

# *Ospedale umano, logica aziendale, personale motivato*

GIANCARLO DAL SASSO

## **Premessa**

Dopo aver affrontato nel n. 1-2 2001 de “la Ca’ Granda” l’impegnativo tema dei “diritti umani dell’utente nel servizio sanitario”, ci sembra doveroso presentare un altro argomento di rilevante attualità, caratterizzato dal rapporto ospedale umano – logica aziendale – personale motivato, che è anche il nodo centrale di ogni riforma sanitaria passata, presente e futura.

Nell’illustrare a grandi linee la tematica in questione, vorremmo articolare la nostra disamina su alcuni passaggi essenziali, rappresentati in via consequenziale dall’ospedale umanizzato, dalla gestione aziendomanageriale, dal personale motivato, momenti distinti di un unico sistema sanitario a servizio della persona.

In sostanza, per indicare un po’ il filo bianco che percorre la nostra riflessione, si potrebbe dire che un ospedale umano, pur gestito con criteri aziendalistico-manageriali, è la risultante, soprattutto, di risorse umane qualificate certo, ma professionalmente motivate.

Potrebbe sembrare un paradosso, ma nonostante la gestione manageriale delle aziende pubbliche, ospedaliere e sanitarie, la tecnologia delle prestazioni, il comfort assistenziale, la professionalità del personale, le incentivazioni economiche, registriamo oggi una preoccupante e diffusa demotivazione del personale, che si trasferisce negativamente sulla relazione operatore sanitario-utente e quindi sulla qualità delle stesse prestazioni sanitarie.

C’è un preoccupante malessere che sta attraversando il personale che opera in sanità, confermatoci anche da alcuni dirigenti sindacali, sulle cui cause tenteremo di fare una motivata diagnosi, per prospettare poi una possibile terapia.

## **Ospedale umano**

Un approccio serio alla sanità – sia essa pubblica o privata – deve partire, a nostro avviso, da alcune pre-

messe fondamentali, che trovano autorevole riscontro nell’illuminante discorso che il cardinale Carlo Maria Martini, arcivescovo di Milano, ha tenuto nella Festa del Perdono del 2001 dell’Ospedale Maggiore.

Tale discorso, opportunamente pubblicato in un opuscolo a cura della direzione de “la Ca’ Granda”, resta un’altra gemma dell’insegnamento di Martini, che andrebbe ripresa integralmente anche in questa sede, per le sue profonde considerazioni, sia sotto il profilo pastorale, tratte anche dal magistero papale, sia sotto quello aziendalistico.

Ragioni di spazio ci costringono, purtroppo, a citarne soltanto alcuni tratti significativi, che forniranno tuttavia le linee-guida della nostra trattazione.

Afferma il cardinale: “Come dice il suo stesso nome, l’Ospedale Maggiore è anzitutto un ‘ospedale’. Come ogni ospedale, esso è ‘luogo di dolore’, ma insieme e inscindibilmente, esso è - deve essere sempre più e sempre meglio - ‘luogo di speranza’ (Giovanni Paolo II). Nell’ospedale, infatti, si sperimenta in modo drammatico la fragilità della natura umana. In esso, con la malattia, il mistero del dolore si presenta con tutta la sua forza e riveste sia i toni dell’esperienza della solitudine per il diminuire delle forze fisiche e per l’interrompersi di quelle relazioni e di quegli impegni che costituiscono il tessuto della vita quotidiana, sia quelli dell’invocazione di aiuto, sollievo e conforto da parte di parenti, amici e medici, sia quelli della domanda sul perché della sofferenza, della malattia e della morte.

Nello stesso tempo l’ospedale è anche un ‘luogo di speranza’: quella degli stessi ammalati, che desiderano di poter gustare nuovamente la bellezza della vita e della salute; quella dei diversi operatori sanitari, che investono intelligenza, competenza e forza per ottenere, quando possibile, il superamento della malattia o, quando ciò non si potesse realizzare, per aiutare a vivere in modo umano l’esperienza della malattia e della morte”.

La sfida che attende anche l'Ospedale Maggiore – ed ogni ospedale – è perciò quella di essere sempre e sempre meglio un “ospedale umano”, cioè, nel quale si sa riconoscere, rispettare, difendere ed esaltare la dignità personale dell'uomo malato, anche nelle situazioni più gravi e umilianti (card D. Tettamanzi). Tutto ciò non solo a livello teorico, ma pratico, sia attraverso comportamenti e trattamenti concreti, precisi e puntuali, che chiamano in causa il personale medico, come quello infermieristico e ausiliario, insieme con quello amministrativo, sia attraverso una adeguata configurazione e organizzazione delle stesse strutture ospedaliere.

Per dare un volto veramente umano all'ospedale è necessario impegnarsi per una sua “ripersonalizzazione”, che favorisca l'instaurarsi di un rapporto dalle dimensioni umane con il malato. Tale “ripersonalizzazione” e “umanizzazione” risponde a un dovere di giustizia e di civiltà, domanda l'impegno di tutti e, in particolare, una maggiore sensibilità nei responsabili della cosa pubblica, nei diversi amministratori e nei molteplici operatori sanitari.

Ciò significa entrare sempre più nell'ottica di fare dell'ospedale un autentico “luogo di cura”, dove l'attenzione e il servizio alla persona non si riducono solamente alla somministrazione di una terapia, ma si aprano a un più disteso e ampio “prendersi cura” della persona, che veda coinvolti medici, infermieri, tecnici, amministratori e volontari. È questa una delle questioni più decisive.

### **Logica aziendale**

Premesso che la “struttura architettonica e organizzativa” dell'ospedale deve assicurare non solo il migliore espletamento possibile della medicina nei suoi aspetti tecnici, ma anche una degenza del malato che rispetti e promuova, nel modo migliore possibile, le sue esigenze propriamente umane (Carlo Maria Martini), proprio per rendere “più umana” la vita e l'organizzazione di un ospedale, è accettabile e condivisibile, anche in ambito sanitario, l'introduzione di “criteri gestionali di tipo aziendalistico”.

Prima però di parlare di “logica aziendale” in sanità, ci sembra indispensabile richiamare il quadro normativo costituzionale di “solidarietà sociale” entro il quale opera il Servizio sanitario, nazionale e regionale.

La vigente Costituzione italiana nei suoi “principi fondamentali” e nella prima parte dedicata ai “diritti e doveri dei cittadini”, dispone in particolare che la Repubblica, quale Stato sociale: 1) riconosce la pari dignità sociale di tutti i cittadini; 2) richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale; 3) tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività; 4) protegge la maternità e l'infanzia; 5) riconosce il diritto all'assistenza sociale; 6) riconosce che l'iniziativa economica privata è libera, ma che non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla dignità umana.

La legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, stabilisce all'art. 1 tra l'altro: “1. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale. 2. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. 3. Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. 4. L'attuazione del Servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini”.

Per verificare se i valori, principi, doveri, diritti costituzionali, sopra sommariamente richiamati, siano compatibili con la “logica aziendale sanitaria”, è necessario chiarire bene il significato di logica aziendale in sanità, secondo la dottrina economica più accreditata.

Essa significa nella sua essenza “applicare le conoscenze disponibili per utilizzare razionalmente (sul piano tecnico, organizzativo ed economico) risorse scarse per ottenere il massimo dei risultati possibili” (E. Borgonovi, *Il medico e l'azienda*, Corriere della Sera, 12.3.2001).

Per alcune aziende private che operano sul mercato sanitario e che producono beni non così essenziali come è la salute (pensiamo, ad esempio, alle industrie farmaceutiche o a quelle che producono apparecchiature tecnico-medicali) tale razionalità serve per perse-

guire “la massimizzazione del profitto” (ossia il massimo aumento della ricchezza economica).

Per le altre aziende, tipicamente sanitarie, pubbliche e private (un ospedale, una casa di cura privata, ecc.) “la razionalità aziendale deve essere orientata a perseguire la massimizzazione della tutela della salute poiché questo, e solo questo, è il fine di tali aziende” (Borgonovi).

In altri termini il “valore” del modello aziendale privato è dato dall’aumento della ricchezza misurata in termini monetari, mentre il “valore” per un’azienda sanitaria, pubblica e privata, che tutela direttamente la salute, è misurato dal grado di risposta ai bisogni di salute e ai livelli di assistenza garantiti ai cittadini (Borgonovi).

Ne consegue quindi che “logica aziendale” per i soggetti, pubblici e privati, che agiscono in sanità “non equivale affatto a perseguire la massimizzazione del profitto” (Borgonovi), ma per le aziende sanitarie pubbliche vuol dire tendere al pareggio di bilancio, quale conseguenza di scelte razionali sul piano assistenziale e poi efficienti sul piano gestionale; mentre per le aziende sanitarie private implica sempre dover rispondere ai bisogni di salute, pur conseguendo, nel contempo, un profitto.

In buona sostanza, detti criteri sono proficui se “finalizzati all’ottimizzazione dei risultati e nella misura in cui servono a ottimizzare l’impiego delle risorse finanziarie, tecnologiche ed umane perché la cura della persona sia più adeguata e sia garantito a tutti gli uomini e le donne, secondo i reali bisogni di ciascuno, il diritto alla tutela della propria salute” (Martini).

In base a quanto sopra esposto, ci sembra di poter affermare che la logica aziendale sanitaria deve tendere ad un valore, rappresentato dalla “massimizzazione” della tutela della salute in un quadro di “solidarietà sociale” o, come vedremo, di “solidarismo federale”, ma ciò è nettamente contrario ad una ormai prevalente “ottica ragionieristica che non considera prioritario il diritto alla salute di ogni cittadino, ma lo subordina ad un equilibrio del bilancio pubblico non correlato a quella esigenza e soprattutto lo subordina alla mercificazione della sanità pubblica” (M. Pirani, *La Repubblica*, 10.12.2001).

Il forte richiamo alla solidarietà sociale e al dovere di assicurare la miglior tutela della salute, richiesto a qualunque soggetto aziendale, pubblico o privato,

impegnato in sanità, viene fatto non a scopo accademico, ma per mettere in guardia dalla pericolosità di certi slogans che circolano con insistenza nell’attuale clima culturale-politico.

Va altresì segnalato che gli stessi criteri tecnico-sanitari dei D.R.G. (le tariffe riconosciute agli ospedali per ogni singola malattia con un tempo predefinito di degenza ospedaliera) e dei L.E.A. (livelli essenziali di assistenza minima, oltre i quali spetta alle Regioni, assicurare o meno, secondo le loro entrate, le eventuali prestazioni) se utilizzati, come spesso accade, per fini di lucro, cioè di profitto, o non rispondono ai bisogni di salute e di assistenza delle persone, specie di fronte alle patologie acute gravi o croniche, scaricate dalle case di cura private sugli ospedali pubblici, oppure determinano l’erogazione di prestazioni sanitarie se non inutili certamente non indispensabili, per incassare quattrini dal fondo sanitario regionale, con l’effetto perverso di incrementare gli “sprechi”.

In altre parole, il modello aziendalistico-manageriale in sanità non vuol dire profitti a tutti i costi per le aziende sanitarie private a carico del fondo sanitario regionale, né significa addossare sulla sanità pubblica le prestazioni che per complessità organizzativa o per onerosità economica la sanità privata non ha interesse a fornire, con l’ovvia conseguenza del quasi generalizzato disavanzo dei grandi ospedali metropolitani, né tanto meno può significare, ad esempio, far pagare al cittadino sotto forma di Irpef (imposta sui redditi delle persone fisiche) il deficit accumulato a livello regionale lombardo dalla liberalizzazione della sanità (si parla di un buco per la sanità in bilancio di ben oltre 433 miliardi, che, per l’opposizione in Consiglio regionale, “andrebbe moltiplicato per dieci, cioè il rosso potrebbe essere di oltre 3-4 mila miliardi” - *Il Giorno*, *La Repubblica* 12.12.2001), ma deve contribuire a garantire al cittadino-utente una risposta sanitaria efficiente, offertagli dal sistema pubblico-privato, finanziato dalla Regione, senza che il cittadino-cliente debba poi ricorrere a strutture private, dalle quali farsi curare a pagamento.

### **Personale motivato**

Un ospedale umano richiede certamente una “gestione manageriale impostata sulla logica aziendale”, ma

per dargli un volto veramente umano è necessario impegnarsi per una sua “ripersonalizzazione”, che favorisca l’instaurarsi di un rapporto a dimensioni umane con il malato.

Sul punto, con la consueta lucidità, il cardinale Martini osserva: “Tale ‘ripersonalizzazione’ e ‘umanizzazione’ risponde a un dovere di giustizia e di civiltà, domanda l’impegno di tutti e, in particolare, una maggiore sensibilità nei responsabili della cosa pubblica, nei diversi amministratori e nei molteplici operatori sanitari.

Ciò significa entrare sempre più nell’ottica di fare dell’ospedale un autentico ‘luogo di cura’, dove l’attenzione e il servizio alla persona non si riducono solamente alla somministrazione di una terapia, ma si aprano a un più disteso e ampio ‘prendersi cura’ della persona, che veda coinvolti medici, infermieri, tecnici amministratori e volontari. È questa una delle questioni più decisive (...).

Occorre, perciò, che sia anzitutto ‘umanizzato’ il rapporto medico-paziente. Qualunque rapporto deve fare attenzione alla persona: quello del medico, in particolare, deve essere un rapporto profondamente interpersonale, che nessun progresso scientifico deve mai soppiantare o scalfire, ma piuttosto deve propiziare e favorire.

È indispensabile, quindi, che nell’esercizio della sua professione, ogni medico ricordi che il malato è sempre e prima di tutto una persona, mai riconducibile a un caso clinico, e si accosti a lui mettendo in causa se stesso e la propria capacità di relazionarsi con l’altro, e non solo la propria scienza ed esperienza. Si tratta, in altri termini, di fare della professione medica il luogo dell’incontro con l’uomo, della vicinanza a chi soffre, della compagnia di chi si sente solo, della cura amichevole di ogni persona (...).

Nello stesso tempo, è necessario che tutto il personale ospedaliero, qualsiasi funzione o mansione svolga, si faccia attento alla persona. Che l’ospedale compia la sua missione di cura amorevole e accogliente della persona, è, infatti, compito di tutti coloro che vi lavorano nei modi e nelle forme proprie.

Fare bene il proprio lavoro, qualunque esso sia, è un primo importante passo; ma nel fare bene il proprio lavoro in questo campo sono compresi tanti altri elementi che concorrono al ‘bene’ della persona: la competenza professionale, l’onestà, l’atteg-

giamento accogliente verso chi soffre, il non creare difficoltà al lavoro degli altri, relazioni ricche di umanità con chi soffre. Questo è per tutti: ciascuno lo declinerà nel compito che gli è affidato. Il compito è sempre la cura dell’uomo; la missione è la stessa per tutti, con la stessa dignità professionale e per tutti con eguale impegno e profondo senso del dovere”.

Sono in corso, a livello nazionale e a quello regionale anche lombardo, cambiamenti radicali in sanità, rappresentati dal “federalismo solidale”; dalla “devolution”, cioè dalla responsabilizzazione completa delle Regioni verso l’organizzazione e la gestione dei servizi sanitari; dalla trasformazione delle aziende ospedaliere in soggetti di diritto privato (ad esempio, trasformazione in fondazioni con coinvolgimento pubblico-privato); dalle prestazioni ambulatoriali rese accessibili al cittadino da tutte le strutture sanitarie del territorio accreditate; dalla libera scelta del cittadino della struttura più soddisfacente; dalla prova ‘qualità’ per tutti, soggetti erogatori dei servizi sanitari ed operatori sanitari.

In questo quadro istituzionale ed organizzativo sanitario sempre più “privato”, in cui il “mercato” sembra valere più della “salute”, ma in cui, a detta dei responsabili del nuovo piano socio-sanitario regionale, i costi dovrebbero diminuire, gli sprechi sparire e il paziente star meglio, quale sarà il ruolo del personale sanitario e che cosa si dovrà fare per motivarlo maggiormente?

Ascoltiamo ancora il cardinale Martini: “Il processo di umanizzazione dell’ospedale e della realtà sanitaria nel suo insieme è strettamente collegato a una formazione specifica e permanente dei diversi operatori sanitari, chiamati a considerare e a trattare il paziente ‘come persona’ più e prima che come ‘malato’.

In questo senso, l’intera formazione è chiamata a promuovere in ogni operatore sanitario una più responsabile ‘competenza’, una maggiore ‘qualificazione professionale’ e una ‘coscienza matura’, così che la professione sanitaria possa essere vissuta come ‘servizio’ alla persona umana e alla sua vita... ritrovando la radice e il gusto dell’etica professionale.

A tale scopo, è necessario, anzitutto, interrogarsi sul senso della medicina. Formare a una matura coscienza professionale vuol dire educare a interrogarsi sulle ‘questioni di senso’, che riguardano la



vita, la morte e il dolore, la malattia e i suoi bisogni, la salute e il benessere, la felicità e il bene”.

Per motivare il personale sanitario occorre dunque formarlo “ad una matura coscienza professionale, educarlo a interrogarsi sulle questioni di senso”, ma, a nostro avviso, questo aspetto, pur pregiudiziale, da solo non basta.

Entrando allora nel merito della “motivazione” del personale, alla luce anche della normativa contenuta nel vigente contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto del personale del Servizio sanitario nazionale (1998-2001), ci sembra che una formazione specifica e permanente possa e debba essere accompagnata dall’organizzazione del lavoro e da incentivazioni economiche del personale, specie di quello addetto all’assistenza diretta, allo scopo di motivare di più il personale stesso e quindi rendere più umano l’ospedale e ogni luogo di cura.

Un’organizzazione del lavoro, adeguata alle prestazioni sanitarie assistenziali, deve tener conto prima di tutto delle dotazioni organiche di ogni singolo servizio, dei carichi di lavoro di ogni operatore professionale e quindi della produttività, della qualità del singolo servizio. Non si forniscono prestazioni sanitarie di “qualità” senza “quantità”, cioè senza organici “adeguati”.

Sul problema degli organici occorre evitare, allora, la negativa prassi che alcune aziende ospedaliere pubbliche hanno mutuato da quelle private, cioè di contenere i costi di gestione, speculando soprattutto sull’effettiva presenza del personale nei vari servizi. Occorre non dimenticare mai che un reparto di degenza, una sala operatoria, una sala parto, un ambulatorio, ecc. non sono catene di montaggio industriali, che imbottigliano medicinali liquidi o inscatolano farmaci, ma servizi resi sempre ad un paziente, che proprio perché persona ha diritto ad un’assistenza “personalizzata”, ad un trattamento fatto di cortesia e di rispetto, tutte prestazioni che richiedono, appunto, un personale competente, qualificato, formato, motivato, disponibile, attento, pronto ad ascoltare, dedito con scienza, coscienza ed esperienza ad una “professione” che è, nel contempo, un “servizio”, una “missione”.

È necessario ancora tener presente che certe professioni sanitarie (si pensi, ad esempio, all’infermiere professionale, all’ostetrica, ecc.) devono essere

maggiormente valorizzate sotto il profilo economico, anche per orientare ad esse il mercato giovanile del lavoro con una motivata scelta di queste impegnative professioni sanitarie, non certo per monetizzare le prestazioni sanitarie, ma per dare a questo personale, in possesso del diploma di laurea e di un’elevata qualificazione professionale, un trattamento economico incentivante, che contribuisca ad una maggior soddisfazione umana del personale interessato, con l’ovvia conseguenza che anche le prestazioni saranno di miglior qualità.

## Conclusione

Stavamo chiudendo questa disamina quando è comparso sul “Corriere della Sera” del 14.12.2001 un articolo del ministro della Sanità prof. Girolamo Sirchia dal titolo “La sanità che vorrei” equa, senza sprechi e uniforme in tutto il Paese.

In sintesi, la proposta del ministro si articola in cinque “*richieste*” dei cittadini e in cinque sue “*proposte*”, che si possono così compendiare:

### *richieste*

1. la prima richiesta dei cittadini riguarda la possibilità, ma soprattutto la certezza, di poter accedere senza ritardi o impedimenti e senza raccomandazioni alle prestazioni di cui necessitano;
2. la seconda è di sentirsi trattati come persone, con cortesia e rispetto;
3. la terza consiste in prestazioni di qualità fornite dal Servizio sanitario;
4. la quarta che gli interventi siano gratuiti o comunque abbiano una minima onerosità;
5. la quinta è di avere risposte chiare sui problemi di salute e l’assicurazione che il personale sanitario sia costantemente aggiornato;

### *proposte*

1. sia chiaro: nessuno ha intenzione di smantellare la sanità pubblica a beneficio del privato, ma è indispensabile utilizzare alcuni strumenti del privato per migliorare il pubblico; i nostri ospedali pubblici piano piano perdono terreno e costano troppo, per cui il rischio è che ad un certo punto si possa decidere di liberarcene; il personale è poco motivato e, al contempo, troppo “tutelato” nei suoi diritti; il sistema degli acquisti è sbagliato: qui costa tutto di più;
2. il privato non ha bisogno di nessuno e può spiazzare il pubblico; quindi la sanità pubblica ha biso-

gno di essere difesa; alcuni aspetti del sistema sono inadeguati ed altri, addirittura, iniqui; basti pensare, per fare solo un esempio, che i ricoveri “inutili” comportano una spesa di almeno 5.000 miliardi l’anno; che dei 130 grandi ospedali metropolitani italiani, solo una trentina presentano un bilancio in pareggio o in avanzo positivo (mentre i restanti hanno disavanzi che oscillano tra i 10 e 500 miliardi l’anno);

3. per promuovere il rilancio della sanità l’impegno finanziario del governo sarà imponente: l’ammontare del fondo sanitario distribuito alle Regioni passa da 131.000 miliardi nel 2000 a 138.000 nel 2001, a 146.000 nel 2002, a 152.000 nel 2003 e a 157.000 nel 2004;

4. la forte spinta verso la devoluzione tende a responsabilizzare le Regioni verso l’organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, ma lascia allo Stato un importante compito che è quello di diventare garante verso i cittadini dell’equità del Servizio sanitario nazionale e della sua uniformità, identificando tutte le vecchie e nuove diseguglianze e inconsistenze e tentandone la correzione, anche sostenendo le Regioni in difficoltà, e in modo da evitare differenze tra Regione e Regione per l’esistenza di prestazioni diverse a seconda del luogo dove queste vengono erogate;

5. una visione più equa dei sistemi sanitari, lotta agli sprechi, un decentramento spiccato dei poteri alle Regioni, ma nella logica di un “federalismo solidale” e dell’accettazione di regole comuni, finalizzando il tutto ad offrire ai cittadini servizi più moderni, più distribuiti ed uniformi.

Gli aspetti qualificanti della riforma sanitaria “Sirchia” in cantiere, si possono così riassumere:

1. decentramento delle funzioni ed incremento del finanziamento della sanità con maggiori disponibilità economiche per le Regioni, responsabili dell’organizzazione e della gestione dei servizi sanitari;

2. equità dei servizi e lotta agli sprechi;

3. prestazioni sanitarie sollecite, di qualità, gratuite o con minima onerosità per gli utenti;

4. utilizzazione di alcuni strumenti del privato per migliorare il pubblico;

5. offerta ai cittadini di servizi più moderni, più distribuiti ed uniformi.

Le auguriamo, signor ministro, buon lavoro per una sanità migliore.

### Del beneficiare

È una parola molesta e gravosa, da pronunciare con il volto basso, «chiedo». Di essa si deve fare grazia all’amico e a chiunque tu voglia farti amico con dei meriti: benché cerchi di affrettarsi, tardi dà un beneficio colui che lo dà a chi ne ha fatto richiesta. Perciò bisogna indovinare la volontà d’ognuno e, una volta che la si è afferrata, liberarla dalla durissima necessità di chiedere; gradito vivrà nell’animo il beneficio venuto incontro. Se non si riesce a prevenire, tagliamo corto alle parole di chi ci prega; per non sembrare d’essere pregati, ma solo informati, promettiamo subito e dimostriamo con la nostra premura che l’avremmo fatto, anche prima d’essere richiesti. Con gli ammalati un alimento dato al momento giusto può esser causa di guarigione, e dell’acqua data senza ritardo ha il valore d’una medicina: così, per quanto da poco e normale sia un beneficio, se è tempestivo, se non perde nemmeno un’ora, acquista gran pregio e supera la gratitudine per un dono prezioso, ma tardivo e a lungo ponderato. Chi agisce con tanta sollecitudine, non c’è dubbio che agisca volentieri: agisce con letizia e manifesta nel volto la letizia del suo animo.

Benefici grandi di certa gente li ha rovinati il silenzio o un indugio a parlare, che dava l’idea di cipiglio e malumore, dato che si prometteva col volto di chi rifiuta: quanto meglio aggiungere buone parole a buone azioni e con un discorsetto umano e benevolo dar valore a ciò che si assicura! Perché l’altro si corregga per aver esitato a chiedere, s’aggiunga pure un rimprovero amichevole: «Ce l’ho con te perché, mentre avevi bisogno di qualche cosa, non hai voluto che io lo sapessi a suo tempo; perché me l’hai chiesto con tanti riguardi; perché hai messo di mezzo altri. Da parte mia mi rallegro perché ho avuto il piacere di provare il mio affetto; in futuro, è tuo pieno diritto farti dare quanto ti occorrerà: solo per questa volta perdono alla tua ritrosia». Otterrai così che faccia più conto del tuo animo che di ciò, per quanto valga, che era venuto a chiederti.

LUCIO ANNEO SENECA  
(da *Lettere a Lucilio*)