

Da IL BIELLESE 2/4/2002

## LA VISITA AL MALATO. UN'OPERA BUONA, NON UNA ROUTINE

Luciano Manicardi- monaco di Bose

La visita al malato è operazione delicatissima e rischiosa. Abituati dalla tradizione cristiana a considerarla un'opera (di "misericordia"), ci può sembrare che basti volerla mettere in pratica ed essa andrà da sé: tutto resta affidato alla buona disposizione e alle buone intenzioni del visitatore. In realtà tutta la Scrittura afferma che essa è facilmente soggetta a rischio di fallimento: basti, per tutti, l'esempio degli amici che visitano Giobbe e che diventano i suoi nemici.

Quali sono i rischi che minacciano di farla fallire? Ne potremmo elencare molti ma in radice ve ne è uno. Si tratta della convinzione di "sapere", meglio del malato stesso, ciò di cui il malato ha bisogno. Questo sapere diviene un "potere" esercitato sul malato e allora la relazione è già fallita miseramente.

Il visitatore, vedendo nel malato solo un malato e non un soggetto personale, lo rende un indigente che ha bisogno di lui, e ponendo se stesso come consolatore, si erge a suo salvatore, cioè come colui che può consolarlo e ha i mezzi per farlo, in questo modo il visitatore innesca una perversa relazione in cui egli, da salvatore diviene persecutore, e in cui il malato non tarderà a reagire e a rigettarlo (oppure lo subirà passivamente accumulando risentimento dentro di sé). Visitatore e malato entrano così in un complesso rapporto in cui rivestono entrambi, di volta in volta, le vesti del persecutore e della vittima, e questo a partire dalla pretesa del visitatore di porsi come salvatore. In quel caso la relazione stabilita è di bisogno e di necessità e non di gratuità e di libertà.

La visita fallisce quando non si lascia che sia il malato a guidare il rapporto e a dettarne i tempi; quando ci si presenta armati di strumenti (Bibbia, libri di preghiere, regali, strumenti medici) che vengono usati come elementi di difesa e di distanza dall'impotenza del malato; quando si scambia il capezzale di un malato con il luogo di una lezione di teologia o di una predica; quando dalla debolezza del malato si trae forza per sé; quando ci si accosta al malato pensando, di fatto, di avere un potere su di lui; quando non si accetta, semplicemente, di stare accanto al malato condividendo la sua impotenza. Può allora essere utile porsi sempre due domande: perché vado a trovare un malato? Come conduco la visita? Allora si vedrà come la visita non è solo un'opera, qualcosa da fare, ma un evento che impegna l'essere del visitatore e che lo porta a lavorare su di sé, sulle sue motivazioni profonde, su ciò che lo abita.

La visita al malato si situa anche nello spazio dell'amore, dell'incontro significativo con l'altro. Essa vuoi fare emergere la qualità personale del malato: egli non è un "numero" (il posto letto che occupa nell'ospedale), non è nemmeno solo la sua malattia (un "caso clinico"), ma è una persona che vive l'oggi della sua malattia.

Così la visita dichiara la significatività del malato, gli dà spazio e voce accogliendolo incondizionatamente. Guai se la visita dovesse servire al visitatore per sentirsi lui valorizzato, per essere rassicurato e rafforzato nella propria significatività!

Perché la visita divenga un incontro occorre che essa sia voluta e desiderata dai malato stesso: allora essa potrà divenire un accompagnamento, una condivisione del tempo della malattia eventualmente fino al momento della morte. Così essa è sottratta alla sporadicità ("Ho un'ora di tempo: ne approfitto per andare a trovare il malato") e diventa relazione.

Soprattutto poi se si fa una visita a domicilio, è essenziale che il visitatore si attenga al quadro relazionale che il malato pone: è impegnativo entrare nello spazio abitativo dell'altro! Si tratta infatti di un luogo impregnato di ricordi, di storia affettiva, dunque vitale per il malato.

Chi accompagna il malato deve sapere che nessun incontro avverrà se egli non si dispone a uno spogliamento radicale: al malato egli non porta cose, né saperi, ma sé stesso, la propria presenza, la propria corporeità, il malato chiede al visitatore di entrare in una dimensione di impoverimento, di essenzialità: l'essenzialità visibilizzata dal corpo, il visitatore deve porsi al livello degli occhi del malato per comunicare con lui: deve abbassarsi. E deve arrivare a discernere il linguaggio corporeo del malato e ad attuare una comunicazione non verbale (gli sguardi, i cenni dei capo o della mano) e soprattutto tattile ("aptonomia" o approccio tattile effettivo).

Il malato è spesso un corpo manipolato, spostato, costretto a subire approcci tattili che, seppure curativi, sono aggressivi e intrusivi nell'intimità della persona. Sentirsi destinatario di gesti di tenerezza, di dolcezza e delicatezza, è essenziale al malato per sapersi persona, soggetto. Come gli è essenziale il sentirsi accolto nei suoi stati emozionali e il percepire da chi ha davanti di *avere* il permesso di manifestare le sue emozioni.

Se vi è tutto questo, la visita al malato può dispiegare la sua valenza sacramentale e il visitatore può fare l'esperienza di avere incontrato il Cristo nei malato stesso.

Come sta scritto: "Ero malato e mi avete visitato" (Matteo 25,36).