**Diocesi di Assisi**

**L’ascolto nel percorso di cura**

Convegno diocesano in occasione della XXI Giornata Mondiale del Malato

Assisi, 7 febbraio 2013

*Don Carmine Arice, ssc*

*Direttore dell’Ufficio Nazionale per la pastorale della salute*

*della Conferenza Episcopale Italiana*

Ringrazio cordialmente dell’invito che mi è stato rivolto a partecipare a questo convegno in questa diocesi particolarmente segnata dalla presenza di San Francesco, un uomo che ha saputo ascoltare certamente la voce di Dio, ma anche quella dei poveri e dei sofferenti, con i quali ha voluto condividerne volontariamente la sorte.

Sono anche contento di essere a servizio del Vangelo, cioè della Buona Notizia nel mondo della sofferenza. Cosa c'è di più grande e di più bello, se non quello dire agli uomini del nostro tempo e in particolare a chi soffre, che il Signore è nostro alleato, e che ha amato anche soffrendo, per fare del bene a chi soffre?

E cosa si può pensare di più vero e nobile, pensando alle persone che soffrono, se non considerare la loro sofferenza come tesoro prezioso per la salvezza di tutti gli uomini, anche quando la croce è così pesante da vedere vacillare la fede e la speranza. Non sempre possiamo e dobbiamo dire al malato il valore salvifico del suo dolore, in un percorso di relazione di aiuto è lui stesso che talvolta arriva a fare questa considerazione. Sempre però, noi, possiamo guardare al malato e al sofferente con questo sguardo che ne riconosce la grandezza e sacralità. Per questo la fede ci fa riconoscere nel povero e nel malato il volto di Cristo.

“L'ascolto” tema del nostro incontro e della mia relazione, è a servizio di questa buona notizia: Dio non ignora e non spreca nessuna lacrima.

Nel mio intervento farò alcune considerazioni sul tema dell’ascolto nella cura pastorale. E’ quello che mi compete in modo specifico. Ritengo però che le dinamiche dell’ascolto nella cura pastorale”, cioè in quel specifico ministero che la Chiesa è chiamata a svolgere per illuminare, accompagnare, sostenere nel cammino di fede i credenti, valgono anche per la relazione operatore sanitario – paziente e per ogni altra relazione.

1. **La relazione come dimensione ontica e umanizzante**

Introducendomi all’argomento vorrei fare tre premesse di tipo antropologico.

* 1. *L’uomo è relazione e per questo è chiamato a vivere in relazione.*

Siamo nati da una relazione e cioè dall’unione tra un uomo e una donna. Non solo. Per la persona è possibile continuare a vivere nella misura in cui trova qualcuno che gli offre cura e attenzione. Fin dai suoi primi vagiti l’uomo ha bisogno di qualcuno che gli dia attenzioni, tempo, energia. Questa relazione iniziale, ci dicono gli esperti, soprattutto con la madre, determinerà in modo decisivo tutta la vita della persona, il suo equilibrio e la sua maturazione psico-affettiva.

Se questo è vero, è necessario un riconoscimento ontologico della *dimensione sociale* dell’uomo*,* che potremmo chiamare *“il noi ontologico”*, o con un linguaggio più evangelico, *“la dimensione della fraternità”*. Siamo appartenenti alla comunità umana in modo essenziale e prima ancora di decidere di entrare in relazione con gli altri. E come ricorda D. Bonhoeffer, *“Non si diventa “uomini completi” da soli, ma unicamente assieme agli altri…”[[1]](#footnote-1).*

Fondare le nostre relazioni reciproche solo su un patto sociale, un’intesa fatta da uomini di buona volontà, può essere utile ma non è sufficiente.

L’arte dell’ascolto presuppone una cultura della relazione[[2]](#footnote-2). Infatti l’esistenza, direbbe il filosofo esistenzialista Heidegger, è un “*con-essere*” e “*non è mai dato, innanzi tutto, un io isolato, senza gli altri*”[[3]](#footnote-3). Vivere con e per l’altro è via alla mia e sua piena realizzazione. Ecco allora l’importanza della definizione di Pastorale della salute offerta dalla Nota pastorale del 1989, là dove è descritta come *“La presenza e l’azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti ne prendono cura[[4]](#footnote-4)”.* Presenza e azione sono sostantivi che declinano la relazione.

* 1. *L’operatore esperto nell’arte della relazione*

In questi ultimi decenni, soprattutto dopo il Concilio Vaticano II, la prassi pastorale accanto al malato, ha fatto un cammino notevole che riassumerei così: da una pastorale sacramentale a una pastorale dell’evangelizzazione.

Certamente il punto di arrivo della nostra azione pastorale, è l’incontro con Cristo, anche attraverso la celebrazione dei sacramenti. E’ un obiettivo che dobbiamo sempre tenere presente, perché per il malato noi desideriamo una vita in pienezza, quella pienezza che si sperimenta nella misura in cui, mediante la fede, c’è una libera adesione a Cristo che attraverso i segni sacramentali ci raggiunge e ci santifica.

Dobbiamo però ammettere che non sempre la prassi sacramentale è accompagnata da un adeguato percorso di evangelizzazione. Qui nasce tutta l’attenzione che la riforma liturgica ha dato alla catechesi biblica nella pastorale sacramentale. E’ indubbio che i sacramenti rivestano un ruolo terapeutico e sanante, ma questo succede soprattutto se la loro celebrazione avviene all’interno di un percorso relazionale e spirituale anche con l’operatore pastorale. Forse più che punto di partenza, cioè di proposta iniziale, in un tempo di “desertificazione spirituale”, i sacramenti si prospettano come punto di arrivo[[5]](#footnote-5).

Ma poiché l’evangelizzazione presuppone quel sacramento necessario che è l’evangelizzatore, strumento di mediazione dell’annuncio nell’accompagnamento del malato, oltre ad un cammino spirituale che evangelizzi anzitutto l’operatore stesso, è necessario capacità di relazione.

Infatti nel ministero pastorale, accanto alla cura sacramentale occorre anche un servizio qualificato di relazione d’aiuto, intendendo con questa espressione *“la relazione tra un operatore pastorale competente e una persona in cerca di aiuto, con lo sc*opo *di favorire in quest’ultima, insieme al superamento delle proprie difficoltà, una crescita a livello personale, interpersonale e spirituale*”[[6]](#footnote-6). Questa crescita aiuta il malato ad elaborare il suo vissuto e a vivere, pur nelle innegabili fatiche, un possibile percorso di senso nella sua esperienza.

## *Per diventare esperti in umanità*

## Papa Benedetto XVI, nella Deus caritas est, invita i “professionisti della carità alla *“competenza professionale come prima fondamentale necessità”, ma che “da sola non basta”. Si tratta, infatti, di esseri umani, e gli esseri umani necessitano sempre di qualcosa in più di una cura solo tecnicamente corretta. Hanno bisogno di umanità. Hanno bisogno dell'attenzione del cuore”.*

## E ancora: *“Quanti operano nelle Istituzioni caritative della Chiesa devono distinguersi per il fatto che non si limitano ad eseguire in modo abile la cosa conveniente al momento, ma si dedicano all'altro con le attenzioni suggerite dal cuore, in modo che questi sperimenti la loro ricchezza di umanità”[[7]](#footnote-7).*

Se le cose stanno così, per imparare l’arte dell’ascolto, occorre una formazione integrale dell’operatore. Taluni pensano, a volte, che la formazione degli operatori sanitari riguardi esclusivamente le abilità tecnico – professionali, lasciando alla discrezione e alla buona volontà dell’individuo la formazione etica e alle capacità relazionali, pur riconoscendone la necessità, anche scientificamente provata, di una cura olistica della persona. Il papa non è dello stesso parere.

*“Oltre alla preparazione professionale, agli operatori della carità è necessaria anche, e soprattutto, la «formazione del cuore»[[8]](#footnote-8)*.

 Non abbiamo il tempo e non è il tema della mia relazione, specificare cosa si intenda per formazione del cuore[[9]](#footnote-9). Ricordo solo che già nel messaggio della Consulta Nazionale per la pastorale della salute per la 5’ Giornata Mondiale del Malato (11/2/1997) si legge “*Per poter rispondere alle domande più profonde del malato c’è bisogno di un’adeguata e continua formazione: professionale, umana, relazionale e spirituale che li aiuti che li aiuti in un lavoro che sta diventando sempre più esigente e professionale”[[10]](#footnote-10)*. Dopo quasi dieci anni la Nota del 2006 scrive a n°17: *“I programmi formativi, che raggiungono buoni livelli nel campo medico e infermieristico, mostrano invece spesso significative carenze in quello antropologico ed etico. Ciò, peraltro, contrasta sia con le richieste degli operatori sanitari, sia con quelle, spesso implicite, dei malati. La disattenzione a questa problematica può considerarsi come uno dei fattori all’origine del logorio psicologico e spirituale di molti operatori sanitari”[[11]](#footnote-11)*.

Evidentemente il cammino è ancora lungo!

## **L’ascolto come “attenzione del cuore”**

## Operatori della pastorale e operatori sanitari, esperti in umanità e abili nell’arte della relazione, sanno che *l*’*ascolto è una dimensione importante “dell’attenzione del cuore”*. Per cuore intendiamo oltre alla sede del sentimento e delle potenzialità affettive, anche il luogo sorgivo delle relazioni orientate da scelte, significati e valori. L’attenzione del cuore dà quel contributo umanizzante che è premessa fondamentale ad una relazione terapeutica efficace.

## Anche quando la visita al malato è fatta per scopi eminentemente terapeutici e clinici, necessita anzitutto di una positiva e attenta relazione di aiuto con chi soffre, nella quale l’ascolto dei vissuti del malato, e non solo dei dati anamnetici, è un momento importante.

## Ciò che i malati e suoi familiari stanno vivendo, spesso segnati da paure, da stati emotivi a volte contraddittori, il loro disagio, la loro rabbia, sono una realtà importante nel dialogo e nella relazione d’aiuto sia in un’ottica pastorale che sanitaria.

## Si legge nella nota pastorale *“Predicate il Vangelo e curate i malati”* redatta nel 2006 dalla Commissione Episcopale per la Carità e la Salute della CEI al n° 14, un paragrafo che porta l’eloquente titolo: *“Curare” e “prendersi cura”:*

*“Il discorso sulla carenza di umanità nel servizio reso al malato è lungi dall’essere esaurito. Si avverte un profondo bisogno di personalizzare l’approccio, di passare dal curare al prendersi cura, di considerare la persona nella totalità del suo essere.*

*Se l’esperienza degli anni più recenti ha fatto registrare una buona crescita a livello tecnico e specialistico, ha portato anche a una cura settoriale e frammentata a scapito di un approccio olistico della persona…*

Dunque occorre considerare la persona nella totalità del suo essere per evitare una cura settoriale e frammentata del malato, che risulta inappropriata e talvolta inefficace. Continua il documento:

*Non è raro avvertire da parte di diversi operatori sanitari l’incapacità di guardare la realtà del malato al di là dell’aspetto strettamente sanitario, la paura di essere interpellati sui problemi esistenziali, la difficoltà di accogliere e accompagnare le reazioni emotive del malato e dei familiari, soprattutto nelle fasi terminali della malattia. Si tratta di un problema non esclusivamente religioso ma antropologico e professionale”[[12]](#footnote-12).*

1. **Anzitutto … ascoltarsi!**

Sollecitati da quanto ci dicono i Vescovi allora, possiamo affermare, parlando dell’ascolto, che la prima necessaria attenzione non va posta sulle dinamiche della relazione con il malato, quanto all’ascolto che l’operatore deve fare di se stesso, delle sue convinzioni, del suo pensiero sull’uomo, sul tema della sofferenza, della malattia e della morte. Infatti, quando si parla di sofferenza, malattia e morte, la questione antropologica è di primaria importanza.

A volte non sappiamo ascoltare il malato perché dimentichiamo che la persona che abbiamo davanti a noi in quel letto, non è solo dimensione biologica da curare; ma altre volte facciamo fatica ad ascoltare perché quello che la persona ci dice interpella le nostre domande esistenziali di fondo talvolta irrisolte, e la parola del malato riacutizza ferite ancora aperte nel nostro percorso esistenziale.

“Il primo prossimo da ascoltare siamo noi stessi. Capire cosa succede dentro di noi, scoprire il tipico dialogo interiore che abbiamo, come funzioniamo, che cosa ci disturba, cosa ci mette a disagio e cosa ci procura uno stile di benessere”[[13]](#footnote-13).

Mi sembra utile a questo proposito leggere con voi il brano di una lettera di una giovane allieva-infermiera, malata terminale, alle infermiere incaricata di curarla: *“Ho ancora da vivere da uno a sei mesi, forse un anno, ma a nessuno piace toccare questo argomento. Mi trovo dunque di fronte a un muro solido e deserto, che è tutto quello che mi resta. Sono il simbolo della vostra paura, qualunque essa sia, della vostra paura che di ciò che pur tuttavia noi sappiamo dovremo affrontare un giorno. Voi scivolate nella mia camera per portarmi le medicine o per misurare la pressione, e scomparite appena svolto il vostro compito. E’ perché sono un’allieva infermiera o semplicemente in quanto essere umano che ho la coscienza della vostra paura e so che la vostra paura accresce la mia? Di che cosa avete dunque paura? Sono io che muoio. Non nascondetevi. Abbiate pazienza. Tutto ciò che ho bisogno di sapere, è che ci sarà qualcuno per tenermi la mano quando ne avrò bisogno. Ho paura. Voi forse avete fatto l’abitudine alla morte; per me è nuovo. Non mi è ancora capitato di morire”[[14]](#footnote-14).*

## Occorre non nascondersi. La pastorale della salute sta approfondendo molto il modello dell’operatore pastorale descritto come “guaritore ferito”, invitandolo a riconoscere le sue inevitabili vulnerabilità, a integrare le ferite nella propria vita fino a farle diventare feritoie di luce, cioè risorse nel prendersi cura degli altri.

## Le più grandi figure che nella storia della Chiesa hanno saputo ascoltare il grido del povero, sono persone passate attraverso esperienze drammatiche di sofferenza personale, di buio, di prove struggenti che hanno reso il loro animo purificato, sensibile, attento, capace di ascoltare. Cito solo due nomi importanti per il mondo sanitario: San Giovanni di Dio e San Camillo de Lellis. Ma anche lo stesso San Francesco ha visto iniziare la sua conversione con il bacio del lebbroso, un bacio che in qualche modo lo ha risanato interiormente, facendogli riconoscere il desiderio di vita vera che si portava nel cuore.

## **Ascoltare “con tutta la persona”**

## Tra le esperienze più infelici che può fare una persona, quando si pone in relazione con un’altra, è la sensazione di essere indifferente o poco considerata da chi gli sta di fronte. Parlare a qualcuno e percepire che l’altra persona è totalmente o parzialmente indifferente a quello che sto dicendo, è un’esperienza capace di ferire ulteriormente la sensibilità a volte già fragile e precaria. Quando l’indifferenza nell’ascolto si verifica tra una persona malata e il suo operatore sanitario o pastorale, la ferita si fa ancora più profonda.

## Si sente con l’udito, ma si ascolta con tutta la persona nella consapevolezza che, anche attraverso il linguaggio non verbale, l’altro percepisce la nostra vicinanza o lontananza, la nostra insofferenza, il nostro disagio, il nostro senso di noia, la nostra indifferenza.

E’ più difficile diventare uomini e donne di ascolto, soprattutto in un tempo in cui vi è il predominio dell’immagine. I convegni, anche quelli di carattere più filosofico, abbondano di strumenti visivi, che certamente possono aiutare a seguire il discorso, ma che a volte possono diseducare ad ascoltare con attenzione per un tempo un po’ più prolungato.

## E’ necessario poi, che l’ascolto sia preceduto da un “vuoto” capace di accogliere quello che l’altro mi dice. E il vuoto va inteso in un duplice senso: come recipiente che accoglie e fa spazio perché non occupato dal proprio io, dalle proprie preoccupazioni, e “vuoto” come assenza di pregiudizi aprioristici[[15]](#footnote-15). Infatti *“il vero ascolto nasce da un cuore libero, soprattutto libero dai pregiudizi che inquinano tutta la persona e ne pregiudicano sia la comprensione che la successiva comunicazione”[[16]](#footnote-16).*

## Parlare di “vuoto” non significa affermare che l’ascolto richieda un atteggiamento solo passivo. Infatti l’ascolto è un’attività che coinvolge tutta la persona nella sua totalità: intelletto, affettività, posizioni del corpo, espressioni del viso, atteggiamenti, sguardi, attenzione all’uditore per raccogliere tutte le informazioni possibili che la persona mi comunica, per cogliere il suo stato d’animo, e permettere all’altro anche di gridare il suo dolore. E’ questo un ascolto che richiede disponibilità – cioè volontà di farlo -, tempo, rispetto dei tempi e del vissuto dell’altro e, torno a dire, assenza di pregiudizio.

## Nella prassi pastorale si sperimenta sovente che la troppa fretta nel voler dare risposte, magari nella buona intenzione di voler “difendere” Dio verso cui l’ammalato si lamenta per quanto sta vivendo, non solo è di impedimento all’ascolto, ma inficia anche la bontà del dialogo e della ulteriore apertura della persona.

## Basta a volte l’assenza di alcune piccole attenzioni empatiche per far sentire il malato “indegno” di essere ascoltato. Nel dialogo, la trasmissione dei messaggi metaverbali è più forte della trasmissione dei messaggi dichiarati.

## **L’ascolto empatico**

## Nella dinamica della relazione d’aiuto e dell’ascolto empatico è necessario centrare la comunicazione sulla persona ascoltata, affinché sia veramente il protagonista del dialogo, lasciandogli tutto lo spazio necessario perché possa esprimersi completamente. E questo non è naturale, è una scelta, perché richiede la capacità di “dimenticare se stessi”.

## Alla presunta disponibilità all’ascolto da parte dell’operatore deve accompagnarsi la reale e fattiva possibilità di lasciar parlare l’interlocutore. Ascoltare significa lasciar parlare e per lasciar parlare occorre tacere.

## Questo “tacere” richiede un notevole impegno perché significa capacità di silenzio: silenzio esteriore, a cui a occorre educarsi con un’ascesi che va al di là del nostro impegno professionale, e silenzio interiore, quando il discorso del malato ridesta vissuti particolari, ricordi, gioie, rimorsi, progetti, pregiudizi, esperienze analoghe, siano esse positive che negative.

##  Nel mio ministero mi sono accorto che lasciar parlare è un’arte difficile sia nella dinamica di gruppo, e la televisione è maestra nell’insegnarci a parlare senza ascoltare; ma ancor più ho visto quanto è difficile, lasciare al malato il tempo necessario di esprimere i suoi sentimenti, di ripetersi, di spiegare ancora una volta senza avere l’operatore che lo interrompe dicendo “ho capito”, “conosco bene queste situazioni”, di gridare il suo disagio senza voler dare risposte preconfezionate.

## Presumendo di sapere già ciò che viene detto, talvolta non ascoltiamo, udiamo solo quello che vogliamo udire e ascoltiamo solo ciò che coincide con i nostri obiettivi, cessando di ascoltare non appena abbiamo classificato l’interlocutore[[17]](#footnote-17). Dimenticheremmo così che le possibili parole che devono sostenere l’ascolto, da parte dell’operatore, sono quelle che aiutano la percezione da parte del malato di essere stato capito, a volte con una riformulazione del suo stesso pensiero che non fa altro che manifestare come la sua comunicazione sia stata compresa in profondità.

## L’ascolto empatico fa intervenire l’operatore con una risposta che riformula i concetti espressi della persona che parla o verbalizza un suo sentimento, possibilmente con le sue stesse parole.

## Infatti, non saranno i contenuti e le idee espresse dalle nostre risposte a dare un senso di benessere o di sollievo al malato, quanto l’esperienza di essere stato compreso e la certezza di essere comunque accompagnato. E’ l’arte di consolare, cioè di essere con il solo perché non sia più solo[[18]](#footnote-18).

## **“Ascolta ciò che non dico”**

## L’ascolto empatico poi, dà antenne capaci di ascoltare anche ciò che il malato, o la persona con cui siamo in dialogo non esprime verbalmente, o perché nascosto da una maschera che non rispecchia necessariamente il suo mondo interiore, o perché incapace di esprimere quello che sta vivendo: la rabbia, la delusione, la paura...

## Un operatore preparato sa cogliere, con l’attenzione del cuore, ciò che nemmeno la parola riesce ad esprimere, scrutando i piccoli o grandi segni che rivelano tensione o disagio; frasi ripetute quasi con ossessione, occhi che si gonfiano di lacrime senza riuscire a piangere.

## Attenzione perché il timore di apparire fragile o di essere giudicato può favorire l’uso di maschere che rendono difficile la relazione. Compito di chi ascolta non è togliere crudelmente la maschera, sarebbe troppo doloroso in certe situazioni. Compito di un osservatore attento è ascoltare oltre la maschera, ciò che di più profondo vuole e non riesce dirci il nostro interlocutore.

## **L’unicità dell’interlocutore**

## Parlando di ascolto ritengo opportuna anche una considerazione sull’unicità dell’interlocutore. La filosofia personalista della prima metà del ‘900 ha riportato la nostra attenzione sul tema della “unicità della persona”. La tradizione cristiana ne ha sempre fatto motivo di attenta riflessione. La considerazione dell’unicità della persona che mi parla nella dinamica dell’ascolto, è fondamentale. Ogni persona merita di essere ascoltata come unica perché unica è. Essere totalmente presenti ad essa, lasciar parlare, ascoltare con una presenza che supera il sentire fino a diventare accoglienza, sono la fenomenologia dell’ascolto empatico ma anche del riconoscimento della dignità di ogni persona, irripetibile nella sua esistenza ma anche nella sua esperienza. Quella persona che ho qui davanti a me, hic et nunc, è colei verso la quale devo portare tutta l’“attenzione del cuore” di cui sono capace durante il dialogo.

## La particolare situazione che vive la persona ammalata lo rende particolarmente sensibile a cogliere se l’operatore “è venuto per incontrare lui o presentare se stesso, per parlare di lui malato, o di sé; se è veramente presente o se è lontano, se è disponibile o se ha fretta”.[[19]](#footnote-19)

## **Lo sguardo**

## Per ascoltare è necessario calibrare il modo con cui noi siamo presenti all’altra persona. Nessun particolare è secondario. Alcuni studi, anche recenti, hanno sottolineato l’importanza dello sguardo degli occhi, che anticipa la nostra stessa voce. La differenza tra lo sguardo del burocrate e quello dell’operatore pastorale o sanitario equivale alla differenza che passa tra un rapporto verso un oggetto e quello verso un soggetto. Dovremmo avere la sapienza di E. Levinas[[20]](#footnote-20) per comprendere quanto lo sguardo è fondamentale nella relazione, e nella relazione d’aiuto in particolare.

## A ragione il prof. Giuseppe Colombero, psicologo torinese scrive: *“Con lo sguardo si può distruggere una persona o ricostruirla, farla ammalare creandole conflitti o guarirla restituendole unità e serenità, spegnerla o infonderle fiducia, farla piangere o confortarla, esprimere odio o amore, dirle che per noi è tutto o dirle che per noi non è nulla”[[21]](#footnote-21).*

## Il nostro sguardo è attento, empatico, inoffensivo? Sono domande fondamentali in una riflessione sull’ascolto.

## **Tre osservazioni conclusive**

*9a. Gesù uomo dall’ascolto empatico*

Anche per imparare ad ascoltare, guardiamo a Cristo, uomo dall’ascolto empatico. Il Vangelo ci da’ buone notizie anche a questo proposito. Nel Vangelo Gesù ascolta molto!

- Ascolta il Padre anzitutto, perché e venuto per fare la volontà del Padre. Con Gesù la preghiera diventa il tempo dell'ascolto, prima ancora che della lode e dell'intercessione.

- Nell'ascolto del Padre, Gesù ascolta anche se stesso perché si comprende in profondità, comprende la sua identità e la sua missione. E così ci svela un segreto: solo nella relazione con Dio e con i fratelli, sapremo ascoltarci e capirci profondamente. Anche in questo senso siamo uomini e donne ontologicamente di relazione. Abbiamo bisogno di ascoltare “l'Altro” e “l'altro”, per una vera comprensione di noi stessi.

- Gesù ascolta con le orecchie e con il cuore. Ascolta quello che le persone, soprattutto i sofferenti, gli dicono (e le persone si sentono comprese) e ascolta con la vista perché tante volte ha colto domande inespresse dagli uomini del suo tempo. Certo Lui aveva una capacità che nessuno di noi ha e che nessuno di noi deve mai presumere di avere: leggere nei cuori delle persone. Questo non toglie però che dobbiamo avere gli occhi ben aperti, proprio come il samaritano alla cui riflessione siamo richiamati in questa XXI Giornata Mondiale del Malato.

- Gesù ascolta il grido del sofferente e risponde con un ministero che è di consolazione oltre che di compassione e di orientamento escatologico alla domanda di senso.

## 9b. *L’ascolto come stile di vita*

## L’ascolto è uno stile di vita e non solo un esercizio che si mette in atto in qualche circostanza o occasione particolare. Se tutta la mia persona è educata ad essere attenta al proprio vissuto interiore, nonché alle persone che incontra e alla libera narrazione delle loro esperienze condivise, ai significati che rivestono eventi e circostanze, allora diventerò capace di ascoltare chi mi sta davanti durante un dialogo e una relazione d’aiuto. Non si è uomini di ascolto solo per un’occasione professionale o pastorale che sia.

## 9c. *Dalla cura dei casi alla cura degli uomini… mediante l’ascolto*

## Nel suo accattivante e provocante libro sul “Prendersi cura degli altri” Marie de Hennezel, psicologa francese che ha lavorato a lungo con i malati in fase terminale, riporta questa confessione di un medico: *“Tutti i giorni mi sentivo con la coscienza sporca. Certo avevo l’impressione di aver svolto correttamente il mio lavoro da un punto di vista tecnico, ma avevo anche la sensazione di aver tradito il senso di questa professione, di non aver conosciuto davvero i miei pazienti. Avevo studiato dei casi, non avevo curato degli uomini”.*

## E commenta l’autrice: *“Rendiamo omaggio all’umiltà di questo grande medico, che riconosce di aver trascurato i valori umani. Le nostre facoltà di medicina sfornano eccellenti scienziati, ma in esse è quasi inesistente la formazione alla relazione umana. Sebbene i futuri medici siano per lo più destinati a confrontarsi con l’angoscia, la sofferenza umana, la pura di morire dei loro pazienti, essi non ricevono nessuna preparazione psicologica o etica in funzione di tale faccia a faccia. E’ normale che persone che scelgono di prendersi cura degli altri non siano mai interpellate nel corso dei loro studi, sulla loro capacità di ascoltare la sofferenza, sulle loro specifiche responsabilità umane? ...*

## *Non è introducendo qua e là qualche corso di psicologia, di scienze umane e di etica che si insegnerà ai medici a essere uomini responsabili, ma capovolgendo da cima a fondo lo spirito stesso della formazione che ricevono. L’uomo, la natura umana vanno insegnati in modo globale. E’ necessario che gli studenti di medicina vengano preparate a diventare persone complete.”[[22]](#footnote-22)*

## L’ascolto non sempre è determinante nel processo di guarigione fisica. Lo è sempre però nel processo di cura integrale della persona dove, non di rado, mostra una forza risanatrice che a volte sorprende. Non dimentichiamoci mai che anche là dove non si può guarire, sempre si può e si deve curare fino all’ultimo respiro. E’ questo che rende la nostra società più umana e meno crudele.

## Vi ringrazio del vostro *ascolto*.

1. D. Bonhoeffer, *Resistenza e resa*, *lettere e appunti dal carcere.,* San Paolo, Cinisello Balsamo, 1990, p. 70. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cfr Pietro A. Cavaleri, *Vivere con l’altro per una cultura della relazione,* Città Nuova, 2007. [↑](#footnote-ref-2)
3. M. Heidegger, *Essere e tempo,* Longanesi Milano 1976, p.151. [↑](#footnote-ref-3)
4. Consulta nazionale per la pastorale della sanità della CEI, *La Pastorale della salute nella Chiesa italiana,* Roma 1989, n.19*.* [↑](#footnote-ref-4)
5. Cfr. A. Pangrazzi, *Il guaritore ferito*, in il Regno attualità, n. 815, 1998, pag. 353 [↑](#footnote-ref-5)
6. Cf. A. Brusco, *Relazione pastorale d’aiuto*, in Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria, Torino, 1997, pagg. 1045 - 1054 [↑](#footnote-ref-6)
7. Benedetto XVI, Deus Caritas Est, 2005, 2008, n.31. [↑](#footnote-ref-7)
8. Ib. , 31. [↑](#footnote-ref-8)
9. Vedi Carmine Arice, *La formazione del cuore*, relazione tenuta a Salerno al XIII Convegno dei Direttori di Pastorale della salute italiani, e pubblicata in “*Fatebenefratelli*” – Brescia, n. 18/2011. [↑](#footnote-ref-9)
10. Consulta Nazionale per la Pastorale della salute della CEI, *Sussidio per la presentazione della V Giornata Mondiale del Malato*, 11 febbraio 1997. [↑](#footnote-ref-10)
11. Commissione Episcopale per il servizio della carità e la salute, *Predicate il Vangeli e curate i malati,* Roma 2006 [↑](#footnote-ref-11)
12. Commissione Episcopale per la Carità e la Salute, Nota pastorale *“Predicate il Vangelo e curate i malati”,* Roma, 2006 [↑](#footnote-ref-12)
13. G. Cervellera, *Dal sentire all’ascoltare,* pro manuscripto, Torino, 2005. [↑](#footnote-ref-13)
14. Lettera citata da E. Kubler-Ross, in *Rencontre acecle mourants,* conferenze pubblicate in Gerontologie nn.9, 10 e 11, Lannec, inverno 1974*.* [↑](#footnote-ref-14)
15. Cfr. Rogers C., *Libertà nell’apprendimento*, Giunti Barbera, Firenze 1973, p. 253. [↑](#footnote-ref-15)
16. G. Cervellera, *Dal sentire all’ascoltare,* pro manuscripto, Torino, 2005. [↑](#footnote-ref-16)
17. Cfr. Kahn R.L., Cannel C. F., *La dinamica dell’intervista,* Marsilio, Bologna 1968, p. 9. [↑](#footnote-ref-17)
18. Cfr. Benedetto XVI, *Spe salvi,* n. 38 [↑](#footnote-ref-18)
19. G. Colombero, *Dalle parole al dialogo,* Torino 2001, p. 166. [↑](#footnote-ref-19)
20. Cfr. E. Levinas, *Filosofia del Linguaggio*, Graphis, 2004. [↑](#footnote-ref-20)
21. Giuseppe Colombero, *Dalle parole al dialogo*, Torino 2001, pag. 150. [↑](#footnote-ref-21)
22. Marie de Hennezel, *Prendersi cura degli altri,* Lindau, novembre 2008, pagg. 153-154. [↑](#footnote-ref-22)