterapia viene interrotto a causa della sua condizione estremamente precaria.

Le sue difficoltà respiratorie aumentano e, dietro insistenza della moglie, i medici decidono di intubarlo.

Dopo tre giorni il signor Danzi muore, incosciente, nell'unità di terapia intensiva.

Analisi del caso

Esaminiamo il caso attraverso le seguenti chiavi di lettura:

1. analisi delle informazioni importanti riportate nell'esposizione del caso e riflessione sui dati che invece mancano, al fine di mettere a punto un intervento più efficace;

2. identificazione dei sentimenti del signor e della signora Danzi
3. le risorse del signor Danzi;
4. temi umani ed etici presenti nel caso;
5. la dinamica centrale circa quanto è accaduto;
6. proposta di interventi alternativi.

Dati presenti e carenti nel caso

Informazioni riportate di particolare importanza, sono:

- la giovane età del signor Danzi e il suo ruolo di vicepresidente di una compagnia di profumi;
- il suo carattere dinamico e aperto;
- i suoi ruoli familiari, di sposo e di padre;
- l'esperienza di infermità e le terapie;
- l'atteggiamento della moglie e del medico dinanzi alle domande da lui sollevate;
- la sua reazione alla vista di altri pazienti in radioterapia;
- il suo chiudersi progressivamente rifiutando la visita di amici;
- l'espresso desiderio di tornare a casa per morire;
- gli sforzi aggressivi per assisterlo e la sua demotivazione nel collaborare.

Informazioni carenti di cui si avrebbe bisogno per effettuare un approccio più efficace:

- come hanno reagito i figli alla malattia?
- che tipo di comunicazione esiste tra il padre, la madre e i figli?
- qual era il rapporto del signor Danzi con la moglie, prima della malattia? In che modo sono mutati i ruoli e la gestione del potere alla luce dell'infermità?
- quali informazioni il signor Danzi ha ricevuto dal medico sulle proprie condizioni e sul decorso della malattia?
- perché la moglie e il medico non hanno risposto apertamente alle sue domande e non hanno assecondato le sue richieste?
- quale effetto ha prodotto in lui l'immagine di altri malati più gravi? Ha avuto modo di scambiare le sue riflessioni e paure con qualcuno?
- che rapporto si è instaurato tra lui e il cappellano nel corso delle brevi visite? In che modo la fede o i valori spirituali potrebbero aiutarlo ad affrontare la sua situazione?

- dinanzi all'approssimarsi della morte ha avuto modo di parlare con qualcuno (moglie, figli, notaio...) di questioni pratiche riguardanti la famiglia, le finanze, il futuro e così via?

Il ruolo dei sentimenti nei protagonisti

Dinanzi alla minaccia di un'infermità grave o terminale i sentimenti giocano un ruolo importante.

Due sentimenti che accomunano il signor e la signora Danzi sono l'*ansietà* e la *paura*. Non risulta che siano riusciti a parlare apertamente dei loro stati d'animo perché la moglie, ogniqualvolta si è profilata questa possibilità, ha cercato di deviare il discorso mascherando il suo timore e invitando il marito ad avere fiducia nelle risorse della scienza e della fede.

L'isolamento psicologico del signor Danzi, causato dalla mancanza di comunicazione, ascolto e rispetto, lo ha portato a uno stato di crescente impotenza, solitudine e depressione.

La demotivazione è evidente nel suo atteggiamento passivo e rinunciatario di fronte ai trattamenti e nella perdita della voglia di vivere.

D'altro canto, la determinazione e l'aggressività con cui la moglie ha cercato di sfidare la malattia e la morte mettono a nudo la sua incapacità di gestire con equilibrio le sue paure e il suo rifiuto di considerare la possibilità di un futuro senza il marito.

Le risorse del signor Danzi

Il signor Danzi possiede diverse risorse per far fronte, in prima persona, alla sua situazione di crisi.

Innanzitutto è il vicepresidente di una compagnia di profumi, ruolo probabilmente conseguito grazie alla sua capacità di prendere decisioni difficili e di padroneggiare situazioni stressanti. In un certo senso, è un vincente nella vita.

Alla luce della sua storia passata, si può ipotizzare che abbia le carte in regola per continuare a essere protagonista delle sfide che lo riguardano.

A suo favore depongono l'età e il carattere aperto e dinamico; inoltre lo aiutano le sue responsabilità familiari e l'ottima condizione economica.

Di conseguenza, non è così incompetente o sprovvisto nel far fronte a uno stato di crisi.

Le sue insistenti domande di essere protagonista informato dinanzi all'aggravarsi della sua condizione mettono in luce una persona che sta valutando con realismo le cose e si sta interiormente riconciliando con l'idea della morte.

La richiesta di sospendere i trattamenti e di morire a casa riflette un cammino di accettazione del suo destino anche se, a causa delle resistenze esterne, non sarà in grado di realizzare il suo desiderio.

Temî umani ed etici presenti nel caso

La vicenda del signor Danzi propone una varietà di tematiche umane ed etiche che di seguito vengono schematicamente sintetizzate:

Temî umani

- il lavoro
- l'indipendenza
- l'età
- i ruoli sociali e familiari
- la personalità
- il successo e le relazioni
- la famiglia
- la salute
- l'infermità
- il bisogno di controllo e protagonismo
- i desideri e i bisogni personali
- la cura e le terapie
- la riconciliazione con il passato
- il dolore
- la perdita dei ruoli
- la comunicazione
- la paura
- la speranza
- la solitudine
- le perdite e il cordoglio
- l'immagine fisica
- gli amici
- la depressione
- la casa
- l'ospedalizzazione

Temî etici

Riguardano la sfera dei diritti dei morenti.

Nel corso degli ultimi anni organismi internazionali e nazionali hanno cercato di tutelare la dignità del morente esplicitando i diritti fondamentali da salvaguardare.

Un articolo apparso sul «Journal of the American Medical Association»² e destinato ai medici, sottolinea l'importanza della religione e della spiritualità nelle delicate decisioni che il malato deve prendere, soprattutto alla fine della vita.

Educarsi alla dimensione religiosa e spirituale non significa adoperarsi per fare proseliti o convertire, ma esplorare le risorse interiori dell'interlocutore.

Il contesto dell'hospice e delle cure palliative rappresentano un luogo privilegiato per realizzare un approccio integrale e interdisciplinare, che valorizza la dimensione spirituale nella sua valenza terapeutica e sanante.³

Dov'è Dio? Perché non mi aiuta?

Informazioni

La signora Lina è una donna sui 50-55 anni; è vedova e si trova in pensione; ha un figlio sposato e un nipote di un anno. È attiva in una parrocchia, dove svolge servizio di assistenza volontaria alle persone bisognose.

In settembre ha incominciato a sentire un dolore alla spalla, ha fatto le analisi e ha scoperto di avere un tumore. In gennaio è stata operata.

Nadia, una visitatrice, l'ha incontrata per la prima volta dopo l'intervento; non stava bene, Nadia l'ha salutata e ha parlato un po' con il figlio. È tornata dopo alcuni giorni e l'ha trovata ancora sofferente, tuttavia le ha raccontato la sua vita e ha parlato del suo servizio svolto in parrocchia.

Questo dialogo si svolge nella stanza di Lina; è a letto ed è ancora sofferente.

² B. Lo et al., *Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians*, «Journal of the American Medical Association», vol. 287, n.6, 2002, pp. 749-754.

³ Due recenti articoli apparsi sul «Journal of Palliative Medicine», vol. 6, n.3, 2003 (*Responding to requests regarding prayer and religious ceremonies by patients near the end of life and their families*, pp. 409-416; *Spirituality and Medicine*, pp. 429-431) offrono utili linee guida per aiutare i medici a rispondere ai bisogni spirituali e religiosi dei malati.

Colloquio tra Lina (L.) e Nadia (N.)

- N1. Buona sera, Lina. Come va? *(Nadia si avvicina al letto e la saluta, dandole la mano).*
- L1. Ciao, Nadia! È il primo giorno che mi sento meglio... ma sento sempre dolore... *(nota che non si sente bene, ha una flebo al braccio).* Pensavo che dopo l'operazione sarei stata meglio... invece ci sono sempre questi dolori... *(si muove e sospira).* Non ho nessun posto del corpo che non mi faccia male... oh, Dio mio...!
- N2. Ma oggi si sente un po' meglio...?
- L2. Sì, riesco anche a dormire, anche questa stanza è più tranquilla...
- N3. *(Lina nota che l'hanno cambiata di stanza)* Forse è passato poco tempo dopo l'operazione... *(risponde senza entusiasmo).*
- L3. Forse... mah, pazienza... speriamo *(dopo un po', muovendosi).* Non ce la faccio a sopportare questi dolori... non voglio offendere Dio, ma mi chiedo, dov'è Dio? *(scende qualche lacrima)* Scusa...
- N4. Niente, non si preoccupi...
- L4. Sai, non ho mai pensato... sono sempre andata in Chiesa, sono credente. Ho aiutato gli altri, ho parlato loro di Dio, di come sia buono. Ma quando capita a te... *(silenzio).* Adesso non riesco a pregare. Dov'è Dio? Una cosa è parlare con gli altri della sofferenza, un'altra cosa è quando la vivi *(piange).*
- N5. È difficile sentire Dio in tanta sofferenza...
- L5. In alcuni momenti sento questa rabbia, mi ribello... perché proprio a me questa malattia?
- N6. Ma Lina, anche questa è preghiera...
- L6. Lui non mi sente! Dov'è, Lui? Perché non mi aiuta? Non è giusto, non posso stare in pace con Dio... *(Nadia la guarda senza dire nulla).*

Durante la vita ho lavorato tanto; ho seguito mio marito durante gli anni della sua malattia e ora ho un figlio sposato... ho un nipote... Ora che potevo vivere con serenità, mi capita questa malattia.

- N7. Le sembra che Dio sia ingiusto con lei?
- L7. Perché ha fatto questo? Perché non mi aiuta?
- N8. Non so, Lina, cosa dirle (*le stringe la mano*). Comprendo la sua sofferenza, con tutti questi dolori... ma sono convinta che Dio le è vicino e soffre con lei; Lui è come un padre o una madre che sta vicino al suo bambino.
- L8. Ma dove posso prendere la forza per sopportare? (*lo dice un po' risentita*)
- N9. In Lui... perché anche Lui si è sentito abbandonato in croce: Lui la comprende e l'aiuta a sopportare... (*dopo un po' di silenzio, cerca di rassicurarla*). So che non riesce a pregare e a parlare con Dio; voglio lasciarle questa preghiera, quando se la sente, la potrà leggere (*le lascia la preghiera di un lungodegente*).
- L9. Grazie, Nadia, ricordati di me!
- N10. Lo farò senz'altro e che Dio la protegga.

Diagnosi spirituale di Lina

Dal dialogo emerge, con forza e chiarezza, che il punto critico di sofferenza di Lina è il suo rapporto con Dio.

Usando come griglia di lettura della sua condizione interiore la «mappa biblica», si avverte l'acutizzarsi della crisi nel suo rapporto con Dio. Inizia con quel «Quando capita a te... Non riesco a pregare» (L4) ed è un crescendo che, partendo dall'orizzonte della corporeità, avvolge la dimensione emotiva e cognitiva di Lina.

«Ci sono sempre questi dolori... non ho nessun posto del corpo che non mi faccia male...» (L1); «Non ce la faccio a sopportare questi dolori» (L3).

La sofferenza fisica sprigiona le corde emotive e i sentimenti: «Non voglio offendere Dio, ma mi chiedo dov'è Dio» (L3); «In al-