

UMANIZZAZIONE  

---

STORIA E UTOPIA

**Fra Pierluigi Marchesi**

**UMANIZZAZIONE**  

---

**STORIA E UTOPIA**

Ordine Ospedaliero (o.h.) "S. Giovanni di Dio"  
Fatebenefratelli



EDITRICE **VELAR**

© 2006  
Ordine Ospedaliero (o.h.) "S. Giovanni di Dio"  
Fatebenefratelli

Esclusiva per la distribuzione in libreria  
*Elledici*  
Cascine Vica, Rivoli, To  
[www.elledici.org](http://www.elledici.org)  
ISBN 88-01-03607-8

Realizzazione grafica e stampa  
*Editrice VELAR*  
24020 Gorle, Bg  
[www.velar.it](http://www.velar.it)

Tutti i diritti di traduzione e riproduzione  
del testo e delle immagini,  
eseguiti con qualsiasi mezzo,  
sono riservati in tutti i Paesi.

I.V.A. assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, 1° comma,  
lettera C, D.P.R. 633/72 e D.M. 09/04/93.

Luglio 2006

---

## *Prefazione*

A 25 anni dalla pubblicazione del primo Documento sulla Umanizzazione approvato dal Capitolo generale dei Fatebenefratelli (8 marzo 1981), sotto il generalato (1976-1988) di Fra Pierluigi Marchesi, non posso che esprimere il mio plauso per l'iniziativa di dare alle stampe questa ricca e preziosa antologia del compianto amico e collaboratore che, in occasione della sua scomparsa, non esitai a definire "apostolo e profeta di speranza"<sup>1</sup>.

Il titolo di questa antologia associa alla parola *Umanizzazione* i termini e concetti di *storia* e *utopia*. In Fra Pierluigi Marchesi l'*utopia* cominciò veramente a farsi *storia* tanto fu forte in lui l'impulso ad andare sempre oltre, in termini di impegno, anche alla più coraggiosa programmazione.

Egli era fortemente convinto che il solo modo per prevedere il futuro è quello di prepararlo e perciò riusciva a immettere l'*utopia* anche nel presente, non però come sogno inattuabile, ma come meta alla quale quotidianamente tendere anche se, umanamente parlando, di fatto irraggiungibile.

In un testo del 2000, quasi alla vigilia della morte, richiamandosi a parole da lui scritte già nel 1987, Fra Pierluigi Marchesi precisava: "Nella riflessione sul futuro, più propriamente sul rapporto tra creatività e temporalità, dobbiamo registrare e superare una contraddizione: il tempo che vogliamo indagare non è uno spazio mentale astratto e lontano, ma è una de-

---

<sup>1</sup> F. Angelini, *Pierluigi Marchesi, apostolo e profeta. Il Volto di Cristo negli infermi*. In "Il Volto dei Volti" 5 (2002), gennaio-giugno, p. 52-55.

terminazione del nostro presente. È l'epoca in cui si vive che prepara il futuro: nei valori fondanti la nostra testimonianza risiede il seme dell'avvenire. Perché l'impegno e la testimonianza non devono essere continuamente trasferiti in un ipotetico futuro che ci priverebbe continuamente dell'assunzione delle nostre responsabilità presenti e attuali. Occorre entrare nel terzo millennio con il coraggio vocazionale e profetico di nuovi ruoli e di nuove testimonianze"<sup>2</sup>.

La sorgente della forza che lo portava a vivere già nel presente il futuro che sognava, scaturiva da una vocazione vissuta non soltanto come una scelta di vita, libera e consapevole quanto si vuole, ma sentita e vissuta come una *passione*. Sotto questo aspetto egli riuscì a trasformare in vocazione anche l'e-suberanza, la spontaneità, la schiettezza e una fondamentale semplicità del suo carattere.

Nel 1990, in apertura del suo acuto e coraggioso scritto *Attività promozionale per le vocazioni a servizio dell'infermo e operatori sanitari*, affermava, infatti, che la vera eredità lasciata ai suoi figli da San Giovanni di Dio era "la passione per il Bisognoso". Scrivendo *Bisognoso* con la maiuscola e parlando di *passione*, fra Pierluigi confessava istintivamente la sua visione della propria vocazione religiosa. Forse anche per questo, pur essendo egli religioso non-chierico, da molti era chiamato non *Fra*, bensì *Padre*, avendo in lui l'umanità le prerogative sia del *fratello* e sia del *padre*.

Comunque, la più esaustiva definizione dell'eredità professionale, morale e spirituale lasciata da fra Pierluigi Marchesi si compendia nel termine e nel concetto di *Umanizzazione*.

Leggendo i suoi scritti non si contano le parafrasi che egli ci ha lasciato della nozione di umanizzazione in generale e di umanizzazione della sanità in particolare. Per lui il malato doveva essere considerato "il centro della nostra vita", poiché – diceva – "il malato è la nostra università". Del malato, infatti, egli

---

<sup>2</sup> Pierluigi Marchesi, "Creare il futuro con speranza". In *Carta d'identità dei Fatebenefratelli*, Roma 2000, p. 169.

aveva una concezione evangelica e, quindi, massimamente comprensiva. Guardava oltre i luoghi di ricovero e di cura includendoli in quella più vasta nozione per cui ogni essere umano, cioè noi tutti, abbiamo bisogno di essere sanati. Gesù infatti, non è venuto a guarire i sani, ma i malati (cf *Mt* 9,12; *Mc* 2,17; *Lc* 5,31), vale a dire, tutti.

E come intendesse il termine umanizzazione con riferimento all'assistenza a chi soffre, lo spiegava nel testo ricordato con una citazione tratta da un'intervista ad uno studioso italiano di storia della medicina, G. Cosmacini, che aveva detto: "La medicina è la salute vista dalla parte dei medici. La sanità è la medicina vista dalla parte degli ammalati".

Quando nel 1983, come "auditore invitato a parlare", Fra Pierluigi partecipò all'assemblea ordinaria del Sinodo dei Vescovi dedicata al tema "La riconciliazione e la penitenza nella Missione della Chiesa" impressionò l'uditorio aprendo il suo intervento con il dire che intendeva "immaginare che il Sinodo si celebrasse ai tempi di Gesù", e si chiese: "Nell'insieme della sua azione apostolica, dove si sarebbe collocato il Redentore?". Perché proprio in questo stava l'originalità di Fra Pierluigi Marchesi, nel riuscire a collocarsi su di un piano utopico, ma con un realismo che, in alcune circostanze, poteva apparire persino sconvolgente. Non si poneva mai domande retoriche inclusive di una risposta convenzionalmente scontata. Se la risposta era implicita, allora la domanda doveva trasformarsi in un esame di coscienza sulla nostra coerenza di cristiani e se, persone consacrate al servizio dei sofferenti e dei malati, sulla nostra coerenza di sedicenti buoni Samaritani.

Nel 1985, quando Papa Giovanni Paolo II istituì la Pontificia Commissione della Pastorale per gli Operatori Sanitari volli subito Fra Pierluigi Marchesi come stretto collaboratore, proprio perché sapevo dell'apporto decisivo da lui dato, negli anni del post-Concilio, come Superiore generale, al rinnovamento delle Costituzioni dell'Ordine e degli indirizzi ispirazionali ed operativi della sua Famiglia religiosa. Assiduo e prezioso il suo contributo alla nascita della rivista del Dicastero *Dolentium ho-*

*minum. Chiesa e salute nel mondo*, alla preparazione del primo *Index* delle Istituzioni sanitarie Cattoliche nel mondo, alla redazione della prima *Carta degli Operatori Sanitari*. In anticipo sui tempi Fra Pierluigi Marchesi aveva compreso che l'umanizzazione della medicina non attiene soltanto alla prevenzione, alla diagnosi, alla terapia e alla riabilitazione per il migliore equilibrio psicofisico della persona, ma anche a tutto ciò che riguarda la politica, la legislazione, la programmazione e l'amministrazione sanitaria propria di ciascun paese, cioè quella che chiamiamo abitualmente sanità.

Di qui nasceva la grande fiducia che Fra Pierluigi Marchesi aveva nella collaborazione dei laici. Nel 1996, dopo la pubblicazione dell'Esortazione apostolica *Vita consecrata*, mi manifestò con gioiosa spontaneità la sua soddisfazione, leggendomi il numero 54 del documento pontificio, nel quale si afferma che, attraverso una forte collaborazione con i laici, "è iniziato un nuovo capitolo, ricco di speranza, nella storia delle relazioni tra le persone consacrate e il laicato". Del resto, il prof. Romano Forleo, ricordando l'amico, scrisse di Fra Pierluigi Marchesi che, nelle strutture sanitarie affidate alla sua Famiglia religiosa "egli voleva laici immersi nell'Ordine per condividere il carisma di San Giovanni di Dio, per portarvi le istanze della società civile, per arricchire la comunità con l'esperienza vissuta nella famiglia o nel servizio ecclesiale in altri ambiti".

Per me che ho avuto la grazia e la possibilità, peraltro intensamente voluta e cercata, di lavorare nel campo della sanità e della salute in strettissimo rapporto con i laici, la collaborazione con fra Pierluigi Marchesi fu sintonia di propositi e di iniziative. Consigliere e cooperatore generoso egli possedeva, insieme a una grande umanità, una profonda e sincera umiltà intellettuale. Anche quando offriva suggerimenti di notevole rilevanza e valore non assumeva mai atteggiamenti di sussiego né mostrava pretesa alcuna che le sue proposte fossero accolte. Anche i testi riuniti in questa importante antologia sono una continuata conferma della sensibilità e dell'umiltà intellettuale di fra Pierluigi: sensibilità e umiltà che traspaiono dallo stesso stile con cui espone il suo pensiero e i suoi sentimenti. Dotato di

doti di maestro, egli sapeva come pochi ascoltare: ascoltare i confratelli, i superiori ecclesiastici, la gente, le mille voci che riusciva a cogliere in questa società in vertiginosa trasformazione. Umiltà manifestata anche saper accettare, senza drammi né impulsi di rimozione, non poche incomprensioni che senza dubbio furono per lui motivo di sofferenza, che non soltanto sopportò con serenità e disinvoltura, ma che cercò anche di capire.

Fra Pierluigi Marchesi comprese e soffrì, con lucido anticipo, la crisi di vocazioni religiose. Ne scriveva con molta chiarezza dopo aver concluso il suo generalato: “Restituire senso di profezia alle attività promozionali per le vocazioni a servizio degli infermi deve imporre un rovesciamento radicale degli orientamenti dati finora a troppe forme di reclutamento. Dobbiamo avere il coraggio di non porre più al centro delle attività l’economia, la gestione dei singoli Istituti religiosi o la sopravvivenza delle singole Famiglie religiose, ma finalmente i bisogni nuovi e diversi dei nostri fratelli malati [...] Dobbiamo avere il coraggio di credere che, se mireremo dritto a curare le ferite degli uomini, a sanare le piaghe dell’anima di chi si ammala, rinunciando persino se necessario al proselitismo, noi potremo stimolare una nuova e diversa primavera di vocazioni”<sup>3</sup>.

Questa ricca antologia è certamente il testamento spirituale di fra Pierluigi Marchesi. Ispirarsi ad esso, coglierne la valenza nella sua più larga accezione è senza dubbio il miglior modo di affidarne alla storia l’esemplare insegnamento.

*Card. Fiorenzo Angelini*

---

<sup>3</sup> P. Marchesi, *Attività promozionale per le vocazioni a servizio dell’infermo e Operatori sanitari*, Milano 1990, p. 5.



## *Introduzione*

Introdurre l'opera "Fra Pierluigi Marchesi, *Umanizzazione. Storia e Utopia*" che raccoglie i suoi scritti fondamentali, è per me una grande emozione.

Non posso farlo però senza che i ricordi personali affiorino alla mia memoria. Immagino che la stessa cosa sia accaduta a coloro che hanno dovuto introdurre le altre parti, in quanto tutti conoscevamo Fra Pierluigi da molti anni, e con lui abbiamo condiviso momenti di grande entusiasmo. Lo abbiamo ammirato, lo abbiamo apprezzato, lo abbiamo seguito.

Per quanto mi riguarda, quando nel 1976 P. Marchesi venne eletto Generale dell'Ordine, avevo 32 anni, i miei studi erano giunti al termine ed ero stato da poco ordinato sacerdote; mi trovavo nel primo triennio del mio lavoro apostolico. Da quel momento, grazie alle opportunità che la vita mi offrì, si stabilì tra di noi una simpatia ed un affetto che andò crescendo nel tempo e che, pur essendo noi due personalità diverse, rimase inalterabile fino alla sua morte. Mano a mano che lo conoscevo, la sua *figura* produsse in me ammirazione e venerazione. Col passare del tempo entrambe andarono crescendo, nel mio caso in una forma più adulta, perché ho vissuto in Italia, prima come Consigliere Generale poi come Priore Generale, gli ultimi 14 anni di vita di Fra Pierluigi.

Le sue visite frequenti in Spagna, dopo la sua elezione a Generale, fecero sì che, come per molti altri Confratelli e persone che lo conobbero, giungessi ad identificarmi con il suo modo di pensare. Nel 1977, venni chiamato a far parte di un gruppo che si doveva occupare di promuovere uno studio del carisma

dell'Ordine e dare inizio ad un processo di rinnovamento che andava delineandosi al nostro orizzonte. Questo fu un impegno che P. Marchesi volle promuovere con il desiderio di dare all'Ordine quello spirito religioso di cui, seguendo le direttive del Concilio Vaticano II e con uno sguardo rivolto alla modernità, aveva bisogno la nostra missione ospedaliera, per dare un seguito all'eredità di San Giovanni di Dio, che è stato definito il "fondatore dell'ospedale moderno".

La *personalità* di Fra Pierluigi Marchesi era veramente ricca: era intelligente, brillante, intuitivo, richiedeva risposte immediate; era un profondo conoscitore delle esigenze della missione; riponeva grande fiducia nei Confratelli e nei Collaboratori; sapeva guardare alle situazioni con occhio critico, era realista e utopico allo stesso tempo, due cose difficili da conciliare. Il suo spirito sagace e il suo coraggio propositivo lo spingevano a dar vita a modi di agire e di affrontare argomenti sul contenuto della nostra missione sino ad allora sconosciuti per noi e per l'ambiente assistenziale.

L'argomento ricorrente nella sua vita fu proprio quello dell'*umanizzazione*. Costantemente facciamo riferimento a lui, alle sue idee e alle sue affermazioni chiare e ricche di contenuto: "il malato è il centro della nostra vita", "il malato è la nostra università", "umanizzarsi per umanizzare".

Questo libro ha proprio lo scopo di rendere omaggio a questo aspetto della sua personalità, quello dell'*umanizzazione*, nella sua esperienza di vita reale. È un elemento che è stato sempre presente in modo concreto e che continua ad esserlo ancora ai tempi nostri, anche se alcune cose fanno ormai parte della *storia* ed altre sono rimaste un'*utopia*. Ci piace definire Fra Pierluigi come *un profeta dell'umanizzazione*. Fu molto realista ma, allo stesso tempo, il suo modo di vedere le cose era proiettato al futuro.

Proprio attraverso l'*umanizzazione* doveva realizzarsi il nostro modo di essere *evangelizzatori nella missione*, apportando qualità all'assistenza, il che non può prescindere dagli atteggiamenti umani dell'ospitalità, che vedeva incarnati in modo evidente nel nostro Fondatore. Questa assistenza poi doveva es-

sere arricchita con l'ausilio della tecnica moderna, per offrire ai malati e ai bisognosi ciò di cui necessitano, realizzando così quanto farebbe ancora oggi San Giovanni di Dio.

Fu un *grande comunicatore*, ascoltarlo era un piacere. Se nella vita ci sono argomenti da trattare con una veemenza particolare, egli riusciva a far palpitare i nostri cuori quando ci esponeva il suo pensiero.

Era pieno di vitalità e di energia, che ci trasmetteva appieno. Aveva questo grande dono, che conservò fino al termine della sua esistenza terrena. Sebbene già malato, partecipò a tanti incontri che erano stati programmati in Italia, e mostrava sempre una certa vitalità, anche se il corpo cominciava ad abbandonarlo. Mi ricordo bene che in occasione del suo ultimo intervento, pochi giorni prima di morire, non riuscì a terminare di leggere quanto aveva preparato, e affidò questo compito ad un altro.

Il giorno 27 febbraio del 2002 (era un mercoledì), lo chiamai al telefono, da Roma, per dirgli che avevo intenzione di andarlo a trovare qualche giorno dopo, per la fine della settimana. Mi disse che sarebbe stato felice di vedermi. Il sabato mattina partii da Roma per arrivare a Milano nel primo pomeriggio. Fra Pierluigi era già agonizzante, e gli erano stati somministrati dei sedativi. Dopo circa due ore si svegliò, mi riconobbe e volle sollevarsi un po' dal letto. Lo aiutammo e mi abbracciò quindi, spossato, si assopì di nuovo. Alle tre del pomeriggio del 2 marzo 2002 fece il suo entrava nella casa del Padre. Se nel cielo ci fosse stato bisogno di *umanizzazione*, senz'altro il nostro *profeta dell'umanizzazione* avrà dato il suo prezioso contributo. Ho voluto citare queste impressioni personali che riguardano aspetti peculiari della sua personalità, con ciò che comporta la descrizione della sua persona, perché ho creduto in lui, l'ho seguito ed amato e, nella mia veste di Superiore Generale dell'Ordine, ho cercato di imitarlo, sebbene con un modo di essere diverso dal suo.

Nel redigere questa riflessione ho considerato che stavo introducendo il libro che abbiamo voluto promuovere per rendergli omaggio, divulgando il suo pensiero, nel 25° anniversario

rio della pubblicazione del suo documento “Umanizzazione”. Il libro consta di tre parti, con tre titoli diversi, che introducono le sfumature di quelli che potremmo definire come i tre periodi cronologici della sua vita.

Il primo (1981-1987), presenta *l’Utopia della Umanizzazione*, con cinque lavori su questo tema specifico. È stato un periodo molto fecondo della vita di Fra Pierluigi. Si presentano degli interventi a diversi Congressi, quello che fece al VI Sinodo dei Vescovi, nel 1983, e due Lettere indirizzate all’Ordine, nelle quali dà un orientamento, soprattutto ai Confratelli. Erano concetti e proposte che arrivavano a noi come una ventata di novità; non avevamo mai avuto una letteratura su questo argomento.

Le sue idee fecero molto bene all’Ordine, ma anche alle Istituzioni della Chiesa che operavano in campo sanitario, e alle altre Istituzioni pubbliche che fecero proprie le idee di P. Marchesi applicandole alla loro realtà. È stato sorprendente e pieno di ardore il suo intervento, già ricordato, al VI Sinodo dei Vescovi sul tema della riconciliazione, nel quale invita la Chiesa intera a riconciliarsi con la persona malata e sofferente. Si chiedeva come poter creare le basi di una medicina più umana, e rivolgeva a tutti un forte appello a realizzare una pastorale adeguata per i malati e i moribondi.

Nella sua Lettera “*L’ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000*” imposta un nuovo ruolo per i Confratelli e ci invita a stare nel mondo in modo diverso, per continuare a realizzare l’ospitalità di San Giovanni di Dio nelle strutture sanitarie dell’Ordine essendo sempre testimoni, guide morali, coscienza critica e anticipatori. Un inedito profilo di religioso che richiede una grande preparazione, perché se non si riesce ad assumerla si corre il pericolo che i nostri centri siano incoerenti nei contenuti, nell’umanizzazione e nella qualità che auspicava il nostro Fondatore per la sua ospitalità.

Il secondo periodo è intitolato “*L’Umanizzazione della sanità, una sfida complessa in un sistema che cambia*” (1987-1992). Tra i lavori raccolti in questo periodo ci sono degli interventi che P. Marchesi realizzò in occasione di alcuni

Congressi; altri invece sono pubblicazioni più sistematiche e con più contenuto. In questa documentazione viene presentato il risultato positivo raggiunto da molti Stati nell'istituire dei servizi sanitari a disposizione dei cittadini, ed inoltre il fatto che il progresso tecnico offra ad essi maggiori possibilità. Si rende necessario però discernere fino a che punto si riesce a rispondere a tutte le richieste, fino a che punto c'è una distribuzione equa delle risorse che si hanno a disposizione, quali sono i nuovi bisogni che si sono venuti a creare e quali sono i nuovi bisognosi che chiamano in causa anche le strutture e gli operatori sanitari. Di questo periodo, vorrei evidenziare la riflessione appropriata e originale dedicata alle donne consacrate: donne chiamate all'amore, oltre che per il fatto di essere consacrate, proprio per la loro femminilità. Fa un elogio della femminilità del divino, del difficile compito e della dedizione con cui è stato realizzato dalle consacrate nel mondo della sanità, sempre presenti nel campo del dolore. Invoca l'esigenza di continuare con l'immaginazione e la creatività dei fondatori, che non furono mai degli imitatori, ma che ebbero invece tratti densi di originalità.

La terza e ultima parte del libro si intitola "*Etica e umanizzazione, il ruolo della formazione*" (1992-2001). Qui sono raccolti alcuni lavori di riflessione etica in riferimento a: San Giovanni di Dio come profeta dell'umanizzazione; la presa di coscienza della Chiesa per lo stato di emarginazione dei malati mentali, della difficoltà di trattamento e del compito che è chiamata a svolgere; la necessità di realizzare una gestione carismatica in un ospedale cattolico, impegnato a testimoniare un modello di qualità nell'assistenza e di credibilità nei sistemi di gestione.

Se consideriamo la visione di futuro del P. Marchesi, possiamo affermare che questo lavoro esprime tale visione con grande speranza, nella convinzione che solo coloro che vivono il presente in modo intenso e creativo stanno preparando il futuro. Enuncia con forza i valori che dobbiamo incarnare nel realizzare l'ospitalità: quei valori costituiscono il fondamento di qualità della nostra testimonianza e portano con sé il seme da cui dovrà germogliare il futuro.

Nel passato, i nostri istituti religiosi hanno svolto un lavoro 'di supplenza' intervenendo laddove l'operato statale era carente; oggi dobbiamo entrare in questo spazio e nelle organizzazioni presenti in campo sanitario con la cultura e lo spirito dei fondatori, nel nostro caso di Giovanni di Dio, in difesa delle persone malate e bisognose.

*Creare il futuro significa entrare come lievito nella massa*, e dato che la massa è grande ma il lievito scarseggia, quest'ultimo deve essere di qualità per poter essere efficace. In questo, un compito significativo da realizzare spetta alla nostra *formazione*, non solo per l'acquisizione dei nuovi concetti che sono essenziali, ma per il sostegno in una crescita nei valori e nell'acquisizione delle attitudini necessarie per realizzare un'assistenza con l'umanizzazione.

*Siamo grati P. Marchesi* per quanto ha fatto e per il suo apporto al mondo dell'assistenza. Venticinque anni dopo il suo messaggio sulla *Umanizzazione*, al quale seguirono i lavori qui raccolti, questa pubblicazione vuole essere un omaggio alla sua persona, anche se l'omaggio più grande che gli abbiamo fatto è l'aver creduto in lui, l'averlo seguito nelle sue idee e nelle sue impostazioni.

È stato lui, con le sue qualità e le sue prerogative, ad aprire il cammino in un campo molto ricco ma totalmente nuovo. Spetta a noi dargli continuità, con la creatività che ciascuno di noi possiede.

Spero che questa pubblicazione, per quanti già conoscono la figura di P. Marchesi, aiuti a ricordare i criteri e le idee che gli erano peculiari, mentre invece per quanti non lo conoscevano bene mi auguro che serva d'aiuto ad entrare in un mondo tanto affascinante come quello dell'umanizzazione dell'assistenza, malgrado le difficoltà che la società di oggi ci pone di fronte.

La carica di Generale dell'Ordine comporta la responsabilità di animare e governare le diverse Province religiose e le opere apostoliche, che oggi sono presenti in 51 Paesi dei cinque continenti, e per questo bisogna essere a conoscenza, in modo piuttosto preciso, di ciò che la nostra Istituzione realizza nel mondo.

Sono sempre più convinto dell'importanza della umanizzazione nell'assistenza ai malati e ai bisognosi, senza la quale non si può dare un'assistenza di qualità, ma ci si limita a dare una medicina. Di ciò dobbiamo convincere tutti, perché seguiamo l'opera di un Santo che scelse, nel fondare il suo ospedale, proprio di realizzare una medicina umanizzata. Penso che ogni Paese, per quanto all'avanguardia possa essere il suo sistema sanitario, non possa offrire ai cittadini una buona Medicina se nel proprio stile di assistenza non contempla l'umanizzazione, con tutto ciò che comporta, per rendere un buon servizio alla persona malata e alla sua famiglia.

Chiediamo al nostro Fra Pierluigi Marchesi di aiutarci dal cielo ad andare avanti con qualità nell'ospitalità. Gli chiediamo di aiutare i politici e gli operatori sanitari di tutto il mondo a realizzare una Medicina che sia veramente umanizzata. Era questo il suo desiderio, espresso in tante occasioni. Spero che riusciremo a realizzarlo.

Auguro a tutti i lettori di appassionarsi alla lettura di questo libro, e di incarnare il messaggio del nostro *fratello Pierluigi*, un grande profeta dell'umanizzazione.

Il mio speciale ringraziamento vada a quanti hanno raccolto il materiale e lavorato per la pubblicazione di quest'opera, che va ad arricchire la cultura del nostro Ordine.

Fra Pascual Piles  
*Superiore Generale  
dei Fatebenefratelli*

I.

L'UTOPIA  
DELL'UMANIZZAZIONE

(1981-1987)

*a cura di A. Spinelli*



## *Introduzione*

### 1. Un *classico* da leggere e... da rileggere.

*Gli scritti del frate dei Fatebenefratelli Pierluigi Marchesi mettono a dura prova il gruppo di redattori, di cui fa parte lo scrivente, che si è assunto il compito del loro assemblaggio e della loro pubblicazione. Non perché siano di difficile lettura, anzi. La semplicità dello scrivere di Pierluigi Marchesi è talmente evidente che chiunque può accederne al senso e al significato in modo diretto e chiaro. Quello che fa tremare le vene e i polsi al lettore di oggi, e di domani, è che sotto la apparente facilità dei suoi scritti si nascondono, come sotto la punta di un iceberg, una vastità e una profondità di pensiero e di passione da sconvolgere chiunque tenti di immergersi per portarli alla superficie. Pensiero e passione che vengono da molto lontano, hanno coinvolto vita ed azione dell'Autore, hanno obbligato i confratelli religiosi e il mondo laico e sanitario dei FBF a mutare il proprio assetto mentale ed affettivo prima di quello operativo per sospingersi poi verso una rinnovata, intensa e salutare relazione con il malato.*

*Il primo testo, qui presentato, di Fr. Pierluigi Marchesi, Priore Generale dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio Fatebenefratelli in sede ufficiale al proprio Consiglio Generalizio e i pp. Provinciali dell'Ordine: "L'umanizzazione, risposta del Religioso di San Giovanni di Dio ad una svolta storica, anno 1981" merita una rilettura come si fa coi testi classici della letteratura. L'analogia coi classici non turbi e non tragga in inganno il lettore.*

*L'Umanizzazione di fra Pierluigi, pubblicata 25 anni orsono, è un classico della letteratura sanitaria in quanto è il tronco solido e promettente da cui gemmeranno negli anni seguenti i numerosi frutti nel giardino della Ospitalità del mondo sanitario non solo a matrice religiosa. Oggi molti parlano, anche a sproposito, di Umanizzazione della medicina, degli operatori della salute e degli Ospedali, ma pochi sanno che a farne non uno slogan ma una creatura di carne e di sangue, oltre che di spirito fu un frate lombardo che, interrotti gli studi al primo anno del ginnasio superiore, si mise a cercare il modo migliore per non bruciare la propria vita di uomo e di religioso nella routine, nella comodità di un ruolo, nella rassegnazione pietistica e rinunciataria.*

*Il suo testo fu, ed è, un'opera da primo della classe, cioè da pioniere della Salute.*

*Un'opera vissuta prima ancora di pensarla che ha illuminato – e può illuminare – il cammino non solo dei suoi fratelli, ma quello della vastissima classe degli operatori sanitari di tutto il mondo.*

*Perché il termine classico può spaventare e ingannare il lettore? Semplice. Perché sovente noi contemporanei releghiamo i testi classici nel buio del passato, qualche volta nel dimenticatoio, come fossero relitti inutili, sorpassati. È qui che inganniamo noi stessi, per pigrizia, vanità, presunta superiorità. “I classici – scrive provocatoriamente Pontiggia nella prefazione al suo splendido volume ‘I Contemporanei del futuro’, Ed. Mondadori – non sono nostri contemporanei. Siamo noi che lo diventiamo di loro.” Al prezzo di riletture insistite e riflessioni adeguate.*

*“Dimenticarli in nome del futuro sarebbe il fraintendimento più grande. Perché i classici sono la riserva del futuro”.*

*Noi redattori siamo sicuri che L'Umanizzazione possa costituire, una volta letta e/o riletta una riserva per il nostro futuro di operatori della salute qualora volessimo divenire o restare i primi della classe come umanizzatori delle relazioni personali e professionali nostre e altrui.*

## 2. Leggere “L’Umanizzazione” fa bene alla nostra salute.

*È cosa arcinota che gli operatori sanitari siano i meno attenti alla propria salute rispetto al resto della popolazione. Forse scegliamo questa professione con l’illusoria e nascosta pretesa di non ammalare o di essere maggiormente protetti dall’insulto del tempo e degli agenti patogeni. Ma così non è.*

*Da qui a dire che una lettura possa fare bene alla nostra salute può sembrare sconcertante se non irridente. Ma nessuno ci chiede un atto di fede a questo riguardo, provare per credere.*

*Intanto, leggere con attenzione rilassata, e perciò libera da condizionamenti del quotidiano, è di per sé un esercizio utile alla mente se il volume che teniamo in mano ha a che fare con qualcosa che stuzzica la nostra curiosità e il desiderio di dilatare il nostro sguardo sul mondo.*

*Nel caso in questione, chi ha conosciuto e ha frequentato fra Pierluigi lo rivive rileggendo le parole infuocate di questo testo, lo riporta in vita, lo riveste di carne ed ossa della sua irruenza come della sua squisita sensibilità, in altre termini lo riporta alla sua dimensione: quella di un uomo vero che della sua umanità, pregi e limiti, non faceva mistero, anzi. D’altra parte non ha sempre sostenuto, fino alla noia, che per offrire umanità bisogna umanizzarsi? E quale dono migliore all’altro se non quello di sé, di un sé autentico?*

*“Rivedere”, attraverso questo scritto, Pierluigi Marchesi a pochi anni dalla sua morte fa un gran bene all’animo anche se ci conduce alla commozione e alla tristezza come accade dopo una separazione tanto più dolorosa quanto più si è stati bene assieme. Del resto se non fa bene alla nostra salute la memoria di un Fatebenefratello... vuol dire che qualcosa non ha ben funzionato.*

*Ma c’è un altro fattore salutare, benefico per la nostra salute di operatori sanitari, che si può attingere dalla linfa del testo proposto. È la linfa della enorme e convinta dignità che il nostro frate assegna a chi opera nel campo del ben-essere altrui. A tal punto da scrivere ai suoi fratelli: “... se non ospitiamo l’altro prossimo nel nostro Ospedale che è il nostro colla-*

*boratore come facciamo a garantire al malato l' 'hospitium pietatis...?'” Risulta chiaro come il collaboratore del suo Ordine goda di una considerazione elevata, paritaria, effettiva ed affettiva: il primo gradino dell'amore è il rispetto dell'altro, lo sguardo attento verso chi ha il diritto "... di realizzarsi... in quanto gli uomini non producono solo beni o servizi, ma nel lavoro producono essi stessi”.*

*Queste frasi possono fare sorridere coloro che ritengono lontana dalla nostra salute la raccomandazione di Pierluigi Marchesi. Ma quanta verità e quanta gioia ci offrono queste parole. Esse sono salutari per ciascuno di noi, ci permettono tra l'altro di sentirci partecipi di un "progetto umano e professionale" e di orientare la nostra vita per un vivere pieno, solidale, umano per noi stessi.*

*Che poi la nostra salute, il nostro ben-essere, faccia un gran bene anche ai malati...*

### 3. Siamo tutti usurpatori?

*Nel secondo capitolo della prima parte: "Il malato, questo sconosciuto" sale alto il grido di denuncia di fra Pierluigi verso i tanti Usurpatori del malato negli Ospedali.*

*"Se il malato non è al centro dell'Ospedale, al centro dell'interesse degli operatori (religiosi in prima fila), allora altri si mettono al suo posto. Non è raro osservare negli ospedali la centralità del medico, o dell'amministrativo o del sindacato o del religioso: tutti usurpatori."*

*Questo è il destino, di emarginazione, del malato non riconosciuto come persona e che spesso deve adattarsi all'ospedale e non viceversa.*

*Lo spostamento del malato alla periferia degli interessi degli operatori comporta un impoverimento o addirittura il blocco della relazione operatore-paziente. L'interesse, ovvero la faticosa creazione di un ponte tra due esseri in relazione tra di loro per una finalità terapeutica, è invece la costruzione indispensabile per l'andirivieni dei messaggi da cui l'operatore*

*trova ispirazione per l'esercizio della propria arte. La fuga da questa fondamentale disposizione-disponibilità per sostituirla con la prestazione puramente tecnica, se protegge l'operatore dalla tensione implicita di ogni nuova alleanza terapeutica, favorisce la ridotta comprensione dell'uomo nella sua totalità-unicità e la pre-potenza del ruolo tecnico.*

*I trionfi dei trapianti di organi negli ultimi decenni, sono sotto gli occhi di tutti. Il futuro sarà ancora più promettente del presente. Ma mentre un cuore o un rene una volta entrati in un nuovo organismo non modificano in modo sostanziale la personalità umana di chi li riceve, proviamo a pensare che cosa succederebbe nel caso del trapianto del cervello da un uomo all'altro. Il ricevente non sarebbe più la stessa persona di prima, avremmo cioè un mostruoso innesto di pensieri, sentimenti, storia, desideri, abitudini, relazioni in un corpo magari adatto a non rigettarlo.*

*La mostruosità in cosa consisterebbe? Nella sostituzione non di un organo ininfluenza sulla condotta umana del potenziale ricevente, ma la sostituzione totale di una identità umana e quindi di una condotta con un'altra.*

*Quando fra Pierluigi scrive che del "modo in cui l'uomo vive la sua malattia, modo unico ed irripetibile, del modo con cui vive l'ospedalizzazione e dei suoi problemi noi non ci occupiamo: ci buttiamo, quanto più facile, sul suo organo malato..." non dice forse che quando ci comportiamo allo stesso modo con tutti i pazienti, quando l'uno vale l'altro, quando ci limitiamo al gusto della scoperta della macchina ma non del guidatore, non siamo già sulla strada per assimilare il cervello di quella singola persona ad un cervello di qualsiasi altro uomo e quindi, in un prossimo futuro, trapiantabile?*

*Fra Marchesi suggerisce invece il massimo di "spaziosità"-capacità per accogliere nella totalità-unicità chi ammalava. Accoglienza molto salutare a costui; a condizione che l'operatore non si sostituisca al diritto del malato – vedi usurpazione – di essere che di venire interpellato per quel che è, e quindi al centro di una attenzione rivolta all'animo – "unico e irripetibile" – e non solo al corpo.*

#### 4. L'Ospedale può ammalare invece che curare?

*Si risponde perentoriamente fra Marchesi e non solo perché in ospedale si prendono molte malattie, ma perché i disagi che può procurare quando esso si ammala – nelle strutture e nei comportamenti umano-professionali degli operatori – causano sofferenza, vale a dire l'opposto di quel che è la meta di ogni ospedale: aiutare chi soffre.*

*Come mai 25 anni orsono un frate si inventa l'Umanizzazione degli operatori sanitari e delle strutture ospedaliere? Perché per anni, prima di divenire Generale del suo Ordine, il nostro si è occupato dei malati mentali. E con lui molti fratelli e molte opere dei FBF sparse nel mondo che, sotto l'impulso di Giovanni di Dio, agli psicotici e ai portatori di handicap si sono dedicati lungo il corso dei secoli. E che cosa ha appreso da questo duro esercizio umano-professionale, in linea con i movimenti di liberazione dei e nei manicomi? Ha appreso che i muri non sono solo materiali, ma anche dentro gli operatori; e che non basta abbattere i muri di Berlino per liberare i popoli oppressi. L'ospedale, e non solo quello psichiatrico, può divenire un carcere, un luogo di segregazione con buona pace per la puntuale assistenza e la cura dei pazienti.*

*Fra Pierluigi ha imparato dalla relazione con il malato psichico a vedere con sguardo dilatato al di là del paraocchi consolatorio della diagnosi e dell'intervento "ad una dimensione". Il malato psichico è divenuto allora degno, e destinatario, di una "cura" globale, che va dal considerare decisivi molti fattori terapeutici: dallo psicofarmaco, alla psicoterapia, alla assistenza lavorativa, sociale, ambientale ecc... Cura che interpella molti professionisti della salute, obbligandoli a collaborare fuori da schemi pre-costituiti se vogliono garantire al malato la gamma di interventi utili al proprio caso. Caso per caso è lo slogan del frate: per non "spogliare l'uomo della sua concretezza, quest'uomo qui, con questi problemi, con questa storia, in questa situazione..."*

*Un evento curioso nella sua Lombardia. All'inizio del 2005 un Ospedale di Como ha annunciato di aver rivoluzionato gli orari di visita dei parenti nella scia di un programma di uma-*

nizzazione dell'ente. Nel 1981 ecco cosa scriveva il nostro: "Penso a certi manicomi del passato, ma anche del presente, penso ad orari di visita addirittura pazzeschi per i parenti...". *Meglio tardi che mai!*

Ma prosegue il frate: "Anche l'Ospedale-azienda non è il nostro modello... di modernità si può morire... In genere è bello l'Ospedale moderno, costruito da poco... Ma l'umanità c'è? Dov'è se si dedicano ore per fare bilanci e pochi minuti per discutere dei malati, dei loro problemi anche esistenziali?"

E ancora, sulla Umanità della relazione col paziente: "Perché l'Umanità non è solo una cosa buona da dare paternalisticamente ma è una risorsa che ha valore terapeutico, è un "farmaco", a volte il migliore a disposizione dell'Ospedale". E l'unico farmaco, aggiungiamo, quando: "Il dì s'appressa... e il cor or conscientia or morte punge" (F. Petrarca).

##### 5. La nostra missione: impedire che si passi oltre l'uomo.

*Può sorprendere qualche lettore che missione di un religioso ospedaliero – o della salute – sia quella di non passare oltre l'uomo. Ma la vocazione religiosa non sospinge a mete più elevate? Non bastano i laici, i professionisti della salute a stare dalla parte dell'uomo nel momento in cui la di lui salute è in pericolo? E occuparsi della salute altrui non è forse, dalla parte del religioso, solo un mezzo per puntare alla di lui salvezza?*

No, risponde in modo categorico Marchesi, riferendosi al samaritano della splendida e spesso dimezzata... dai predicatori di turno – pagina evangelica di Luca.

*Il nostro ha sempre creduto, in buona compagnia del resto, che la naturalezza di questa narrazione è tale perché si tratta di un fatto realmente avvenuto e, come tale, narrato da Gesù per trarne conclusioni sulla carità verso il prossimo.*

*Qui, è risaputo, i due religiosi tirano diritto... Mentre un ateo e peccatore, il samaritano del racconto, non tira diritto e si dà da fare per la salute, non per la salvezza spirituale, dell'uomo spogliato e ricoperto di piaghe. Si avvicina al ferito avendo*

*compassione di lui dopo averlo visto mentre era in viaggio. Fin qui il testo che alimenta il disinvolto e sentimentale sermone annuale che ha tuttavia il difetto – secondo Pierluigi – di arrestarsi di fronte ad alcune domande. Cosa faceva lì il samaritano? Qual era il suo mestiere? Quali erano i suoi medicinali? In che modo era in possesso di una cavalcatura, l'automobile del tempo? E i denari per l'albergatore come se li era procurati? Era forse, sotto mentite spoglie, uno scriba, un dottore della legge, un medico, un sindacalista, un infermiere, uno psicologo ante litteram, un religioso? Padre Marchesi sapeva rispondere a queste domande il samaritano si guadagnava da vivere, giorno dopo giorno, rischiando la pelle come l'uomo che scendeva da Gerusalemme a Gerico. Era un commerciante di olio e di vino, ignorante quanto a conoscenza delle Scritture e di condotta morale a dir poco discutibile. Un uomo a tutto tondo, passionale e compassionevole, concreto e sensibile, ricco di una umanità "bassa" conquistata a fatica nel disprezzo dei saloni della umanità "alta" ma prontamente disposto a dispensarla ad altri. Una persona con una certa disponibilità economica oltre che affettiva acquistate, l'una e l'altra, con diuturno impegno nella vita lavorativa e di relazione.*

*Una persona il buon samaritano, non una macchietta o una caricatura: con pregi e difetti, sicuramente un cocciuto venditore, lontano dalle funzioni religiose, ma vicino al prossimo quando si trattò di aiutare un essere umano minacciato nel corpo, in pericolo di morte.*

*"Chi passa oltre l'uomo malato – scrive Marchesi – ...non ha raggiunto la sua umanità. Difatti se avesse umanità che è un valore religioso ("Cristo è il volto umano di Dio")... saprebbe anche amare l'altro." Per cui... noi abbiamo la missione, nelle nostre opere di impedire che si passi oltre l'uomo...".*

*E non oltrepassando l'uomo, amandolo in concreto e di riflesso Cristo – il volto umano di Dio – chi ottiene la vita eterna, si domandava sorridendo Marchesi?*

*Sicuramente non il saputello dottore della legge ma il samaritano del magnifico racconto dell'operatore sanitario del tempo di Gesù, il medico ed evangelista Luca.*



## 6. Lasciate ogni speranza voi che vi umanizzate...!

*Lasciate ogni speranza di vivere quieti, sicuri, sazi del vostro sapere, nella placida e confortevole routine: questo è il significato profondo della provocazione di Marchesi nella seconda parte del suo volume che si apre con l'invito perentorio di: "Umanizzarsi per Umanizzare."*

*Un invito che il nostro rivolge a tutti gli operatori della salute e in particolare ai religiosi. Lo stimolo è forte e complesso nello stesso tempo. Richiama tutti al rispetto e alla valorizzazione della propria dimensione umana; intellettuale, affettiva, relazionale. Altrimenti che cosa si dona all'altro che diciamo di amare?*

*E a proposito dell'amore verso il prossimo – un bene necessario per ridurre l'indifferenza e la violenza umane presenti in tutti gli ambiti della vita – Marchesi vola alto, soprattutto per chi sceglie la vita religiosa. Difatti come è possibile per un fratello – o una sorella – l'esperienza amorosa quando essa non prevede la scelta della comunità in cui operare e soprattutto dei confratelli coi quali si dovrà collaborare e con-vivere? Quale lo spazio individuale e sociale a disposizione di chi vive giorno e notte a contatto col malato, il bisognoso, i propri confratelli, oltre che con tanti collaboratori? In particolare: come, con chi, quando soddisfare l'umanissimo desiderio universale dell'amore, per poi esportarlo nella relazione con l'altro? E come reggere la entusiasmante e nel contempo vacillante situazione che comporta il perdere la testa per l'essere umano, senza violare il patto con la propria vocazione? E d'altra parte come arricchirci dentro, come trovare noi stessi senza avere mai dilatato il nostro cuore oltre i labili confini di un dover essere quasi sempre insufficiente a donare spessore umano alla nostra relazione con l'altro? Come tenere acceso il sacro fuoco... acceso o riacceso dal frate lombardo per la persona sottostando alla spessa cenere della nostra fragilità, vale a dire al di sotto della nostra personale e continua sfida umanizzante che comporta l'esercizio di una continua relazione con l'altro, sia esso collaboratore, paziente, parente, amico, nemico?*

*Per imparare una lingua in modo decente ci vogliono anni, ammetteva Marchesi. E molte persone si dannano l'anima per rag-*

*giungere questa meta. Ma poche sono quelle che si dannano – dedicano impegno, tempo e passione – per apprendere i fondamentali del vivo e vitalissimo linguaggio della relazione; quella lingua che prevede, prima o poi, la full immersion nella confusione babelica dei linguaggi personal-affettivi, nei gorghi delle aspettative illusorie, nei vicoli ciechi dei torti dati e ricevuti. Ma la salita verso la comprensione di noi e degli altri è alla nostra portata, è entusiasmante e non solo inquietante. Il premio – per chi sa abbandonare le fallaci speranze di restare al passo con l'uomo che soffre evitando sentieri ardui ma densi di umanità verso sé e gli altri – è lo sviluppo di un Io critico e tollerante al tempo stesso, condizione questa per una relazione empatica, onesta, trasparente, fiduciosa, terapeutica: in altre parole, umanizzante.*

7. “Ogni persona che si occupa del progetto uomo è... cristiano, anche se dichiara di non esserlo.

*...Mentre ogni religioso che non si occupa di tale progetto non è cristiano, anche se dice di esserlo.”*

*Già, il progetto uomo: “un uomo sempre minacciato nei suoi fondamentali diritti (Giovanni Paolo II): quello alla libertà, alla verità, all'amore, oggi come ieri”. È di queste ore la notizia della morte del Papa polacco. Un pontefice che ha vissuto per esaltare la dignità dell'uomo a vivere in libertà, verità, amore. Un papa che ha umanizzato Cristo – “verace homo et verace Dio” dice il poeta del trecento – per divinizzare l'uomo, per fare di noi l'oggetto-soggetto portatore di una sacralità incontestabile. Per quello che siamo, per quello che facciamo, per quel che soffriamo. Un essere, quello umano, che oltre al dolore fisico quando ammalata, soffre per ragioni psicologiche e sociali e perché l'unico essere vivente che ha coscienza della inevitabile morte. E Marchesi cosa scrive nel suo ricco documento – in perfetta sintonia con il pensiero e l'azione del grande papa appena scomparso – a proposito dell'aiuto che l'operatore sanitario può offrire al malato?*

*“La nostra cultura, a mio avviso, va rivista in tutti i sensi, non per diventare erediti, saccenti o per collezionare diplomi*

*e lauree. Abbiamo bisogno di fratelli che studino, che riflettano, che preghino per rendere più onore al malato, a colui che può perdere sotto i nostri occhi, la propria umanità.”*

*E nel tormentato capitolo “L’Umanizzazione dell’Ospedale: atto di giustizia o di carità” intravede la vera rivoluzione nei paesi ad elevata ingiustizia sociale. “Un uomo povero e debole trattato da uomo esigerà di essere trattato da uomo” E ancora: “Noi siamo già rivoluzionari quando con amore e per amore facciamo brillare nelle nostre Opere la luce della sacralità dell’uomo”.*

*Ma quale piacere più grande che sollevare l’uomo – ci ricordava Marchesi – che stimolarlo a crescere nella propria fiducia e dignità e ad accrescere di continuo la propria assunzione di responsabilità verso la meta della felicità possibile? Sì, la felicità! Un termine quasi dimenticato nel vocabolario del cristiano quasi non avesse dimestichezza con il sinonimo, o i sinonimi di beatitudine: gioia, godimento intimo, in sintesi felicità. E poi si continua a parlare nei sermoni di felicità eterna, di desiderio di unione beata con Dio, di Regno dei Cieli e quasi quasi non si fa cenno alle anteprime di felicità che la vita terrena ci può concedere se siamo capaci di meritarcene e di gustarle quando compaiono. Con l’aiuto della Parola, quella con la P maiuscola aggiungeva Marchesi, quanta felicità possiamo dare e ricevere ad onore altrui e nostro.*

*Saper onorare l’uomo è onorevole per noi, è fonte di felicità per chi tale onore riceve, e qualifica come cristiano chiunque ospiti l’altro soprattutto quando debole e sofferente.*

8. L’Umanizzazione è l’Utopia di chi crede che il cristianesimo sia la realizzazione dell’umano?

*Sì, sostiene con forza Marchesi. E non solo lo sostiene nell’opera in questione ma, per chi l’abbia conosciuto, in tutta la sua vita di umanizzatore della relazione operatore della salute-uomo che soffre. Una coincidenza straordinaria la sua tra vita e opera; a testimoniare che la sua Utopia non è un sogno*

*fallace o la nostalgia verso una mitica età dell'oro del cristianesimo. Come dice il vero significato del termine Utopia, essa è cosciente e concreta ricerca di qualcosa che ancora non c'è, ma che è possibile realizzare nel futuro.*

*Andare oltre il presente e l'esistente è l'ansia salutare di ogni vero paladino del cambiamento, di ogni vero utopista. Col vantaggio, per il cristiano, di disporre di un Verbo fattosi carne, cioè Uomo, in grado di sostenere tale utopia come le possenti ali di un'aquila desiderosa di volare alto purché il cristiano non abbia troppa paura delle vertigini e degli abissi delle realtà sottostanti.*

*La utopica visione del presente e del futuro, frutto del volo alto di Pierluigi Marchesi, è oggi in parte divenuta realtà. E spesso coloro che in passato hanno deriso o combattuto la sua impresa di Umanizzazione del mondo sanitario, oggi, come pavoni, si fanno beni della sua intuizione, del suo pensiero, della sua azione anticipatrice. Col risultato, talvolta, che sotto le stupefacenti piume il pavone, quando canta, mostra il suo punto debole: un grido sgraziato, lacerante, in straziante dissonanza rispetto alle belle apparenze del suo piumaggio.*

*Umanizzare non è opera di verniciatura, di abbellimento esterno, ricorda il nostro. È altra cosa. Riguarda l'interno dell'uomo, l'interiorità e presuppone il convincimento di compiere un'opera divina quando si avvicina e interviene nell'umano tessuto della sofferenza sommersa o visibile. In modo da tessere la trama dell'intervento terapeutico dopo aver intravvisto il delicato e sottostante ordito dei desideri di felicità di cui l'uomo, chiunque esso sia, dispone.*

*L'Utopia del Marchesi di 25 anni fa è ancora punto di riferimento per le nuove generazioni di operatori della salute. E il suo volume, per questo, è un classico e un capolavoro: il lavoro di una testa pensante, di un cuore passionale, di una volontà d'agire senza tentennamenti. Esso va tuttavia visitato come si dovrebbe visitare una bella chiesa mai vista prima: con umile atteggiamento di scoperta e ammirazione per quel che ci colpisce a prima vista. Salvo riprendere, con altre visite, l'allargamento del primo orizzonte.*

## 9. Un penetrante sguardo al Futuro dei Fatebenefratelli.

*Il pensiero lungimirante di padre Marchesi si presenta in tutta la sua ampiezza leggendo “Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000” a distanza di quasi vent’anni. È come ammirare da lontano un monte. Esso compare nella sua interezza, varietà, identità: cosa difficile quando lo si percorre a piedi magari a capo chino o sotto il peso degli affanni della salita. E la cosa sorprendente è che nella seconda pagina della Presentazione un capitoletto suona così: “Porre mano al nostro futuro non per paura, ma per amore.”*

*È l’invito a non aver paura che, sorprendentemente, rimanda ad un volume di papa Giovanni Paolo II uscito qualche anno più tardi. Ora, tornando al suo testo, il nostro frate si impegna a lanciare lo sguardo alla sua nobile famiglia di uomini in viaggio verso l’alta mèta di una azione umanizzante individuata nel primo documento. Azione impossibile senza una visione, si direbbe oggi, delle implicazioni – ostacoli e opportunità – che il mondo della salute sforna ogni giorno agli operatori religiosi dei FBF. Senza questa visione di lungo periodo, il religioso o si affossa nella routine oppure brancola nel buio col rischio di non confrontare il glorioso passato con le sfide della società presente dalla quale – citando Sorge del noto volume “Il futuro della vita religiosa”: “Noi siamo stati travolti dai mutamenti del mondo...” Si comprende così la necessità de “La nostra apertura allo Spirito, ai segni dei tempi...”*

*Ancora una volta padre Marchesi invita i suoi a cogliere nella Parola la scintilla che accende il “desiderio di ordinare sul suo ritmo... la propria realtà” (da P.G. Vannucci O.S.M.). Ancora una volta riecheggia l’invito ad avere fiducia nella autenticità delle persone rinnovate e in grado di sostenersi in comunità dove sia possibile ricreare lo spirito e il coraggio indispensabili per affrontare a testa alta, non per alterezza ma per intima convinzione, la domanda di aiuto che il vecchio e il nuovo malato formulano, in modo più o meno sommesso, al religioso.*

*Il quale ha nella storia dell’Ordine i semi che possono dare frutto. Ma il seme, per germogliare, non basta. Ci vuole un suo-*

*lo, un humus, una umanità in grado di accoglierlo: un religioso dall'humus fertile. Per cui compito primario del religioso non è quello di mantenere ad ogni costo moli non più compatibili con i frutti che si vogliono ottenere nel frutteto vasto e complesso dell'Ospitalità contemporanea. Bensì di selezionare il seme più adatto tra i molti di cui dispone e di spargerlo senza la paura di sprecare la semente una volta dissodato il proprio suolo. In altre parole, ha il compito di affrontare, con mente plastica, lungimirante e da fatebenefratello, i cambiamenti necessari per rispondere ai nuovi bisogni e ai nuovi bisognosi che s'affacciano sulla scena della sua dimora ospitante.*

#### 10. Verso ruoli dinamici, essenziali e benefici per il malato.

*Il cuore del documento profetico rivolto ai FBF consiste nella presentazione coraggiosa di alcune funzioni essenziali del religioso della ospitalità. Si tratta di intuizioni che andranno verificate nella loro applicazione, ma che mostrano più che la conoscenza del futuro di padre Marchesi quella del metodo per affrontarlo. Come si può infatti stare al passo coi Tempi senza una prassi nuova e un dinamismo che siano frutto di una convinta mobilità dell'animo e non un fare secondo le mode che vanno e vengono? Quando padre Marchesi suggerisce il ruolo di testimonianza da parte dei suoi e di guida morale, è veramente rivoluzionario. Ruoli antichi e moderni se si pensa che collaboratori e malati (anche nel nostro mondo del ben-avere più che del ben-essere) conservano il desiderio di vedere sempre accesa nel volto del religioso la fiamma di un reale interesse per loro, addirittura gli chiedono comportamenti eroici quali quelli di prendere in carico non solo la sofferenza indotta dalla malattia, ma quella dell'esistere.*

*A volte chi lavora a contatto con la malattia e la morte può ammalare dentro col bel risultato di sottrarre al paziente il farmaco di una personalità a forte empatia verso l'altro. Una perdita di terapeuticità enorme in questi casi, invisibile, ma deleteria per la speranza che l'operatore deve sempre infondere. E chi nell'Ospedale religioso fa il compito di evitare tale impoverimento? Ma*

*testimoniare con l'esempio e fare da guida morale "non si improvvisa" scrive padre Pierluigi. Come non si improvvisa il ruolo di coscienza critica e quello di anticipatori, di innovatori.*

*Come le ruote di un carro a grande capacità e stabilità di carico, così le quattro dimensioni "funzionali" suggerite da Marchesi permettono al carro della carità e della funzionalità dell'ospedale religioso di muoversi senza stridori garantendo ai collaboratori il sostegno indispensabile per procedere nel viaggio diuturno di una azione ad alta professionalità ed umanità.*

*Quando Marchesi ricorda ai suoi l'impressionante mondo del Volontariato riesce a commuovere quanti, solo in questi ultimi anni, lo hanno scoperto. Esso mostra al di là di tratti non sempre esemplari, quanto ci sia da fare per la "soddisfazione dei bisogni materiali, sanitari, psicologici che il nostro mondo della Sanità non riesce spesso neppure a sfiorare".*

*Quante cose offre al religioso il mondo della Sanità. Quante richieste emergono ed emergeranno da una umanità avida di benessere e di salute, costretta a prestazioni sempre più stressanti – e perciò patogene – perché si debba concludere che il ruolo dei religiosi sia finito o marginale. Basta saper vedere, suggerisce padre Marchesi, e non solo guardare distrattamente magari con occhio spento dalla cecità dell'animo e dalla paura di ciò che comporta il vedere...*

#### 11. Un documento ancora vivo ma poco esplorato.

*Che cosa dire ancora di questo documento? Che a distanza di 20 anni dalla sua pubblicazione, rimane viva e vera la necessità per l'Ordine dei FBF di non temere lo sguardo verso un "mercato"... quello della salute – che non si restringerà mai. Si allargherà, al contrario, in modo tumultuoso; e richiederà attenzione, plasticità, coraggio impensabili per quel religioso che credesse di poter vivere al riparo da scossoni e mutamenti perché Fatebenefratello, vale a dire tra le braccia di un Ordine Ospedaliero di secolare tradizione e vitalità.*

*"La nostra identità infatti, non si costruisce sulla conservazione acritica del passato...". Così scrive nelle ultime righe del*



*documento padre Marchesi. E con questa osservazione egli ricorda a tutti i suoi che è compito dell'Ordine, di tutti i suoi membri, di mettersi all'opera per conservare e per mutare. Un compito comune a tutte le generazioni: l'umanità intera deve mutare per conservare ciò che merita di essere conservato e a lasciare ciò che intralcia la realizzazione di tale compito.*

*In altri termini, il religioso è in buona compagnia in questo cammino senza fine verso il futuro. È in compagnia, in particolare, dei propri numerosi collaboratori che, vivendo nel mondo oltre che all'interno dell'ospedale, sono esposti al contagio e al contatto di molti problemi – umani, economici, sociali – cui guardare con attenzione. Anche il malato è un compagno di viaggio e un interlocutore di prima grandezza per il benessere e il ben-funzionare del religioso. Nessun religioso, dice ancora Marchesi, può ignorare le richieste che vengono da colui che è, o dovrebbe essere, il centro e al centro delle cure degli operatori sanitari, religiosi in primis.*

*Mutano i tempi, mutano strategie, strutture e comportamenti nel mondo sempre più globalizzato. E in questo tempo, nel tempo concesso al religioso dei FBF, Marchesi lo invitava – nel 1986 con “L'Ospitalità dei FBF verso il 2.000 – a non abbattere i campanili perché la gente oggi possiede l'orologio al polso, o a toglierselo per consentire al campanile di svolgere l'antica funzione di ritmare le ore per intere comunità del passato. Lo invitava, e a buon diritto lo invita ancora oggi, a essere prima di tutto, come il campanile: un originale e persistente richiamo alla autentica sua vocazione. Segno visibile, cioè, di una presenza che, rimandando alla Presenza, testimoni la propria dedizione alla persona in pericolo di perdere o di smarrire integrità psicofisica ed umanità con una adesione gioiosa ai ruoli essenziali che il documento illustra.*

*Buona lettura, e/o rilettura!*

Ariberto Spinelli



---

## I, 1. L'UMANIZZAZIONE\*

### Lettera ai partecipanti all'Assemblea di Roma

(26 Gennaio – 4 Febbraio 1981)

*Ai PP. Consiglieri Generali, PP. Provinciali  
ed ai partecipanti all'Assemblea*

Nel presentare, in veste definitiva, il documento sulla Umanizzazione, porgo a Voi che avete partecipato ai lavori dell'incontro di Roma, in rappresentanza di tutti i Confratelli del nostro Ordine, il più sincero ringraziamento per il prezioso contributo offerto. In particolare a Rosta è stato fatto un primo, ponderato tentativo per raggiungere una meta: quella della *collegialità*, di una modalità cioè di pensare e di lavorare insieme verso un fine comune.

La collegialità si è manifestata attraverso il consenso dell'Assemblea sia sul *tema* della Umanizzazione che su quello dell'*utilizzo* del documento medesimo. Il tema è diventato «*vincolo unificante ed integrante* che può aiutarci a tradurre in fatti di vita il processo di Rinnovamento» (vedi dichiarazione finale dell'Assemblea di Roma) e ci ha proposto un fine comune, e cioè quello di «*difendere e promuovere* senza indugio il rispetto della dignità umana»; l'*utilizzo* proposto è stato quello di «accogliere il documento... studiarlo personalmente e con le Comunità... vivere dinamicamente il suo significato».

Pertanto a Roma abbiamo trovato un denominatore comune, la base su cui fondare comportamenti di Rinnovamento personale e dell'Ordine, mostrando di essere *uniti* sul tema dell'Umaniz-

---

\* Roma, 1981

zazione, senza la paura di esprimere convergenze e divergenze sul modo di realizzarla nelle singole realtà del nostro Ordine.

Il documento presentato ha suscitato numerose e stimolanti opinioni ed alcune domande. Queste ultime riguardavano soprattutto il modo con cui esso è stato costruito ed i destinatari ultimi: nessuno ha obiettato circa il perché e a proposito del tema che, come già detto, è stato prontamente condiviso.

Quando ho pensato di intervenire direttamente sul tema della Umanizzazione, il mio scopo era, ed è, quello di invitare tutto l'Ordine a *riflettere* sulla Umanizzazione nel nostro Apostolato! Avendo in mente che destinatario della attività del nostro Ordine è l'uomo malato, quello che soffre nella persona oltre che in determinate parti del corpo. Il mezzo che mi è sembrato più opportuno per stimolare la riflessione nei religiosi – cui il documento è destinato – è stato quello di elaborare un testo che contenesse una spassionata e franca esposizione dei miei pensieri, dei miei sentimenti, della mia esperienza.

Questo documento quindi *non* è il risultato di una ricerca o di uno studio sulla Umanizzazione, *non è un trattato*, non ha l'ambizione di rivolgersi al mondo intero, ma ha lo scopo di rispondere ad una necessità, quella di indirizzare il nostro Rinascimento e quello delle nostre opere. L'urgenza di rinnovarci per Umanizzare è stata espressa in modo inequivocabile da tutto l'Ordine, sia a livello di Capitolo Straordinario che a livello di Capitoli Provinciali.

Ne deriva che quello da me preparato è un *documento aperto* che si rivolge con un messaggio esplicito a tutti i Religiosi perché riflettano prima e agiscano poi secondo la direttrice dell'Umanizzazione nostra e delle opere.

Essendo un documento aperto non ha la pretesa di fornire regole di comportamento o ricette definitive, ma solamente *principi generali*, scaturiti dalle mie personali convinzioni e supportati dal parere di esperti in scienze teologiche e psicologiche. Ma anche dagli esperti non ho voluto contributi scientifici ma dei pareri sul mio modo di trattare il tema della Umanizzazione.

Il documento, lo hanno affermato tutti a Roma, arriva al momento giusto, ed essendo aperto chiama tutti i Religiosi a svi-

luppate, dopo una attenta riflessione, le ricerche, gli studi, le iniziative che ritengono più opportune secondo la realtà delle singole Province. Ciò che è vincolante – anche in base al consenso generale espresso sul tema trattato dal documento – è che tutti i Confratelli *accolgano* l'invito a ricevere il documento come espressione del processo di Rinnovamento dell'Ordine. Il modo migliore di utilizzarlo – partendo dal presupposto che non è un documento finale e conclusivo ma un documento «iniziale» – è quello di accettarlo per quello che è, come uno stimolo e non come la risposta del Generale ad un tema così vasto e complesso come quello della Umanizzazione.

Da questo stimolo, mi auguro, potranno moltiplicarsi studi ed approfondimenti, iniziative ed azioni concrete: perciò entro l'anno potrà essere organizzato un incontro internazionale con e tra i Religiosi per mettere in comune quanto sarà stato elaborato e attuato in tema di Umanizzazione dei Religiosi e delle Opere.

Riguardo ai contributi «sul documento», debbo dire che essi sono stati talmente numerosi e stimolanti che mi è stato impossibile inserirli tutti nella revisione dello stesso: avrei dovuto scrivere un trattato completo senza tuttavia riuscire a valorizzare tutti i suggerimenti e le critiche espresse.

Pertanto ho preso una duplice decisione:

a) accogliere nel documento finale quelle osservazioni che una volta inserite non snaturavano la sostanza degli argomenti originari;

b) restituire, a tutti i partecipanti ai lavori di Roma, l'intero lavoro di analisi, di commento e di suggerimento.

Tale restituzione avverrà sotto forma di un allegato (Bollettino della Curia Generalizia) e avrà lo scopo di garantire ai partecipanti e all'Ordine l'utilizzo di un materiale che non deve andare perduto.

Il documento ha subito, dal punto di vista relazionale, alcuni cambiamenti, come pure si è fatto uno sforzo per rendere più chiari o meno aspri alcuni capitoli. Qualcuno aveva suggerito di togliere il capitolo sull'amore. Io ritengo che sul modo di trattare l'argomento si possano avere differenti opinioni, ma

non credo che un Religioso – comandato da Dio ad esercitare l'amore verso di sé e verso il prossimo – possa considerare fuori tema tale argomento.

Nel concludere questa lettera di presentazione del documento, nella sua versione finale, ho il dovere di ringraziare Voi tutti per la collaborazione e per l'impegno assunto a far sì che l'invito dei Padri Superiori dell'Ordine venga accolto: è l'invito a riflettere singolarmente ed *in* Comunità sulla Umanizzazione e su tutto ciò che ci occorre per sentirci veramente fratelli dei nostri malati.

Con la consapevolezza che *sviluppando la nostra umanità* saremo più amorevoli verso i malati e più vivi nelle nostre Comunità.

Roma, 8 marzo 1981

Festività di S. Giovanni di Dio

## PERCHÉ IL DOCUMENTO

Fratelli carissimi,

l'assillo di un dovere da compiere e l'urgenza di rispondere alle vostre attese, mi hanno indotto a scrivervi. La fiducia di essere da voi generosamente compreso mi ha reso più facile la fatica.

Lo Spirito del Signore ci aiuti a comprendere quale può essere il modo migliore per continuare a rendere testimonianza, nella fedeltà alla nostra peculiare vocazione, secondo le sollecitazioni del Concilio, e secondo i segni dei tempi.

Vi propongo alcune riflessioni, maturate da tempo nel mio animo, circa l'argomento scaturito dal nostro Capitolo Straordinario: «*Come umanizzare la nostra vita e le nostre opere*». Il fervore con cui tale argomento è stato in seguito ripreso e discusso in tanti incontri e nei Capitoli Provinciali dimostra quanto stia a cuore a tutti e con eguale urgenza, la prospettiva di rinnovarci come religiosi – sia individualmente che come Ordine – nello Spirito del Fondatore e secondo le Regole e le Costituzioni.

Talmente importante è questo impegno di umanizzare la nostra vita e le nostre opere, che, senza di esso, si perde il nostro stesso carisma di servi dell'ospitalità. Da qui la comune esigenza di «rinnovarci per umanizzare»: nella certezza, se riusciremo, di essere ancora confortati dalla benedizione del Signore, di ritrovare in noi più gioia nel sostenere la grande fatica, e di riuscire più credibili di fronte ai fratelli affidati quotidianamente alle nostre cure.

Potrebbe sembrare addirittura offensivo richiamare a persone consacrate nella vocazione di religiosi ospedalieri, l'impe-

gno, assunto davanti a Dio e davanti agli uomini di servire i bisognosi, i malati, i poveri, seguendo le orme del Fondatore. Invece l'esperienza emersa dai nostri incontri, ci dice che anche nei casi più soddisfacenti dal punto di vista delle strutture e delle tecniche adottate, le nostre opere non sempre risultano all'altezza delle attese.

Se le nostre strutture avessero compiuto ogni sforzo per accogliere l'uomo di questa società, questo difficile malato del nostro tempo – *l'uomo totale* intendo – non avrebbe senso la presente riflessione. La mia esperienza di Priore Generale, confermata dalla Vostra, mi autorizza a dire che il paziente, in ogni parte del mondo, rischia di venire trattato in modo disumano quando deve ricorrere all'aiuto di una struttura *complessa come l'ospedale, e che purtroppo anche nel nostro ospedale tale rischio esiste.*

Non voglio, qui, fare un'analisi dell'evoluzione che, nell'ultimo ventennio, ha investito il mondo dell'assistenza, in senso generico, ed il mondo ospedaliero in modo specifico.

Forse abbiamo vissuto questa evoluzione o con indifferenza o subendola, senza percepire le istanze nuove dell'uomo, limitandoci a difenderci quando eravamo colpiti dalle storpiature che in esse potevamo cogliere, sobillati da quei perturbatori di professione che esistono in ogni momento evolutivo socio-politico, e in qualsiasi area sociale.

Un Ospedale che cura ma che non si cura del malato rischia, secondo me, di essere un *Ospedale disumano e disumanizzante* nel senso più ampio del termine. È vero o no che molto curiamo e poco ci curiamo? Che le molte cose da fare ci allontanano gradualmente dal rispettare il grande obiettivo dell'Ospedale che è quello di aiutare il paziente e soprattutto di curarsi della sua persona?

Ora se è vero che noi, consacrati per la vita a servire l'uomo che soffre, non ci riteniamo *soddisfatti* del modo come viviamo il nostro Carisma, non deve stupire che il Priore Generale – spinto dalla vostra stessa insoddisfazione, manifestata in pubblico ed in privato, da giovani e da anziani – esprima a chiare lettere le sue analisi e i suoi suggerimenti ai confratelli, ugual-

mente tormentati di fronte alla propria vocazione, e con lui preoccupati di contribuire, in modo più o meno consapevole, a un processo di disumanizzazione sia dell'ospedale che dell'assistenza in genere.

A onor del vero, debbo dire che esistono opere dell'Ordine che hanno affrontato l'argomento, testimoniando un'impegno per il massimo rispetto delle dignità dell'uomo, esse ci autorizzano a sperare in un futuro migliore. Esistono tensioni che alimentano coraggio, dedizione, vocazioni.

Ma, attraverso l'esperienza dei Capitoli Provinciali, molti si sono interrogati in merito al nostro essere religiosi nel mondo sanitario, cui dedichiamo vita affettiva, intelligenza, azione, sacrificio.

Come può rispondere a queste domande il Priore Generale? Col Silenzio? Con un generico invito a fare meglio?

I discorsi «universali» oggi non servono, e tanto meno i discorsi «moralistici».

Il Vangelo ci richiama l'immagine della scure pronta a calare sulla radice. Il Vangelo ci ricorda che non si può cogliere uva dalle spine o fichi dai rovi. Non mi sento perciò, cari fratelli, di suggerirvi (meglio di *suggerirci*, perché siamo tutti ugualmente coinvolti) consigli «facili»; e, nel contempo, non mi sento di dare il via ad esperimenti frettolosi, anche se alla *moda*. Vi voglio invece anticipare la mia proposta di principio:  *dobbiamo cambiare radicalmente la nostra vita*, se vogliamo trasformare le nostre opere in comunità che siano il segno della salvezza iniziata da Cristo.

A San Paolo del Brasile Papa Giovanni Paolo II ha ricordato, nel suo discorso ai religiosi, che la vita consacrata non si pone nella Chiesa sul piano delle strutture, bensì nella linea dei carismi. «La ragione prima per cui un cristiano si fa religioso, non è per assumere nella Chiesa un posto, una responsabilità, un compito...».

L'alternativa è posta chiaramente tra chi è tentato di vivere la vita religiosa in quanto garanzia di professionalità o di «metastiere», e chi cerca di farsi un continuo messaggio di gioia (Buona Novella) per mezzo del *nostro modo di vivere* e del *nostro*

*servizio*. La ragione per cui ci siamo fatti religiosi è forse quella di avere un posto, di assumere un compito, di esercitare una professione, un sapere, un controllo, un potere? Se per qualcuno fosse così, ma Dio non voglia, si dovrebbe valutare attentamente la seguente alternativa: o buttare la tonaca, *oppure recuperare la ragione prima del nostro essere religiosi*, magari dopo avere bruciato la poltrona sulla quale abbiamo realizzato a volte il profondo desiderio di avere mia carica più alta, di essere privilegiati e trovarci più comodi. *In tutt'altra direzione vuole condurci la proposta di «umanizzarci», tema di questa relazione.*

L'argomento è oggi di moda, e sotto questo aspetto esso deve non solo interessarci, ma mettereci in guardia da nuovi equivoci, poiché nulla è più grave, alla fine, di un falso aggiornamento, di false «modernizzazioni». La proposta di «umanizzazione» non è una ideologia, non è una filosofia, ma rappresenta un processo di *ripristino della nostra alleanza con l'uomo che soffre*; alleanza che rischia di andare perduta, perché forse abbiamo perduto quella con Dio.

Noi che crediamo nel mistero, che crediamo in Dio per fede e non per adesione conformistica e ritualistica, dobbiamo ammettere che il nostro «servizio per amore del prossimo» proviene dal nostro essere cristiani in senso pieno. Ora, sulle tracce del nostro Fondatore, *il nostro prossimo* sono direttamente e prioritariamente *gli uomini che soffrono*. La nostra vita ha quindi un suo preciso orientamento, dal momento che abbiamo scelto di entrare nella vita religiosa dei Fatebenefratelli.

Dobbiamo ammettere che tale orientamento è faticoso da mantenere e se l'abbiamo, anche in parte, perduto, è faticoso da riconquistare. Ma non ci resta altro da fare. È questa riconquista, è questo vincolo «di sangue» tra noi e il malato che io chiamo «umanizzazione».

La Chiesa, nella misura in cui siamo membra viventi di essa, ci incoraggia affinché le nostre opere ed attività «continuino a dimostrarsi luoghi privilegiati di evangelizzazione, di testimonianza della carità autentica e di promozione umana» (dal discorso del Papa alle religiose brasiliane).



Prima Dio e poi la Chiesa ci hanno affidato il compito di assistere gli ammalati; noi dobbiamo decidere se assisterli per dovere o per amore, vale a dire per il gusto di esercitare l'amore tutte le volte che lo possiamo, se per il gusto e la follia di entrare in comunicazione intellettuale, affettiva, spirituale, con altre persone che sono nostri fratelli, o perché alcune leggi ci imporranno (prima o poi) di essere più umani con il malato.

Dobbiamo chiederci fino al tormento se ci muove la consapevolezza che il bisogno fondamentale dell'uomo è quello di essere riconosciuto come persona degna per se stessa, degna cioè di ricevere attenzione, premura e amore al di là delle differenze di cultura, di istituzione, di classe sociale, di religione e di razza; oppure se ci muove l'esigenza di avere l'applauso per la nostra bontà e di mantenere in stato di dipendenza chi è più debole.

Noi non dobbiamo decidere se restare in questa o in quella opera (ciò è molto spesso un falso problema: dove c'è un uomo malato ci sono bisogni che non si possono né si potranno mai soddisfare con risposte economiche e/o tecniche); dobbiamo decidere tra il testimoniare la Buona Novella con gioia, con una vita ed attività appropriate, e il lasciare l'Ordine Religioso cui apparteniamo perché abbiamo soffocato il nostro cuore, e si è spento l'impulso che ci aveva portati a scegliere di servire il bisognoso. Ma forse, ed è la mia speranza, anzi la mia certezza, non siamo a questo dilemma: anche se sepolto sotto la corazza del nostro conformismo e delle nostre paure, il nostro cuore di religiosi continua a battere. Si tratterà allora di disseppellirlo e di aiutarlo a riprendere il suo ritmo, per *dare e ricevere* quell'amore del quale abbiamo perduto l'esercizio, ma non la memoria e il desiderio profondo. Carissimi fratelli, come potete vedere l'argomento che propongo alla vostra riflessione investe totalmente noi stessi, come singoli e come Comunità. Investe me prima di tutto, in quanto persona per ora la più responsabile del compito di diminuire la distanza, nel nostro Ordine, fra gli ideali possibili e la nostra realtà. Non mi consola affatto la consapevolezza che altri Ordini religiosi siano anch'essi in difficoltà nel realizzare i loro carismi specifici. Semmai la cosa mi stimola ad un maggior impegno e ad una maggiore serenità.

Come ho già detto, lo stimolo alla stesura di queste note è sorto in me durante il Capitolo Straordinario, ma anche in seguito a contatti con molti di voi, con laici, con esperti interni ed esterni all'Ordine e grazie alla predicazione e all'attività del nostro Pontefice. Queste note non vogliono essere un documento definitivo, ma una riflessione spassionata che ha lo scopo di stimolarne altre, e soprattutto di *suscitare in noi la ricerca della nostra umanità senza la quale non potremo in nessun modo diventare umanizzanti*.

Il tutto, dopo avere per prima cosa rafforzata la nostra relazione con Dio, dalla cui bocca esce la parola che dà a noi, come ha dato a San Giovanni di Dio, la vita abbondante.

Vuole essere il mio un messaggio di gioia, di speranza, di fiducia e di fede, in un momento in cui l'uomo, qual è ciascuno di noi e qual è ogni malato, rischia di perdere il ricordo e la certezza di essere stato creato a immagine di Dio. Con la convinzione che ci siamo assunti il compito di aiutare l'uomo più debole e di continuare in tal modo l'attività di partecipazione alla sua creazione, al suo divenire *«persona vivens»*.

Per aprire con tutta speranza il nostro discorso, può esserci di grazia e di aiuto questa esortazione di San Paolo: «Non spegnete lo Spirito, non disprezzate le profezie, sperimentate tutto, trattenete solo ciò che è buono... E il Dio della pace vi santifichi fino alla perfezione, vi salvi tutti interi, in spirito, anima e corpo...» (1 Tess. 5, 19-23).

Parola tanto più importante in quanto proprio con la prima lettera ai Tessalonicesi «comincia il nuovo Testamento». Il tempo cristiano del mondo ha inizio con questa affermazione di libertà, per cui siamo invitati a sperimentare ogni cosa, certi che Dio vuole salvo *l'uomo intero*: «in spirito, anima e corpo». Esortazione che deve farsi luce alla nostra indagine per salvarci sia da alienazioni spiritualistiche, sia da sopraffazioni di efficientismi, che possono essere altrettanto dannose per l'uomo; Esortazione, per noi religiosi ospedalieri, che sommamente gratifica la nostra stessa vocazione, poiché nessuno più del samaritano ha pensato a «salvare l'uomo intero». Ed è questo lo scopo del nostro esistere.

*Parte prima*

L'UMANIZZAZIONE  
MISSIONE IMPROROGABILE

---

## 1. L'UOMO COME CENTRO

Da quando l'uomo è apparso, milioni di anni fa, sulla terra, non ha fatto altro che affrontare i problemi della sopravvivenza, della convivenza, della conoscenza, dell'amore, dell'arricchimento, dell'affermazione, della felicità, della morte. In questa sua continua ricerca di soluzioni, che hanno comportato grandi conquiste e grandi distruzioni, il risultato è stato *lo sviluppo della persona umana*. Anche se arresti paurosi, regressi e barbarie si presentano ancora ai nostri occhi, è innegabile che la spinta principale del genere umano è un processo individuale e sociale di liberazione, sia da anarchie interne, sia da costrizioni esterne. Il significato della vita e il senso della esistenza esprimono la religiosità di ogni popolo e di ogni persona.

«Chiunque crede che la sua propria vita e quella dei suoi simili sia priva di significato non è soltanto infelice, ma appena capace di vivere» (Einstein).

Nella ricerca delle risposte da dare al significato dell'esistenza, la storia dell'uomo è piena di felici intuizioni, ma anche di prevenzioni e di errori che hanno avuto un peso enorme sulla qualità della nostra vita, sulle nostre aspirazioni e sui nostri comportamenti. L'uomo si è dato una organizzazione del sapere, una organizzazione politica del lavoro, leggi che accolgono sentimenti morali di giustizia, di solidarietà.

L'uomo è complesso, misterioso, articolato, ricco di dimensioni; non lo si può ridurre ad un'unica dimensione, neanche a quella soprannaturale.

La persona è creatrice, è sensibile, ha desideri, paure, limiti interni ed esterni, ha una storia, vive in un determinato am-

biente, ha pregiudizi, intuizioni, ha bisogni materiali, fisici, psicologici, sociali, morali, spirituali, ecc. Tutto l'uomo è stato «graziato», e il Dio che Cristo manifesta è un Dio umano: «intransigente per la verità e per il Regno, diviene pieno di compassione per il carico quotidiano del vivere» (Vivarelli).

Nessun avvenimento umano ha aiutato l'uomo a riconoscersi nella sua fierezza come l'avvento di Cristo. La Buona Novella è il messaggio che solleva l'uomo, il povero, il debole, il malato ad un rango mai raggiunto prima di allora. L'umanità diventa un valore per Cristo, un valore religioso.

L'umanità diviene divina nel momento in cui il divino diviene umano. Da questo momento il compito dell'uomo è prendere i suoi talenti e farli fruttare, cioè diventare egli stesso portatore di un messaggio di libertà, verità e amore.

Il cristiano, quindi, ha da due millenni la prerogativa di testimoniare che *l'uomo è sacro, che l'uomo è destinato alla libertà, all'amore, alla verità*, e che diventando libero, vero e amorevole diviene figlio di Dio.

Il progetto di ogni uomo secondo il cristianesimo è quello di crescere, di espandersi, di divenire persona adulta, di divenire continuamente e di aiutare altre persone ad espandersi, a crescere, a divenire. È un progetto divino che può essere ostacolato dalla malattia, dalla sopraffazione, dalle paure, dalla corruzione.

Per questo, *ogni persona che si occupa del progetto uomo*, nel senso sopra indicato, è *cristiana*, anche se dichiara di non esserlo. Mentre ogni religioso che non si occupa di tale progetto non è cristiano, anche se dice di esserlo.

Ciò nonostante, l'uomo è sempre minacciato nei suoi fondamentali diritti (Giovanni Paolo II): *il diritto alla libertà, alla verità, all'amore*. E purtroppo noi assisteremo ancora a violazioni di tali diritti.

Questa minaccia viene da più parti, perché si dimentica che la componente più preziosa della società non è lo Stato, o la «Chiesa», o l'istituto, non è la legge, non è l'organizzazione politica o quella del lavoro, ma è la personalità, cioè la persona nella sua «unicità ed irripetibilità» (Redemptor Hominis).

Semmai lo Stato ha valore in quanto aiuta l'uomo a divenire persona. Divenire persona vuol dire realizzare al massimo le proprie possibilità, le proprie potenzialità; questo è valido anche per il cristiano, nonostante certe nostre scuole abbiano svalutato la persona umana, contrapponendola arbitrariamente al soprannaturale: è una delle tante dicotomie del pensiero filosofico e di una certa spiritualità o meglio spiritualismo pseudo-cristiano. E oggi stiamo ancora scontando una secolare e pervicace prevenzione nei confronti dell'umano.

### *Una cultura disumanizzante*

Non sembri eccessivo, allora, rilevare che l'uomo, oggi, non è sempre aiutato a vivere da uomo. Il *progetto umano* è in pericolo. Lo riconosce anche un marxista come Garaudy, che sancisce: «Si pensa oggi allo sviluppo, non come sviluppo dell'uomo, ma come sviluppo scientifico e tecnico di cui l'uomo è diventato il mezzo invece che il fine... La scienza non può essere fine assoluto».

La cultura materialista, che identifica il benessere sulla base delle categorie economiche e sociali, con la negazione del divino nell'uomo, ne minaccia gravemente proprio l'umanità.

La cultura sanitaria è largamente disumanizzante perché «mistifica o tecnicizza i problemi vitali dell'uomo». Essa inoltre tradisce l'uomo nel suo approccio disumanizzante con il paziente, visto solo in quanto «paziente», sotto l'aspetto «tecnico». *E così non avviene non potrà mai avvenire l'incontro* a livello di ruoli: «Tu paziente, io curante» *ma solo ed esclusivamente a livello di due persone.*

E che dire della nostra cultura religiosa? Siamo sicuri di aiutare una persona (malata o non) se la riduciamo costantemente ad una sola dimensione? Se la consideriamo solo un organo malato, un paziente, un suddito, una cosa di cui impossessarci o di cui disinteressarci?

Può essere difficile comprendere questo rilievo critico sulla cultura; ma ritengo fondamentale ricordare, cari fratelli, che

se non esiste cultura non è possibile lo sviluppo di noi stessi, e questa è la premessa per aiutare altre persone a svilupparsi.

Paolo VI nella Esortazione Apostolica sulla Evangelizzazione disse: «Il Vangelo, e quindi la Evangelizzazione, non si identificano certo con la cultura, e sono indipendenti rispetto a tutte le culture. Tuttavia, il regno che il Vangelo annunzia, è vissuto da *uomini profondamente legati ad una cultura*, e la costruzione del Regno non può non avvalersi degli elementi della cultura e delle culture umane».

Che cosa si intende qui per cultura? Due definizioni in proposito: una cristiana ed una laica.

La prima (dalla «Gaudium et Spes»): «La cultura è il complesso di quei mezzi con i quali l'uomo affina ed esplicita le sue molteplici doti di anima e di corpo; procura di ridurre il cosmo stesso in suo potere; *rende più umana la vita sociale...* esprime e comunica le grandi esperienze spirituali e le aspirazioni».

La seconda (Marcuse): «Dovremmo definire la cultura come un *processo di umanizzazione*, caratterizzato dallo sforzo collettivo di *proteggere la vita umana*, di facilitare la lotta per l'esistenza e di sviluppare le facoltà intellettuali dell'uomo, di ridurre e sublimare l'aggressione, la violenza, la miseria».

Queste citazioni ci aiutano a ricordare il significato e il riferimento antropologico della cultura: ciò che serve all'uomo per vivere da uomo. Sofferamoci ora sulle due definizioni: «rendere più umana la vita sociale» e «proteggere la vita umana», esse ci ricordano che la vita umana è in pericolo in tutti i continenti. Tutte le volte che noi non trattiamo con rispetto e fiducia un uomo, noi mettiamo in pericolo il suo progetto.

La creazione dell'uomo non si compie con la sua nascita, anzi questa ne segna appena l'inizio. E noi che abbiamo scelto, per vocazione, non di salvare tutti gli uomini, ma quelli, pochi o tanti, coi quali la vita ci mette in contatto, siamo sicuri di possedere la cultura necessaria per avvicinarci all'uomo in pericolo? Oppure partecipiamo freddamente alla sua spoliazione fisica, psichica, sociale e morale?

Abbiamo bisogno di conoscere i fattori culturali, positivi e negativi, che possono aiutarci a servire l'uomo di oggi nelle sue

aspirazioni e nei suoi bisogni. Non sta a me identificare gli aspetti calienti della cultura dei nostri Confratelli. Mi basta affermare con certezza che noi siamo carenti non di studi, non di corsi o di scienza, di tecnica e di attività – perché la cultura non si definisce, e va al di là del sapere e del fare – ma la nostra carenza consiste soprattutto nel non *essere in funzione del fine: l'uomo*.

E senza un'esatta visione del fine aiutare i sofferenti ed i poveri perché possano vivere da uomini – non v'è cultura, e perciò non v'è umanesimo, né cristianesimo.

Quando parlo di cultura umanizzante, parlo di persona e di azione orientate verso l'uomo, verso il fine ultimo di noi religiosi attivi, come ricorda in continuazione Giovanni Paolo II. Si possono usare il Vangelo, la preghiera, la regola per allontanarci dagli uomini, per tenerli in soggezione; la scienza e la tecnica per tenere sotto minaccia il genere umano. Ma si possono utilizzare vita religiosa, azione, scienza e tecnica per sviluppare l'uomo, per proteggerlo nel momento della debolezza, per assicurargli libertà, responsabilità, desiderio di vivere da uomo.

Dobbiamo vivere la nostra cultura, in tutti i sensi, non per diventare eruditi, saccenti, o per collezionare diplomi e lauree. Abbiamo bisogno di fratelli che studino, che riflettano, che preghino per *rendere più onore* al malato, a colui che può perdere, magari sotto i nostri occhi, la propria umanità.

Rivedere la nostra cultura significa non solo e non tanto leggere di più, riunirsi di più, ma soprattutto finalizzare le nostre conoscenze, le nostre abilità, le nostre capacità. In questa ottica, il Capitolo Generale Straordinario è stato una formidabile occasione per diagnosticare la nostra salute (o la nostra malattia, perché anche gli Ordini Religiosi si ammalano e muoiono), e per assumere la responsabilità della nostra cultura, di una cultura che sia soprattutto umanizzante.

Chi deve rivedere la propria cultura? Solo i fratelli giovani? Solo noi religiosi? Tutti. I religiosi *in primis*, ma anche i laici, se vogliono, senza ipocrisia, che le nostre Opere siano veramente ospitali!



Ai fratelli più anziani voglio ricordare che sicuramente essi sono più vicini alla cultura umanizzante di quanto si possa credere, sicuramente più vicini dei giovani, per il semplice fatto che sanno, per esperienza diretta, quali siano stati i momenti umanizzanti e quali quelli disumanizzanti della loro vita. I fratelli anziani sono ricchi di spiritualità, proprio perché come San Giovanni di Dio, non hanno fondato nessuna scuola di spiritualità, come San Giovanni di Dio hanno cercato di fare i samaritani in semplicità ed immediatezza. La persona colta, ricca di cultura umana, è *una persona semplice*. Contrariamente all'opinione comune, la spontaneità è l'elaboratissimo risultato di un lavoro di emancipazione interiore dalle costruzioni ideologiche, razionalizzanti ed artificiali. *Semplici non si nasce, ma si diventa* attraverso un lungo sforzo, un impegno che però premia, perché quello che sgorga da noi, pensieri, azioni, rapporti, viene direttamente dal cuore. La grandezza della personalità di San Giovanni di Dio consiste proprio nel fatto che egli, semplice laico, ha compreso e realizzato con tanta passione la fondamentale e profonda essenza della vita cristiana.

San Giovanni di Dio aveva raccolto e coltivato – da qui la sua grande «cultura» – l'idea che occorre dedicare tutta la vita all'amore di Dio ed al servizio degli ammalati. La sua carità era rivolta a proteggere la vita umana, a rendere onore al bisogno, a diminuire la miseria. *Questa era* la cultura del nostro Fondatore, che proteggeva la vita umana assistendo l'uomo per i bisogni corporali, per quelli morali e per quelli spirituali.

A questa cultura noi dobbiamo attingere per rinnovarci.

## 2. IL MALATO, QUESTO SCONOSCIUTO

Se l'uomo rimane sconosciuto, si trova immediatamente emarginato. Se non viene accolto come persona singola ma come numero, rientra nella realtà inanimata delle cose, delle attrezzature, degli strumenti. *Se il malato non è al centro dell'Ospedale*, al centro degli interessi di tutti gli operatori, religiosi in prima fila, allora *altri si mettono al suo posto*. Non è raro negli ospedali vedere emergere la centralità del medico, o dell'amministrativo, o del sindacalista o del religioso: *tutti usurpatori*. Perché il posto centrale in Ospedale non spetta ai medici, né agli infermieri, né agli amministrativi, né alla comunità dei religiosi. Diceva un vescovo in Africa rivolgendosi ad una nostra comunità: «Se c'è un padrone nell'ospedale, deve essere il malato».

Ma come mai la centralità del malato si perde? Perché una istituzione voluta ed alimentata da persone consacrate (che giurano fedeltà a Dio e al malato) diventa infedele, tradisce cioè la promessa? È solo questione di egoismo, di assuefazione?

Io penso che l'infedeltà nei confronti del malato, e quindi la disumanizzazione dell'ospedale e dell'assistenza, dipenda anche dal profondo ostacolo che mettiamo tra noi e il malato. Una barriera conoscitiva ed affettiva, che ci porta a non riconoscere più il malato, a non dargli la nostra attenzione, ma a *fuggire e a rifugiarsi nel ruolo*, nella professionalità. Non so fino a che punto la barriera conoscitiva sia causa od effetto di quella affettiva. Sono sicuro però che tale barriera impoverisce la relazione tra noi e il malato.

Che cosa c'è dietro la barriera?

Se osserviamo una persona malata quando entra nel nostro Ospedale, che cosa vediamo? Innanzitutto che è preoccupata per la malattia, per la sofferenza che la malattia inevitabilmente comporta. La malattia è un insulto, è un'evenienza minacciosa, è il male, la persona quindi si vede e si sente in una situazione che tra l'altro, oltre ad essere penosa per il suo benessere abituale, la rende insicura e la obbliga a ricorrere all'aiuto di altre persone, di una struttura come l'ospedale.

Ed ecco il secondo fattore di crisi per la persona malata, e cioè l'interrogativo: le persone che si occupano di me, l'ospedale, saranno capaci di curarsi di me e di guarirmi?

Per il malato l'ospedale non è il bar, il cinema, lo stadio: è il luogo nel quale si può morire, si può non essere curati bene, si può essere trascurati. È noto a tutti che per certe persone l'ospedale è il fattore patogeno per eccellenza. Pensiamo agli anziani che vivono in piccoli nuclei familiari, a contatto con le piccole comodità ed abitudini, che muoiono o si spengono psicologicamente quando si trovano in un ambiente così diverso, così assurdo rispetto al loro modo consueto di vivere. Allora: è l'uomo che si deve adattare all'ospedale o l'ospedale che si deve adattare all'uomo? Da anni scopro una cronica attitudine nei religiosi a non considerare lo sconvolgimento fisico ed emotivo che rappresenta per il malato l'entrata in ospedale, proprio perché per i religiosi l'ospedale è un ambiente familiare, è il *loro ambiente*, sono abituati ad esso.

Infine c'è sempre un terzo fattore di crisi: la malattia e il ricovero obbligano l'ammalato a non occuparsi più dei suoi problemi quotidiani. La vita, miei cari fratelli, nei paesi industrializzati, è dura: il matrimonio, la famiglia, il lavoro, l'educazione dei figli, i rapporti sociali sono spesso fonte di preoccupazione per l'uomo, per quell'uomo che entra nel nostro ospedale. Si dirà che è dura anche la vita degli operatori ospedalieri e dei religiosi, che fare allora? L'uomo vive la sua malattia in modo unico ed irripetibile, e dei suoi problemi noi non ci occupiamo: ci buttiamo – quanto è più facile! – sul suo organo malato, riempiendoci d'orgoglio quando, quasi per designazione, gli rivolgiamo qualche domanda non solamente teorica.

Ecco, questa è la grande barriera per cui l'uomo rimane lontano, sconosciuto. Questa barriera riduce il valore terapeutico e tecnico dell'ospedale e quindi ci fa compiere un *atto di ingiustizia*, ci condanna come cristiani che dichiarano di voler servire con amore il prossimo e invece peccano contro la carità.

Qual è il peccato più grave che si perpetua oggi in un ospedale? Ha detto un medico psichiatra: «Fare del male è peccato, ma è anche peccato per un medico fare un po' di meno di quello che potrebbe fare. È peccato non essere aperti ai problemi dei pazienti, è peccato la mancanza di comprensione totale, quindi anche psicologica, di coloro che ci chiedono aiuto. È peccato impedire ad un uomo di crescere, di soffrire, se la sofferenza è un mezzo per andare avanti nel vivere. È peccato visitare in fretta venti persone al giorno invece di quattro...».

Il peccato più grave è dunque *la mancanza di comprensione dell'uomo nella sua totalità*. L'uomo è complesso, ma è un tutto, ha una *unità*: a tale unità dobbiamo guardare. Il nucleo regolatore della sua unità è minacciato quando la persona è malata, ed alla disintegrazione può partecipare anche l'uomo colto, istruito e purtroppo anche religioso.

E il malato non riconosciuto nei tre fattori di crisi o a malapena accolto, diviene debole, più debole: non ha l'assistenza premurosa che il nostro ospedale si vanta di offrire.

Il religioso dov'è? Cosa fa nel frattempo? Di che cosa si occupa?

Vi sono tra noi religiosi convinti che ormai sia inutile lavorare nei Paesi industrializzati, nei cui istituti non ci sarebbe più nulla da fare. La mia risposta è invece che questi religiosi, in modo più o meno consapevole, intuiscono che il «da fare» è troppo, e che non sono pronti ad affrontarlo. Perché questo «da fare» comporta, paradossalmente, *un modo di essere che il religioso non ha più* (magari per il troppo fare).

Chi mi può smentire sulla realtà di solitudine, di abbandono, di ansietà, di preoccupazione, di povertà di spirito del malato nelle nostre metropoli? Chi può sostenere che nel nostro mondo cosiddetto industrializzato non si soffre più perché i bisogni materiali sono stati soddisfatti?

Cari fratelli, io so che a questo punto qualcuno di voi mi porrà la domanda: ma allora dobbiamo diventare psicologi, assistenti sociali? Tento di rispondervi così: prima di decidere cosa fare, dobbiamo scoprire di cosa ha bisogno il malato. Proviamo a fare qualche piccola ricerca, magari quando il malato lascia l'ospedale. Andiamogli a chiedere (naturalmente dopo aver cambiato la tonaca ed esserci messi dei baffi per non farci riconoscere): «Che cosa hai ricevuto durante la tua degenza?». Ne scopriremo delle belle! Scopriremo che la critica più forte non è rivolta alle capacità tecniche degli operatori, ma a quelle umane, soprattutto dei religiosi. Il malato è veramente addolorato non quando scopre l'incompetenza del religioso, i suoi limiti, il suo tic, la sua immaturità, ma piuttosto quando lo trova carente di attenzione, di capacità di umanità, di personalità.

Io farei una distinzione tra «capace» ed «abile». Capace (in latino *capax*, dal verbo *capere*) significa letteralmente atto a contenere, spazioso, in grado di ricevere, di accogliere. Certi medici, infermieri, religiosi sono in grado di dare qualcosa, di offrire delle prestazioni, *ma non di ricevere, di fare spazio alla persona del malato*. In loro non vi è posto per l'altro.

*Sono bravi, abili, perfino famosi, ma non certo capaci*. Il religioso più capace è quello che riesce a far posto al malato nella sua totalità, altrimenti anche la guarigione definita completa, sarà sempre parziale. Qualcuno ha detto che «ognuno ha la guarigione che si merita». La cosa non vale soltanto per il malato; direi che vale soprattutto per i medici e per i religiosi ospedalieri.

In un recente libro dal titolo «Il malato, protagonista sconosciuto», un giovane paramedico olandese descrive che cosa significa ammalarsi. Il malato può sentirsi estraneo, angosciato, diverso; *la medicina, invece, ha scarsamente considerato questo carattere che la malattia possiede*.

Esso costituisce per il malato un diverso andamento della vita, per cui egli diventa estraneo anche ai parenti... ed agli amici. E dove si colloca l'infermiere? Risponderei con le parole di Virginia Henderson «l'infermiera è temporaneamente la coscienza di chi si trova in stato di incoscienza, l'amore per la vi-

ta del suicida, la gamba di chi ha subito l'amputazione, gli occhi del cieco, il mezzo di locomozione del neonato, la consulente, la confidente e la portavoce dei più deboli».

Guai venir meno a questa nobilissima e delicata funzione. Guai limitarsi agli interventi tecnici e perdere di vista il malato, il contatto naturale, da persona a persona senza complessi, cordiale; perdere cioè quel calore che spesso si rivela l'unica medicina di cui il malato ha bisogno per guarire o per morire in pace.

Noi, cari fratelli, ci siamo talmente abituati alla malattia da abituarci al malato, da assuefarei ad esso, col risultato di erigere una barriera alla sua conoscenza e, di conseguenza, alla nostra efficacia di operatori, di uomini e di religiosi.

Se abatteremo questa barriera allora sapremo che fare. E sicuramente troveremo che per prima cosa dobbiamo *essere più capaci, più attenti, più puntuali, più persona e meno ruolo*. Faremo in noi stessi *la riscoperta che «essere» con il malato è più importante che «fare» per il malato*.

Ma per essere veramente con un altro bisogna prima ascoltarlo, conoscerlo, dividerne problemi, aspettative, difficoltà, storia ed umanità. A quel punto e solo a quel punto, noi avremo la risposta. E sarà tale da qualificare la nostra professionalità, dando senso alla parola assistenza e soprattutto riconoscendo valore alla persona nella sua interezza.

---

### 3. L'OSPEDALE DISUMANIZZATO

È sufficiente leggere i quotidiani o entrare in una libreria per documentarsi in abbondanza sul tema della disumanità di cui è teatro l'Ospedale in tutti i paesi del mondo e in tutti i sistemi sociali vigenti. Gli stessi Servizi Sanitari nazionali sono in gran parte sotto accusa: in particolare *il malato*, anche negli stati ad assistenza sanitaria più sofisticata è il *grande* schiacciato. La burocratizzazione eccessiva comporta la spersonalizzazione: l'individuo da uomo diventa cavia, e l'Ospedale una catena di montaggio.

La disumanità del servizio – è ormai noto – non solo si traduce in disagi per l'ammalato, ma spesso diventa per lui addirittura causa di altre malattie. Un quotidiano italiano riferiva l'esperienza di una ginecologa, ricoverata per la nascita di un figlio proprio nel posto in cui abitualmente lavorava. Ebbene, lei stessa si è sentita trattata, dopo un po' di tempo, come una «cosa», subendo una serie di «piccoli soprusi che ti snervano e ti fanno sentire niente e nessuno». Un ingranaggio nella macchina della salute! Solo quando l'infermiera di turno ha saputo che era medico, ha cambiato completamente atteggiamento.

#### *Carcere o azienda?*

L'Ospedale disumanizzato e disumanizzante non sfugge a un duplice destino: diventare carcere o azienda, anche se moderna. Il dizionario dà la seguente definizione di carcere: «Luogo in cui vengono rinchiusi le persone private della libertà persona-

le per ordine dell'autorità competente». Negli ospedali, nei nostri ospedali l'autorità competente è il medico che suggerisce il ricovero al malato, il quale può essere letteralmente rinchiuso, confinato e *privato della sua libertà personale*.

La macchina della salute lo confina in sala d'attesa: egli deve consegnare ai medici, agli infermieri e ahimè!, ai religiosi, il suo fegato, il suo cuore, le sue gambe.

«Ci pensiamo noi – gli dicono – lei non deve interferire nel corso dei lavori, se ne stia buono, non dia fastidio, non disturbi. Lasci fare...». Insomma, deve mettersi da parte!

Così l'uomo viene spogliato non solo dei suoi abiti, ma della sua concretezza – *quest'uomo qui*, con questi problemi, con questa storia, in questa situazione – del suo essere soggetto, e gli si fa indossare il pigiama del caso clinico, dell'organo malato.

Penso a certi manicomi del passato, ma anche del presente, penso ad orari di visita addirittura pazzeschi per i parenti, penso alla spoliatura del malato del diritto all'informazione e alla propria identificazione personale. Penso agli spazi nei quali, in pigiama, il malato vaga nell'Ospedale, proprio come un carcerato. E noi non ci accorgiamo di essere carcerieri soprattutto quando utilizziamo il nostro potere, le nostre comunicazioni, per dare ordini, per rendere ancora più deboli le persone, per rimpicciolirle.

Almeno visitassimo i nostri degenti-carcerati secondo il consiglio evangelico!

Il carceriere non visita nel senso evangelico: controlla, punisce, sorveglia, offende se non si sente prontamente obbedito. Nel carcere, al centro, invisibile ma presente, non è l'uomo ma la espiazione, la colpa. Purtroppo anche nelle nostre Opere la malattia diviene una colpa. A volte l'handicap mentale o fisico è pretesto per umiliare, per farci sentire superiori, migliori, fortunati, quando poi non utilizziamo il minorato per i nostri comodi, i nostri piaceri, o come spia, come secondino aggiunto per mantenere il nostro controllo sulla situazione, sulle persone.

Quanta mancanza di dignità umana e cristiana nell'ospedale disumanizzato, divenuto pian piano carcere del malato e nostro, luogo di morte e non di speranza e di misericordia! Dal-



l'altro lato abbiamo l'ospedale-azienda, quello che in virtù di una valida premessa di efficienza – da perseguire sempre in ogni opera – mette sullo sfondo il problema dell'efficacia, che riguarda l'obiettivo salute del malato, sempre intesa come benessere biologico, psicologico, sociale, spirituale.

L'Ospedale-azienda lo si riconosce subito: vi si parla di profitto, di quantità di degenze, di livelli di retribuzione, di camere attrezzate, di moquette negli uffici, di preoccupazioni economiche: *non si parla mai del malato*, se non come di un oggetto che deve garantire soddisfazione economica ai bilanci dell'opera.

Non bisogna essere contrari alla modernizzazione dell'Ospedale. Anzi, è un bene che molti abbiano dato la dovuta importanza alla modernità, alla efficienza, alla rispondenza tecnica e spaziale delle nostre Opere. L'efficienza è certamente un valore, un grande valore. Ma non l'unico.

Che cosa distingue un'azienda da un ospedale? Il fatto che l'Ospedale produce salute, non solo risultati economici. Vuol produrre benessere per un uomo che è in stato di malessere. La disumanizzazione dell'Ospedale-azienda è molto difficile da vedere di primo acchito. In genere l'Ospedale è bello, moderno, costruito da poco, ricco di malati. Ma l'umanità c'è? Dov'è l'umanità se si dedicano ore per fare bilanci e pochi minuti per discutere dei malati, dei loro problemi anche assistenziali?

L'Ospedale-azienda non è il nostro modello, è parziale, insufficiente e pertanto da non accettare. La più alta efficienza possibile non deve mai e poi mai divenire pretesto per sottrarre al malato la nostra personale attenzione e quella dei nostri collaboratori.

«Di modernità si può morire» dice uno slogan attuale. Invece, di umanità si vive, si spera e si guarisce. E quando non si può guarire, si muore in pace. Perché l'umanità non è solo qualcosa di buono da dare paternalisticamente, ma è una risorsa, è una competenza che ha valore terapeutico, è un «farmaco», a volte il migliore a disposizione dell'ospedale.

Nell'Ospedale-azienda il religioso diviene un manager: e ciò non mi disturba, a patto che non rimanga solamente tale.

Il religioso-manager entra presto in concorrenza con i laici, si occupa di tante cose, del benessere economico dell'opera, del personale, degli acquisti, delle strutture, ma rischia di perdere il cuore, la sua umanità.

Di rimbalzo a quanto abbiamo detto circa i pregiudizi e i comportamenti che ci fanno «passare oltre l'uomo», è bene aggiungere qualche osservazione. Il discorso si può anche capovolgere, almeno in apparenza, iniziandolo dai comportamenti che ci impediscono di *giungere all'uomo*. Ancora una volta scopriremo quanto sia attuale il rischio di non raggiungere mai l'uomo; persino in noi stessi, che siamo per vocazione consacrati all'uomo. L'uomo rischia di restare fuori dallo stesso atto di fede, o almeno dal *creduto atto* di fede; fuori dal «sacrificio» della nostra stessa vita. Tanto che alla fine, in un'eventuale e augurabile presa di coscienza, qualcuno potrebbe anche domandarsi: perché e per chi mi sono «sacrificato»? Che senso hanno dato i voti religiosi a tutta una esistenza?

Bisogna avere sempre coscienza degli ostacoli che ci impediscono di giungere all'uomo. Ne cito alcuni:

a) l'affermazione assolutizzata magari inconscia di noi stessi, invece dell'affermazione preminente dell'altro, cioè del prossimo, del malato nel nostro caso. Solo l'ammalato è un assoluto, è Dio stesso: «io ero ammalato e voi mi curaste». Purtroppo spesso di assoluto per noi, magari allo stato inconscio, non ci sono che il nostro Io, la nostra carriera, la nostra professionalità.

È di questo che dobbiamo essere coscienti e rendere coscienti gli altri, non tanto con le parole quanto con la vita. *L'Io è l'anti-Dio*.

La mia umanità sta nella comunione, nella mia donazione *all'altro*. Dio è «l'essere per l'altro», ha scritto Bonhoeffer;

b) altro ostacolo che ci impedisce di giungere all'uomo è l'«Istituto». Il proprio istituto! Un amore che può essere il più idolatrico e deviante. Certo: viva l'Istituto! Come dobbiamo dire «evviva il corpo». Vivano tutti gli istituti. Il corpo è la gloria di Dio, il momento della sua visibilità. Lo Spirito ha sempre bisogno di segni sensibili per trasmettersi. Ma l'Istituto non è la Chiesa, e neppure la Chiesa è il Regno.

Solo nel Regno l'uomo trova la sua definitiva dimora, e il povero avrà il suo trono regale. E il Regno è promesso a quanti sono segnati da questa passione dell'uomo, pur se inconsapevoli di essere, nel contempo, portatori della stessa passione di Dio. Perciò sarà detto loro: «Venite, benedetti, possedete il Regno». Perché Lui era ammalato ed essi lo hanno curato. Da sottolineare: *anche se non sapevano di lavorare per il Regno*. Noi saremo rivelazione di questa speranza, se saremo consumati dalla stessa pietà per l'uomo, per l'ultimo di tutti gli uomini, proprio in quanto religiosi e cristiani. Solo così salveremo anche l'Istituto.

c) Altro ostacolo che ci può impedire di giungere all'uomo, può essere la ricerca di fare chiesa, intesa questa solamente in quanto istituzione, una chiesa cioè che non sia regno di umanità, anzi di pienezza di umanità come l'umanità è di Cristo che per questo diventa sede della divinità. La Chiesa, o è per l'uomo, anzi per l'ultimo di tutti gli uomini, o non è Chiesa! «Chi è malato che non sia io malato?».

Tecniche, progressi, efficientismi, per quanto tutti siamo consapevoli del loro valore e della loro insostituibilità, possono diventare i momenti più forti di devastazione dell'uomo, del suo asservimento; specialmente in ospedale, dove, senza che neppure lo sospetti, il paziente può essere usato non solo come *cliente*, ma pure come *cavia*: per il progresso!

Il luogo che si pensa il più umano di tutti, accanto a una chiesa e a una casa, ecco che può risultare il più disumano; e questo senza neppure la soddisfazione di trovare un responsabile. E, per noi religiosi, senza la *grazia* di dirci responsabili.

#### 4. LA NOSTRA MISSIONE: IMPEDIRE CHE SI PASSI OLTRE L'UOMO

A Roma, uno speciale Tribunale per la difesa dei diritti del malato, recentemente costituito, ha denunciato il fatto che «l'assistenza ospedaliera ha spesso come risultato non la guarigione degli ammalati, ma una loro interiore sofferenza». Si è parlato dei difficili orari della vita di corsia, del trattamento da sergente di giornata da parte degli infermieri, delle difficoltà di incontrare i parenti, dell'impossibilità di conoscere le proprie condizioni di salute, di vedere la propria cartella clinica, di mangiare cibo caldo, del fatto, forse più grave di tutti, *di essere considerati non uomini ma casi clinici*.

Ebbene, al di là degli obiettivi che questo Tribunale vuole conseguire, notiamo una costante avvertibile in ogni regione del mondo: *l'assistenza sanitaria quanto più si organizza, si specializza e avanza sul piano tecnico e della efficienza, tanto più disumanizza*, cioè passa «oltre» l'umanità, oltre l'uomo come persona.

L'uomo deve entrare come soggetto partecipe, informato e responsabile – della propria guarigione o della propria salute. Non è giusto che deleghi ad altri totalmente la tutela della sua salute, e non è giusto che altri lo sostituiscano escludendolo dal processo di guarigione. L'uomo non solo ha *diritto* alla salute – in questo senso la carta dei diritti del malato avrebbe la sua giustificazione – ma anche il *dovere* di occuparsi in prima persona del suo benessere biologico, psicologico, sociale e spirituale.

Ecco, allora, l'aspetto fondamentale dell'opera di umanizzazione dell'Ospedale: *allenare tutti a considerare la persona nella sua totalità* e non solo nella dimensione patologica, in

modo che il diritto della persona come tale venga soddisfatto; nello stesso tempo allenare il malato ad assumere il *dovere di pensare alla propria salute* che, tra l'altro, molto spesso è minacciata da abitudini di vita dannose. Bisogna convincerci che *non è possibile occuparci della salute* (intesa non solo come assenza di malattia, ma come benessere biologico, psicologico, sociale, spirituale), *di una persona, se la si sfiora soltanto*, se non la si accosta nella sua totalità per rispondere ai suoi bisogni, per risvegliare in essa il desiderio più umano e più cristiano: *quello della sua felicità*.

Perché soffre il malato? Perché ha dolore fisico, ma soprattutto perché vede minacciata la possibilità di realizzare la propria felicità. Perché, ospedalizzato, possa vedere attuati i suoi diritti alla salute, occorre *che qualcuno si occupi di garantire risposte umane e di suscitare partecipazione alla salute*, ciò che tra l'altro rientra nei piani di educazione sanitaria di molti Stati.

Non è forse questa, ripeto, l'area di intervento, la missione del religioso ospedaliero in strutture che, se garantiscono risposte tecniche, sono povere di umanità? È forse tradire la propria missione restare in Opere complesse (ed erroneamente ritenute non aventi più bisogno del religioso) *per testimoniare quel qualcos'altro* che la società tende a dimenticare?

La vita religiosa diventa insignificante quando, invece di fornire qualcos'altro, mira a farsi accettare, vorrei dire a «farsi perdonare» di esistere, adattandosi, entrando in concorrenza, mettendosi sullo stesso piano degli altri, quando cioè si limita ad aggiungere quelle cose che il mondo possiede già.

*Umanizzare l'Ospedale non vuole dire aggiungere un lusso maggiore ad opere già ritenute buone, ma vuol dire donare quella cosa di cui l'uomo ha un grande bisogno, o meglio, ha un assoluto bisogno, e cioè l'umanità*. L'umanizzazione della vita risponde ad una necessità diffusa in tutto il mondo (si chiami rispetto dei diritti umani, rispetto dell'uomo, realizzazione o promozione il discorso è sempre lo stesso): *la nostra società ha bisogno di un «supplemento» di cuore*, oltre che di un supplemento di anima (Bergson).

Credo che il malato di oggi, oltre che di mezzi tecnici avanzatissimi, ha bisogno di ospitalità nel vero senso della parola. Se l'ospedale non ospita l'uomo, la totalità dell'uomo, noi diamo un grande scandalo, oltre a togliere credibilità alla nostra testimonianza: i malati possono capire qualcosa di Dio soltanto se noi lo manifestiamo attraverso la nostra umanità. Al malato non interessa che il religioso competa in bravura con il medico, con l'infermiere, con l'amministrativo laico; *al malato interessa*, anche se non lo manifesta, *che il religioso sia pieno di umanità*, che sappia cogliere la sua umanità in pericolo tutte le volte che entra in Ospedale.

Al malato interessa avere un punto di riferimento sicuro, un porto cui affidare la propria barca, quella della esistenza messa in pericolo dalla malattia. E chi rappresenta il porto se non il religioso che, a tempo pieno e per vocazione, per scelta lucida e responsabile, brucia la propria vita per il benessere del prossimo?

Eppure quante volte noi non ci accorgiamo di offrire porti impraticabili ai malati, per i quali l'Ospedale è una terra straniera, un mare denso di pericoli! Per noi l'Ospedale è la casa nella quale magari viviamo da decenni, e di cui quindi conosciamo spazi, persone, funzioni; ma non è così per il malato. *Per lui l'Ospedale è a volte una giungla* nella quale districarsi penosamente, *perché nessuno lo prende per mano*. Spesso ci lamentiamo perché il malato all'inizio è ansioso, fastidioso, impudente! Ma che abbiamo fatto per metterlo a suo agio, per fargli capire che non è forestiero, che l'Ospedale, è la sua famiglia, che noi siamo i suoi fratelli? L'Ospedale non è forse la casa per gli ospiti, l'albergo stesso cui arriva l'uomo portato dal buon samaritano? I nostri Ospedali non sono forse la casa di Dio, e perciò la Chiesa? È così che la nostra ospitalità riceve la sua valutazione teologica. E perché, allora, io lascio straniero in patria il malato, l'ospitato? E lo sopporto con indulgenza, con fastidio, invece di accoglierlo? Ogni malato che resti straniero è un fallimento della nostra missione. E il malato può restare straniero anche quando è guarito, *se non ha avuto l'attenzione* che ogni uomo merita per se stesso e perché nostro fratello.

A questo punto, capirete che non basta che ci comunichiamo i nostri pensieri sull'Umanizzazione, occorre che ci aiutiamo a scoprire e poi a rimuovere gli ostacoli che ci impediscono di realizzare la nostra missione; occorre individuare insieme quali siano le idee migliori per realizzare, oggi come ieri, l'ospitalità dell'uomo contemporaneo, sull'esempio e secondo lo spirito di S. Giovanni di Dio.

Come non pensare alla parabola del buon samaritano «Un uomo scendeva da Gerusalemme...!», e riflettere che il samaritano *ha usato misericordia perché l'altro era un uomo*, e non perché era un amico o un superiore o un potente?

Non a caso il Signore fa passare sulla strada di Gerico un sacerdote, un uomo religioso; e di Lui dice che «passò oltre», pur avendo visto, cioè conoscendo le condizioni dell'uomo incappato in una banda di ladri.

Da notare che lo fa passare *per primo*. Infatti, quale altro scopo può giustificare una scelta di vita religiosa se non quello di dedicarsi all'uomo, alla salvezza dell'uomo «carico di ferite», lasciato dalla società a morire nella sua solitudine, ai margini della strada?

La stessa Chiesa, se non si ferma davanti all'uomo, può forse dirsi Chiesa? Cosa possono avere un religioso, un sacerdote, una Chiesa di più importante da fare che occuparsi dell'uomo lasciato solo a morire?...

Nessuna meraviglia che il profeta dica che Dio «volge altrove la faccia» (Is. 2), pur davanti alle nostre «palme congiunte» per pregare, se prima non «scendiamo da cavallo», e non ci fermiamo a raccogliere «nel nostro stesso ospizio» il malato, rapinato di tutti i suoi beni.

E noi religiosi ospedalieri? Facciamo come il sacerdote della parabola che passa oltre? *Sì, noi purtroppo, in molte opere, passiamo oltre*: lo sapete anche Voi che si passa oltre... con tante giustificazioni, ma impoverendoci noi per primi.

Chi passa oltre l'uomo malato, cioè oltre la persona nella sua totalità, non è ancora diventato persona, non ha raggiunto la sua unità, la sua umanità. Difatti, se avesse l'umanità – che è un valore religioso, poiché «Cristo è il volto umano di Dio» –

se fosse capace di amare se stesso e di rispettarci, saprebbe anche amare l'altro, oltre che occuparsi della malattia dell'altro.

Sul piano della funzione specificamente sanitaria, passar *oltre* vuoi dire ostacolare il processo di guarigione. Non è forse il paziente, il malato il primo e principale agente terapeutico? Per esperienza quotidiana sappiamo che il paziente che per vari motivi non collabora, che vive la sua malattia in modo inadeguato, rappresenta l'ostacolo più evidente ad ogni progresso terapeutico.

Il *samaritano*, «passando sulla stessa strada, lo vide e si fermò» perché «mosso a compassione». Appunto come Dio, il quale ha una sola passione, l'uomo! E per lui, per *l'uomo* e per la sua salute, discende dai cicli.

Questo samaritano, che pure non appartiene alla vera Chiesa, una volta conosciuta la situazione del fratello infelice, non solo si ferma, ma subito compie le azioni che possono ben dirsi il programma di vita di un «Fatebenefratello»: sintesi della sua regola ed esempio di come eseguirla. Una regola riassunta in questo nuovo decalogo dell'amore.

Così il Vangelo descrive il samaritano, cui si ispira il nostro Fondatore, il quale non per nulla è chiamato «S. Giovanni di Dio», perché appunto «*rivelatore di Dio, altra verso l'amore*». Così, dicevo, è descritta la vera regola dell'infermiere divino:

- «1) lo vide,
- 2) si mosse a pietà,
- 3) si curvò su di lui,
- 4) gli fasciò le ferite,
- 5) gli versò olio e vino,
- 6) lo caricò sul suo giumento,
- 7) lo portò nell'albergo,
- 8) si prese cura di lui,
- 9) pagò per lui,
- 10) ritornò indietro a pagare».

Tutto Questo intendo dire quando parlo della nostra missione, quando faccio appello a tutte le vostre volontà per impedire che si passi «oltre» l'uomo.



*Parte seconda*

UMANIZZARSI  
PER UMANIZZARE

---

## 1. LA NOSTRA REALTÀ CI STIMOLA

Fratelli, quando si arriva a vedere con chiarezza la stupenda missione che Dio ci ha affidato in nome di Gesù, cioè offrire ai nostri Fratelli che vivono il dolore della malattia o della solitudine, una accoglienza fraterna che li aiuti a recuperare la speranza di vivere, mi viene spontanea una domanda inquietante: *«Siamo capaci di vivere questa missione conservando il nostro stile di vita attuale e le forme di apostolato che finora abbiamo sviluppato?»*.

Ho l'assoluta certezza che la nostra missione ci rende capaci di offrire all'uomo di oggi risposte che lo aiutano a vivere umanamente. Però, allo stesso tempo, mi vedo obbligato a riconoscere che il nostro modo di vivere da religiosi e le forme con le quali realizziamo la nostra missione di carità, richiedono da noi una revisione in profondità.

Questa considerazione, oltre che frutto della mia esperienza di Superiore Generale dell'Ordine, è stata confermata e fatta propria dall'ultimo Capitolo Generale e manifestata, in modi differenti, in tutti i Capitoli Provinciali.

Per questi motivi, sento di dover far mie ed invitarvi a far vostre, con serietà ed impegno, le seguenti parole dei Padri Capitolari: *«Tutta questa problematica ci ha fatto prendere coscienza che – dato il rapido cambiamento della società in cui viviamo – l'Ordine si trova ad una svolta decisiva in cui occorre prendere sul serio la realtà, valorizzarla alla luce del Vangelo, e por mano ad indilazionabili cambiamenti, se vogliamo che il Carisma di S. Giovanni di Dio continui ad essere vivo nella Chiesa»* (DCGS 2°, B., p. 24).

Queste parole ci confermano l'urgente necessità che abbiamo di impegnarci, ogni giorno più in profondità, nel rinnovamento autentico della nostra vita e delle nostre opere apostoliche. Partendo da questo convincimento, che, son sicuro, è condiviso da tutti i Confratelli dell'Ordine, mi sento incoraggiato ad offrirvi la mia riflessione personale riguardo alla problematica che viviamo come religiosi ospedalieri, nella speranza di contribuire positivamente ad una decisione serena della nostra vita personale e comunitaria, in modo che la nostra missione di carità, migliorata nei livelli di umanizzazione, possa rispondere adeguatamente alle speranze e alle necessità dell'uomo che oggi soffre accanto a noi.

### *Ombre nel nostro «stile di vita»*

Sono molti gli aspetti positivi della nostra realtà che è necessario tener presenti nel momento in cui tentiamo di risolvere i problemi delle nostre Comunità e dei Centri nei quali svolgiamo la nostra azione di carità.

Saremmo ingiusti se non riconoscessimo che, pur negli inevitabili limiti umani, i nostri Confratelli vivono davvero la loro vocazione ospedaliera, sentendosi assai uniti a Dio, e che, partendo da questa esperienza si impegnano con entusiasmo nel servizio dei bisognosi.

Saremmo parimenti ingiusti se non riconoscessimo che, in generale, esiste una sensibilizzazione al rinnovamento, e che vi sono Comunità che hanno preso sul serio tale impegno.

Non saremmo obiettivi né dimostreremmo la nostra fiducia e gratitudine a Dio se non riconoscessimo che *stiamo vivendo nell'Ordine un momento storico*, nel quale si avverte più chiaramente la presenza di Dio, il suo amore verso di noi.

Dico questo perché, nella misura in cui siamo coscienti che la nostra vita merita di essere vissuta, scopriamo in essa aspetti che ci sollecitano a crescere e possiamo guardare con fiducia ad un domani migliore. Se non fossi convinto che vale la pena di essere fatebenefratello oggi, e che nel nostro Ordine si

mantiene vivo lo spirito ardente del nostro Fondatore, rinuncerei a insistere ancora sul fatto che non possiamo nascondere la luce che abbiamo ricevuto, ma dobbiamo invece diffonderla, affinché l'uomo di oggi scopra che Dio continua a preoccuparsi delle sue necessità.

Sono sicuro che, facendo leva sulla forza che ci viene dal Carisma che abbiamo ricevuto e sull'amore che Dio fa presente in ciascuna delle nostre Case – veri templi di Dio, poiché vi si pratica la carità verso il prossimo – ci è possibile superare qualsiasi difficoltà e, soprattutto, realizzare opere capaci di dimostrare ai nostri contemporanei che la carità cristiana continua a trasformare il mondo.

Le riflessioni che ora condivido con voi, e che toccano gli aspetti negativi della nostra realtà, così come sono stati messi in evidenza dai Confratelli che hanno partecipato al Capitolo Generale, sono fondate sulla fede e sulla speranza. Desidero che siano riflessioni semplici e profonde allo stesso tempo, che non si fermino a questi problemi, ma ci aiutino a vedere le cause degli stessi, ad accettarne con umiltà e con fiducia in Dio le conseguenze, e a cercare tracce di soluzione.

Non si tratta, pertanto, di muovere critiche a qualcuno, né, tantomeno, di giudicare o colpevolizzare. È l'autocritica di un vostro Confratello che, per disegno di Dio, oggi si sente responsabile di collaborare con lo Spirito, nel nome del nostro Fondatore, affinché dal primo all'ultimo dei membri del nostro amato Istituto, viviamo la nostra consacrazione ai fratelli «in conformità alla vocazione che abbiamo ricevuto» (Ef. 4,2).

Nelle Dichiarazioni del Capitolo Generale Straordinario si evidenzia la «difficoltà a conciliare i tre livelli di attività del Confratello: personale, comunitario, apostolico-ospedaliero» (DCGS 2° A. 3,12).

Se ci chiediamo la causa di questa difficoltà, possiamo facilmente individuarla nel fatto che *non viviamo «centrati», vale a dire non abbiamo raggiunto la «unità» personale che ci rende possibile quel realizzarci nella vita*, che è la base per poter conciliare il nostro essere persone e le attività che ne rendono manifesta la vita.

Quando iniziammo il processo di rinnovamento nell'Ordine, vi dissi che eravamo troppo abituati a coniugare il verbo «fare», dimenticando l'importanza di coniugare anche il verbo «essere». Dinanzi alla realtà messa in evidenza dal Capitolo Generale, credo che sia il momento di cercare di coniugare bene tanto *l'essere* che il *fare*, per poter superare la divisione, la dicotomia della nostra vita.

Senza pretendere di fare la teologia della nostra vita ospedaliera, mi sembra opportuno offrirvi alcune semplici idee riguardo a ciò che si intende per «vivere» in maniera equilibrata le nostre attività.

Come potremmo riassumere i diversi livelli che integrano la nostra vita? Ecco ciò che, di primo acchito, credo che sia la nostra vita come persone e come gruppo:

1) siamo cristiani, e per una speciale chiamata di Dio, abbiamo deciso di vivere radicalmente il Vangelo, seguendo Cristo povero, obbediente e casto (cfr. LG, nn. 43 e ss.) sullo stile di San Giovanni di Dio, nell'ospitalità.

2) Non realizziamo individualmente il nostro seguire Cristo, ma come membri di una Comunità – l'Ordine che ci ha comunicato il Carisma – e condividiamo la nostra scelta con un gruppo di persone, riunitesi non perché prima si conoscevano ed erano amiche, o al fine di lavorare per guadagnare insieme, ma perché tutti vivono la stessa fede in Cristo e tutti, ugualmente, sono stati chiamati a vivere lo stesso Carisma, a realizzare la stessa missione di carità.

Quanto sopra non annulla le qualità personali, né sopprime l'originalità di ciascuno di noi, portatore di una storia personale, di determinati sentimenti, di determinati modi di pensare, ecc.

Se consideriamo questi aspetti fondamentali della nostra identità come persone e come gruppo, possiamo vedere che la difficoltà di vivere «equilibratamente» i diversi livelli della nostra attività, si deve al fatto che *non abbiamo raggiunto quella maturità che è necessaria per essere noi stessi*, che sostiene la nostra identità come persone e l'equilibrio della nostra vita.

Mi riferisco alla maturità propria di una persona consacrata a Dio nella vita religiosa-ospedaliera, maturità personale e di fede. Non esiste maturità religiosa disgiunta da una maturità personale che, anzi, ne è la premessa. Credo sia utile soffermarci su ciascuno di questi punti.

### *Manifestazioni di scarsa maturazione affettivo-emozionale*

L'uomo di oggi, nonostante abbia tante possibilità d'esser felice, si sente insoddisfatto, concretamente isolato, solo. Questo sentimento generale è avvertito anche nelle Comunità religiose. La mia esperienza, arricchita da quella di altri Superiori Maggiori, mi dice che il problema della *solitudine*, dell'isolamento, della difficoltà a stabilire relazioni interpersonali profonde che soddisfino le necessità fondamentali di ogni persona riguarda sia i Confratelli anziani, sia quelli di mezza età, che i giovani.

Noi che abbiamo abbastanza anni di vita religiosa, abbiamo ricevuto una formazione nella quale i valori della persona, e più concretamente i valori affettivi, venivano sottovalutati, quando non addirittura repressi, ritenendo che ciò fosse più «perfetto», che costituisse l'essenza di quanto Dio richiedeva da noi con il voto di castità. Non c'è da incolpare nessuno in concreto, però ciò non toglie che dobbiamo sentircene tutti responsabili perché abbiamo creato ambiti di vita nei quali le persone perdevano spontaneità: le relazioni erano stereotipate, superficiali... fredde.

Ci veniva detto che dovevamo amarci così, poiché questo avrebbe accresciuto il nostro amore a Dio e saremmo stati capaci di offrirci più generosamente ai malati. Quali sono stati i risultati? Il Capitolo Generale, al quale parteciparono Confratelli con notevole esperienza di vita religiosa, ha evidenziato la «*Povertà di relazioni interpersonali a livello di fede e di comunicazione di vita*» (DCGS II. 3,14).

Il risultato del nostro modo di vivere in comunità non ha dato i frutti che si aspettavano perché si cercava di «spiritualizzare» tanto l'amore umano, da dare la impressione che si volesse vivere «disincantatamente».

Alle conseguenze che derivano da tale mancanza di maturazione affettiva si ribellano spesso i religiosi giovani, che però non si rendono conto che molte volte loro stessi vivono una identica situazione. Essi fanno parte di una generazione nella quale la società ha rovesciato i valori, privilegiando il benessere materiale, a volte fino a fare di esso l'unico centro di interesse. In quest'ambiente, la maggior parte delle famiglie si sono preoccupate che ai loro figli non mancasse nulla, riempiendo le case di comodità. Risultato di questo sforzo? I figli non mancano di alcunché, però quasi non riescono ad incontrarsi con i genitori, o, quando li incontrano, questi sono troppo stanchi per ascoltarli e per offrir loro l'affetto e l'appoggio di cui hanno bisogno.

In questo modo, ci troviamo dinanzi ad una gioventù insoddisfatta, vuota, quasi senza ideali, in una situazione di cui essa stessa non è responsabile. I giovani, che dispongono di mezzi di informazione migliori, in generale, di quelli di cui disponevamo noi, scoprono che i valori della persona, soprattutto la capacità di amare e di essere amati, sono al di sopra dei valori materiali del benessere, che non li soddisfa.

Quando uno di questi giovani si imbatte in Cristo e scopre che la sua vita può avere un significato, che le aspirazioni che sente dentro di sé possono essere soddisfatte nella vita religiosa, porta con sé tutta la mancanza di affetto, se non addirittura delle tare affettive, e tutta l'insicurezza e l'insoddisfazione della sua vita anteriore.

Credo di non sbagliarmi nell'affermare che se non tutti, certo in quasi tutti i giovani che hanno già professato o stanno completando la loro formazione, uno dei motivi che ne hanno determinato la scelta religiosa è stato, almeno inconsciamente, quello di trovare un ambiente di *uomini maturi*, che si volessero bene da adulti e li aiutassero ad amare e ad essere amati.

Qual è l'ambiente che incontrano quando vengono? Dicevo prima che non tutto è negativo e che non dobbiamo generalizzare, soprattutto perché stiamo facendo dei passi sulla strada del rinnovamento. Però torno a ricordare le Dichiarazioni del Capitolo Generale Straordinario: «*mancano Comunità autentiche, capaci di accogliere i giovani*» (D.C.G.S. II, 4,16).

Di fronte a questi due gruppi di persone – quelli di noi che hanno ricevuto una formazione di tipo piuttosto repressivo ed i giovani, che vivono le conseguenze della nostra formazione nel momento della loro crescita – non è azzardato trarre alcune conclusioni concrete che evidenziano la nostra mancanza di maturità affettiva.

Nelle nostre Comunità ci incontriamo spesso con persone adulte che hanno *reazioni di tipo infantile*, che si evidenziano mediante azioni personali sproporzionate rispetto ai sintomi, persone che si credono il «centro» del mondo, quasi che tutti debbano pendere dalle loro labbra, e che quasi sempre vivono insoddisfatte. Queste persone sono incapaci di rendersi conto che anch'esse sono chiamate a offrire risposte alle necessità dei loro Confratelli.

La manifestazione più chiara degli atteggiamenti infantili emerge quando non si fa altro che criticare la Comunità, esigendo tutto dalla Comunità come se essa fosse la «mamma» che deve alimentare i suoi figli, senza rendersi conto che *io, ciascuno di noi, siamo la Comunità*, che essa non può funzionare se io non funziono, che non può offrire accoglienza, possibilità di dialogo, ecc., se io non sono capace di accoglienza e di avere un atteggiamento che permetta il dialogo.

Cari Confratelli, non voglio scoraggiare nessuno con le mie osservazioni: mi spinge soltanto l'interesse, il vivo desiderio che in ciascuna delle nostre Comunità possiamo arrivare a superare queste reazioni che tanto pregiudicano la crescita del gruppo e che, in definitiva, non si addicono a persone adulte, spesso avanzate negli anni. Ve le offro con tutto l'affetto che nutro verso di voi, in modo che qualora vi riconosciate in qualcuna delle cose che ho evidenziato, invece di scoraggiarvi, le prendiate in considerazione e cerciate di superarle, convinti che la persona, soprattutto la persona che crede in Dio, è *sempre capace di «rinascere»*.

Altre manifestazioni di immaturità delle persone, che rendono difficili le relazioni e la crescita dei gruppi, sono gli *atteggiamenti adolescenziali*, che possono manifestarsi con azioni di vario tipo. Vi sono persone, molto sensibili, che sof-



frono quando l'ambiente in cui vivono non offre loro quei segni di accoglienza, di stima e di affetto di cui necessitano. Altre reagiscono negativamente quando si parla della necessità di condividere la nostra vita in un clima di maggiore amicizia e profondità, con la scusa di difendere la loro «intimità» da qualsiasi «violazione». Vi sono casi in cui ciò che può sembrare segno di confidenza con la persona in realtà altro non è che il desiderio di soddisfare una necessità affettiva, uno sfogo personale, e la si scambia per amicizia, la si accaparra, la si pretende come esclusiva, al punto da indispettirsi quando tale confidenza viene estesa ad altri.

Non è facile arrivare a costruire ed a vivere relazioni interpersonali profonde. Dobbiamo riconoscere che l'amicizia – per essere così necessaria e bella in se stessa – costituisce un privilegio di pochi. La ragione è che non è semplice arrivare a vivere *l'amore adulto*, che esige reciprocità, trasparenza, mutua conoscenza, valorizzazione e accettazione di se stesso e dell'altro, a partire da se stesso e a partire dall'altro, come persone chiamate a crescere nell'amore partendo dalla libertà e nella libertà.

Mi sembra importante, a questo punto, che ci soffermiamo un poco a considerare alcune *caratteristiche dell'amore adulto*. Tra queste, credo che acquistino speciale importanza per la nostra vita:

a) *la conoscenza di se stessi*. Noi che abbiamo vissuto già vari anni nella vita religiosa ospedaliera, durante il periodo di formazione venivamo stimolati soprattutto a preoccuparci degli aspetti negativi della nostra vita. Gli esami di coscienza, i capitoli delle colpe, portavano ad evidenziare solamente la parte oscura, il peccato... Ci veniva detto che questo era essere umili, che in questo modo si poteva vivere più aperti alla grazia di Dio. Per motivi diversi, anche i giovani scoprono ciò che c'è di positivo nella loro vita partendo da una *conoscenza autentica, reale di se stessi*.

Il fatto è che non ci conosciamo o ci conosciamo male. Ci siamo dimenticati, nella nostra vita concreta, che Dio ci ha comunicato dei doni, delle qualità positive, e che Egli aspetta

e desidera che le sviluppiamo: «Voi siete il sale della terra... siete la luce del mondo... non si può nascondere una città situata sull'alto del monte, né si accende un lume per metterlo sotto il moggio, ma per porlo sul candelabro affinché illumini tutti quelli di casa» (Mt. 5, 13-15).

Siamo stati abituati a vedere in modo negativo non solo la nostra vita, ma anche la vita altrui. E quasi mai siamo stati capaci di rallegrarci delle qualità degli altri e di ringraziare Dio delle nostre qualità.

*b) La valorizzazione di se stessi.* Se non conosciamo ciò che di positivo esiste in noi, è impossibile arrivare a valutarci bene. E dato che è impossibile per l'uomo realizzarsi senza sentirsi valorizzato, è normale che egli cerchi compensi fuori di se stesso, si decentri fissandosi o nelle cose, o in qualche persona; anche nel rapporto con Dio avrà un atteggiamento di decentramento poiché, partendo da un concetto negativo di se stesso e dalla non giusta valorizzazione, cerca negli altri appoggio e sicurezza... quando invece Dio ha fatto ciascuno responsabile della propria vita e di quella dei Confratelli (cfr. Gen. 4,9; 9,5.6).

*c) L'accettazione di se stessi.* È ovvio che, mancando i due requisiti anteriori, risulta impossibile una autentica accettazione di se stessi. Nessuno è disposto a riconoscere che ci siano solo cose negative nella propria vita. E se la parte positiva non l'abbiamo guardata con semplicità, a volte abbiamo quasi paura a scoprirla; ci sembra di non essere umili. O ci rendiamo conto che se scopriamo aspetti positivi della nostra vita, questo ci richiede di svilupparli, oppure non ci accettiamo, o *ci accettiamo passivamente*, pensando che «siamo fatti così e che non possiamo farci nulla...» o che «Dio ci ha fatti così e non possiamo cambiare».

Cari Confratelli, vi invito serenamente a prendere in considerazione queste semplici riflessioni, che faccio con voi e per noi. Sono sicuro che ciò si potrà aiutare a scoprire che nella nostra vita personale, nei nostri Confratelli, nelle nostre Comunità, esistono valori che, sviluppati e messi in comune, potranno contribuire a cambiare l'ambiente in cui viviamo.

*Manifestazioni di scarsa maturazione nella fede*

Quasi non ci sarebbe bisogno di entrare in troppi dettagli, giacché è facile dedurre che la persona adulta che vive con atteggiamenti infantili o adolescenziali le proprie relazioni con le altre persone, lo fa perché non si fida di se stessa, né tanto meno crede negli altri. E se non crediamo del tutto in noi stessi, perché non ci conosciamo, non ci valorizziamo, non ci accettiamo bene, non è possibile che la nostra fede in Dio sia anche una fede adulta e matura. Dice San Giovanni: «Se non credi nel fratello che stai vedendo e dici di credere in Dio che non vedi, sei un mentitore» (cfr. 1 Gv. 4,20-21).

Il Capitolo Generale Straordinario ci ricorda che «*manca una profonda vita interiore*» e che sono povere «*le nostre relazioni a livello di fede*» (DCGS II. 2,5 e 3,12). In diversi Capitoli Provinciali si pose in evidenza *che la nostra preghiera è abitudinaria, che non esiste legame tra la preghiera e il resto della nostra vita...*

Per quanto si riferisce al tema della preghiera e del mancato apostolato, sono ogni giorno più convinto che una delle cause di difficoltà, oltre alla principale già enunciata, è la mancanza di *uno stile di preghiera propria della nostra vita di Fatebenefratelli*. Considero questo un tema di vitale importanza per il conseguimento di uno stile di preghiera coerente con la nostra spiritualità. Affido tale ricerca soprattutto ai Confratelli sacerdoti dell'Ordine: il loro sarà un grande servizio non solo per i nostri Confratelli, ma per tutta la Chiesa.

Ma devo ricordare che non è sufficiente aver scoperto la funzione della preghiera: dobbiamo cercare il modo di rendere vive le celebrazioni liturgiche ora abitudinarie, monotone, senza incidenza nella nostra vita normale. Partendo da un equilibrato rispetto degli orientamenti liturgici della Chiesa, è possibile incrementare la *creatività*. Dobbiamo giungere ad uno stile di vita nel quale si renda presente Dio e sappiamo scoprirlo in noi stessi, nei nostri Confratelli, nei malati e bisognosi, negli avvenimenti anche i più ovvii della nostra vita. Allora la nostra preghiera sarà un autentico segno di comunione tra noi e con gli altri.

### *Ripercussioni sul nostro apostolato*

Nelle dichiarazioni del Capitolo Straordinario leggiamo:

*«Il problema fondamentale arriviamo a centrarlo nello squilibrio tra la “logica assistenzialistica” e la “logica evangelizzatrice”, quale lo implica e lo esige il carisma specifico dell’Ordine» (DCGS II. b, p. 22).*

*«L’esame di questa problematica ci ha portato ad accettare che, alla base della stessa, esiste una realtà negativa: la disumanizzazione» (idem, pag. 24-25).*

Tenendo presenti gli aspetti negativi che abbiamo evidenziato, specialmente gli atteggiamenti infantili e adolescenziali che si notano nelle nostre Comunità, possiamo comprendere a cosa si debbono alcune delle nostre reazioni negative nella vita pratica. Vi invito a riflettere con me su quelle che il Capitolo Generale ha sottolineato in modo particolare.

1) *«Corriamo il pericolo di perdere il senso apostolico della nostra vita, di non sentirci membri vivi della Chiesa. Siamo troppo chiusi nei nostri ambienti, nei quali si avverte la mancanza di povertà evangelica, poiché viviamo fuori dalla «realtà quotidiana del povero» (cfr. DCGS II. 2, n. 5-7, n. 13 e 15).*

Non convenite con me che è impossibile vivere il senso della nostra presenza nella Chiesa, con autentico contenuto apostolico, se alla base di tutto manca una personalità matura, centrata su se stessa, centrata sulla propria vocazione – che si considera felice – centrata su Dio?

2) *«Ci manca la capacità di comunicazione dello spirito che viviamo, di quello che significa la nostra missione apostolica, e un autentico stile di assistenza che si centra sull’uomo, che lo serve con dignità ed efficienza. Né tanto meno influiamo a livello di Chiesa per promuovere e realizzare una degna pastorale ospedaliera» (cfr. DCGS II, 2 n. 7, 8, 9).*

Credo che sia molto importante, se vogliamo recuperare l’autentico significato della nostra missione nella società e nella Chiesa, riflettere sulla *«difficoltà ad inserire i laici, volontari e benefattori, nel nostro spirito e nella nostra missione ospedaliera» (DCGS II, A 2,9).*

Partendo da un'ammissione obiettiva e serena, è giusto riconoscere che, senza la collaborazione dei 25.000 laici che lavorano con noi, sarebbe impossibile realizzare il nostro attuale lavoro assistenziale e ci vedremmo costretti a chiudere la maggior parte delle nostre case. Inoltre, l'assistenza che offriamo, e che è riconosciuta quasi unanimemente efficiente, potremo continuare a prestarla sempre meno, essendo noi assai pochi numericamente e disponendo di una qualificazione professionale che non è certo sempre quella a cui, oggi più che mai, l'uomo malato e bisognoso ha diritto.

È nostro preciso e grave dovere realizzarci davvero, come uomini e come religiosi, perché solo in questo modo potremo influire positivamente sulle persone che lavorano con noi. *Senza la collaborazione dei laici oggi noi non potremmo sussistere.* D'altronde ricordiamo che è la Chiesa stessa che esorta il laico credente ad impegnarsi nell'apostolato, e che anche la sua è testimonianza autentica di Cristo e della altissima dignità della persona.

Con questa presa di coscienza e di crescita spirituale, comprendiamo che il laico che lavora con noi è *un nostro collaboratore anche nell'apostolato, oltre che nel lavoro, e non uno che ci fa concorrenza e ci detronizza.*

Può essere «detronizzato» solo chi non si sente sicuro né realizzato, non chi si è veramente identificato con la propria missione; chi ha ben compreso che missione non è potere, e il servizio al malato non è un modo per affermare la propria insicurezza personale, ma sempre e solo una estrinsecazione del proprio essere e del proprio credo.

Dobbiamo riconoscere che una delle cause per cui siamo incapaci di influire, con la nostra vita, in forma positiva sulla trasmissione dei valori racchiusi nella nostra missione di carità è *«la mancanza di profonda vita interiore, di comunione fraterna e di aggiornamento nella preparazione umana, teologica e professionale, ecc.»* (DCGS 2°, A II 5).

Penso siamo tutti d'accordo nell'affermare che non arriveremo mai a conseguire un rinnovamento in profondità della nostra vita con la sola acquisizione di maggiori conoscenze teo-

riche, anche se non possiamo prescindere da ciò. Otterremo un cambiamento, un rinnovamento, saremo capaci di comunicare il nostro spirito e la filosofia che anima la nostra vita di persone al servizio degli uomini che soffrono, solo nella misura in cui andremo *crescendo ai livelli umani e di fede*.

Per realizzarci non basta raggiungere una maggiore maturità psicologica, affettiva o cercare di umanizzare le nostre opere servendoci anche della tecnologia più progredita, ma è indispensabile unire *maturità umana e maturità di fede*. La realtà fondamentale che ha segnato la nostra vita è che abbiamo posto Cristo al centro di essa, ed a questa dobbiamo essere conseguenti. Dobbiamo saper unire armonicamente tecniche, umanizzazione e fede.

Se non riusciamo a vivere in questa dimensione evangelica tutti gli aspetti della nostra vita, non faremo altro che aumentare lo «squilibrio» denunciato nel Capitolo Generale come causa principale di tutti i problemi in cui ci dibattiamo.

Ben conoscendo l'enorme ricchezza umana e spirituale che è in stato latente e potenziale nel nostro Istituto, vi esorto ad impegnarvi seriamente a vivere il carisma più genuino che il nostro Santo Fondatore ci trasmise: *un profondo spirito di servizio ai bisognosi*. Questo vivere nel più genuino spirito evangelico garantirà un futuro per il nostro Istituto.

## 2. BASI PER CRESCERE IN UMANIZZAZIONE

Per rinnovarci nell'umanizzazione della nostra esistenza personale e comunitaria, non è sufficiente aver scoperto quali sono i problemi e le principali loro cause. Se ci fermassimo qui avremmo fatto solo un lavoro di analisi, con il pericolo che l'aver individuato i lati negativi della nostra vita, ci porti allo scoraggiamento e ci colpevolizzi.

Per rinnovarci in profondità, e riuscire ad essere autentici testimoni di umanizzazione, è indispensabile che riscopriamo i valori che esistono in noi e nella nostra comunità, valori che ci potenziano per aver ricevuto il carisma dell'ospitalità e la missione di carità mediante il servizio ai poveri, ai malati, ai bisognosi.

È consolante poter condividere con voi tutte le ricchezze che sono racchiuse nella nostra vita. Non pretendo di essere esauriente, né nella enumerazione, né nella riflessione. Voglio solo invitarvi a considerare una realtà che esiste in noi, per incoraggiarci e per rinforzare la nostra speranza. Ci sono, infatti, momenti nei quali, se non scopriamo dentro noi stessi gli stimoli a proseguire il cammino verso la pienezza cui Dio ci chiama, rischiamo di lasciarci prendere dallo scoraggiamento e di abbandonare la strada intrapresa.

### *Centralità della persona umana*

È impossibile vivere gioiosamente la nostra vita quotidiana di uomini, se non siamo profondamente convinti che la *persona umana*, considerata in se stessa e dal punto di vista del pia-

no salvifico di Dio, è *portatrice di determinati valori che la costituiscono in una realtà inviolabile, sacra*. Ce lo conferma il racconto della creazione: «E disse Dio: facciamo l'uomo a nostra immagine e somiglianza... e Dio creò l'uomo a sua immagine; a immagine di Dio lo creò» (Gen. 26-27).

Fin dalla sua prima apparizione sulla terra, l'uomo è portatore delle ricchezze della stessa vita di Dio... è dimora di Dio, «immagine di Dio», è chiamato a rendere Dio presente nel mondo e a continuare, nel nome dello stesso Dio, il processo della creazione. E parimenti, prima della stessa creazione, il Padre «Ci scelse con Cristo prima di creare il mondo... destinandoci già da allora ad essere adottati come figli suoi per mezzo di Gesù Cristo» (Ef. 1,4-5).

Fratelli, potremo scoprire la enorme dignità della persona umana e la profonda sua potenzialità partendo da Cristo, dalla persona di Gesù di Nazareth, «Dio con noi» (Mt. 1,23), e dal suo stile di vita che ci offre il modo più profondo d'essere uomo tra gli uomini e di scoprire la dignità intrinseca della persona umana. È in Gesù che possiamo scoprire cosa significa autentica *umanizzazione*, «incarnarsi» e condividere la vita con i nostri fratelli. È in Lui che noi siamo chiamati a contemplare tutto l'amore che Dio professa per l'uomo: «Dio amò talmente il mondo che dette il suo Figlio perché avesse vita eterna... perché Dio non inviò suo Figlio nel mondo per giudicare il mondo, ma perché il mondo si salvasse mediante Lui» (Gv. 3,16-17).

Alcuni pensano che *umanizzarsi* comporti una certa dimenticanza di Dio. Coloro che avessero qualche dubbio su come intendiamo l'umanizzazione e i suoi contenuti alla luce degli esempi della persona e della vita di Gesù di Nazareth, possono vedere ora con chiarezza cosa significhi e come lo stesso Dio, partendo da Gesù, ci inviti a sentirci riabilitati e salvati nella nostra propria umanità... Dobbiamo scoprire che la nostra vocazione di ospedalieri è una chiamata di Dio per annunziare all'uomo che *la sua vita ha un significato*, che la sua persona è stata collocata dallo stesso Dio al centro della storia del mondo, della storia della Salvezza.



Alla luce di queste semplici considerazioni, la nostra vocazione di Fatebenefratelli ci costituisce collaboratori di Dio nel processo di umanizzazione.

Questa è la vocazione che riceve non solamente ciascun religioso, ma ciascun credente, ciascun uomo. Per questo ci soffermeremo su ciò che Dio ci chiede e sui mezzi a nostra disposizione per realizzare la missione che ci ha affidato la Chiesa in nome dello stesso Dio.

La porzione di umanità nella quale Dio ci invita a centrare la nostra vita, è formata da coloro che vivono in se stessi la dolorosa esperienza della malattia, della solitudine, della povertà, del disamore. Sono queste le persone che Dio ci affida. E ci invita a vivere con esse, a servirle, a riceverle in noi, dentro la nostra propria esistenza, a *riabilitarle e aiutarle a conseguire la propria liberazione e salvezza*.

Per vivere in comunità nell'atteggiamento di dedizione e servizio alle persone che mancano dei beni della salute fisica o mentale, di mezzi di vita degni dell'uomo; per vivere il nostro servizio non come semplice altruismo ma come apostolato, possiamo contare sull'esempio di Gesù di Nazareth, e, più vicino a noi, sull'esempio del nostro Fondatore, nella cui vita scopriamo un mondo concreto di collaborare al processo di salvezza dell'uomo.

Certamente, oggi non possiamo manifestare la nostra missione allo stesso modo con cui lo fecero Gesù e S. Giovanni di Dio. Pur tenendo presente l'evoluzione verificatasi noi siamo *chiamati a «vivere secondo gli atteggiamenti di Cristo»* (Fil. 2,5) e *gli atteggiamenti del nostro Santo Fondatore*.

### *Centralità di Dio nella nostra vita*

È questo l'atteggiamento fondamentale di Gesù: egli si sa e si sente uno col Padre, si sa e si sente amato profondamente da *Lui*.

A partire da questa esperienza di unità con *Dio* e di presenza dell'amore del Padre nella sua vita, Gesù realizza la propria missione e si sente interiormente appoggiato in tutti i momenti della sua esistenza terrena.

È questo anche l'atteggiamento fondamentale del nostro Santo Fondatore, a partire dalla sua conversione. Giovanni di Dio scopre che Dio lo ama. E sperimenta in modo speciale l'amore di Dio nella misericordia che Egli ha per lui.

A partire da questa esperienza, Giovanni di Dio vive l'atteggiamento di misericordia e carità verso tutti gli uomini, si identifica con loro, giunge a riabilitarli e a comunicare loro l'amore.

La manifestazione di Dio come amore misericordioso, con il quale ci comunica la presenza di Gesù, costituisce la base della nostra spiritualità di Fatebenefratelli. Quando giungiamo a sperimentare in noi questo amore misericordioso di Dio, ci sentiamo riabilitati nella nostra vita, ci accettiamo come salvati da Dio durante tutta la nostra esistenza, nella misura in cui la accettiamo ogni giorno.

Questa esperienza di Dio che ci ama e ci comunica ogni giorno la capacità di amare misericordiosamente i nostri fratelli, potenzia in noi i valori positivi della nostra personalità, e ci aiuta a valorizzarci e ad accettarci, nonché ad accettare le nostre debolezze.

### *Esperienza concreta della presenza di Cristo*

Il modo concreto con cui siamo chiamati a manifestare Cristo, è l'atteggiamento di servizio ai bisognosi, nel suo amore che cura, libera, fa del bene a tutti (Atti, 10,38). Sono i gesti mediante i quali Egli rende presente l'amore misericordioso del Padre verso i poveri, i malati, gli affamati, i peccatori.

Ciò vuol dire che Gesù ci qualifica per poter vivere secondo il suo spirito, ci chiede di essere testimoni come Lui, amando l'uomo, vedendo nell'uomo la sua stessa presenza: «Quello che avete fatto al più piccolo dei miei fratelli lo avete fatto a me» (Mt. 25,40).

Ancora una volta si vede quale importanza ha la nostra vita per Dio e quale fiducia Egli ha riposto in noi. Colpisce questo atteggiamento di fiducia che Dio ha verso l'uomo. Egli sa e conosce la nostra povertà, la nostra debolezza, però si fida to-

talmente di noi. Questo ci stimola ad approfondire i motivi che abbiamo per amare la nostra vita, la nostra vocazione; ci stimola a prendere sul serio e a valorizzare la persona, in particolare la persona dei Confratelli della mia Comunità.

Questo modo di agire di Dio ci sollecita a riscoprire che da quando Egli ci ha scelti come Fatebenefratelli, per seguire Gesù secondo lo stile del nostro Santo Fondatore, e ci ha portati in Comunità, ci sta chiedendo di renderci sensibili alla ricchezza di vita dei fratelli e di condividere con loro le ricchezze della nostra vita.

### *Importanza della Comunità*

La chiamata di Dio l'abbiamo ricevuta mediante la Comunità, l'Ordine, e realizziamo la nostra missione apostolica spinti dalla stessa Comunità. Non abbiamo ricevuto un incarico individuale. Non siamo stati chiamati per agire isolatamente. Siamo stati chiamati per condividere la nostra esperienza con un gruppo di persone che hanno centrato la loro vita in Dio, che vivono il Suo amore e si dedicano al servizio dei fratelli bisognosi nel nome dello stesso Dio.

Questi pensieri mi riportano alla mente le parole del nostro Capitolo Generale Straordinario:

*«Fioriscono comunità fraterne di fede, amore e preghiera, aperte all'uomo che soffre, servendolo in semplicità evangelica, secondo il dono ricevuto per testimoniare la presenza salvifica di Cristo e della Chiesa»* (DCGS III, 1).

*«Il fratello di S. Giovanni di Dio, immerso in Cristo, vive con i suoi confratelli i valori cristiani e socio-culturali»* (DCGS III, 2).

In queste poche parole ci sono le basi su cui fondare la nostra vita. Ci dicono che solo quando nelle nostre comunità si vive la fraternità possiamo affermare di essere Fatebenefratelli, e che per vivere in questo modo, *occorre riscoprirci, valorizzarci e accettarci* nella nostra dignità di persone. Per «poterci aprire all'uomo che soffre e servirlo con semplicità

evangelica», abbiamo bisogno di coltivare la nostra vita, di svilupparla, di crescere come uomini e come religiosi.

*È impossibile fare un servizio di amore che aiuti a vivere, che riabiliti, se noi non abbiamo avuto e non viviamo un'esperienza di amore.* Amore che ci è necessario sperimentare come uomini nelle nostre comunità, nella persona dei nostri Con i fratelli.

Per questo abbiamo bisogno di raggiungere un equilibrio personale, una maturazione che ci conduca a realizzare gli obiettivi già indicati parlando delle modifiche da apportare al nostro «stile di vita».

Abbiamo bisogno, allo stesso tempo, di potenziare la nostra vita di fede e di confessarla nei nostri momenti di preghiera, facendo sì che questi non siano separati dal resto della giornata.

La preghiera ci aiuterà ad ottenere un ambiente comunitario nel quale i fratelli si sentano realizzati come religiosi e come ospedalieri, a vivere in base agli autentici atteggiamenti di povertà evangelica, che ci invitano alla semplicità interiore, alla disponibilità, all'apertura agli altri, a non chiuderci in noi stessi, a rinunciare a qualsiasi tipo di sicurezza, di privilegio, a qualsiasi forma di potere e dominio sopra le persone, in spirito di servizio.

È un atteggiamento, questo del servizio, che dovremmo potenziare in modo particolare. È un valore importantissimo della vita di ogni persona, che però, e giustamente, lo è assai più nella vita di chi come noi è stato chiamato a servire, per salvare i nostri fratelli, come Gesù (cfr. Mt. 20,28).

### *La comunità come stimolo ed appoggio*

Se arriveremo a vivere in questa maniera le nostre relazioni interpersonali, la nostra comunità sarà per ciascuno un ambiente di stimolo e di appoggio.

#### *a) Stimolo ed appoggio personale*

Tutti noi ci ritroviamo, in certi momenti, dinnanzi a situazioni interiori ed ambientali ardue da superare solo con le no-

stre forze. Tutti sperimentiamo momenti nei quali la nostra vita sembra non aver significato e Dio è come nascosto, lontano, sperimentiamo che essere religiosi richiede sacrificio.

Se la nostra comunità vive secondo i valori evangelici di povertà e fraternità, e secondo solidi valori umani, in quei momenti potremo ritrovare, a volte nella testimonianza silenziosa dei Confratelli, altre volte nella vicinanza con coloro che vivono con noi ad un livello di maggior confidenza, lo stimolo per reagire alle difficoltà e l'appoggio per superarle poco a poco.

Scopriremo specialmente che i nostri Confratelli ci vogliono bene e ce lo dimostrano, aiutandoci così a superare i momenti duri nella vita di ogni uomo. Inoltre, i confratelli non avranno timore quando sentiranno bisogno di affetto, né andranno a rinchiudersi in se stessi, perché sapranno accettarsi con le loro normali necessità – poveri noi se arrivassimo a pensare che, per il fatto di essere religiosi, non provassimo gli stessi bisogni di qualsiasi altra persona! – e non si vergogneranno di manifestarsi poveri, deboli...

Se saremo maturi come uomini, e uomini consacrati a Dio, ci sentiremo capaci di rispondere positivamente a queste necessità dei nostri fratelli senza repressione né compensazione.

#### b) *Stimolo ed appoggio nell'apostolato*

Se sapremo vivere nelle nostre comunità gli atteggiamenti di servizio, di apertura e di accoglienza reciproca, ci troveremo liberi nel servire il malato, capaci di offrirgli accoglienza e compagnia.

Nelle nostre comunità in cui si vive l'atteggiamento di servizio, scopriremo che il nostro fratello non ci fa concorrenza, non ci detronizza, non ci sottovaluta. Troveremo la soddisfazione di sentirci valorizzati e accettati a partire da noi stessi, e valorizzeremo e accetteremo i fratelli a partire da essi.

Se arriveremo a provare questa esperienza, ci risulterà normale, nel momento di condividere il lavoro con qualsiasi altra persona non religiosa, vedere in essa un compagno, un amico... una persona degna di essere valorizzata e accettata per se stessa.

Nella Comunità in cui si vivono gli atteggiamenti evangelici di povertà e fraternità, nei momenti difficili che a volte attraversiamo a causa della complicazione delle strutture, saremo gli uni di appoggio agli altri. Soprattutto esisterà capacità di discernimento, di autocritica...

Quando i membri delle nostre Comunità si sentono *maturi come persone e come religiosi* sono capaci di dialogare, di analizzare in comune le circostanze, le difficoltà che la vita comporta... e si aiutano reciprocamente a rivedere gli atteggiamenti personali, a programmare in comune le attività apostoliche, a vedere qual è la volontà di Dio in ogni momento.

Quando infine le Comunità vivono in atteggiamento evangelico di povertà, scoprono come il religioso che ha deciso di imitare Gesù non ha un luogo fisso, ma è chiamato a camminare annunciando sempre la trascendenza di Dio e la propria trascendenza... E non si rinchiederà in opere che non siano più segno del Regno, ma disporrà della forza di decisione adeguata alle circostanze... E alcuni membri appoggeranno altri per aprirsi a nuove forme di manifestazione del nostro apostolato oggi, in atteggiamento di ascolto e di discernimento dei segni dei tempi.

Questi sono i punti forti che siamo chiamati a vivere e a sviluppare, partendo da una visione autentica della umanizzazione della nostra vita personale e comunitaria come Fatebenefratelli. Questi sono i valori che ci aiuteranno ad essere autentici testimoni di umanizzazione nell'assistenza ai bisognosi, difendendo e promuovendo i loro diritti umani; questi stessi valori ci aiuteranno a vivere relazioni umane profonde autentiche, con i nostri collaboratori laici, e a promuovere e difendere i loro diritti come persone, non limitandoci a considerarli come semplici lavoratori, ma per ciò che sono: i nostri compagni, anch'essi impegnati nel servizio umano ed umanizzante dei malati e dei bisognosi.

*Parte terza*

VERSO L'ALLEANZA  
CON IL MALATO

---

## 1. L'OSPEDALE UMANIZZATO

Non voglio, in questo documento, scendere all'analisi di una metodologia tecnico-applicativa per umanizzare l'Ospedale come struttura, sanitaria: anche se appassionante, questo tema richiederebbe troppo spazio. Pertanto, dopo avere tentato un'analisi dei nostri atteggiamenti umani e spirituali nei confronti del nostro essere *oggi* figli di Giovanni di Dio, voglio solo rivolgere a me stesso ed a voi una esortazione che ci faccia camminare verso il nostro obiettivo.

Umanizzare l'Ospedale non è come stendere una mano di vernice sulle pareti di una casa; significa intervenire in modo radicale sulla struttura della stessa casa. Fuor di metafora: l'umanizzazione dell'Ospedale non è un qualcosa da fare in più, in aggiunta! È un'azione che ribalta i rapporti, le comunicazioni, il potere, la vita affettiva nell'Ospedale, in quanto rapporti, potere, comunicazioni e sentimenti sono rivolti al malato, al suo benessere: il malato è al centro dell'Ospedale umanizzato, e finalmente può ricevere risposte non solo scientifiche o tecniche, ma anche umane.

### *Le caratteristiche di un Ospedale umanizzato*

Un Ospedale religioso che non sappia dare tutte queste risposte, nel rispetto della libertà, della verità, dell'amore; non ha nessuna possibilità, nessun diritto di definirsi tale. Per essere davvero umanizzato esso deve presentare le seguenti caratteristiche:



1) *L'Ospedale umanizzato è spalancato*: cioè aperto, trasparente. Tutti lo possono non solo frequentare, nei rispetto della sua efficienza, ma anche vedere, criticare, aiutarlo ad essere sempre più puntuale nel servizio.

Alcuni Ospedali del nostro Ordine hanno già trasformato in questo senso strutture e comportamenti. Un Ospedale spalancato, certo, mette in difficoltà, almeno all'inizio.

Non è più possibile fare certi giochi, mascherare pigrizie, ingiustizie, insufficienze. È impossibile in un Ospedale spalancato non seguire con attenzione il malato con la scusa di non avere tempo, o per un religioso sostenere di essere troppo occupato!

L'Ospedale spalancato chiama attorno al malato parenti, amici, infermieri, medici, l'ambiente, il territorio, la chiesa locale: non soltanto per avere consensi ed aiuti economici ma soprattutto per ottenere suggerimenti, per creare all'interno un *flusso di umanità* davanti alle sofferenze del mondo, senza filtri o false percezioni. Ciò che non è possibile se l'Ospedale resta chiuso: luogo di dolore, di rassegnazione, di puro e semplice inferno terreno. Il vedere l'umanità pulsare nelle sue molteplici manifestazioni, permette al religioso di restare aderente a questa umanità.

Non è facile spalancare l'Ospedale quando i cuori sono chiusi, quando si vive il parente come un nemico, come un seccatore; non è facile spalancarsi, perché si corre il rischio di scoprire i laici molto più ricchi di noi in fatto di umanità, di amore, di dedizione: tanti padri, madri, parenti, amici hanno molto da insegnarci sul come trattare i malati.

L'Ospedale spalancato esige religiosi coraggiosi, in grado di collegarsi alla realtà esterna dell'Ospedale e a quella interna del malato. L'Ospedale umanizzato spalancato esige nel religioso ampi spazi mentali ed emotivi, una capacità di vivere con il parente, oltre che con il malato, una capacità di apprendere e di educarsi in continuazione. Il religioso, in un simile Ospedale, non può più tirare avanti alla meglio: o cambia, evolvendosi, o rimane schiacciato da attività che non sa svolgere se non in modo stereotipato.

2) *L'Ospedale umanizzato ha una mappa del potere ben precisa, trasparente a tutti i livelli, religiosi compresi.*

In questo Ospedale il potere è ritenuto un processo particolarmente importante per garantire efficacia, efficienza, soddisfazione dei bisogni del malato. La comunità religiosa, in un Ospedale che vuole umanizzarsi, si dà regole circa la struttura e la finalità dei centri di potere, nella convinzione che il potere è di tutti, anche del malato, e non solo dei vari operatori...

Il potere, usato in modo occulto, o in modi non corrispondenti alle esigenze di ruolo, diventa minaccioso e improduttivo.

Il religioso, quando è in Ospedale, è il primo a rispettare le regole del gioco, non usa mai il suo abito per arrogarsi poteri diversi da quelli stabiliti. Il religioso, con un comportamento rispettoso del proprio e dell'altrui potere, comunica a tutti gli operatori che senza una forte disciplina dei ruoli e dei mezzi, l'Ospedale non può funzionare in modo adeguato. Il potere di un religioso in un Ospedale umanizzato è quel lo di *fare bene* il proprio lavoro, e di sostenere l'autonomia, l'assunzione del potere delegato da parte di tutti gli operatori.

La *fiducia* negli operatori laici caratterizza il religioso ospedaliero umanizzante: egli vede nei collaboratori delle persone che possono diventare umanizzanti a loro volta; pertanto li sostiene e non li vive come competitori, come quelli che stanno «dall'altra parte». Il religioso nell'Ospedale umanizzato ed umanizzante non copre ruoli se non possiede la capacità adeguata, e non intralcia il laico nell'assunzione di ruoli anche di grande responsabilità.

La chiarezza dei ruoli favorisce soluzioni tempestive nei casi di sovrapposizioni di comportamento, di *by-pass*, di invasione di campo. In questo modo, la mappa del potere, chiaramente modellata secondo le effettive necessità, rappresenta un efficace mezzo per lavorare in modo organizzato e convergente, in una atmosfera di lucidità, di responsabilità e di valorizzazione dei ruoli di tutti.

3) *L'Ospedale umanizzato crede nel lavoro di gruppo.* Una caratteristica dell'Ospedale umanizzato è rappresentata dal lavoro di gruppo. Dal Priore all'infermiere, dal medico all'am-

ministrativo, tutti gli operatori utilizzano questa tecnica per rendere sempre più ricca l'attività, e per mantenere elevata la propria prestazione professionale. Nell'Ospedale umanizzato non si temono le riunioni di gruppo né il lavoro di équipe, anzi si fa tutto per favorirli, per migliorarli.

Nel gruppo non ci si ritrova per diluire responsabilità o per perdere tempo, ma per effettuare uno scambio di esperienze, per arricchirsi, per prendere decisioni più sagge.

Il Priore, in un Ospedale umanizzato, non ha paura di ascoltare opinioni che contrastino con il suo punto di vista, ne ha paura di «perdere la faccia» se nel gruppo emergono indicazioni operative migliori di quelle da lui sostenute. Il Priore e la Comunità di un Ospedale umanizzato credono negli uomini che lavorano sotto lo stesso tetto, e fanno di tutto per aumentare la confidenza, lo spirito di collaborazione, il lavoro in comune. Pertanto un Ospedale umanizzato disporrà di molte sale di riunione, di ambienti attrezzati appositamente per il personale, di luoghi di svago, lettura, di incontro, per creare il gusto di comunicare, di camminare assieme, di sostenersi a vicenda, nel convincimento che tutti gli operatori, assieme, sono umanizzanti. Perché il religioso non ha il monopolio della umanizzazione, ma al massimo favorisce delle iniziative che aumentano il potenziale terapeutico dell'Ospedale.

#### *4) Nell'Ospedale umanizzato c'è Formazione Permanente.*

Tale formazione interessa tutti i collaboratori, in particolare i religiosi. Non si entra nei tempi nuovi senza Formazione Permanente. Non si crea un Ospedale umanizzato se la Formazione Permanente non garantisce a tutti, operatori e religiosi, un costante punto di riferimento per mantenersi non solo aggiornati, ma anche pronti, *sempre pronti all'appuntamento col malato*, con i colleghi, con i fratelli. L'usura indotta da una struttura come l'Ospedale è altissima: secondo alcuni esperti, senza Formazione Permanente l'obsolescenza tecnica ed umana colpisce il 90 per cento degli operatori nel giro di 5 anni.

Non è mia intenzione approfondire qui i modelli di «Formazione Permanente» a nostra disposizione nei singoli Paesi. Ogni

Ospedale dovrà fare riferimento al proprio, mantenendosi però in collegamento con quelle Opere dell'Ordine dove la Formazione Permanente è stata già, e positivamente, introdotta.

Quello che mi preme dire è che tutti, giovani e vecchi, siamo in divenire, e tutti, nel rispetto dei ritmi e dei tempi personali, possiamo fare qualcosa per rallentare il nostro invecchiamento umano, professionale e religioso.

Per noi religiosi, chiamati a stare al fianco di persone malate, è determinante non entrare in «routine», rimanere freschi anche a 90 anni. Se noi non ci preoccupiamo di rimanere attenti e premurosi, veniamo meno al nostro compito.

Ebbene, oggi scienza e tecnica ci possono aiutare anche a *imparare*, a impedire la sclerosi culturale e relazionale.

La Formazione Permanente all'inizio ci metterà non poco in difficoltà, ma nel tempo ci renderà più umani, più pronti, più cristiani.

5) *L'Ospedale Umanizzato è una casa familiare*: è una Comunità che affronta con serietà il dolore, che non teme la sconfitta, che produce ed induce nelle persone la speranza. È il fulcro intorno al quale ruota la vita professionale, affettiva, intellettuale degli operatori, dei malati, dei parenti. L'ospedale Umanizzato è la *domus* nella quale l'uomo si trova come a casa sua, accettato così come è, compreso ed aiutato nei suoi fondamentali bisogni.

*Nell'antica prefazione* alla vita di S. Giovanni di Dio è detto che nel nostro Ordine gli ammalati non devono trovare solo una casa (*domum*), ma un *hospitium pietatis*, una casa di amore misericordioso. Se nel nostro Ospedale i malati trovano solo una casa, qualcosa da mangiare e delle terapie, ma non trovano l'amore misericordioso, rimangono estranei, stranieri, forestieri all'amore umano, alla fratellanza e al messaggio cristiano.

Quando alcuni religiosi mi dicono che non c'è più nulla da fare negli ospedali cosiddetti moderni, io rispondo: «Il giorno in cui avrete garantito ai malati non solo la casa ma anche un *hospitium pietatis*, allora lasciate pure l'Ospedale. Andate altrove, ad evangelizzare. Ma son sicuro che non basterà la no-

stra vita per trasformare le nostre Opere in *hospitium pietatis*. Non basterà la nostra vita né quella dei nostri confratelli delle prossime generazioni. «*Hospes eram, et collegistis me*», «Ero forestiero e mi avete ospitato». Ma se noi ci limitiamo a fornire solo tecnica, solo albergo, ma non l'amore misericordioso, noi non avremo ospitato né l'uomo, né Cristo.

Ma, cari fratelli, come facciamo a garantire al malato l'*hospitium pietatis* se non ci colleghiamo, se non sosteniamo l'*altro prossimo che, nell'Ospedale, è il nostro collaboratore*? Come possiamo garantire benessere (biologico, psicologico, sociale, spirituale) se non amiamo noi stessi e non amiamo i nostri collaboratori? Come possiamo mantenere elevata la *terapeuticità* e l'umanità dell'Ospedale se noi lottiamo continuamente col personale, se lo sottomettiamo, o se lo ignoriamo nei suoi bisogni di realizzazione, di crescita? Noi abbiamo bisogno della collaborazione, della umanità dei collaboratori. E chi, se non il religioso, deve saper offrire loro quella assistenza, quell'aiuto perché curino meglio i nostri malati? Il collaboratore non è solo un professionista, è un uomo con una sua personalità, e non raramente ci supera in umanità, in spiritualità. E noi invece di utilizzare queste presenze come occasione per un arricchimento spirituale, rifiutiamo l'incontro: a volte isoliamo proprio le persone più valide, per questa paura di ammettere la nostra ignoranza. Uomo maturo è colui che ammette la propria ignoranza, e solo chi è forte ammette le proprie debolezze.

Quante volte nei miei contatti con i religiosi ho udito parlare di problemi, di conflitti con questo e con quell'operatore laico; ma quanto poco ho sentito parlare del malato e della voglia di fare sempre meglio per lui!

Essere col malato è il primo nostro compito per realizzare la nostra missione. È *personalizzare* tutti gli eventi significativi. È scrivere nel nostro cuore, prima che sulla carta, quali sono i diritti fondamentali del malato. È medicale, oltre che umano, l'atto di comprensione, di personalizzazione del rapporto paziente-operatore. Il mondo dei bisogni del malato è stato troppo poco esplorato nelle nostre Comunità, nei nostri Ospedali.

Il secondo compito fondamentale del religioso è quello di offrire strutture e persone efficienti, umanizzanti. Quanto tempo dedichiamo all'assistenza dei nostri collaboratori perché si formino in continuazione, perché vivano in condizione di «salute» la loro attività? Il prossimo è quindi anche il nostro collaboratore: a lui dobbiamo offrire attenzione, ascolto, stimolo, esempio, amore e sostegno. A lui dobbiamo guardare come al nostro fratello che collabora con noi all'opera di reintegrazione dell'uomo. Non è necessario che il laico sia credente o si dichiari tale. È sufficiente che rispetti la nostra missione in concreto e si allei con noi prima di tutto per garantire al malato il diritto alla salute e al rispetto. E se noi saremo esemplari nell'attenzione verso di lui e verso il malato, se il nostro stile di vita sarà veramente cristiano, il collaboratore non potrà non adottare comportamenti sempre più vicini alla nostra etica. Talvolta, diffidenza e ostilità non ci verranno risparmiate. Ma forse che il cristiano ha scelto di essere esente da incomprensioni? O ha dimenticato che la sua missione porta scompiglio, scomodità, contraddizione?

Alla nostra *personale umanizzazione e conversione* si aggiunga la ricerca di un rapporto adulto, cordiale, amorevole con i nostri collaboratori. Se essi sono considerati come intrusi o come estranei, noi dobbiamo correre ai ripari, per orientarli verso il centro del nostro operare quotidiano: la salute dei nostri malati.

### *L'Umanizzazione dell'Ospedale: atto di giustizia o di carità?*

Il samaritano è portato da Gesù come esempio di amore e di carità per il prossimo.

L'atto del samaritano è un atto di *Humanitas* e corrisponde ad un impegno filantropico, ma non è solo quello. Il samaritano fa tutto gratuitamente, secondo un certo spirito, non mosso da leggi. Tutti i grandi santi, impegnati in opere sociali, reggendosi su grandi principi spirituali, morali e cristiani – quelli di cui l'umanità ha ed avrà sempre bisogno per non ripercorrere all'indietro il cammino verso la giungla – *non hanno aspettato* che il diritto sancisse di riconoscere e di rispettare l'uomo,

ma l'hanno anticipato con la carità, col cuore. S. Giovanni di Dio, con la sua carità e pietà, non solo ha colmato i vuoti spaventosi creati dalle Nazioni impegnate più che altro a farsi la guerra, ma ha stimolato gli Stati ad occuparsi della salute e della povertà dell'uomo.

La carità precede sempre la giustizia e la orienta.

Essa sfugge alla regolamentazione, richiede un atteggiamento interiore, non solo un comportamento esteriore, è gratuita, agisce non con l'odio verso i privilegiati ma con l'amore per i diseredati.

Il samaritano ha agito per amore dell'uomo che scendeva da Gerusalemme, non visto da alcuno, in modo disinteressato. L'amore non si può comprare o vendere: è una delle qualità incorruttibili.

Oggi gli Stati si danno da fare per provvedere alla salute dell'uomo. Ciò nonostante ogni Paese, malgrado gli enormi progressi scientifici, economici, organizzativi, tecnici, lamenta che l'attenzione delle opere sanitarie si sposti spesso dal centro della situazione, che è *l'uomo*, alla periferia, vale a dire, alla parte fisica, biologica dell'uomo. Oggi l'antica *pietas*, l'antico rapporto amichevole tra ospitante ed ospitato è in crisi, e viene nostalgicamente invocato da tutte le parti. È paradossale, ma vero, che oggi, mentre si curano meglio le malattie, ci si cura meno dell'uomo.

Non solo, ma la società suscita nuove malattie, nuove dipendenze (dalla droga, dagli oggetti, dai farmaci, ecc.).

E accade un fatto strano. Mentre le conquiste tecniche si accumulano nei secoli e il sapere si somma, il comportamento umano è sempre in gioco. Il bene e il male che l'uomo produce non dipendono solo dal bene o dal male delle generazioni precedenti, ma dipendono soprattutto dalla buona o dalla cattiva volontà dell'uomo. La verità, la libertà, l'amore, la capacità al bene non vengono ereditati: sono sempre conquiste personali.

Per questo le opere risultano sempre imperfette di fronte all'ideale. E poiché l'amore non ha mai fine, non possiamo pretendere di superare il comandamento dell'amore, ma dobbiamo indirizzarci costantemente nella sua direzione.

Parlando di Umanizzazione non ci si può limitare a dire semplicemente che accanto alla nostra Ospitalità dobbiamo inserire l'amore, l'*Humanitas*: dobbiamo ricordare che *la nostra ospitalità* è volta ad accogliere chi è afflitto da tribolazioni, oltre che da mancanza di cibo e di farmaci; che l'Umanizzazione ha la sua collocazione più autentica nel carisma della ospitalità, e quindi rientra in quel di più, o meglio di quel *qualcosa d'altro* per cui il nostro Ospedale deve essere non solo una clinica, un albergo, un ufficio, ma un luogo caldo di «affetto» e dove il malato vede soddisfatte le sue esigenze morali, spirituali, soprannaturali, oltre che psicologiche e sociali.

Nelle nostre opere – spesso finanziate da leggi civili, per cui l'assistenza corporale e tecnica è assicurata – commettiamo un gravissimo peccato se ci limitiamo solo a custodire il malato (funzione carceraria) o a garantirgli una buona efficienza (funzione aziendale). È il peccato verso la giustizia e verso la carità.

Il nostro compito è garantire giustizia al malato con un trattamento ricco di competenze. Ma è anche nostro compito, al di fuori delle leggi umane, rispettare il sacro diritto che ha l'uomo che soffre di ottenere rispetto, dedizione, amore, comprensione, trasparenza, solidarietà. *È per l'uomo che dobbiamo infiammarci* e non per mantenere potere o conquistare diplomi: a volte ci scaldiamo per le cose e ci raffreddiamo per l'uomo. Non dobbiamo dare solo il pane, ma anche la nostra persona. Al quesito se l'Umanizzazione sia un atto di giustizia o di carità, risponderei subito: oggi è l'uno e l'altro. È di giustizia, perché rispettiamo così il diritto dell'uomo sancito dalle leggi umane; è di carità, perché rispettiamo un bisogno, quello di attenzione, che nessuna legge può regolare ed imporre. La carità, l'amore caritatevole, deve sopperire ancor più laddove il diritto umano non è ancora arrivato a proteggere l'uomo nei suoi bisogni e segnare la strada, indicare e favorire l'avvento della giustizia. Così la carità diventa strumento di giustizia molto più efficace di qualsiasi riforma o rivoluzione sociale.

Il comandamento dell'amore per Dio e per gli uomini sensibilizza l'uomo, l'orienta verso la giustizia. S. Giovanni di Dio, infatti, seguendo alla lettera l'insegnamento di Paolo secondo il qua-



le le buone opere e l'osservanza delle leggi non bastano, non ha aspettato l'avvento della giustizia sociale, che il cristiano deve desiderare e realizzare: «la carità... non gode della ingiustizia».

La nostra rivoluzione, quella di seguaci di Gesù, è una rivoluzione del cuore, l'opzione per i poveri, gli emarginati, i sofferenti è, come dice Giovanni Paolo II, da interpretare alla luce del Vangelo: «senza cedere al radicalismo sociopolitico che, presto o tardi, si dimostra inopportuno, produce effetti contrari a quelli desiderati e genera nuove forme di oppressione».

Cari fratelli, quanta ingiustizia noi vediamo nelle opere del Terzo Mondo, dell'America Latina! A volte ci sembra di fare poco, di essere limitati nel nostro apostolato, e sentiamo l'esigenza di modificare lo stato delle cose in modo più diretto e forte, per non dire violento, perché assistiamo alla violenza dell'uomo sull'uomo, perpetrata da secoli.

In quei Paesi la tentazione di unirsi ai poveri per combattere i ricchi, gli ingiusti, è molto forte. Quest'ansia di cambiamento non è negativa, anzi. Manteniamola viva; ma non dimentichiamoci mai che noi, quando ci siamo consacrati a Dio e all'uomo, abbiamo scelto di combattere il male col bene, di testimoniare e di comunicare ai nostri malati, a quelli che si avvicinano a noi, che *l'uomo è sacro*, che l'uomo è il valore; che l'uomo deve diventare libero, vero, amorevole. Se noi diamo alle persone che soffrono per le ingiustizie più gravi il senso della loro dignità, dei loro diritti di uomini, della loro sacralità, allora il povero, l'oppresso, diventerà ricco dentro, non accetterà più alcuna oppressione e a lungo andare diventerà protagonista della propria autentica liberazione. Infatti l'autentica liberazione non si può delegare agli altri. Noi siamo già rivoluzionari quando, con amore e per amore, facciamo brillare, nell'uomo che raggiungiamo tramite le nostre Opere, la luce della sacralità dell'uomo. Gesù non fece rivoluzioni contro la schiavitù, non fece crociate militari. Ma la schiavitù ricevette dall'apparente «inattività» dei primi cristiani il più violento colpo nella storia dell'uomo.

La crociata, in quei Paesi ad elevata ingiustizia sociale, la facciamo con la nostra azione di carità che non deve sopperire e ritardare il processo di giustizia, ma anticiparlo, precorrerlo,

stimolarlo. *Un uomo povero e debole, trattato da uomo, esigerà di essere trattato da uomo.* Un uomo povero, trattato da piccolo, è un uomo violentato dal sadismo che ci può accompagnare sottilmente nella brama di aiutare i più poveri. Infatti, quale sottile piacere è quello di aiutare i poveri, il terzo mondo, per sentirci forti sulla debolezza ed ignoranza altrui! Sì, il vero sadismo sta nel ritenere gli altri tanto deboli, tanto piccoli da non potersi difendere o da non imparare mai a difendersi. Così facendo rendiamo gli altri schiavi della nostra potenza e bontà. Noi li asserviamo o quanto meno non li aiutiamo ad esercitare la propria capacità, la propria grandezza.

In questa riduzione degli altri, apparentemente mascherata da benevolenza, noi realizziamo il nostro bisogno di potenza. Mentre è nostro compito innalzare l'uomo, sollevarlo in alto, dirgli che è suo diritto-dovere *restare* in alto, guardare ad ogni uomo senza sentirsi inferiore a nessuno.

Noi dobbiamo essere profeti e, se necessario, martiri come il nostro Santo; non combattenti armati. La nostra vita deve indicare in quei Paesi – e non solo in quelli – il senso da dare all'esistenza.

Questo il programma ispiratoci da Giovanni di Dio che non uccise i potenti ingiusti di allora, che non fece crociate dopo la sua conversione – che non lottò con odio, ma realizzò – con l'aiuto dei suoi successori – la salvezza fisica e morale di milioni di persone e obbligò i potenti a ritenere giusto e sacrosanto il diritto di tutti alla salute, ricchi o poveri che fossero.

Per questo nostro comportamento, per questa convinzione che deve trasfigurare noi e le nostre opere, per questo nostro Ordine, che si muove sulle orme del samaritano, vorremmo che tutti i nostri pazienti potessero dire le parole di Ezechia, salvato dalla morte: «Ecco, ritorna in vita lo spirito mio... Ecco il male mutarsi in salute: la vita, o Dio, tu mi hai preservato, e mi hai strappato dall'aspra rovina» (Isaia 38,15). Che lo dicano, anche se per un disegno superiore non avranno ottenuto la salute corporale; che lo dicano ugualmente, perché comunque curati dai Fatebenefratelli: per la serenità spirituale che avranno ricevuto, oltre all'assistenza, dalla nostra partecipazione alla loro sorte.

## 2. UNA NUOVA PRESENZA DEL RELIGIOSO

In queste ultime righe vorrei comunicarvi il mio pensiero circa le strade da percorrere per realizzare il nostro carisma dell'Ospitalità.

Nella linea di tale carisma ho cercato di mostrarvi quanto spazio noi tralasciamo di occupare in termini di relazione col malato, con gli operatori, coi parenti, con i laici, con noi stessi.

L'area che appartiene all'uomo, ma che non viene presa in considerazione dalla medicina, è enorme. I problemi morali e spirituali della vita non vengono presi in carico da nessuno, anche se essi a volte, contribuiscono a determinare la malattia, la sofferenza fisica e possono ritardare il processo di guarigione.

Nelle opere dell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio può esserci spazio e sensibilità per tali problemi della vita, e persino per quelli connessi alla morte del malato. Anche questo della morte è un tema appassionante che sta cambiando l'Ospedale, e che dovrebbe vederci tanto impegnati.

La società fortemente industrializzata risponde ad alcuni bisogni dell'uomo, ma crea nel contempo nuove categorie di emarginati. In particolare – e qui siamo chiamati in causa noi Religiosi ospedalieri – il malato è esposto alla emarginazione perché la comprensione e l'amore non sono merce corrente nella società industrializzata.

Ma per dare comprensione e amore al sofferente è necessario credere, non aver paura di amare, di essere amati e persino di essere incompresi, bisogna essere creativi. Senza creatività non si ama, non si può amare! È una verità che dobbiamo ripeterci tutta la vita.

Non c'è vera salute, vero benessere se un uomo malato non può disporre di relazioni personali significative, ricche di empatia e di amore. Ma non c'è amore *se noi religiosi ci emarginiamo, se la nostra Comunità è emarginata*, se i nostri collaboratori sono emarginati magari da noi stessi. Noi siamo ai margini quando non crediamo più nella forza della carità, cioè non crediamo più nel Vangelo, nel Fondatore, in noi stessi.

Nella società di oggi disumanizzata, i nostri Ospedali non raggiungono l'obiettivo di offrire *Humanitas* al malato, non perché mancano i mezzi, ma perché *troppi ideali sono soffocati in noi religiosi*, oltre che nei cristiani in generale.

Bisogna restare nella storia mettendo in luce i nostri ideali, che non tramonteranno mai. Bisogna stare nella storia riempiendoci di umanità, partecipare alle speranze e alle delusioni dell'uomo. Il mondo ha avuto e avrà sempre bisogno di religiosi, ma di religiosi non emarginati, non spaventati, non riottosi ai cambiamenti, non passivi, *perché ricchi di quella libertà che viene dalla fede*, una libertà che non leghi ad un ruolo, ma dia la capacità di una presenza profetica, ci consente di «stupirci» davanti all'uomo, alla vita. Dice un grande scienziato che chi non è più in grado di provare stupore né sorpresa è per così dire morto: i suoi occhi sono spenti.

Cari Confratelli, quanto è vera questa intuizione! Come è vero che noi siamo disumanizzanti quando ci identifichiamo totalmente nel ruolo e quando diventiamo assuefatti alle persone, al malato, ai collaboratori, alla Chiesa locale. Il religioso è disumanizzante quando è legato ad un ruolo; ognuno di noi ha corso e corre questo rischio mortale. Invece di svolgere mansioni operative in vista di un rapporto migliore, più autentico col malato e con gli operatori, ci serviamo del ruolo per nascondere la nostra personalità non piccola, ma schiacciata, messa da parte. *Legarsi al ruolo vuol dire diventare prigionieri, cattivi (captivus, dal latino)*.

Quanti religiosi hanno lottato per difendere questo o quel ruolo invece di espandere la loro persona, per dilatarla, così da offrire al malato anche una prestazione di umanità, di attenzione, di amore. Quanti religiosi si sentono morire perché han-

no dovuto lasciare una funzione operativa! Si vede che non hanno trovato il vero posto che è quello di stare al servizio dell'uomo e non a servizio del potere, del compito, dell'autorità.

Non stanchiamoci mai di ripeterci che il malato *ha sì bisogno di ruoli competenti, ma da noi si aspetta soprattutto la presenza viva*, piena di speranza anche e soprattutto nei casi di inguaribilità. Chi viene nei nostri Ospedali e non trova umanità è vittima di un tradimento.

Noi siamo spenti e traditori quando, entrando in reparto la mattina, parliamo di malati in termini quantitativi: cioè quando diciamo che abbiamo tot malati, che ne sono usciti un dato numero, che ne è entrato uno nuovo, che dobbiamo fare tante medicazioni.

A questo punto dobbiamo avere il coraggio di non entrare più in reparto: siamo diventati dei robot. Non ci commuoviamo più, non abbiamo più la capacità di gioire, di scherzare, di identificarci col malato. Siamo assuefatti, abbiamo perso la parte più bella di noi, *la nostra persona, il nostro sentire*. E magari pensiamo di aver raggiunto un alto grado di maturazione personale-professionale perché siamo indifferenti a tutto, anche alla morte, e pretendiamo che i malati non facciano troppi capricci, non esigano da noi più tanto, non si considerino unici, diversi, particolari. E quando il reparto esige che tutti siamo uguali, senza renderci conto abbiamo instaurato la dittatura più spietata e sottile. Sì, perché il dittatore – noto o sconosciuto, grande o piccolo – è convinto che gli altri siano tutti bisognosi delle stesse cose, per cui, avutele, non debbano pretendere altro.

Il malato – pensiamo – ha un letto, medici, medicine, cibi, di cosa si lamenta? Certo soffre, ma la sofferenza la sopporti... Sapesse quanta ne dobbiamo sopportare noi!

Quanta sofferenza noi distribuiamo quando siamo assuefatti al malato, quando abbiamo gli occhi spenti! È normale che i religiosi legati al ruolo e assuefatti, si chiedano se ha ancora senso restare nelle nostre Opere o non sia meglio andare verso altre forme di apostolato per meglio realizzarsi. A parte il fatto che *la nostra casa, l'Opera siamo noi*, si diventa santi solo

cambiando la nostra vita, non la nazionalità o i pazienti: se siamo in Ospedale per «lottare con Dio contro il male» (Teilhard de Chardin), dobbiamo lottare contro il male ovunque esso si trovi e qualunque esso sia: fisico, psichico, morale, esistenziale, spirituale. E se i nostri collaboratori sono carenti, noi dobbiamo lottare perché allarghino ed approfondiscano le aree in questione. Il vero male sta nel non lottare per migliorare noi stessi, la nostra Comunità: solo così l'organizzazione del lavoro, l'efficienza e l'efficacia delle nostre Opere miglioreranno.

Il religioso Fatebenefratello esercita la sua ospitalità quando – e questo è suo compito – mette struttura e collaboratori nelle condizioni di offrire il meglio di umanità, di tecnica, di spazi.

Il rinnovamento, che ci vede tutti impegnati, deve portarci a questo profondo cambiamento che riguarda soprattutto il nostro cuore. «Voi valete quanto vale il vostro cuore». È una affermazione del Papa fatta in occasione del viaggio a Parigi. «Tutta la storia dell'umanità è storia del bisogno di amore e di essere amati». Quanto valiamo noi? Non è possibile affermare che tutti noi dobbiamo insistere per *rieducare il nostro cuore*. Non illudiamoci, come uno sguardo superficiale al mondo giovanile potrebbe far credere, che l'uomo abbia imparato ad amare, e che il cuore abbia vinto sull'egoismo, sul potere, sul freddo calcolo.

Quanta violenza, tanto più grave quanto più raffinata: quanta emarginazione, quante malattie sociali, quanti milioni di morti di fame perché il cuore non ha vinto! Il nostro cuore, che ha paura di amare, ha bisogno di una lunga rieducazione perché non è più abituato: ha paura di Dio. Ha paura di avere l'attenzione verso l'altro, verso il prossimo. Avere un cuore dedicato all'amore è un dono di Dio e un'impresa che spetta a chi, come noi, è consacrato all'amore serviente. È un'impresa, come ho detto, rischiosa e molto lunga: non si ama una persona senza amare sé stessi, e non si può amare sé stessi senza amare gli altri. Il nostro cuore può essere protetto da un guscio più o meno spesso ma noi dobbiamo uscirne, se vogliamo direi cristiani e se vogliamo servire veramente il malato.

«Vi toglierò il vostro cuore di pietra e vi darò un cuore di carne» diceva il profeta Ezechiele. Solo Dio può toglierci il cuore di pietra, ma a condizione che noi lo vogliamo. Pensate: possiamo dire di no a Dio.

Se noi diciamo di sì, dobbiamo educarci ed avere sempre un cuore nuovo, giovane: un cuore che sia il centro della vita spirituale. Un religioso, un confratello, si educa se educa il cuore prima di tutto. Siamo o non siamo convinti che in Ospedale noi siamo esposti alla *assuefazione e pietrificazione del cuore*? Cosa e come fare per evitare il mostro dell'abitudine? Un religioso che si rinnova per essere umanizzante, e quindi veramente ospitale, si ferma a riflettere, da solo o con la comunità, con gli amici e con i collaboratori sul perché della pietrificazione. Si rivolge a Dio, a San Giovanni di Dio, ad altri religiosi: frequenta corsi, si dedica ad attività permanenti, a impegni di lettura e di scambio; fa vacanze intelligenti, cerca di cogliere il senso delle opere in via di Umanizzazione (all'interno e all'esterno dell'Ordine); impara ad ascoltare il malato, tende le orecchie a lui oltre che prestare attenzione alle scienze umane.

La pienezza di umanità diventa sede della divinità: in analogia alla persona di Cristo.

Per "amare se stessi" bisogna uscire dalle more del narcisismo egoistico, o del masochismo spirituale (che è un altro aspetto del narcisismo); bisogna progettare di divenire persona con l'aiuto nostro, degli altri e di Dio.

Da soli dobbiamo prendere la decisione di diventare persone e non pallide figure anacronistiche. Diventare persone vuol dire considerare i nostri desideri, i nostri sogni, ammettere la nostra grandezza ed i nostri limiti reali.

*E avere una sola paura: quella di fare il male.*

Ogni uomo ha il diritto-dovere di divenire persona, con un cuore di Carne ed una passione per il prossimo.

Ciò non ha nulla a che vedere con il sentimentalismo. A qualunque età noi possiamo riprendere il cammino per essere riconosciuti e per riconoscerci. Al di là della paura e della colpa, ma nella accettazione dei rischi e delle responsabilità, il religioso che si rinnova ha davanti a sé un progetto entusia-

smante: la sua crescita, la sua espansione di cuore e di intelligenza, che si manifesterà, senza tante parole, senza rumore, senza imporsi ad alcuno. Il prossimo, il malato soprattutto, coglierà in pieno l'avvenuta mutazione. Dentro il suo cuore avverrà quel tumulto che lo porterà a manifestarsi, a chiedere, a gustare la nostra presenza.

Il religioso che non percorre un cammino interiore potrà costruire le opere più belle, potrà avere posti di responsabilità, *ma avendo evitato la faticosa salita* verso la propria Umanizzazione non potrà ottenere quella visione, quegli orizzonti che solo l'ascesa alla fine gli potrà concedere.

Questi orizzonti non potrà descriverli al malato, al prossimo, perché lui per primo non li ha mai veduti. La prima grande impresa del religioso è divenire uomo, persona. La nostra missione, che è quella di allargare la nostra *domus* ai bisogni dell'uomo, passa inequivocabilmente attraverso l'allargamento – per mezzo della educazione e della esperienza – del nostro cuore, del nostro essere, oltre che del nostro sapere.

Così abbiamo, fratelli, la certezza di vivere la nostra fede. Perché «credemmo all'amore» (I Gv, 4).

Un religioso in professione sanitaria quando si pone di fronte alla sofferenza, quando cerca di disperdere le angosce e di assicurare basi più solide alla vita fisica e psichica, diviene, grazie alla sua competenza e consapevolezza, lo strumento dello Spirito: continua l'azione evangelica di Gesù che passava «facendo del bene» e guarendo.

Non è dunque una questione di efficacia maggiore o di attività nuova, ma di un nuovo titolo di presenza nella fede. Tutto, qui, è infatti questione di fede per il significato nuovo che questa fede attribuisce ai comportamenti umani. Fuori della fede, anche attività professionali più altruiste, più caratterizzate dal dono di sé compiute da un religioso non si distinguono da identiche attività che altri, anche increduli, possono compiere. Ci sono infatti atei che consumano le loro energie al servizio dei malati, sacrificano persino la vita a difesa dei più poveri, corrono tutti i rischi per il trionfo dei diritti dell'uomo. I religiosi hanno questo particolare: da una parte ricollegano le loro azio-



ni al mistero di Cristo Gesù nel cui nome essi le compiono; dall'altra le collocano nella prospettiva del regno di Dio, la cui pienezza deve venire oltre la nostra terrena. Ed è la fede che ispira questo comportamento.

Se la fede ha tale importanza per la «sequela di Cristo», è vitale garantirne il vigore. Tradizionalmente questo compito spetta alla comunità come tale. Prima di essere comunità di condivisione dei beni e dei carismi, la fraternità religiosa è comunità di fede. È un fatto un po' dimenticato nelle discussioni sulla vita di gruppo.

Sottolineavamo prima che il mondo sanitario si pone al crocevia dell'incredulità, che il dubbio può corrodere la fede delle religiose e dei religiosi impegnati in tale mondo. Possiamo ora aggiungere che costoro non sono in grado di resistere se non si dà loro l'opportunità di luoghi in cui testimoniare la propria fede e nutrirla, in una maniera non pietista. Se c'è una parte della Chiesa che ha più che mai bisogno di scrutare la fede con l'intelligenza e non solamente con il sentimento, questo è proprio l'insieme di coloro che il lavoro mette a contatto diretto con la vita, la malattia e la morte. È in causa, l'abbiamo visto, la fedeltà della Chiesa al cammino di Gesù.

Misteriosamente associati alla lotta di Dio contro la morte e in difesa della vita, questi cristiani riscoprono la presenza del suo amore in un cuore umano e in gesti umani (quelli di Gesù) nella compassione per l'uomo da cui germina il Vangelo. Bisogna naturalmente, che essi ci credano. E davvero.

«L'uomo è chiamato a soffrire con Dio delle sofferenze che il mondo infligge a Dio... Ecco la *metanoia*: non pensare prima di tutto di lasciarsi portare nella vita di Gesù Cristo, nell'evento messianico (...). Quando si è rinunciato completamente a diventare qualcuno..., allora ci si mette pienamente nelle mani di DIO, si prendono sul serio non le proprie sofferenze, ma quelle di Dio nel mondo; si veglia con Cristo nel Getsemani: questa è, io penso, la fede, la *metanoia*; è così che si diventa un uomo, un cristiano» (D. Bonhoeffer, *Resistenza e resa*).

È così che si vive in verità il «*sono io sulla strada del mio vangelo*».

### 3. LA NUOVA ALLEANZA CON IL MALATO

Questo intervento sulla Umanizzazione aveva lo scopo principale di richiamare il religioso ad un suo preciso compito: quello di affrontare coraggiosamente il cambiamento personale, professionale e delle strutture *per ricostruire una nuova alleanza con l'uomo che soffre*.

Permettetemi di ripetere due cose:

1) che sono necessarie profonde modificazioni al nostro interno, nella Comunità;

2) che l'Umanizzazione nell'Ospedale è un atto di carità, di giustizia, un atto dovuto al malato di oggi, ricco o povero che sia. Se noi impariamo ogni giorno a restare dalla parte del malato, dalla parte dell'uomo in carne ed ossa (al di là delle numerose figure professionali che possono orbitargli intorno), l'Ospedale diventa una grande Comunità ospitante nel vero senso della parola.

Umanizzare l'Ospedale comporta la modificazione delle strutture, certo. Soprattutto comporta la modificazione del nostro rapporto con gli operatori, con i parenti, ed infine col malato.

Noi dobbiamo imparare ad *assumere la nostra umanità per offrirla al malato* e ad *identificare la nostra disumanità per contenerla*, per diminuirla, con l'aiuto di una vita di preghiera, di studio, di formazione permanente che, ripeto, contempra non solo il nostro sapere ma anche il nostro essere.

Il nostro punto focale è quello di tentare con determinazione di rapportarci in modo nuovo al malato, in modo da *metterlo al centro* dell'Ospedale e della attenzione di tutti gli operatori. Può sembrare poca cosa affermare e sostenere nella pratica la

centralità del malato, ma sono sicuro che in molti nostri Ospedali questa centralità è offuscata. Ebbene, se questa diagnosi fosse confermata, noi non potremmo dormire tranquilli fino a che il malato *non tornasse al suo posto*, a quel posto che S. Giovanni di Dio ha ben identificato. E noi, suoi seguaci, coraggiosamente, *pronti anche a trasgredire vecchie abitudini, comportamenti non più orientati*, possiamo, dobbiamo ogni giorno *rinnovare la nostra antica alleanza con l'uomo* che si rivolge a noi, ben sapendo che da noi può ricevere quella collocazione centrale che altrove difficilmente troverebbe.

L'Umanizzazione dell'Ospedale non è possibile al di fuori della nostra Umanizzazione. Non esiste ancora in commercio il farmaco che possa umanizzare l'Ospedale! Se è vero che l'Ospedale umanizzato è un Ospedale diverso, radicalmente diverso in quanto a comunicazioni, potere, stile di decisione, vita affettiva, ecc... è altrettanto vero che per divenire diverso, ha bisogno di uomini a loro volta cambiati. Ha bisogno in particolare di religiosi maturi, o che si impegnino a diventarlo, e di una comunità ricca, sempre pronta alla crescita umana, spirituale.

Come diventare più maturi dal punto di vista affettivo, visto che senza questa crescita in umanità, in stabilità, in affettività, noi non possiamo diventare più umani e più umanizzanti?

Convinti che *non esiste una strada praticabile per tutti*, è certo che a questa domanda dobbiamo dare una o più risposte, prima o poi, se vogliamo entrare in un'area, quella della nostra Umanizzazione, che ci sta tanto a cuore e che è tanto importante per il malato, per l'Ospedale, per la vita di relazione con tutti gli operatori e con il mondo esterno.

A mio avviso una possibilità è quella di spalancarci il più ampiamente possibile sul mondo, verso i laici che vivono con noi, in Ospedale, sulle loro famiglie, senza sostituire mai, con queste amicizie, la nostra fondamentale amicizia con noi stessi, con la Comunità, con Dio.

Apriamoci anche agli altri Ordini Religiosi, ai nostri familiari, al malato senza usare e senza lasciarci usare se non per i fini per i quali dedichiamo la nostra vita. *Amare il prossimo, il vicino a noi e lasciarsi amare*, questo può essere un esercizio,

meno facile di quanto possa sembrare a prima vista, ma indispensabile se vogliamo crescere in umanità.

«I cristiani impegnati negli ambienti sanitari, specialmente i religiosi e le religiose, si pongono così tra gli agenti principali del Vangelo. Sono a titolo particolare coloro che mantengono la Chiesa di Dio in costante armonia con il cammino evangelizzatore iniziato in Gesù e perpetuato dalla comunità apostolica primitiva. Grazie a loro, infatti, la Buona Novella si impianta al centro della miseria e delle speranze umane, vale a dire nel suo “luogo” privilegiato. Senza di loro e di quelli che affrontano direttamente la miseria, il vangelo rischierebbe di diventare meraviglioso ma senza impatto sull’oggi, una religione astratta che adora un Dio lontano ma non più Salvatore.

È interessante ricordare come a uomini e donne, che cercano di calare il Vangelo nelle pene e nelle angosce umane, la Chiesa abbia sempre dato uno stato speciale diaconi e diaconesse negli istituti fondati a questo scopo – e come non abbia mai smesso di chiedere al vescovo di vigilare con estrema attenzione. Se il termine, adoperato senza criterio, non fosse mai svalutato, diremmo che i cristiani impegnati nel settore della sanità in nome del Vangelo assicurano quel nucleo di “prassi” senza il quale la Buona Novella si ridurrebbe a pura teoria. Anche qui, per un istinto proveniente dallo Spirito di Dio, la tradizione cristiana, con interpretazioni diverse a seconda delle epoche, ha tenuto in onore quello che viene chiamato (con espressione molto bella) “il servizio corporale”. Essa sentiva che questa misericordia era il *sacramentum* della salvezza di Dio». (Da J.M.R. TILLARD o.p.).

E Gesù gli disse:

«Va e fa anche tu lo stesso» (Lc 10,37).

**... DALLA MOZIONE FINALE  
DELLA ASSEMBLEA DI ROMA  
(26 Gennaio – 4 Febbraio 1981)**

Noi Padri Provinciali e Vice Provinciali dell'Ordine, che abbiamo trascorso con il P. Generale ed il suo Consiglio alcune giornate di riflessione, lavoro e preghiera in comune, siamo consapevoli del fatto che il processo di rinnovamento vissuto attualmente dall'Ordine si trova ad una svolta importante in cui è necessario unire tutti gli sforzi e le idee per il raggiungimento degli obiettivi che la Chiesa e, più concretamente il Capitolo Generale Straordinario, ci hanno indicati.

Spronati dallo Spirito a svolgere la nostra missione di servizio per i fratelli mediante un segno tangibile, abbiamo iniziato un cammino di compartecipazione della problematica del nostro Ordine e nelle linee fondamentali che devono animare la espressione del nostro carisma e della nostra finalità – superando i confini di ogni singola Provincia – con una prima pratica presa di coscienza della corresponsabilità nostra nell'animazione e nell'orientamento dell'Ordine in comunione con il P. Generale ed il suo Consiglio.

Ci rendiamo conto che questo altro non è che un primo passo verso quel sentimento di collegialità insistentemente propostoci dal IX obiettivo del Capitolo Generale Straordinario. Sappiamo che non è facile superare abitudini e forme particolari di vivere ed esprimere l'autorità. Siamo nondimeno convinti che l'unità dell'Ordine esige da tutti noi, parti integranti della stessa, che si faccia ogni sforzo per dare una autentica testimonianza di fraternità espressa direttamente attraverso comportamenti ed espressioni di solidarietà e corresponsabilità fra le varie Province, le Comunità ed i fratelli nei confronti del Go-

verno Centrale dell'Ordine. I centri di interesse che hanno costituito l'argomento più immediato delle nostre riflessioni sono stati: la revisione del Piano del Capitolo Generale Straordinario e lo studio del progetto di massima di un documento sulla umanizzazione presentato dal P. Generale e direttore ai fratelli dell'Ordine.

### *La umanizzazione, vincolo unificante*

La nostra Assemblea riafferma la propria speranza ed il proprio impegno nel costante rinnovamento dell'Ordine. Siamo convinti che esso può essere ottenuto esclusivamente se tutti noi, membri dell'Istituto, viviamo in continuo atteggiamento di attenzione per quelle esigenze che implica la nostra consacrazione a Dio come religiosi ospedalieri e se ci sforziamo di tradurre questo nostro atteggiamento in concrete risposte alle speranze riposte in noi dalla Chiesa e dalla Società.

Considerando che il mondo sta vivendo un momento importante della sua storia, i cui valori fondamentali della persona sono ad un tempo rivendicati ed infranti, noi assumiamo l'impegno preciso, espressione concreta del carisma dell'Ordine, di difendere e promuovere senza indugio il rispetto della dignità umana.

Ciò ha suscitato in noi la convinzione che l'umanizzazione, intesa nel senso da essa acquisito nella persona di Gesù di Nazareth, costituisce, nel momento storico che stiamo attraversando, il vincolo unificante ed integrante che può aiutarci a tradurre in fatti di vita il processo di rinnovamento.

### *Documento sull'umanizzazione*

Convinti dell'importanza del tema della umanizzazione e persuasi della necessità di far sì che sia compresa e vissuta in tutto l'Ordine secondo determinati criteri umani, noi fratelli partecipanti a questo Incontro, abbiamo accolto con gran fi-

ducia il progetto di massima che il P. Generale ha offerto alla nostra considerazione. Dopo aver riflettuto privatamente e a gruppi sul contenuto dello stesso, invitiamo i Confratelli dell'Ordine:

a) ad accoglierlo come espressione del nostro pensiero e della nostra adesione al P. Generale e al suo Consiglio;

b) a riceverlo, dopo opportuna rielaborazione, quale pratica espressione del processo di rinnovamento dell'Ordine;

c) a studiarlo personalmente e con le Comunità, per poter cogliere il suo contenuto e vivere dinamicamente il suo significato.

Concludiamo questa comunicazione dichiarandoci in piena solidarietà con tutti i nostri fratelli e con ognuno di loro, con tutti i professionisti che collaborano nella nostra missione di carità e, segnatamente, con le sofferenze e speranze degli ammalati e dei bisognosi di ogni categoria, ai quali dedichiamo il nostro servizio nel nome della Chiesa e di Cristo, animati dallo stesso spirito del nostro Padre San Giovanni di Dio.

Roma, 4 febbraio 1981

Fra Pierluigi Marchesi  
*Priore Generale*

Fra Narcisio Petrillo  
*Segretario della Assemblea*

## I, 2. INTERVENTO AL VI SINODO DEI VESCOVI\*

*Come priore generale dell'Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli, fra Pier Luigi Marchesi ha partecipato al VI sinodo dei vescovi, dell'ottobre 1983. Si riproduce qui il testo del suo intervento.*

Beatissimo Padre, Venerabili Padri Sinodali

Il mio pensiero, colmo di riconoscenza, è rivolto al Santo Padre che ha voluto concedermi la grazia di vivere l'esperienza preziosa di questo Sinodo.

Fino dal ricevimento della lettera di nomina ho pensato, con serenità, con trepidazione e responsabilità che l'invito mi sia stato rivolto per portare a questa Venerabile Assemblea le attese e le speranze di coloro che soffrono nella malattia.

C'è certamente un misterioso e concreto legame tra la malattia e la riconciliazione, perché nella malattia l'uomo e in parecchi casi per la prima volta diviene capace di riflettere, pensare al suo destino, al mistero della vita e della morte, a Dio.

Non considero certamente un caso fortuito il fatto che il Santo Padre abbia sancito, con la Sua autorità, il tema di questo Sinodo mentre era tragicamente sofferente, ed ancor più ricoverato in un ospedale.

Il mio intervento non è, non vuole essere una riflessione teologica sul mistero del soffrire cristiano, una riflessione teologica sul rapporto tra Chiesa e Carità, tra corpo di Cristo paziente e corpo di Cristo glorioso, tra storia ed escatologia.

Il mio intervento vuole essere, con sincera trepidazione ed umiltà, da parte mia una proposta:

---

\* Roma, 1983



- una proposta conoscitiva ed «esistenziale» sulla realtà del soffrire, nel contesto delle attuali coordinate culturali, sociali e religiose;
- di provocazione pastorale per una riflessione e un auspicato impegno ecclesiale;
- nella direttrice della riconciliazione globale paolina, secondo cui Dio sarà tutto in tutto e la morte sarà annientata (1 Cor 15 e Ap 21).

Voglio e spero che non sia una presunzione e un infantilismo poetico, immaginare che questo Sinodo sia stato tenuto al tempo di Gesù, e in questa visione pormi una domanda: nell'insieme della Sua azione apostolica, dove si sarebbe collocato il Redentore?

Mi vengono alla mente le schiere di malati di ogni tipo che si accalcavano attorno a Lui, Dio fattosi uomo. A mio parere è quello il luogo biblico in cui risuonavano i temi che in questi giorni hanno occupato questa Venerabile Assemblea.

Queste immagini e questi interrogativi mi inducono spontaneamente ad evocare il mondo della sanità e dell'assistenza: i malati e coloro che lottano contro la malattia, gli handicappati, i cronici, le istituzioni e gli operatori sanitari, nonché i morenti e gli afflitti dal lutto, i bimbi precocemente diagnosticati di tumore che diventano portatori per mesi e per anni della morte, il malato di mente con squarci di perfetta lucidità che lo rendono consapevole del suo vivere prigioniero di un mistero tormentante, i dializzati che dalla funzionalità di una apparecchiatura quotidianamente attendono un battito di vita che dura dodici ore.

Nessuno di coloro che si accalcavano allora attorno a Gesù gli ha chiesto parole di rassegnazione o invito a sopportare con pazienza. Né Gesù, da parte Sua, ha risposto alle domande di guarigione con discorsi altamente dottrinali e ampiamente edificanti.

Ha ricordato, certo, che il destinatario supremo della domanda di liberazione dal male è Dio: «Padre... liberaci dal male!», perché solo Dio può dare la risposta totale ed efficace al male del mondo.

Ma Gesù si è schierato Egli stesso con coloro che soffrono dando risposte di sanazione e di liberazione.

Questa domanda di liberazione dal male certamente non è meno forte oggi che al tempo di Gesù. Ma questa domanda di salvezza è diretta poco alla Chiesa di Gesù. Si domanda alla medicina di guarire i mali del corpo, alla psicoterapia di guarire i disturbi mentali ed emotivi e magari alle religioni orientali di riempire il vuoto dello spirito. La domanda è diventata così frazionata.

L'offerta del perdono dei peccati da parte della Chiesa non sembra più toccare l'uomo nella sua interezza.

Possiamo domandarci: la Chiesa oggi, nel mondo della salute, difende ed ascolta lo spirito d'uomo intero?

Si accusa molte volte la medicina intera, con le sue molteplici infraspecialità, di procedere quasi ad una spartizione del malato nelle sue parti anatomiche; per caso, anche la Chiesa non ha forse partecipato a questa spartizione, occupandosi esclusivamente dell'anima del malato e del suo sentire spirituale?

Noi che per mandato della Chiesa e dei nostri Fondatori, siamo accanto ai malati, dobbiamo evidenziare un senso di impotenza e di irrilevanza per quello che abbiamo da offrire. Sembra, molte volte, non interessare più nessuno.

Per l'anno 2000 – salute per tutti – è lo slogan e il programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Senza volere qui ricordare i tragici squilibri della distribuzione del personale sanitario e dei centri ospedalieri.

Oggi abbiamo per varie ragioni una medicina disumanizzata e una lenta emorragia di anima ha portato a svuotare la professione medica ed infermieristica anche degli ideali filantropici che erano il vanto della medicina ippocratica. Medicina più efficiente, ma più lontana dai bisogni dell'uomo.

Basterebbe ricordare come si muore oggi: corredati di flebo, di cannule e di respiratori ma privati di ogni contatto amichevole, senza una mano che stringa la mano morente.

In questo quadro crudele ma realistico la Chiesa deve fare giungere da questo Sinodo la sua voce, deve con questo Sinodo riconciliarsi con l'uomo che soffre per poca o per troppa medicina.

Come contribuire a creare le basi di una medicina più umana?

Nessuno oggi sa o vuole parlare al malato del significato esistenziale della malattia e della morte.

Il Santo Padre ci ha chiesto di promuovere una medicina più umana dicendoci: «Voi siete chiamati a “umanizzare” la malattia». È un messaggio che molti di noi hanno trasformato in progetti e programmi di vita, ma oggi, con l'evoluzione clinico-sociale e politica non si può realizzare se non ci sarà una nuova alleanza dentro la Chiesa, tra tutte le forze della Chiesa, con il malato e per il malato.

Ci rendiamo conto, e quotidianamente lo constatiamo, che oggi non basta più amministrare, molte volte in forma clandestina, per la premura, per la scarsità dei sacerdoti, per luoghi che non favoriscono il contatto umano, non basta più amministrare i sacramenti per raggiungere la vera riconciliazione.

È sempre edificante portare i malati nei Santuari, almeno quelli che possono anche se non sono sempre quelli che hanno maggiore bisogno: oggi è soprattutto necessario che la Chiesa intraprenda un pellegrinaggio in ospedale, dove, in molti paesi, vanno più persone che nelle nostre parrocchie e dove è viva la presenza del Cristo che vuole la riconciliazione.

L'utopia del grande progresso illimitato è dura a morire.

Però è un fatto: l'attenzione degli uomini più responsabili si concentra oggi sul problema della salute, la salute per tutti è possibile, ma la realtà è in contrasto stridente col programma.

- 46.000.000 di morti ogni anno;
- circa mille milioni di persone si trovano intrappolate nel circolo vizioso della povertà, della malnutrizione e dell'infermità;
- in molte zone la media di vita non arriva ancora ai 50 anni;
- in molti paesi in via di sviluppo il tasso di mortalità infantile va dai 100 ai 200 per mille;
- la maggior parte dei decessi che si registrano in molti paesi in via di sviluppo sono prodotti da infezioni e da infermità parassitarie;
- circa 850 milioni di persone vivono in zone di paludismo e altre 250 milioni in zone dove non si sono applicate ancora misure attive di lotta;

- soltanto nell’Africa tropicale, non meno di un milione di bambini muoiono tutti gli anni di paludismo;
- 200 milioni di persone sono infette da schistomiasi.

Necessita una organizzata, programmata, vivicizzata Pastorale Sanitaria, una catechesi nuova per il personale sanitario a tutti i livelli: una catechesi sulla vita, sulla malattia, sul soffrire e sul morire al popolo di Dio: una revisione delle dimensioni apostoliche delle anime consacrate al servizio dei malati ed infine una rinnovata formazione per i ministri dei sacramenti operanti negli ospedali.

Si può capire l’attenzione della pastorale per ambienti particolari: gli operai, gli intellettuali, i giovani, il turismo e l’emarginazione, la famiglia e gli ecologisti: ma non dimentichiamo che al popolo dei malati e dei morenti apparterremo un giorno tutti quanti, anche noi: sarà il modo inevitabile di incontrare il Cristo che ci riconcilia e ci invita alla Sua Pasqua.

### I, 3. I RELIGIOSI NEL MONDO DELLA SOFFERENZA E DELLA SALUTE\*

Questo è il titolo di un piccolo libro che la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari ha appena pubblicato. Con questo libro inizia una serie di argomenti che la Pontificia Commissione ritiene validi e presenta a quanti lavorano nel Mondo della Salute. Era opportuno aprire questa collana, con un discorso molto esplicito, dedicato a uomini e donne che consacrano tutta la propria vita al servizio della Salute, dei malati e a tutti quei valori che questa missione porta con sé.

I Religiosi nel campo della Salute, da sempre, segnano tutta la storia della Chiesa, in un servizio di avanguardia, e si presentano oggi, con una volontà decisa di rinnovamento e di vitalità.

Questo lavoro esalta una vocazione piena di generosità, di entusiasmo, di fede e di efficienza, e mette davanti agli occhi dei Religiosi i numerosi quesiti che la medicina pone, in questo periodo di rapido e profondo mutamento.

Ciò è stato occasione di chiedere a quattro Superiori Generali di Istituti dedicati al servizio dei malati, il loro pensiero circa la presenza dei Religiosi in questo campo. I quattro Superiori sono Membri della nostra Pontificia Commissione.

Le risposte non sono un commentario al Libro che presentiamo, ma solo la condivisione del pensiero sull'argomento di alcuni dei Superiori Maggiori, in occasione della sua pubblicazione. Queste opinioni le abbiamo ritenute interessanti e ci sembra molto utile offrirle ai lettori della nostra rivista. I quattro Superiori sottolineano soprattutto le seguenti idee: i Religiosi nel mondo della salute, devono farsi testimoni e guide morali, competenti con una grande capacità di amare. Indicano anche che da sempre hanno partecipato alla vita della Chiesa, come pionieri dell'evangelizzazione e difensori della vita.

---

\* Roma, 1983

## Testimoni e guide morali

La presenza dei religiosi nel campo sanitario, come in tutti gli altri campi, deve realizzarsi all'insegna della novità nella continuità. Viviamo in un'epoca di profondi, rapidi cambi che rischiano spesso di rendere il nostro stile di vita, il nostro modo di essere non più all'altezza dei tempi e quindi meno efficace come segno.

L'ospedale di oggi – in cui si affacciano anche tipi inediti di pazienti – si caratterizza per una massiccia partecipazione di operatori laici e per apporti tecnologici sempre più avanzati. Ciò sovente mette in crisi i religiosi, insinuando in essi complessi di inferiorità, quasi una sensazione di inutilità, e persino frustrazioni per una certa perdita di potere.

Tali cambi impongono l'analisi critica dei nostri comportamenti, la ricerca aggiornata delle nostre collocazioni professionali e dei nostri rapporti – come religiosi singoli e come comunità – con l'ambiente cui l'obbedienza ci ha destinati.

È necessario renderci conto di tali esigenze se non si vuol rimanere ai margini della realtà.

Non è facile, certo; talvolta ne siamo come spaventati sotto l'urgenza di tentazioni ricorrenti: quella, ad esempio, di ripiegare su posizioni di comodo, di sicurezza o di malintesa rassegnazione; o di ritagliarci una nicchia in cui svolgere un lavoro professionale magari in competizione coi confratelli o coi collaboratori laici; o, infine, quella di delegare ai laici o – peggio – alle sofisticate tecnologie l'assistenza del malato, facendo scattare per noi la trappola della perdita dell'identità e per lui quella dell'anonimato. L'idolatria dell'efficienza a volte si insinua anche nelle nostre strutture; e allora è il momento di ribadire con forza, di manifestare con chiarezza l'essenza del nostro carisma, la nostra fisionomia di *frati ospedalieri*, testimoni dell'amore misericordioso nel loro servizio all'umanità sofferente. Quindi innanzi tutto uomini «scaldati» dal fuoco del Vangelo che si chinano su altri uomini vedendo in essi non astratti e anonimi «casi clinici», bensì fratelli da curare e da confortare nel corpo e nell'anima. Questo si chiama fare dell'ospedale una struttura umanizzata e umanizzante, dove il malato è la nostra università.

In questa chiave, il ruolo di noi religiosi si definisce più chiaramente come novità nella continuità: siamo infatti chiamati ad essere TESTIMONI, GUIDE MORALI, COSCIENZA CRITICA, INNOVATORI E ANTICIPATORI.

*Testimoni* di come, nel solco di S. Giovanni di Dio, si assiste il malato e il bisognoso di oggi, che si presenta sotto forme nuove: è l'anziano, è il malato terminale, è il tossicodipendente; a loro la cultura emergente, che ha rimosso il concetto cristiano del dolore, della morte e dell'eternità, pone gravissimi problemi per i quali non esistono ricette mediche, o quanto meno non bastano.

*Guide morali* più che tecniche, essendo ormai la leadership tecnologica prerogativa dei laici. Il nostro «know-how» attinge al Vangelo: si tratta di trasmettere ai collaboratori la nostra «passione» per il malato e le nostre motivazioni di fede.

*Coscienza critica*: ogni qualvolta si minaccia la sacralità dell'uomo e si cerca di imporre l'etica fluttuante della prassi di moda, la nostra voce e la nostra azione devono emergere con coraggio, senza rispetti umani, senza ammiccamenti o compromessi. Lo impongono la responsabilità del nostro stato e la fedeltà alla nostra professione religiosa.

*Anticipatori e innovatori*: con la rapidità delle trasformazioni in atto, anche solo l'attestarsi sulle posizioni può significare retrocedere. San Giovanni di Dio (e tanti dopo di lui) nonostante l'indifferenza, il disprezzo e l'ostilità dei più hanno saputo individuare nuove strade: con il nostro Fondatore è nato l'ospedale moderno, dai suoi figli deve modellarsi originalmente l'ospitalità del duemila; per questo occorre pensare e progettare con coraggio, nella logica del Vangelo.

## I, 4. OSPITALITÀ DEI FATEBENEFRAPELLI VERSO IL 2000\*

*Carissimi confratelli,  
con questo documento, dal titolo «L'ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000», intendo continuare il cammino iniziato con le precedenti riflessioni: «Le basi del rinnovamento» e «L'umanizzazione».*

### **Rinnovamento, fonte di consolazione**

1. La prima riflessione nasceva dal profondo bisogno di cambiamento interiore avvertito da tutti come urgente per mantenere profeticamente orientata la nostra vita spirituale. In quel documento era chiaramente espressa la finalità di rinnovarsi continuamente in modo da non perdere i contatti con Dio, la Chiesa e San Giovanni di Dio. Il nostro rinnovamento è così diventato qualcosa di tangibile, fonte di autentica consolazione.

2. Nel secondo documento, con l'apporto prezioso del Consiglio Generale, ho cercato di richiamare l'attenzione di tutto l'Ordine e dei collaboratori laici sullo scopo ultimo della nostra azione: il rapporto, umano e umanizzante, con il malato; rapporto basato sulla consapevolezza che la testimonianza del nostro carisma non si realizza se si perde di vista la figura centrale del nostro operare quotidiano, cioè il bisognoso, l'uomo che soffre, il povero: il nostro «*essere*» e «*fare*» per lui, il nostro rapporto con lui personale, oltre che professionale, rappresentano infatti un fattore terapeutico e allo stesso tempo una testimonianza di amore misericordioso, una riedizione vivente dell'amore di Cristo nel nostro tempo e della sua passione per i più bisognosi.

---

\* Roma, 1986



3. Il presente documento, che trae ispirazione dai fermenti che le Province dell'Ordine esprimono, si colloca dunque idealmente a metà strada tra i primi due in quanto cerca di colmare lo spazio esistente tra la nostra dimensione interiore di persone e di religiosi e l'atteggiamento di umanità che il malato oggi si aspetta da noi con sempre maggiore insistenza.

*Porre mano al nostro futuro non per paura, ma per amore*

4. Sono pagine, queste, scritte guardando al 2000, con quel senso del futuro che noi dobbiamo coltivare per offrire ai bisognosi di oggi e di domani l'essenza del nostro carisma specifico: l'Ospitalità. Si tratta allora di rafforzare la nostra identità di uomini, di religiosi, di operatori nel mondo della salute non solo per mantenere viva la nostra istituzione, ma soprattutto per proiettarla nel futuro, in modo da rispondere adeguatamente alle esigenze della società in cui siamo e saremo chiamati ad operare, avendo di mira il bene supremo della vita umana, alla quale sempre meno ci si riferisce secondo principi di rispetto, di attenzione, di premura e di conforto. Inoltre, queste pagine contengono più di una provocazione affinché, con il supporto delle nuove Custituzioni, ognuno di noi si senta spinto ad assumere con coraggio ruoli e compiti più congeniali alla nostra peculiare caratteristica di religiosi «ospitanti».

5. Nel continuare il dialogo con i confratelli, non pretendo di fissare tali ruoli, piuttosto miro a stimolare (ove occorra, in maniera radicale) l'analisi critica dei nostri comportamenti, delle nostre collocazioni professionali, del nostro rapporto con la comunità in cui l'obbedienza ci ha destinati, con le comunità delle singole province e con il Governo centrale dell'Ordine; senza ovviamente trascurare il rapporto con i collaboratori laici e con le complesse realtà in cui siamo immersi. E ciò con spirito di fiducia, in una prospettiva di creatività dettata dall'amore del prossimo, non dalla paura del futuro.

6. Ho cercato di dialogare con voi come chi ha bisogno di reciprocità nel confronto delle opinioni, in un'atmosfera di confidenza. Con tale animo vorrei ci preparassimo ad affrontare, sinceramente e gioiosamente la ricerca, mai esaurita in noi stessi, del modo migliore di essere e di agire; ricerca non fine a se stessa, ma orientata alla valorizzazione ottimale di quel voto do Ospitalità che ci costringe a pensare, sperimentare, comunicare fra di noi tutto ciò che serve per realizzarlo nel modo più completo. In altre parole, *ad ammalarci della malattia dell'uomo, nostro fratello.*

7. La domanda di fondo è questa: come il Fatebenefratello può prepararsi a svolgere, in vista del 2000, la missione misteriosa e storica di *accogliere l'uomo* – in particolare l'uomo bisognoso – di questa società?

Qui chiamiamo in causa i nostri «giacimenti» interiori, le nostre Costituzioni, le nostre abitudini professionali e religiose e la nostra fantasia per inventare, attingendo al tesoro delle nostre tradizioni. le soluzioni adatte ai tempi, per riscoprire quei compiti di «servizio» (non di potere, di prestigio o di pura e semplice realizzazione personale) che soli ci consentono di chiamarci Fatebenefratelli, ovvero *fratelli che si preoccupano di fare del bene al prossimo.*

8. Il buon esito della ricerca dipende da noi, dall'impegno che porremo nel guardare avanti senza negare il presente o il passato, accettando il gravoso ma esaltante compito di interrogarci in modo schietto e sincero su ciò che stiamo facendo e dovremo fare per essere coerenti con la nostra identità di uomini e di religiosi.

Sono fermamente convinto che il raggiungimento del nostro fine specifico (testimoniare l'amore misericordioso) richiede una serie di impegni che sono sovente gravosi e scomodi, ma che d'altra parte ci danno la misura dello spazio che si apre ai Fatebenefratelli nel mondo contemporaneo, soprattutto in quello industrializzato e tecnologizzato. Un campo smisurato – con-

trariamente a quanto alcuni pensano – che, se addirittura a volte ci spaventa, ci fa però toccare con mano l'attualità, anzi l'urgenza del nostro carisma e della nostra Istituzione.

9. Cari confratelli, come vostro Generale avverto in certi momenti le incognite del presente: non perché ci sia poco da fare, ma perché non siamo sempre adeguatamente preparati a dare le risposte che la Chiesa si aspetta da noi. Mi preoccupa il nostro star fermi, il nostro ripiegarci talvolta su posizioni di comodo, di sicurezza o di malintesa rassegnazione. Eppure sappiamo che il messaggio evangelico mantiene intatta la sua forza suscitatrice, la sua capacità di infiammare anime generose. E mai come oggi l'uomo ci interpella, chiedendoci di occuparci della sua persona, di stare al suo fianco per testimoniargli qualcosa che è tipico del nostro essere religiosi, cioè la capacità di *«ammalarci della sua malattia»*, di identificarci non solo dei suoi bisogni, ma soprattutto con le sue motivazioni esistenziali, col suo desiderio inappagato di felicità (e quindi di Dio). Oltre al tetto di un ospedale e alla nostra professionalità – che non devono mancare ai livelli più dignitosi – questo dobbiamo saper dare al malato: se non lo faremo, lo deluderemo definitivamente e irrimediabilmente.

*I nostri ruoli, i nostri compiti, la nostra passione verso l'uomo, le nostre tentazioni*

10. Nel tentativo di mettere in luce i ruoli e i compiti mediante i quali realizzare nel prossimo futuro l'Ospitalità dei Fatebenefratelli, possiamo individuare due tentazioni ricorrenti. La prima è quella di ritagliarci un posto, una nicchia, nella quale svolgere un mestiere o una professione, magari in competizione con i confratelli o (soprattutto) con i laici. La seconda, più sottile e maligna, ci spinge a delegare al numeroso esercito dei nostri preziosi collaboratori laici i compiti di assistenza al malato, a prendere cioè le distanze dalle vicissitudini del nostro assistito. Questa tentazione è molto più evidente là dove i

progressi delle scienze e delle tecniche hanno raggiunto livelli elevati, oppure dove, per ragioni di buon funzionamento del complesso sistema delle nostre opere, il precesso di delega e di razionalizzazione dei ruoli è indispensabile. Ma ove delegare significasse abbandonare le strutture a se stesse o addirittura abbandonare il malato, allora dovremmo rivedere con estrema chiarezza i nostri modelli di comportamento, per impedire che i mutamenti organizzativi e tecnologici si trasformino per il malato nella trappola dell'anonimato, della efficienza pura e semplice, condannandolo all'isolamento-abbandono in ambienti certamente razionali, ma freddi e scostati dal punto di vista umano.

**11.** Non è certo questo che ci proponemmo di realizzare nel giorno della nostra solenne professione, emettendo il voto della Ospitalità. Nessuna garanzia ci fu sottoscritta allora circa la sicurezza del posto di lavoro né circa il controllo a distanza del malato e dei nostri collaboratori. *Abbiamo promesso fedeltà al nostro carisma che ci obbliga a mutare gli atti, i ruoli, gli atteggiamenti, le strutture ma non a rinunciare alla passione verso i nostri assistiti, verso i familiari del malato verso i collaboratori, nonché all'impegno per le iniziative culturali, formative, religiose e sociali atte a favorire la crescita personale in noi, nei nostri collaboratori e nel mondo della sanità.*

Come Padre Generale – lo ripeto – non ho la ricetta per definire i ruoli presenti e futuri, anche perché questi si possono precisare solo mediante un attento esame di noi stessi, alla luce dei fini ultimi del carisma ospedaliero. Ma tutti noi dobbiamo dedicare tempo e impegno per una verifica dei nostri attuali comportamenti.

**12.** Ho parlato di due principali tentazioni. Ma ce ne sono altre. Quella, ad esempio di mantenere o di desiderare incarichi per i quali non possediamo la competenza; o quella di puntare ad un alto livello organizzativo e tecnologico dei nostri ospedali non avendo sempre ben chiari i nostri fini specifici. La gente ci guarda con occhio attento, ci scruta, vuol capire per

quale motivo ci siamo fatti religiosi. Non sempre riusciamo a dar loro una risposta convincente. Talvolta non siamo esemplari perché eseguiamo male i nostri compiti, facciamo solo le cose che ci piacciono, blocchiamo la crescita dei collaboratori, oppure restiamo lontani dal malato, ci chiudiamo in ruoli rigidi e ripetitivi, cerchiamo «fuori» spazi che, dovremmo trovare «dentro» o evitiamo l'arduo ma necessario lavoro di ricerca di ruoli più utili al malato. Siamo più spesso capaci di cogliere il male del mondo (a volte lo troviamo anche nel progresso, in cose di per sé neutre o buone) che di individuarlo dentro di noi, non già per deprimerci o per colpevolizzarci, ma per sollevarci dal torpore e dalle abitudini dannose.

**13.** Nessuno ovviamente nasce santo. Il cammino della perfezione spirituale è esaltante ma lungo, faticoso, costellato di deviazioni che toccano la nostra realizzazione umana, professionale e religiosa. Occorre correggere tali deviazioni e riconoscere i propri errori, da uomini forti, coraggiosi, autenticamente aperti al mistero. Questo atteggiamento di sana autocritica ci spinge da un lato ad attingere alle nostre risorse, dall'altro a chiedere aiuto a tutti, a Dio e agli uomini che ci sono vicini, per riequilibrare il rapporto col mondo che noi vogliamo e dobbiamo servire, per crescere nella nostra vera identità.

## 1. IL CAMBIAMENTO DEL MONDO E LA NOSTRA CECITÀ

*Un paradosso: non fare niente*

**14.** Cito da un noto volume di padre Bartolomeo Sorge *«Il futuro della vita religiosa»*.

*«La crisi attuale della vita religiosa – come del resto la crisi più generale che la Chiesa attraversa – non è nata dall'interno, come era avvenuto altre volte, ma è stata indotta dall'esterno, dal trapasso di cultura e di civiltà che il mondo sta vivendo...*

*La crisi è arrivata all'improvviso da una rapida trasformazione sociale e culturale... La nostra quindi non è una crisi da infermità, ma di sviluppo e di crescita... In questi ultimi anni è finita una civiltà, un certo tipo di ideologia, sono cambiati totalmente i rapporti di autorità, si sono trasformati ruoli e strutture consolidati da decenni, modi di comunicazione e di esercizio del potere. L'uomo stesso ha un diverso atteggiamento verso il mondo, la storia, i propri simili, l'organizzazione del sapere, verso la vita stessa. Noi siamo stati travolti da questi mutamenti, il mondo sta diventando sempre più piccolo, più dinamico, più socializzato».*

La diagnosi è fedele. E noi ci troviamo sovente costretti a decidere in un clima di delusione perché non siamo riusciti a collegare il vecchio col nuovo, coi bisogni emergenti, con la sete di libertà, di conoscenza e di solidarietà di molti strati della nostra popolazione.

**15.** Il mondo odierno non è né migliore né peggiore di quello di ieri: è solo cambiato, persino sconvolto. Se lo vogliamo servire, è questo mondo che dobbiamo assumere e conoscere.

In fondo la crisi è salutare poiché ci permette di salvare ciò che va salvato e di gettar via ciò che va scartato. Ma abbandonare vecchi ruoli è tanto più difficile quanto più essi hanno preso posto nel nostro essere, impoverendo la nostra personalità e la nostra dimensione di religiosi, cioè le sue radici dei nostri modi d'agire.

**16.** Gettare il vecchio però non significa correr dietro alle mode. Occorrono discernimento ed equilibrio, perché può nascere una situazione di incertezza: ci si chiede infatti se dobbiamo andar tutti in missione, intraprendere iniziative che facciano colpo sulla società, o divenire tutti animatori magari senza sapere di che cosa, di chi, come e perché. Spesso non troviamo la risposta ai nostri interrogativi.

La prima cosa da fare, quando ci troviamo in questa condizione di smarrimento, o peggio ancora di rassegnazione o di apatia, paradossalmente è proprio quella di «rinunciare a fare». Ovvero sia: prima di agire e di assumere nuovi ruoli, dobbiamo fermarci per riflettere a lungo sulle nostre paure, sui nostri desideri, sulle nostre possibilità, sui motivi per i quali ci siamo fatti religiosi, sugli insegnamenti del nostro Fondatore e della Chiesa, sulle esperienze dei credenti laici. Fermarci per interiorizzare, per «rientrare in noi stessi» secondo l'indicazione di S. Agostino.

*Abbatere i campanili o comprenderne meglio il senso?*

**17.** Il documento sulla «Umanizzazione» incoraggiava a recuperare la «personalizzazione» del rapporto con l'assistito in un contesto sociale profondamente mutato.

La storia del nostro Ordine si identifica con l'immagine di S. Giovanni di Dio e dei suoi seguaci che si prendono sulle spalle il malato, il derelitto, il bisognoso. Per secoli i nostri predecessori hanno assistito, e in prima persona, chi si trovava nella sofferenza. Allora non esistevano altre strutture di soccorso: l'Ospedale religioso era una «sicurezza», perché vi si ottene-

vano un tetto, cibo, cure e assistenza. Oggi ci troviamo di fronte a una situazione profondamente cambiata, che si caratterizza – come accennavo prima – per l'affievolirsi del rapporto diretto ed esclusivo col malato. Se pensiamo a come era un nostro Ospedale appena 40 anni fa, vengono subito alla memoria i malati (tanti e riconoscenti) quasi timorosi di chiedere il nostro intervento; comunità di religiosi dal numero oggi impensabile, con i confratelli impegnati nelle mansioni più varie: farmacista, cuoco, infermiere, giardiniere.

Somigliavano, le nostre opere, ai villaggi di un tempo, autosufficienti grazie ai ruoli ben distribuiti. I medici erano scarsi, ma la gente si fidava di noi: interi reparti erano gestiti da noi o da religiose. Il mondo dell'Ospedale, diciamolo, era nelle nostre mani. Il personale esterno aveva sì un proprio ruolo, ma subalterno e non interferiva nella nostra attività. Il mondo della sofferenza e della miseria era quasi completamente staccato dalla comunità civile; e in questo mondo molti di noi si sono formati da giovani, lavorando duramente, in condizioni di estrema precarietà di mezzi, ma con la grande soddisfazione di toccare, «odorare», sentire ogni giorno il malato, dal quale nessuna barriera li separava.

**18.** Così accadeva per altre categorie professionali. Pensiamo al medico di quegli anni. Era un professionista di prestigio, dotato di un ascendente sulle famiglie impensabile al giorno d'oggi; tant'è vero che c'è della nostalgia per quel tipo di medico, che esercitava il suo ruolo senza filtri, con l'aiuto semmai di qualche specialista.

La gioia e la sofferenza della famiglia assistita erano le sue, in un clima di profonda fiducia e di reciproca comunicazione. Così era anche per il parroco, la cui autorità era indiscussa: deteneva il sapere religioso, spesso la cultura più avanzata, e non era quasi mai messo in discussione nel suo ambito di apostolato. Il campanile, a fianco della chiesa, chiamava i fedeli alle sacre funzioni, ritmava gli eventi gioiosi e tristi del villaggio... fungeva da parafulmine, da osservatorio, era in ogni caso un sicuro punto di riferimento.



**19.** I tempi oggi sono cambiati. Dovremo allora abbattere i campanili perché oggi la gente ha l'orologio al polso? Oppure dobbiamo toglierci gli orologi per permettere al campanile di continuare a svolgere le antiche funzioni?

Non è questa la domanda che dobbiamo porci. Chiediamoci piuttosto quale sia il ruolo autentico del campanile, quello per il quale l'uomo di fede l'ha eretto accanto alla chiesa: farsi vedere da lontano, più che farsi sentire. Il campanile esprime il *desiderio dell'uomo di unire la terra al cielo*, l'uomo a Dio, la natura al Creatore. È per l'uomo il più originale richiamo, *alla sua origine, al suo destino, a Colui che è nei cieli*. Anche se non è più l'edificio più alto, sorpassato com'è spesso da orgogliosi grattacieli, esso rimane e rimarrà sempre *simbolo di un annuncio, di una presenza che rimanda alla «Presenza»*.

#### *Stare in ascolto dell'uomo*

**20.** Per tornare a noi, cari confratelli, è vero che abbiamo seguito in parallelo il destino del medico, del prete e del campanile, perdendo numerose funzioni che qualche anno fa ci sembravano indispensabili, ma ciò non significa che dobbiamo scomparire. Noi possiamo, anzi dobbiamo vivere e testimoniare il nostro carisma, con modalità diverse rispetto al passato. Il medico, il prete, il campanile hanno ancora molto da dire e da fare, purché esprimano qualcosa di perenne e di fondamentale per l'umanità, cioè il valore della *sacralità dell'uomo*. Dice Giovanni Paolo II: *«È la disponibilità a servire l'uomo che ci apre verso Dio e verso gli uomini, verso il Creatore e verso le creature. Il Concilio ci insegna proprio questo, nello spirito del Vangelo e insieme nella dimensione dei tempi in cui viviamo»* (21 ottobre 1985).

**21.** Nel nostro tempo, e ancor più nel futuro, i nostri compiti saranno sottoposti a verifiche e a mutamenti anche radicali. Ma resterà l'essenza del carisma. Il compito più congeniale a noi e più gratificante è quello di stare vicino al malato e di assisterlo,

con una vigilanza intensa e diretta. Ciò va ancora oggi assicurato al malato, nello spirito del nostro Fondatore: solo che questa assistenza, che noi chiamiamo integrata, non può più essere svolta compiutamente da singole persone, mediante il ricorso a singole professioni. Il concetto stesso di assistenza integrale ed integrata richiama una pluralità di funzioni perché, col passare dei secoli, dai bisogni elementari dell'uomo si è passati a bisogni molto più articolati, esigenti uno stragrande numero di risposte, e quindi di figure professionali. Il risultato è che noi *non abbiamo più l'esclusiva del malato*, né il diritto di imporgli dall'esterno la nostra concezione religiosa della vita. Ma c'è di più: il malato di oggi ha a sua disposizione una gamma di risposte terapeutiche ed assistenziali impensabili fino qualche decennio fa. In alcuni Fatebenefratelli questo progresso ha generato delle frustrazioni, addirittura la sensazione di sentirsi inutili. È doloroso constatare come alcuni di noi reputino non più interessante lavorare con l'uomo di oggi, come se quest'uomo fosse meno angosciato, meno solo, meno bisognoso, meno meritevole del nostro impegno che quello di ieri. Al contrario, arrivo a dire che anche se il Fatebenefratello dovesse abdicare a tutti i suoi compiti professionali, egli svolgerebbe ugualmente *con la sua presenza, la sua bontà e letizia e con il suo stile di vita la propria missione, testimoniando la sacralità dell'uomo e l'amore di Dio per l'uomo, secondo il suo carisma specifico*, nelle forme adeguate ai tempi.

22. Ha detto recentemente Giovanni Paolo II: «*S. Tommaso, commentando il trattato aristotelico sull'anima afferma nettamente: l'uomo è totalità dell'essere (De Anima, III, Lez. 13), racchiude in sé un'infinita profondità dell'essere, immagine dell'infinito per essenza che è Dio stesso. Vorrei imprimere profondamente nell'anima e nel cuore di tutti questa grandiosa concezione dell'uomo, pensando alla quale fin dal primo giorno del mio ministero pontificale ho esclamato: con quale venerazione dobbiamo pronunciare questa parola: uomo.*»

E non è, il nostro, il tempo dell'attenzione, dell'ascolto, del rispetto, della promozione della libertà degli uomini, della loro identità, delle loro motivazioni?

**23.** Star vicino al malato di oggi richiede comportamenti tecnici, morali, umani, sociali, religiosi che nessuno di noi può svolgere da solo. *Ciò implica una nostra crescita, vorrei dire una dilatazione*, nel nostro modo di vivere, di operare, di servire il mondo: *è l'uomo che si rivolge a noi*, per chiederci qualcosa di più, quel qualcosa che ha modificato totalmente non solo i nostri ospedali, ma anche la quantità e la qualità dei collaboratori laici. Questo stesso uomo ci costringe a delegare compiti, a lavorare in gruppo, a studiare, ad approfondire, a uscire dalla *routine*, dai nostri schemi mentali. Egli non ci chiede di essere più bravi come infermieri, come amministratori, ma ci chiede di essere attenti totalmente disponibili ad «ospitare» la sua intera umanità, la persona nel suo insieme, a capire e saziare la sua sete di premura, perchè mai come oggi l'uomo – ricco di soldi – è povero di rapporti umani, sinceri, disinteressati.

*Trasmettere il profumo della sacralità dell'uomo*

**24.** Miei cari confratelli, quando sento alcuni di noi lamentarsi a causa della perdita del rapporto diretto ed esclusivo col malato mi domando cosa penserebbe il nostro Fondatore nel vedere il nostro malato seguito da più persone, fornito di medicine, di spazi decorosi, di strutture accoglienti... Certamente sarebbe soddisfatto constatando la presenza di tutto ciò che, in fondo, egli stesso già cercava secoli fa, quando bussava alle porte dei ricchi e dei potenti per ottenere aiuto da distribuire ai malati di allora bisognosi di tutto. Giovanni di Dio ci stimolerebbe però a identificare i diseredati di oggi negli handicappati, negli anziani, nei tossicodipendenti e nei poveri. Ed eventualmente ci rimprovererebbe non per il nostro essere meno vicini al malato, ma perchè accanto ad una «vicinanza tecnica» talvolta non esiste in noi e nei nostri collaboratori che ruotano intorno al malato la «vicinanza umana». *S. Giovanni di Dio ci ha lasciato in eredità la passione per il bisognoso, che si esprime non solo standogli vicino fisi-*

camente, ma ispirando, sorreggendo, illuminando quanti (col-laboratori laici, familiari ecc.) operano attorno a lui, perché a loro volta, con l'intelligenza del cuore oltre che della mente, sappiano testimoniare *la speranza, la fiducia, l'amore verso il prossimo*.

**25.** L'ospitalità del futuro potrà cambiare ancora molto, nelle sue forme esteriori, ma non dovrà mai venir meno la nostra capacità di testimoniare il messaggio evangelico dell'amore, definito *nuovo* dal Signore Gesù (cf. Gv 13,34). La prima sua novità è l'unione dei due comandamenti. «*La carità affonda le sue radici in una dedizione senza riserve a Dio: tutta la persona con le sue doti, i suoi progetti, le sue capacità operative deve affidarsi alla volontà di Dio, al progetto di amore che Dio ha sugli uomini. La manifestazione visibile e dinamica di questo affidamento è la dedizione a ogni uomo, considerato come un fratello, un prossimo, un altro se stesso*» (Card. C.M. Martini).

Non si possono separare o ridurre i diversi aspetti di quell'atto unitario che è la carità. Se dovessimo privilegiare qualche nostra prospettiva ristretta, perderemmo di vista gli immensi orizzonti dischiusi dallo sguardo di Gesù.

**26.** La seconda novità del messaggio è la sorprendente e rivoluzionaria concezione del prossimo (cf. Lc 10,29-37). Per Gesù Cristo il prossimo non è colui che ha già con noi rapporti di sangue, di affinità psicologica o di bisogni che noi possiamo soddisfare. Prossimo diventiamo noi stessi nell'atto in cui, davanti a un uomo – anche davanti al malato o al bisognoso che non si conosce – decidiamo di fare un passo che ci avvicina, ci «approssima» a Lui.

Perciò tutto consiste nel «farsi prossimo», come afferma il Cardinal Martini nella sua bella lettera pastorale (1985-1986). Il nostro Riccardo Pampuri non è ricordato perché strappava denti piuttosto che curare handicappati, ma perché – pur svolgendo lavori semplici ed umili – la sua persona emanava il profumo di Dio. Profumo che egli aveva saputo coltivare dentro di

sé con lo studio, con la preghiera, la capacità di ascolto dell'uomo del suo tempo, nel luogo in cui viveva, mai dimenticandosi di essere prima di tutto un testimone, un portatore di luce, oltre che un operatore e un tecnico.

**27.** Miei cari confratelli, dal Pampuri impariamo la lezione che *il primo e autentico nostro ruolo è quello di puntare alla nostra santificazione personale*, indipendentemente dal fatto di esercitare questa o quella professione. Il ruolo professionale, se ci sarà, manifesterà e darà pienezza all'umanità della nostra persona. Se coltiveremo in noi – attraverso un lungo lavoro di elaborazione interiore – questa dimensione del divino e la diffonderemo intorno a noi per la salute dei nostri malati, riuscendo a «contagiare» dello stesso spirito i nostri collaboratori, i familiari e la gente che vive intorno alle nostre opere, allora avremo assolto il compito che ci spetta, quello di *testimoni e quello di guide morali* prima ancora che tecniche.

## 2. APRIRSI ALLO SPIRITO SANTO

**28.** *«La nostra apertura allo Spirito, ai segni dei tempi e alle necessità degli uomini ci indicherà come dobbiamo incarnarlo creativamente in ogni momento e situazione».*

La citazione tratta dalle nuove Costituzioni ci aiuta non solo a comprendere su quali basi compiere le nostre scelte di ruolo, ma anche a delinearne le conseguenze «pratiche» per essere aperti al Tempo, all'Uomo.

### *Aprirsi all'energia dello Spirito*

**29.** Durante una meditazione, mi ha colpito il pensiero di uno psicanalista che annota: *«Io sono sempre stato toccato, nella lettura della Bibbia, dalla figura dello Spirito Santo».* Questo slancio, questa forza vitale – se vogliamo definirla così – è l'eredità lasciata da Cristo agli apostoli, è la vita trasmessa agli uomini dalla Vita stessa. Prima di riceverla, i discepoli hanno dovuto percorrere numerose tappe: una lunga dipendenza dal Maestro, accompagnata da tutta la gamma dei sentimenti umani (ammirazione, risentimento, gelosia, ecc...); la caduta delle illusioni narcisistiche lungo il cammino, unita alla perdita della sicurezza del potere; la separazione finale, vissuta nei suoi aspetti dolorosi (la morte di Cristo) come in quelli esaltanti (la resurrezione e l'ascensione).

È solo alla fine di un simile percorso – mi preme sottolinearlo – che l'uomo si appropria di se stesso, *diventa* davvero persona, e riconosce la divinità «dentro» di sé sviluppando

senza timore tutti i suoi talenti. *«Tutti furono pieni di Spirito Santo e cominciarono ad esprimersi in altre lingue come lo Spirito dava loro il potere di esprimersi» (At 2,4).*

**30.** Se dall'interessante approccio psicologico passiamo a quello biblico e teologico, la meditazione sullo Spirito si arricchisce a dismisura. Piace qui riportare un brano dell'eminente teologo Y.M.J. Corgar che, ormai al termine della sua vita, sembrò lasciarci in eredità per i nostri tempi la contemplazione dello Spirito.

*«Oggi abbondano le testimonianze dei Padri, dei teologi, dei mistici, del concilio Vaticano II, che riconoscono una presenza attiva dello spirito nel mondo e nelle ricerche che lo travagliano. Questo nun significa che tutto, in questa storia, venga dallo Spirito Santo. Il male vi ritaglia la sua parte. L'uomo resta "incurvatus in se", incessantemente tentato di ripiegarsi su se stesso, di cercarsi e farsi autosufficiente nella dimenticanza e nel disprezzo di Dio. Lo Spirito Santo, avvocato di Gesù e dei discepoli, è anche colui che "convince il mondo di peccato" (Gv 16,9) e che anima la lotta contro la "carne"».*

**31.** L'azione dello Spirito nella storia del nostro mondo mira a costituire un corpo di figli di Dio e un tempio di adorazione «in spirito e verità» che non può essere soltanto il corpo di Cristo (cf. Gv 2,21).

Gli uomini, come i giudei e Salomone, e come i costruttori delle nostre cattedrali, hanno voluto esprimere simbolicamente tutto il cosmo materiale e umano nei loro templi. Il Corpo della comunione con Cristo ha certamente una sua forma visibile e designabile, la Chiesa; ma, come dice Paolo Evdokimov, *se si può dire dove la Chiesa è, non si può dire dove essa non è.* I limiti e i modi dell'Azione dello Spirito nel mondo ci sfuggono.

**32.** Cercando di precisare le ragioni che chiamano la Chiesa all'attività missionaria, il decreto conciliare «Ad Gentes» afferma che *«finalmente si compie il disegno del Creatore, nell'aver fatto l'uomo a sua immagine e somiglianza, quando tutti*

*coloro che partecipano della natura umana, dopo essere stati rigenerati in Cristo mediante lo Spirito Santo, riflettendo insieme la gloria di Dio (cf. 2 Cor 3,18) potranno dire: "Padre Nostro (n. 7-3)"».*

E il concetto viene documentato con molte citazioni dei Padri della Chiesa, tra i quali la seguente di sant'Ippolito: *«Egli non rifiuta nessuno dei suoi servitori... volendo e desiderando salvare tutti, volendo rendere tutti dei figli di Dio, e chiamando tutti i santi a costituire un solo uomo perfetto.*

*C'è infatti un solo Figlio (Servo) di Dio: per mezzo suo noi otteniamo pure la rigenerazione (la nuova nascita) mediante lo Spirito Santo, aspirando a formare insieme un unico uomo celeste e perfetto».*

È uno solo, in definitiva, colui che dice "Padre Nostro". E noi, sua Chiesa, formiamo, in seno alla vastità del mondo, ciò che san Paolo chiama "le primizie".

**33.** Noi conosciamo e invociamo Cristo e lo Spirito. Abbiamo la Parola ispirata, i sacramenti, i ministeri istituiti. Se lo Spirito agisce al di là dei limiti visibili della Chiesa, questa è, per il mondo, il sacramento di Cristo e del suo Spirito.

Noi assumiamo questo vasto mondo nella nostra preghiera, rendendo gloria per lui al Padre mediante Cristo nello Spirito.

**34.** Lo Spirito, infatti, è colui che segretamente raccoglie e annota tutto ciò che, nel mondo, cerca di balbettare "Padre Nostro". Questo è il senso che personalmente, diamo ogni giorno alla dossologia che termina l'Anafora e introduce il "Padre Nostro!". Solo per mezzo suo noi gridiamo, e lui grida per noi, Abbà, Padre (Rm 8,15; Gal 4,6)». (Cit. da La parola e il soffio, Borla, Roma 1985, pp. 157-159).

**35.** Questi rapidi richiami all'azione dello Spirito del Signore approdano a una conclusione che mi sta a cuore: dobbiamo aprirci allo Spirito. Incessantemente e con urgenza! Essere *spirituali* non è una scelta facoltativa tra altre, ma è il nostro dover essere, il nostro destino.



*Per una cultura dell'attenzione*

**36.** Solo nello Spirito Santo siamo in grado di comprendere e assimilare il Vangelo – fondamento perenne del Cristianesimo – e il suo messaggio.

Ricorro ancora una volta a una citazione per chiarire il senso delle mie parole. G. Prezzolini, scettico, ma tormentato in pari tempo dalla ricerca di Dio tanto da essere indotto a una preziosa corrispondenza con Paolo VI, scrive: *«Il Vangelo non contiene un messaggio sociale o politico... Il cristianesimo ricerca la trasformazione dell'uomo in nuovo Adamo: è, quello evangelico, un messaggio puramente interiore... Questi cristiani, questi viaggiatori passeggeri per il mondo, ma non appartenenti a questo mondo, devono occuparsi delle cose di questo mondo in modo da essere indifferenti alle loro forme. Ciò che temo oggi nei cambiamenti che la Chiesa giustamente si propone è che essa segua una linea politica... ossia la tendenza a seguire i più forti...».*

E ancora: *«Ma un campo è rimasto alla Chiesa. Né la scienza né lo Stato hanno mai potuto toccarlo: il cuore umano che è inquieto... In questo campo, il quale non guarda ricchi o poveri, giovani o vecchi, maschi o femmine, schiavi o padroni, bianchi o neri, destri o sinistri, la Chiesa ha un potere assoluto sulle coscienze di tutti coloro che sentono la insoddisfazione dei beni terreni e non hanno il coraggio disperato di acceltare il mondo arido, indifferente alla sorte dell'uomo, puro urto di forze senza alcun scopo... La Chiesa dovrebbe... ricordarsi... che vive per difendere valori contrari all'onore, alla ricchezza, alla potenza, al fasto, al piacere dei sensi, all'apatia, alla conquista... Ma nessun Stato e nessun partito mai si propose e ha la possibilità di scegliere e di fare degli uomini buoni: ecco il campo per la Chiesa... Un santo, un religioso caritatevole, un poeta ispirato dalla coscienza religiosa sono più importanti di molte affermazioni, riduzioni, modificazioni del culto, dell'abito, della dottrina ecclesiastica» (dall'«ombra di Dio»).*

**37.** Cari confratelli, la nostra apertura allo Spirito è cominciata quando noi, inquieti, abbiamo sentito insoddisfazione dei beni terreni e giudicato l'aridità del mondo e l'indifferenza verso il male come situazioni da modificare prima di tutto dentro di noi; così, toccati dal soffio dello Spirito, noi abbiamo incontrato S. Giovanni di Dio che ci ha invitati ad occuparci del cuore umano col nostro cuore aperto a Lui. Noi siamo in linea col Vangelo quando testimoniamo il valore-carità: non ci spinge altro che l'interesse per quanti, poveri nella carne e negli affetti, si rivolgono a noi. Noi, quando siamo aperti allo Spirito, siamo portatori più che della prestazione tecnica, di una cultura dell'attenzione verso l'animo umano, verso l'Io essenziale ed immortale, mediante l'accoglimento della persona nella sua interezza. Ma per mantenere questa apertura integrale all'uomo, dobbiamo ricercare la nostra continua trasformazione interiore. Questa è, del resto, la condizione necessaria di altre trasformazioni, riguardanti le nostre Comunità, le Province, le nostre opere, i rapporti con i collaboratori laici e i nostri stessi malati.

*Il suono della Parola si fa eco nello Spirito*

**38.** Questa dunque è la prima rivoluzione che noi dobbiamo fare. Essa ci eviterà di imbalsamare il Vangelo, il nostro Carisma, l'Uomo che soffre, il Tempo e il Mondo in cui viviamo. Ma essa richiede un impegno non ordinario, che ha il suo punto focale nell'ascolto della Parola unito alla totale contemplazione nello Spirito. Nel congiungere tra loro la Parola e lo Spirito, troveremo anche il senso unitario da dare alla nostra vita. Quando siamo disturbati nelle nostre abitudini e nella nostra sicurezza operativa, ci chiediamo quali sono le cose pratiche da fare dimenticando il *primum movens* di tutte le nostre azioni: lo Spirito, il soffio vitale che deve ispirarle.

**39.** Miei cari confratelli: ciò che noi realizzeremo in futuro, in termini di opere, di ruoli, di indirizzi, sarà esattamente in rapporto al posto e alla dimensione che daremo allo Spirito,

cioè in definitiva alla nostra crescita personale, alla cura con cui sapremo evitare di perderci in attività poco produttive e non collegate rispetto al senso che noi vogliamo dare alla vita.

Noi abbiamo scelto di stare dalla parte di chi ama di amore non misurato, e accoglie il debole, l'indifeso, il trascurato; abbiamo scelto di vivere lunghi momenti di abbandono, di deserto, di meditazione, di preghiera non «routinizzata», per acquisire tale capacità di amore incondizionato. Il segreto della Parola attende di essere da noi scoperto: *«Essa è la perla preziosa, il tesoro nascosto, per la cui conquista è necessario vendere tutto. Nell'ascoltazione silenziosa, la parola... affiora alla coscienza e vi accende l'irresistibile desiderio di ordinare sul suo ritmo, percepito come l'armonia del destino personale, la propria realtà. Senza il risveglio di questo desiderio, l'uomo è privo del suo passo, della sua qualità essenziale, e viene a perdersi negli smarrimenti dell'ambiente in cui vive. La preghiera evangelica è l'incontro, nel silenzio, del nostro mistero personale con quello divino, il ritrovamento della nostra verità in Dio...»*

*La critica che la gente ci rivolge è una sola: ci occupiamo troppo del tempo, del mondo, e poco dello spirito, e perciò non siamo più distinguibili da qualsiasi collaboratore laico, quando non lo teniamo stretto col nostro guinzaglio. Noi che serviamo la vita, la creazione (cercando di liberarla dalle deformazioni della povertà, della malattia, dello scetticismo e della solitudine) dobbiamo possederla, la vita. Una vita completa che pulsa, corporea e spirituale, ricca e disponibile, capace di prestazioni umane e religiose utili all'altro, e non solo a noi stessi. Lo ripeterò fino all'esaurimento: la vita pratica, attiva, il nostro ruolo sono importanti ma non salveranno l'anima nostra e l'Ordine, se noi non impegneremo molto del nostro tempo per arricchire la vita interiore, per coltivare le nostre capacità di amore, nella ricerca dell'unione personale col principio della vita» (P.G. Vannucci O.S.M.)*

**40.** Il nostro Ordine ha avuto in eredità una grande e preziosa cultura del lavoro: conosciamo tutti il valore e l'utilità del lavoro per il nostro equilibrio biopersonale. Oggi, la nostra at-

tività ci sta spostando verso funzioni più manageriali, di guida: ci mette, se siamo capaci, nella condizione di stabilire rapporti umani, oltre che professionali, che sono di grande aiuto alla nostra psiche e a quella dei malati. *A volte in noi sono carenti il lavoro intellettuale e quello spirituale*: se li trascuriamo, finiremo per svuotare di significato le nostre attività manuali e professionali.

*Non mentire, non tradire*

**41.** La mia vi sembrerà una provocazione; ma dobbiamo centrare di più la nostra giornata sulla coltivazione dello spirito e della persona, rivedendo in modo spregiudicato le nostre attuali mansioni, in modo da garantire attraverso di esse la realizzazione del nostro carisma. Infatti, come uomini è attraverso il lavoro che noi doniamo al mondo la nostra umanità e dimostriamo la nostra capacità di amore. Come religiosi dobbiamo esprimere al mondo indicazioni e anche critiche, se necessario; ma per far questo dobbiamo conoscere «gli impulsi della umanità attuale, per affermarli e per purificarli». E dobbiamo ravvivare in noi la preghiera, portandola a un livello di maturità. Ciò è possibile se alla cultura del lavoro manuale e professionale sapremo affiancare quella dell'uomo e della nostra civiltà, oltre a quella fondamentale dello Spirito.

Solo a questa condizione le nostre comunità si animeranno e ciascun religioso, secondo le proprie esperienze ed attitudini, potrà capire il mondo nella sua autenticità, interpretare il profondo anelito dell'uomo a dare un senso alla vita, rifiutando ogni modello, secondo il famoso detto: imparare da tutti, ma non imitare nessuno. Anche noi dunque, in spirito di ricerca, di verità e amore, di autenticità e libertà, dobbiamo reinventare i nostri modelli di vita religiosa, operativa, comunitaria, sociale. *Facciamo insieme questo lavoro evitando le tentazioni di ripetere moduli ormai sorpassati (che è mentire) o di imitare questo o quell'Ordine (che è tradire la coerenza con le nostre origini).*

### *L'apertura allo Spirito nelle nostre comunità*

**42.** Il nostro aprirsi allo Spirito – si è detto – presuppone un lavoro individuale di crescita umana, intellettuale, religiosa e una azione coerente nella realtà specifica delle nostre opere. La nostra crescita comincia dagli anni di noviziato assieme ai nostri confratelli, ai nostri collaboratori e ai malati, coi quali noi siamo (o dovremmo essere) in perenne comunione.

Comincia dunque nella comunità religiosa, che oggi ci dà forse più angustie che soddisfazioni. Questo era meno vero un tempo quando la comunità, come un grande grembo materno, ci proteggeva, ci dava sicurezza, pur mostrandosi molto severa in termini di prescrizioni, divieti, e persino di ostacoli alla nostra personale realizzazione. Oggi qualcosa è cambiato: la comunità dei religiosi non è più una entità totalizzante, c'è più spazio per le libertà personali, il ruolo gerarchico è vissuto in modo meno oppressivo. Tuttavia, persiste una certa delusione in tutti noi; ogni tanto ci aspettiamo che la comunità debba corrispondere meglio ai nostri bisogni, forse coltiviamo l'infantile desiderio di essere amati dagli altri, magari senza meritarlo, forse la nostra idea della comunità religiosa è rimasta bloccata a metà strada tra la nostalgia del passato (o il suo totale rifiuto) e la spinta ad aprirla allo Spirito oltre che a ciascuno dei nostri confratelli.

**43.** Credo che *a noi tocchi reinventare le nostre comunità*, che non ci vengono regalate da questa o quella Casa. *Noi siamo rimasti vittime di un errore: quello di pretendere che l'amore sia un dono e non una conquista.* È ben vero che nei primi anni della nostra vita, in famiglia e in convento, i nostri genitori, come i nostri superiori, ci hanno mostrato spesso un volto sorridente, benevolo, accogliente: in fondo ogni bambino deve ricevere l'amore gratuito degli adulti. Ma con il passare degli anni noi abbiamo sperimentato che *amare ed essere amati è una cosa incredibilmente complessa*, impegnativa, sempre meno spontanea, sempre in bilico, ricca di esperienze contraddittorie, quando non portatrice di vere e proprie sofferen-

ze. La comunità si è trasformata prima o poi per ognuno di noi, in qualche modo, fonte di sofferenza. Possiamo sentirci imbarazzati ad ammettere la pesantezza, la quasi impossibilità di creare una comunità ricca di comprensione, di azione di fiducia. Ma abbiamo il dovere di cercare delle soluzioni. Nella comunità di oggi sono più evidenti i segni di logorio, di sfiducia, di incomprensione, anche perché è possibile più che in passato la fuga dalla comunità-comunione, in svariate forme: lavorando di più, frequentando gli studi, intraprendendo attività sociali, viaggiando, riunendosi a discutere, ecc...

**44.** In termini umani, la comunità potrebbe essere paragonata ad un gruppo che si costituisce per raggiungere una certa meta. Tipica è l'équipe professionale che – una volta realizzato l'obiettivo – si scioglie ed ognuno torna alle sue occupazioni. Noi siamo un gruppo anche in questo senso, ma non soltanto in questo. Anche noi ci mettiamo insieme per pregare, per lavorare, per studiare; ma ciò non fa ancora comunità-comunione: spesso, infatti, noi desideriamo la comunità ma allo stesso tempo la fuggiamo, forse per evitare dei rischi. Credo che ciò avvenga non per cattiveria, paura o scarso senso della religiosità, bensì per volontà di impedire lo schiacciamento dell'Io personale nella vita comunitaria, di evitare lo sfruttamento affettivo da parte di alcuni confratelli non sufficientemente maturi come persone e come religiosi; in altre parole, si è convinti che in comunità non sia possibile sviluppare se stessi, crescere come persone e come religiosi, e che in comunità avvenga soltanto l'impoverimento dell'Io e il suo sfruttamento.

**45.** Cari confratelli, tutto questo in parte è vero; quando in comunità non si ha la sensazione di essere rispettati, di camminare insieme pur nella diversità delle persone, allora si ritiene inutile parteciparvi.

Ma la comunità religiosa è qualcosa di più di un gruppo, in quanto i suoi membri stanno insieme nel nome di *Qualcuno che li ha fatti incontrare per realizzare l'ideale di testimoniare il loro amore verso il prossimo*. Questo ideale unisce persone con

una forte identità personale e religiosa, interessate non ad elemosinare adulazioni e riconoscimenti, ma ad *offrire la loro persona* al dialogo reale con l'altro. Noi – come uomini, come cristiani e come religiosi – siamo chiamati alla comunione. Come afferma il Vaticano II, «*la ragione più alta della dignità dell'uomo consiste nella sua vocazione alla comunione con Dio*» (GS, 19). Non si tratta di una semplice attitudine umana al dialogo e alla disponibilità, bensì di un  *dono*  che ci è svelato e comunicato nella parola di Dio. La comunione è  *mistero* , la cui partecipazione è offerta all'uomo; è «*il progetto di Dio che si attua nella storia con l'annuncio della fede, fondato sulla comunione trinitaria*» (CEI, Comunione e comunità, documento 1981 n. 16). Ne segue che tanto la Chiesa nel suo essere comunità, quanto le comunità di Chiesa – come è la nostra comunità religiosa – sono sempre un'icona della Santissima Trinità, una manifestazione del Padre, del Figlio e dello Spirito Santo. La comunione testimonia l'amore stesso di Dio, un amore puro ed esigente.

**46.** Cari confratelli, dobbiamo riconoscerci per quel che siamo, con le nostre luci e le nostre ombre, per ciò che vogliamo ottenere attraverso la nostra vita, e poi interrogarci se siamo «autentici», oltre che con noi stessi, anche con i nostri confratelli. Diversamente, la comunità non diventa comunione, luogo di crescita e di scambio, dove si incontrano persone vive, in carne e ossa, unite nella varietà dei caratteri, dei carismi e della formazione, per dialogare rispettandosi sempre, camminando insieme, sia pure con mansioni e compiti differenziati. *La comunità non è il paradiso terrestre, ma il luogo necessario per la crescita di tutti attraverso l'incontro realmente fraterno* nelle intenzioni e nelle forme, non accecato dalle illusioni o dai nostri desideri narcicistici.

**47.** L'incomprensione e il conflitto nelle comunità molto spesso manifestano il desiderio di uscire dalla immaturità, dal conformismo, dalla ipocrisia di certe riunioni celebrate solo per dovere e non perché funzionali alla nostra vita. Ma come possiamo parlare di amore se non possediamo la consapevolezza

dei nostri e degli altrui limiti, se non ci rispettiamo e se non rispettiamo l'altro? Siamo esseri umani, *viviamo in comunità non per ripiegarci su noi stessi*, ma per crescere con quanti tendono ai nostri stessi obiettivi.

**48.** La nostra principale preoccupazione deve quindi essere rivolta a questa non più eludibile situazione di malessere della comunità religiosa; situazione che va affrontata non rinforzando meccanismi illusori, bensì riscoprendo la passione originaria ed originale del *crescere insieme* mediante l'amore con cui ci ha amato Cristo (Gv 12, 14).

Noi possiamo dare in cambio il nostro impegno per crescere cristiani e religiosi sempre più autentici, indipendentemente dalle deviazioni e dagli errori inevitabili; con l'occhio dunque a noi stessi, e senza giudicare gli altri. Dice un poeta: «*Giudicare una persona per la sua azione più meschina è come calcolare la potenza dell'oceano dalla sua leggera schiuma*». Ben più autorevoli il Vangelo e San Paolo, di cui vi invito a leggere i toccanti richiami (cfr. Lc 6,37-38; Gal 5,13-15).

**49.** Da quanto ho detto, emerge l'importanza che assume per l'identità e l'efficacia del nostro carisma la formazione di comunità in cui operino persone autentiche, coscienti del fatto che tali comunità si costruiscono giorno per giorno entrando vi con le proprie energie e con le proprie debolezze, con la propria esperienza e col desiderio di restare uniti nel nome di Gesù, perché in tal caso Lui è presente (Mt 18,20).

La nostra ospitalità potrà cambiare, nuove opere sorgeranno, altre potranno e dovranno estinguersi. Non è questo che preoccupa, bensì il fatto che protagonisti del futuro siano delle comunità davvero rinnovate.



### 3. APRIRSI AL TEMPO E ALL'UOMO

**50.** Se dovessi esprimervi compiutamente il mio pensiero su questo tema, ci vorrebbe ben altro spazio. I cambiamenti avvenuti in questi ultimi decenni nel campo della salute e, più in generale, in quelli dei bisogni e dei disagi dell'umanità, con innegabili progressi ma anche con imprevedibili arresti e cambi di rotta, sono talmente numerosi e sconvolgenti che richiederebbero una riflessione a sè. Qui possono bastare alcuni richiami, uniti a qualche proposta, che ci stimolino alle necessarie *aperture al Tempo e all'Uomo* senza mai abbandonare *l'apertura (centrale) allo Spirito*.

*Un Tempo diverso, un Uomo diverso*

**51.** Una prima riflessione riguarda l'umanità di oggi: siamo tutti consapevoli che essa è stata colta di sorpresa dalla rapidità delle trasformazioni e dalle sollecitazioni che hanno interessato le ideologie, l'economia e la politica, provocando delle vere e proprie «rivoluzioni» all'interno dell'animo umano.

*«Un mondo diverso invade il mondo conosciuto, e questo mondo è tanto imprevedibile da rendere le previsioni della vita ordinaria del tutto insignificanti. In questo mondo diverso c'è il mistero di tutti i fondamenti della vita».* (W. B. Kristensen).

In questo mondo diverso nasce l'uomo diverso del nostro tempo, ancora una volta combattuto tra le esigenze divine e quelle del male, come ci insegna la storia. In questo mondo diverso noi dobbiamo-vogliamo vivere, noi dobbiamo possiamo

operare. Ma la nostra azione risulterà efficace solo se possederemo la forza interiore e la consapevolezza che l'umanità ha bisogno di *testimoni* della verità, di *guide* morali oltre che operative, dotate di coscienza critica, di *anticipatori* coraggiosi. Ce lo ricorda Paolo VI con ineguagliabile forza: «*L'uomo contemporaneo ascolta più volentieri i testimoni che i maestri, o se ascolta i maestri lo fa perché sono testimoni. S. Pietro esprimeva bene ciò quando descriveva (1 Pt 3,1) lo spettacolo di una vita rispettosa che conquistava senza bisogno di parole coloro che si rifiutavano di credere alla Parola*» (Evangelii nuntiandi, n. 41).

**52.** Questo impegno personale che fa progredire l'umanità, pone l'uomo del nostro tempo in una condizione nuova, forse la più nuova e sconvolgente dal suo apparire sulla faccia della terra: *la solitudine*, il trovarsi quotidianamente a confronto con realtà che lo manipolano e lo allontanano dal «centro» vitale dello spirito, da quel Dio di cui egli è stato creato «a immagine e somiglianza». Chi non riesce a raccogliere la sfida di questa solitudine, diventa preda delle mode del tempo, si immerge in attività frenetiche, si contorce, si disperde, offuscando la sua identità, perdendo in definitiva la sua libertà.

### *Custodi e artefici del benessere della gente*

**53.** Oggi più di ieri sono dunque necessarie all'uomo la libertà di pensiero personale, la ricchezza del cuore ed una nuova e più coerente operatività.

E tutto questo che rapporto ha con la nostra vita di religiosi ospedalieri? Un rapporto strettissimo in quanto anche noi dobbiamo attingere molto maggiormente al nostro lo interiore, alla nostra libertà, alla forza dei nostri sentimenti se vogliamo operare in modo coerente a favore della umanità del nostro tempo.

In noi si è sovente alimentato un vizio mentale, anticristiano: l'abitudine a vivere con la malattia, il disagio, la sofferenza dei nostri pazienti ci ha fatto dimenticare il vero obiettivo che

è quello di garantire loro, anche attraverso l'attività sanitaria in senso stretto, il massimo di benessere possibile. Noi non siamo solo distributori di farmaci, o riparatori di corpi, ma anche e soprattutto custodi e, per la nostra parte, artefici in molti casi del benessere della gente che si rivolge a noi carica di bisogni e motivazioni nuovi e persino sconvolgenti per noi, abitua-ti ad una visione schematica e riduttiva nella nostra azione.

**54.** La nostra apertura al Tempo e all'Uomo ci deve coinvolgere non solo professionalmente, ma anche personalmente e culturalmente alla ricerca di *questo uomo di oggi*, diverso da quello di ieri. È proprio da questo Uomo che noi vogliamo fuggire quando diciamo che nella ricca società capitalistica non c'è più spazio per i Fatebenefratelli. Come se essere ricchi equivalga ad avere la chiave della felicità, della salute, del benessere. Il benessere non va confuso con il ben-avere. Avvertiamo la grande tentazione di abbandonare a se stesso questo uomo occidentale che con grande sforzo cerca di emanciparsi dalla povertà, dalla superstizione, dalle tradizioni assurdamente vincolanti, per trovare un suo nuovo equilibrio da proporre al resto dell'Umanità; e di abbandonarlo proprio mentre vive la vulnerabilità della sua condizione di ricercatore di nuove strade. Non è forse anch'egli figlio di Dio, chiamato alla salvezza, e spesso coinvolto nel dare aiuto ai fratelli che soffrono per mancanza di cibo, medicine, abitazioni?

**55.** L'odierno uomo tecnologico non ha certo risolto del tutto i suoi problemi: è più libero, più responsabile, più attivo, ma paga tutto questo con una maggiore fragilità dei legami affettivi, mentre la stessa innovazione tecnologica lo espone maggiormente ai rischi della disoccupazione, della mobilità lavorativa, della perdita del rango sociale, della solitudine dell'anonimato soprattutto all'interno dei grandi agglomerati urbani. Paga in definitiva questo progresso con un diffuso malessere della persona che si manifesta nella ricerca frenetica di divertimento, di evasione, di psicofarmaci, per ritrovare un minimo di serenità.

**56.** Una delle aspirazioni prevalenti dell'uomo, almeno nella cultura occidentale ed industriale, è l'aspirazione alla *autonomia*, cioè ad una condizione in cui sempre meno condizionato dalla tradizione, egli possa fare esperienza di se stesso, vivere in pienezza le sue dimensioni, essere sempre più libero. Questa sete di autonomia, di verità su se stesso e sugli altri, in altre parole di autenticità, rappresenta, soprattutto per noi religiosi, l'aspetto più traumaticamente più duro da accettare. Siamo infatti portati a condannarlo anche perché il suo comportamento è accompagnato a volte da spinte amorali, da sete di piacere, da negazione del trascendente, da sconvolgimenti nei rapporti familiari e sociali. Tuttavia *la spinta alla emancipazione*, alla ricerca e alla assunzione di responsabilità personali da parte dell'uomo del nostro tempo non è solo espressione di ribellione, ma anche di autenticità, di impegno. Dopo secoli in cui pochi uomini potenti hanno dominato le coscienze e le espressioni delle masse, l'umanità cerca di configurarsi il proprio destino secondo modelli interni più che esterni: è ciò di per sé è un bene, non un male. L'uomo che vuole diventare libero, autentico, responsabile, cerca dentro sé, oltre che fuori, le risorse principali per realizzarsi in queste direzioni. E non tollera molto facilmente le imposizioni, i codici morali astratti e non sufficientemente motivati, i ceppi della consuetudine e della tradizione.

Nello stesso tempo, l'esercizio della propria autonomia lo espone inevitabilmente ad errori e deviazioni, a momenti di angoscia nonostante le conquiste ottenute sul piano materiale. E questo perché l'uomo non è solo *ciò che ha* ma è soprattutto *ciò che è*.

**57.** Dice un proverbio cinese: «*l'uomo ricco ha sempre paura*». E ne ha soprattutto quando si ammala. Forse l'uomo maggiormente in crisi oggi è quello che entra nei nostri ospedali. Da questa crisi egli può risorgere, col nostro aiuto e quello di Dio, a una vita nuova, più integrata, più orientata al bene della famiglia e dei fratelli, più cristiana ed umana.

Mi viene in mente il pensiero di un noto sacerdote-scrittore, don Pronzato, a proposito della parabola del seminatore: «*Il seminatore non sceglie il terreno, non decide quale è il terreno*

*buono e quello sfavorevole, quello adatto e quello meno adatto, quello da cui ci si può aspettare qualcosa e quello per cui non vale la pena di darsi da fare. Il terreno si rivela per quello che è dopo la semina, non prima. Se tutti gli annunciatori della Parola ricordassero questo... Il nostro compito non sta nel classificare i vari tipi di terreno, nel tracciare la mappa delle possibilità (una tentazione sempre presente). Noi dobbiamo mettere alla prova tutti i terreni. Dobbiamo rischiare la parola dovunque. Vorrei dire che dobbiamo imparare a sprecare la semente. Imparare a compiere numerosi gesti inutili». Senza dimenticare che il seme può trasformare il terreno.*

### *Entrare nel tempio del Tempo e dell'Uomo contemporaneo*

**58.** Dedicarsi ai nostri fratelli e all'Uomo contemporaneo non è perder tempo se abbiamo la cultura e la forza necessarie.

Aiutare gli affamati e vestire gli ignudi, sono opere meritevoli, come assistere chi – chiuso nel suo egoismo – è incapace di mettere in comunione con gli altri i beni materiali e morali. Povero è ogni uomo che ha perso l'equilibrio psico-fisico e la speranza in una vita più ricca in ogni senso; chi si avvicina al mistero della morte, o anche solo temporaneamente è costretto a separarsi dagli affetti familiari, dai compiti lavorativi, dai rapporti sociali. Se è nobile la scelta missionaria, non lo è meno quella di chi decide di stare con l'Uomo del «progresso» e con le sue opere, in queste realtà «Avanzate» dove più diffuse sono l'indifferenza e la insensibilità, umana e spirituale, verso l'uomo. Un affamato, un ignudo, un handicappato è molto più visibile di chi, benestante, non ha bisogno tanto di cibo, di vestiti o di custodia, quanto di speranza, di attenzione, di rispetto, di identificazione. Il pane psichico e spirituale è un pane meno visibile, ma ugualmente utile al malato, anche se è più difficile da somministrare.

**59.** Cari confratelli, guardiamoci dai complessi di superiorità o di inferiorità indotti in noi dal colore della pelle o dalla grandezza del portafoglio dei nostri assistiti. Guardiamoci dal pre-

giudizio secondo il quale le necessità dell'uomo sono solamente di carattere economico-materiale scientifico, da affrontare in modo tecnicistico e basta. Così non si rende giustizia alla complessità e alla ricchezza dell'Uomo contemporaneo, né alla sostanza della nostra vocazione; può anzi essere un pretesto per sottrarci alla assunzione di nuovi, impegnativi atteggiamenti orientati non alle nostre necessità (di potere, di prestigio, di rapida risposta del malato ai nostri interventi materiali) ma a quelle della persona affidateci. A tale persona, più libera, più emancipata, più attenta e più sola deve essere rivolta un'attenzione diversa, se vogliamo realmente rispondere ai suoi bisogni e rispettare i significati più profondi del suo stile di vita. Il nostro carisma, che ha una ricchezza incredibile, non soffre e non soffrirà mai di mancanza di utenti: può essere esercitato in ogni luogo abitato dall'uomo, il quale avrà sempre nell'animo il desiderio di un alimento non solo biologico.

Il nostro Carisma ci invita dunque ad entrare nel *tempio dell'Uomo concreto di oggi*. Ci avverte anche che dobbiamo mutare a seconda del Tempo e dell'Uomo, senza garantirci che tale mutamento sia indolore. Forse è più facile affrontare i rischi della savana o del deserto che annunciare il nostro Carisma a gente istruita, con facoltà critiche notevoli, ma con bisogni nuovi da soddisfare.

**60.** «*Nell'ambiente tecnicizzato e consumista della società moderna nella quale si scoprono ogni giorno nuove forme di emarginazione e di sofferenza, il nostro apostolato ospedaliero è pienamente attuale*». Lo leggiamo nelle nostre Costituzioni. Siamo noi, cari confratelli, che rischiamo di non essere attuali se non fissiamo lo sguardo sulle emarginazioni e sulle sofferenze dell'Uomo contemporaneo.

Alleiamoci dunque con quanti – anche collaboratori laici – vogliono crescere accanto a noi e spesso camminano davanti a noi. Insieme risponderemo meglio alla nostra chiamata, alla nuova *cultura dell'Uomo, del Tempo e della Vita*, uno sforzo di ricerca e di sperimentazione che mai forse il nostro Ordine ha dovuto così urgentemente affrontare.

Questa visione dell'Uomo può sembrare troppo spirituale e poco tecnicistica, ma è sicuramente in linea con le Costituzioni e con lo Spirito che le anima. Vi troviamo, infatti, la spinta a realizzare il nostro apostolato da religiosi «nuovi», attuali, veri, a favore dell'uomo al quale sempre dobbiamo guardare. *«L'Himalaia è ovunque, il nostro vero maestro è ogni uomo e ogni donna che soffre»* (Gandhi).

## 4. IL NOSTRO RUOLO NELL'ORDINE

**61.** Ciò che ho detto a proposito del religioso singolo e della comunità, si può applicare anche al nostro Ordine. La ricerca dei bisogni dell'uomo contemporaneo, la collocazione delle nostre Opere, la capacità di progettare attività sempre più rispondenti alle esigenze della società interessano il tessuto connettivo della istituzione. Anch'essa deve cambiare per vivere nella attualità e nel futuro. E deve cambiare – come sta in parte già avvenendo – in direzione di una sempre maggiore colleganza tra case e Province, tra Province e Governo Centrale, tra quest'ultimo e la periferia.

### *Unità nell'autonomia*

**62.** Spesso, a livello singolo e di comunità, viviamo con un certo fastidio i richiami del Consiglio Generalizio che, ormai da tempo, sollecitano ad una connessione sempre più stretta fra le varie componenti della nostra Istituzione. La mancanza o l'insufficienza di tale connessione, controproducente per noi e per i rapporti coi collaboratori laici, non dipende dalla distanza geografica fra le singole case e la Provincia, o tra questa e il Centro, ma piuttosto da una scarsa percezione della complessità e della ricchezza della nostra stessa Istituzione.

Sembra strano come in un'epoca in cui si viaggia con estrema facilità da un continente all'altro e si dispone di informazioni in tempi molto rapidi, facciamo ancora fatica a comportarci come un corpo unico, ben articolato nelle sue strutture.



Non possiamo, non dobbiamo accogliere con sospetto le iniziative che mirano a favorire la nostra colleganza. È anzi assurdo pensare di risolvere nostri problemi di governo, di vita interiore, di risposta ai bisogni del malato, di gestione economica e di progettazione senza un forte spirito di comunanza sia a livello orizzontale che verticale.

**63.** In questi ultimi anni, l'ordine ha prodotto uno sforzo notevole in tale direzione: ma ciò ancora non basta, non siamo ancora ad un punto soddisfacente.

Tutti noi dobbiamo sentirci obbligati a pensare a soluzioni nuove al problema in un clima di maggiore fiducia reciproca e di collaborazione da parte di tutti. La distanza e le differenze sociali e culturali che ci caratterizzano non debbono diventare un alibi al nostro disinteresse, come se il Centro non facesse parte dell'Ordine!

Cari confratelli, quando il Priore Generale vi invita a vivere intensamente il vostro ruolo, quando insiste sulla necessità della sintonia tra ognuno di voi e la Provincia, tra le singole provincie nonché fra voi e il Centro, non mira a sottrarvi autonomia, tempo, risorse, bensì a realizzare quello scambio, fra l'altro previsto dalle Nuove Costituzioni, che permette di crescere a tutti i livelli, di favorire decisioni più sagge. L'autonomia non deve diventare autarchia, per nessun motivo; *l'unità nella autonomia* è quindi un progetto che non può essere trascurato.

Il compito più sgradevole per un Superiore Generale è quello di dover obbligare uno dei suoi confratelli a fare ciò che va fatto. È veramente doloroso constatare la pigrizia di certe Province non solo di fronte alle indicazioni del Governo Centrale, ma anche di fronte a risoluzioni prese in casa propria: a parole ci dichiariamo disponibili e poi nei fatti, o non operiamo, oppure operiamo disuniti, quando non addirittura in antagonismo.

Al Priore Generale non reca disturbo la diversità delle opinioni: una inestimabile ricchezza scaturisce dal considerare in modo diverso un problema.

*Quello che impoverisce è invece la mancanza di dibattito, la falsa obbedienza, lo spirito di prevaricazione, la paura di perdere autonomia.*

**64.** Se vogliamo prepararci al 2000 in piena coerenza col nostro carisma dell'Ospitalità, non possiamo rinunciare ad un maggiore avvicinamento, umano e spirituale, fra di noi, fra Periferia e Centro, fra vicini e lontani. Nessuno di noi può ritenersi superiore ad un altro, nessuno può sentirsi più a posto di un altro. Nell'esercizio delle nostre funzioni tutti siamo importanti, tutti siamo utili, indipendentemente dal ruolo odierno, dall'età, dalla nazionalità di provenienza o da quella in cui operiamo. E saremo ancora più utili, più testimoni, più coscienza critica, più guida, più innovatori se le nostre risorse, i nostri cuori, le nostre intelligenze, la nostra spiritualità confluiranno verso progetti di vita condivisi, trasparenti, partecipati.

**65.** *Il nostro Ordine deve caratterizzarsi per una visione veramente comunitaria, per legami più franchi e schietti, per programmi ispirati da un genuino senso di appartenenza.* Il mondo si stupisce quando vede confratelli disuniti, bloccati nella reale comunione da gelosie ed invidie infantili, perché si attende da noi, oltre che la testimonianza autentica dell'amore cristiano, una attitudine al perdono, alla tolleranza, alla alleanza fra di noi.

Una delle grandi paure del nostro tempo, *la paura atomica*, è generata dalla furbizia, dalla prepotenza, dalla convinzione di essere dalla parte giusta, dalla discordia alimentata in continuazione e mai risolta di uno spirito di dialogo. Noi dobbiamo trovare al nostro interno, tutti insieme, il modo per testimoniare al Mondo la capacità di trovare l'intesa, di sopportare le differenze, di mettere una pietra sopra le offese ricevute. Saper perdonare è indispensabile per costruire l'unità, per dare spazio alla critica non distruttiva, nel rispetto nell'amore reciproco. Come Vostro Priore Generale vi chiedo di essere generosi, verso le inevitabili debolezze umane, per contribuire alla costruzione di un Ordine più unito e più aperto.

*Testimoni e guide morali per i nostri collaboratori*

**66.** Su questo aspetto della nostra vita religiosa ho già detto molto in questi ultimi anni. Tuttavia preferisco ripetermi, perché il nostro futuro dipenderà molto da quello che noi riusciremo a fare nei confronti dei nostri sempre più numerosi collaboratori. Il nostro ruolo ha subito e subirà ulteriori cambiamenti radicali: sta a noi anticiparli, inventarli alla luce del nostro carisma e dei segni dei tempi.

Su un punto voglio essere subito chiaro: *chi entra nei Fatebenefratelli non lo fa per una scelta professionale, ma per una vocazione interiore.* E anche se le nostre Opere prendono, all'interno della scelta spirituale, una collocazione professionale, per i nostri futuri religiosi la destinazione manageriale è secondaria: *essi sono entrati nell'Ordine per dirigere.* Anche se la conoscenza dell'arte direttiva va acquisita, la preparazione culturale, religiosa, professionale non deve essere quella di chi occuperà posti di comando, perché abbiamo la fortuna di avere collaboratori laici specializzati in questi compiti specifici, cui hanno dedicato un investimento maggiore di tempo e di intelligenza. Qualche religioso, in particolari luoghi e momenti, potrà anche assumere ruoli direttivi-gestionali, ma questa non è la nostra meta finale, è una fase transitoria e contingente. Abbiamo perso troppo tempo nel contrastare la crescita e l'inserimento in funzioni direttive dei nostri collaboratori laici: è giunto il momento di cambiare.

**67.** Sono convinto che S. Giovanni di Dio oggi non creerebbe nuovi Ospedali, né si metterebbe a dirigerli. Ma dedicherebbe il suo impegno a *formare uomini, a creare nel laicato menti e cuori* in grado di assicurare alle nostre Opere quel clima professionale, umano e gestionale che spesso fa difetto. Lo ripeto: noi non diventiamo frati, priori, Provinciali, Generali per essere dei managers, bensì per *testimoniare, per orientare, per formare i nostri collaboratori alla missione di assistere in modo integrale il malato, il bisognoso.* Già in alcune Province dell'Ordine il ruolo di coordinatore della comunità è stato separa-

to da quello di direttore amministrativo dell'Ospedale. Su questa strada dobbiamo continuare, cambiando innanzi tutto il nostro animo. È certo più gratificante, in un'ottica puramente umana, gestire il potere per il potere, che non dirigere un servizio in una posizione di *guida morale*, lasciando la *guida tecnica* a collaboratori laici – che quasi sempre sanno fare meglio – opportunamente scelti e permanentemente formati. Il *grande compito* che ci attende nel prossimo futuro è proprio questo: essere all'interno delle nostre Opere guida morale, cioè coscienza vigile e, se necessario, critica, affinché i nostri collaboratori si alleino a noi nel servizio al malato. È una scelta decisiva non più rimandabile che ci costerà notevole fatica, forse anche la perdita di prestigio in qualche caso, ma permetterà alle nostre Opere di funzionare meglio anche sotto il profilo gestionale. Più concretamente, il nostro collaboratore deve diventare oggetto-soggetto delle nostre attenzioni, così come lo è il malato; dobbiamo individuarne e capirne i bisogni e i disagi, magari provocati da noi. In tale modo creeremo nell'Ospedale quella «ecclesia» che a parole tutti vogliamo, ma che nella realtà temiamo.

**68.** *Il ruolo di guida morale non si improvvisa.* Esso va progettato, programmato ed attuato secondo criteri di onestà e in armonia con le caratteristiche delle nostre Opere. Per comunicare la nostra umanità e la nostra passione verso il malato ai collaboratori, dobbiamo possedere tale passione, non quella per le poltrone di comando. Assumere un ruolo di guida comporta una crisi di identità per molti di noi, abituati soprattutto al «fare» in prima persona. Il tempo dei «fac-totum» è finito, occorre concentrarsi sui compiti primari che la nostra scelta vocazionale ci impone. *Da qui la necessità di uno studio e di una ricerca continui* per tradurre in indicazioni concrete gli ambiti di comportamento in cui esplicitare le funzioni di *guida morale*, di animazione e di coscienza *critica* nei confronti di noi stessi, dei collaboratori e del mondo. Questo ci consentirà di valorizzare meglio il nostro rapporto con gli altri, di arrivare ad una alleanza autentica, di eliminare ogni ombra di contrapposizione, di sospetto, di sfiducia.

**69.** I nostri collaboratori sono in grande maggioranza dei laici. Dal Vaticano II ad oggi è stato riscoperto e valorizzato il singolare ruolo dei laici nella Chiesa e lo «specifico» che li contraddistingue: la secolarità.

Dal documento preparatorio al Sinodo dei Vescovi del 1987 sul tema: *Identità e missione dei laici nella Chiesa*, proporrei qualche sottolineatura particolarmente utile per un nostro corretto rapporto con i collaboratori.

Secondo il Concilio Vaticano II, il ruolo ecclesiale dei laici è inscindibilmente legato alla loro vocazione battesimale e alla loro condizione secolare.

In quanto battezzati, essi sono a pieno titolo fedeli incorporati a Cristo e alla Chiesa. E il loro inserimento nelle realtà temporali e terrene, ossia la loro «secolarità», è un dato teologico, è la modalità caratteristica secondo la quale essi vivono la vocazione cristiana.

**70.** I laici posseggono un'unica ed indivisa «identità», in quanto insieme sono membri della Chiesa e membri della società. Dalla loro peculiare condizione, essi derivano coerentemente la loro partecipazione alla missione salvifica della Chiesa; in quanto battezzati, possono e devono vivere la loro responsabilità apostolica non solo nelle realtà temporali e terrene, ma anche in quelle propriamente ecclesiali in forza della loro specifica condizione secolare, sono abilitati e impegnati come cristiani non solo nell'ambito della chiesa, ma anche e propriamente in quello del mondo e delle sue strutture e realtà.

Il Concilio Vaticano II lo afferma chiaramente nella «*Apostolicam Actuositatem*»: «*L'opera della Redenzione di Cristo, mentre per natura sua ha come fine la salvezza degli uomini, abbraccia pure l'instaurazione di tutto l'ordine temporale. Per cui la missione della chiesa non è soltanto portare il messaggio di Cristo e la Sua grazia agli uomini, ma anche animare e perfezionare l'ordine temporale con lo spirito evangelico. I laici dunque, svolgendo la missione della chiesa, esercitano il loro apostolato nella chiesa e nel mondo, nell'ordine spirituale*

*e in quello culturale: questi ordini, sebbene siano distinti, tuttavia nell'unico disegno divino sono così legati, che Dio stesso intende ricapitolare in Cristo tutto il mondo per formare una creazione novella, in modo iniziale sulla terra, in modo perfetto nell'ultimo giorno.*

*Nell'uno e nell'altro ordine laico, che è simultaneamente fedele e cittadino, deve continuamente farsi guidare dalla sua unica coscienza cristiana» (AA,5).*

**71.** Nella missione salvifica che la chiesa ha nei riguardi delle realtà temporali e terrene – missione che è di tutta la chiesa e quindi anche dei pastori – i laici, in forza della loro tipica secolarità, hanno un posto originale e insostituibile: *«Ai laici tocca assumere la instaurazione dell'ordine temporale come compito proprio e, in esso, guidati dalla luce del Vangelo e dal pensiero della chiesa e mossi dalla carità cristiana, operare direttamente e in modo concreto; come cittadini cooperare con gli altri cittadini secondo la specifica competenza e sotto la propria responsabilità; cercare dappertutto e in ogni cosa la giustizia del regno di Dio».*

Paolo VI nell'esortazione apostolica «Evangelii nuntiandi» scrive dei laici: *«Il campo proprio della loro attività evangelizzatrice è il mondo vasto e complicato della politica, della realtà sociale, dell'economia; così pure della cultura, delle scienze e delle arti, della vita internazionale, degli strumenti della comunicazione sociale; ed anche di altre realtà particolarmente aperte all'evangelizzazione, quali l'amore, la famiglia, l'educazione dei bambini e degli adolescenti, il lavoro professionale, la sofferenza. Più ci saranno laici penetrati di spirito evangelico, responsabili di queste realtà ed esplicitamente impegnati in esse, competenti, nel promuoverle e consapevoli di dover sviluppare tutta la loro capacità cristiana spesso tenuta nascosta e soffocata, tanto più queste realtà, senza nulla perdere né sacrificare del loro coefficiente umano, ma manifestando una dimensione trascendente spesso sconosciuta, si troveranno al servizio dell'edificazione del regno di Dio, e quindi della salvezza in Gesù Cristo» (EN,70).*

72. La presenza dei laici cristiani nel mondo deve essere *coraggiosa e profetica* e potrà assumere varie forme di testimonianza accompagnata sempre dal discernimento evangelico. Infatti, come avvertono S. Giovanni e S. Paolo, il mondo è una realtà in cui coesistono il bene e il male, e che richiede un'opera di discernimento e di libera scelta.

Dev'essere allora riconosciuta e promossa *dentro e per* il popolo di Dio la *responsabilità di tutti e di ciascuno*, quindi anche quella dei fedeli laici.

Per definire il modo preciso sia la legittimità, sia la determinazione concreta dei ministeri affidati ai laici, Paolo VI invitava a rileggere la storia della Chiesa e ad essere attenti alle necessità presenti: «*Uno sguardo alle origini della chiesa è molto illuminante e permette di usufruire di un'antica esperienza in materia di ministeri, esperienza tanto più valida in quanto ha permesso alla chiesa di consolidarsi, di crescere e di espandersi. Ma questa attenzione alle fonti dev'essere completata da quella dovuta alle necessità presenti nell'umanità e della chiesa. Dissetarsi a queste sorgenti sempre ispiratrici, nulla semplificare di questi valori e sapersi adattare alle esigenze e ai bisogni attuali: queste sono le linee maestre che permettono di ricercare con saggezza e di valorizzare i ministeri, di cui la chiesa ha bisogno e che molti suoi membri saranno lieti di abbracciare per la maggior vitalità della comunità ecclesiale*» (EN, 73).

73. Ognuna di queste espressioni meriterebbe un commento e una puntualizzazione, in relazione al nostro ruolo di *guida morale* e di *compagni di lavoro* nell'edificare la Chiesa e, in essa, il regno di Dio.

È subito evidente che i laici, con i quali abbiamo un rapporto di collaborazione, non solo sono professionalmente caratterizzati, ma portano con sé una valenza apostolica: anch'essi sono, «*edificatori della Chiesa*», nel senso che la Chiesa cresce ogni giorno anche grazie al nostro carisma di religiosi e grazie ai doni-ministeri propri dei laici. L'ideale traguardo per noi sarebbe vedere i nostri 40.000 collaboratori sintonizzati sul-

la nostra lunghezza d'onda, pur nella diversità del compito professionale. I nostri Ospedali cambierebbero d'incanto: non ci sarebbero più ruoli o poltrone da difendere a denti stretti, né sarebbero più necessari certi controlli faticosi e pedanti, sostituiti dall'autocontrollo.

Dobbiamo anche riconoscere che, in molte Opere, i nostri collaboratori sono molto più avanti di noi, e non solo professionalmente. Pertanto, ad essi dobbiamo aprire il nostro cuore, prospettare le nostre difficoltà, i nostri problemi e le nostre speranze.

Con loro noi possiamo-dobbiamo collegarci: molti di essi aspettano solo un cenno da parte nostra per darci una mano, per aiutarci, per allearsi con noi e non per interesse personale o per ottenere favori, ma perché si rendono conto che assieme si può fare molto di più e meglio.

74. Impariamo dunque dai collaboratori più vicini al nostro carisma, dialoghiamo con loro, scambiamo con essi l'esperienza delle vicende professionali e personali: solo così insieme potremo lavorare nell'esclusivo interesse dei malati. Nell'impegno di formazione a questo nuovo ruolo di *sostegno e di guida*, saranno di sostegno e lume il Consiglio Generalizio e i Provinciali; ma lasciamoci anche ispirare e aiutare dai collaboratori laici «puri di cuore», interessati alla creazione dell'*Hospitium pietatis* di cui si è parlato.

Miei cari confratelli, so che ad alcuni di voi sto chiedendo un grosso sacrificio. Non essendo dei contemplativi, noi siamo in un certo senso costretti a dividerci nello stesso giorno in ruoli attivi e in ruoli contemplativi.

Se vogliamo non soltanto rimanere negli Ospedali, ma portare la luce del divino al malato, dobbiamo preoccuparci di far accendere altre luci, quelle che i nostri collaboratori possiedono, magari offuscate da un velo di pigrizia, di assuefazione, di fatalismo. Saper togliere questi veli, con discrezione ma con fiducia nei collaboratori ed in noi stessi, rientra in quel ruolo di *guida morale* che noi dobbiamo assumere per restare in linea con la nostra scelta di vita.



*Questione etica e ruolo di coscienza critica dei Fatebenefratelli*

75. La fine del sec. XX ci sorprende con una richiesta di etica che proviene proprio dagli ambienti culturali che sembravano ormai irrimediabilmente sganciati dal riferimento a valori e norme. Si fa strada l'acuta consapevolezza che la tecnica non basta. Proprio il successo di quest'ultima, mettendo in mano all'uomo potenzialità prima impensate (divisione dell'atomo e intervento sulla struttura genetica della cellula vivente), ha aperto il nuovo fronte di domanda.

La struttura intima della richiesta contemporanea di etica è familiare al credente, perché ha un ritmo identico a quello della morale, che deriva dalla Parola rivelata. Quest'ultima converge strutturalmente sui due poli della *fedeltà* e della *responsabilità*. Il cristiano, nel suo agire morale, vuol essere essenzialmente fedele al Cristo, in quanto nella sua persona riconosce il Figlio di Dio e il Fratello universale, e responsabile nei confronti delle richieste concrete che la storia rivolge alla sua vocazione. Anche l'etica, di cui si sente oggi una diffusa nostalgia, nasce intorno alla fedeltà e alla responsabilità. Ci si domanda, infatti, a quali condizioni l'uomo resta ancora uomo. Gli interrogativi antropologici sono particolarmente forti nel campo bio-medico; nel prolungamento artificiale della vita, nelle tecnologie applicate alla riproduzione, nella manipolazione farmacologica del comportamento e nella prassi psichiatrica, nell'uso degli individui per la ricerca e la sperimentazione, nelle manipolazioni genetiche. Si avverte un senso del limite, oltre il quale si tradisce l'uomo.

76. Sul fronte della responsabilità, la questione etica esige che ci si interroghi sulla qualità morale dell'azione, riferendola non solo al modello dell'uomo a cui si vuol restare fedeli, ma anche alla progettazione di un futuro. La prima esigenza è ovviamente che, per quanto sta nell'uomo, ci sia futuro. Il filosofo Hans Jonas ha riformulato l'imperativo kantiano per l'agire morale in questi termini: «*Agisci in modo tale che le conseguenze del tuo agire siano componibili con la sopravvi-*

*venza di una vita veramente umana sulla terra*». Oggi siamo in grado di distruggere sia la vita, sia la qualità umana della vita. La richiesta etica si identifica con l'assunzione della propria responsabilità, rinunciando alle deleghe e al ruolo di spettatori marginali del processo storico. Essere soggetto ed essere protagonista sono due esigenze equivalenti.

La duplice esigenze di fedeltà e di responsabilità rende la ricerca etica dell'uomo contemporaneo affine, pur nella diversità, a quella di chi nel proprio agire morale si ispira alla fede in Gesù di Nazareth.

77. La fede non fornisce al cristiano o al religioso un territorio privilegiato o protetto, al riparo dalle aggressioni che tutti gli uomini subiscono per il fatto di vivere nel tempo e nello spazio. Lo sperimentiamo nel campo della sanità nel quale si svolge in modo privilegiato il nostro impegno evangelico e umanitario. Ci rallegriamo certamente per la domanda di etica, che mette in crisi il modello di medicina «scientifica», cioè positivistica, che si pretendeva dispensata dal compito di porsi problemi di ordine antropologico ed etico. Soprattutto là dove è in gioco la salute, come coagulo di valori che investono l'uomo nella sua totalità, il semplice rispetto delle regole di procedimento non basta (si potrebbe, riprendere l'esempio fornito da Kant, del medico e dell'avvelenatore: le prescrizioni per il medico, al fine di guarire il paziente, e per l'avvelenatore, al fine di uccidere un uomo, sono le stesse... Il saper come fare – *to know how* – non risponde alla domanda dell'etica, che ha a che fare con il «regno dei fini».

78. Mentre i nostri contemporanei valutano l'etica nell'ambito delle scienze della vita e della salute, ci rendiamo conto che noi, in quanto credenti e religiosi, non siamo in grado di fornire «la» risposta. Siamo fieramente consapevoli che la fede in Cristo a cui aderiamo ci fornisce uno stimolo creativo per cercare, insieme agli altri uomini, credenti e no, regole di condotta fedele e responsabile. Ma, proprio per la trascendenza della fede, non abbiamo un modello storico concreto da proporre (tanto meno da imporre).

Il passato può essersi deposto su di noi come polvere, o magari anche come una crosta. Per il Vaticano II, i Credenti hanno una certa responsabilità per l'ateismo, causato da una presentazione fallace della dottrina o dai difetti della propria vita religiosa, morale e sociale (cfr. *Gaudium et spes*, 19). Qualcosa di analogo può essersi verificato per quanto riguarda la «controtestimonianza» sul piano dell'etica (mancanza di rispetto per la coscienza dell'altro, strumentalizzazione delle cure del corpo in vista delle preoccupazioni spirituali, preferenza data alla "legge del sabato" – regole morali – piuttosto che all'uomo concreto).

Una nuova situazione di dialogo si è creata nel campo dell'etica: l'umanista è chiamato a parteciparvi con la sua «fede» (che è quanto meno fede nell'uomo; fede che l'uomo è la medicina per l'uomo...); il religioso è chiamato a parteciparvi con la «buona volontà». Questa inversione dei ruoli tradizionalmente attribuiti all'uno e all'altro è indice del rivoluzionamento avvenuto nell'etica, ma anche del cammino all'interno della coscienza cristiana, soprattutto a seguito della riflessione conciliare sulla teologia della Chiesa e della Storia.

**79.** Ho già accennato nelle parti iniziali del documento che *oltre ad essere testimoni e guide morali, noi dobbiamo anche intervenire criticamente nel mondo della Sanità*. Non basta infatti lavorare duramente nei nostri Ospedali, occorre dedicare tempo allo studio dei fenomeni legati al progresso sanitario, per orientarli verso il massimo benessere della persona. Nel precedente documento sulla Umanizzazione ho cercato di esprimere alcuni concetti al riguardo. Qui vorrei insistere piuttosto sul fatto che oggi si tende ad avere una eccessiva fiducia nelle risorse tecniche che (e non sempre per motivi umanitari) vengono messe a disposizione del mondo sanitario. Ciò spiega anche la facilità con la quale da parte di alcuni governi e parlamenti, sono state varate leggi in materia di aborto, di eutanasia, di interventi manipolatori sulle strutture genetiche. Tali tendenze vanno contrastate. Ma per farlo in maniera efficace occorre essere al passo, conoscere a fondo i vari problemi, evitando sterili accuse o posizioni astrattamente rigide di difesa.

Per svolgere seriamente un ruolo non solo critico, ma anche propositivo, dobbiamo collegarci maggiormente con i nostri collaboratori laici, col mondo della Chiesa, con la scienza. Spesso, mancandoci tale consapevolezza, ci limitiamo a constatare, senza intervenire, mentre dovremmo essere in grado di offrire al mondo sanitario idee e progetti, aperti a quanto di positivo ci viene dalla scienza e dalla tecnica.

**80.** E soprattutto, quando vediamo minacciata la sacralità dell'uomo, da qualsiasi parte venga la minaccia, dobbiamo avere il coraggio umano e religioso di intervenire.

Non possiamo tacere di fronte a ingiustizie, tradimenti, pigrizie, a soluzioni difformi da ciò che umanità e fede ci suggeriscono. Ne va di mezzo la nostra vocazione, il nostro impegno di alleati dell'umanità che soffre. Tacere in simili casi equivale ad acconsentire. Ma ancora una volta per parlare, per indicare strade nuove e giuste, dobbiamo possedere una preparazione adeguata, essere all'altezza del Compito. Purtroppo, non è sempre così. E torniamo alla indispensabile collaborazione dei laici. Per raccogliere vittoriosamente le sfide del tempo, ci serve un collegamento, uno scambio assiduo con esperti delle varie materie: professionisti delle scienze mediche, biologiche, umane, in grado di garantirci quella preparazione di cui oggi non si può fare a meno.

Come vostro Priore Generale ho sempre praticato questo scambio, ricevendone spesso critiche, quasi che il Carisma dell'Ordine venisse contaminato o snaturato per il fatto stesso che collaboratori laici, interni ed esterni all'Ordine, erano stati da me interpellati. Sono più che mai convinto del contrario: il nostro carisma sprigionerà tutta la sua forza allorché ci saremo aperti al carisma, umano e scientifico, dei collaboratori laici.

**81.** Nessuno detiene tutto il sapere sanitario, come non esiste quasi mai un approccio esclusivo verso il malato. Sono perciò necessari i contributi di persone che operano nel mondo della salute; molti di essi hanno un grande rispetto, a volte ammirazione per il nostro Ordine. Esso non potrà che trarne van-

taggio se, con determinazione, noi saremo capaci di costruire rapporti di stima, di amicizia, di mutuo sostegno con i nostri collaboratori e con quanti, all'esterno dell'Ordine, possono offrirci il loro contributo. Ne guadagneranno in efficacia e in incisività la nostra azione e il nostro ruolo di coscienza critica verso i misfatti compiuti, magari in nome della scienza, contro il debole, il malato, il bisognoso.

### *Il nostro ruolo di anticipatori*

**82.** Oltre al compito di *testimoni*, di *guide morali* e di *coscienza critica*, ci attende quello di *anticipatori*, di innovatori. Primo grande anticipatore è stato il nostro Santo Fondatore, e dopo di Lui quanti, nonostante l'indifferenza, il disprezzo e l'ostilità dei più hanno saputo percorrere, nel campo del nostro Carisma, nuove strade. Altre ne restano da scoprire, miei cari confratelli! Non è vero che tutto ormai sia stato scoperto e realizzato: i bisogni materiali e spirituali dell'uomo sono minacciati anche nelle nostre Opere, quando certi bisogni vengono ignorati, sottovalutati, o addirittura manipolati a nostro uso.

Per convincersi che esistono molte necessità non soddisfatte nel campo della assistenza al malato del nostro tempo, basta scorrere l'elenco delle Associazioni di Volontari che pullulano in tutto il mondo. Esse si occupano degli handicappati, dei cardiopatici, dei drogati, degli alcolizzati, dei malati di cancro, degli spastici, dei diabetici, dei laringectomizzati, degli psicotici, degli epilettici e così via. È impressionante notare l'ingente numero di persone che si dedicano con passione e in modo gratuito alla soddisfazione di bisogni materiali, sanitari, psicologici che il nostro trionfante mondo della Sanità non riesce spesso neppure a sfiorare.

**83.** Alle volte noi crediamo di avere esaurito il nostro compito, convinti che non esistano più necessità da cogliere e da soddisfare! Quanta supponenza e ingenuità in questo nostro atteggiamento! Il mondo del volontariato, splendida realtà del nostro

tempo che testimonia quante persone generose operino al di fuori degli Ordini religiosi, è lì a dimostrarci che nella nostra società cosiddetta avanzata c'è tanto da fare per noi nei prossimi anni al di là del nostro mondo ospedaliero. A fondare queste associazioni di Volontariato sono di frequente persone che hanno vissuto la malattia in prima persona o nei loro familiari; e dopo aver compreso che le strutture sociali e sanitarie non sono in grado di sostenere patologie così vistose e così poco gratificanti dal punto di vista del prestigio professionale, hanno deciso di far da sé, realizzando una catena di solidarietà da far arrossire di vergogna qualcuno di noi, quanto a spirito di dedizione, di sacrificio, di gratuità. Miei cari confratelli, queste persone svolgono un ruolo di primissimo ordine, *sono esemplari anche per noi e soprattutto stanno anticipando* nella società del benessere, a prezzo di enormi sforzi, *le nuove frontiere della salute*.

**84.** L'uomo del prossimo futuro non potrà affrontare da solo le sfide e i disagi che comporterà, paradossalmente, il progresso scientifico. Tale progresso ha allungato la durata della nostra vita e ciò è molto positivo; ma non ha fatto molto per la qualità della vita dell'anziano, del malato cronico, del disabile. Ed è facile prevedere che aumenteranno sempre più le forme delle patologie croniche e il disagio dei giovani che, di fronte alle seduzioni della società dei consumi e del benessere, cercano vie traverse – droga, violenza, indifferenza – per affermarsi o per dare in qualche modo un senso alla loro esistenza. Dunque noi dobbiamo cercarlo, quest'uomo del nostro tempo, studiarlo, amarlo, sforzarci di comprenderne i bisogni e i disagi, e soprattutto le motivazioni vitali. Noi che abbiamo il compito di restituire la salute, non possiamo limitarci ed essere dei semplici riparatori di corpi. Dobbiamo seguire quest'uomo che, lasciato l'Ospedale, si trova a volte senza lavoro, senza un sostegno con molti problemi anche di ordine psichico. Dobbiamo avere per lui una autentica capacità di comprensione, utilizzando non solo la cartella clinica, ma anche la scheda invisibile del disagio emotivo del nostro paziente ospedalizzato. *La paura che il malato avverte* (di morire, di perde-

re il lavoro, affetti e vita di relazione) è tremenda in molti casi, e non va mai ignorata. Diversamente noi restituiamo al mondo un uomo ferito e incompreso, e ciò offende Dio, l'uomo, la nostra fede, la carità. Il nostro ruolo di anticipazione passa attraverso il riconoscimento di questi bisogni: queste iniziative nuove e meritorie possono nascere, col risultato di eliminare l'antica scissione fra anima e corpo, fra natura e cultura, fra bisogno corporale e bisogno spirituale; una scissione per comodità operata da noi, dalla medicina cosiddetta scientifica, dall'ospedale trasformato in officina di riparazione, separando ciò che è intimamente unito nella persona umana.

**85.** Nell'Ospedale dunque si apre un campo inedito al nostro futuro operare, che richiede il coinvolgimento di molte persone, compreso lo stesso *malato*; un operare che coinvolge in misura molto maggiore la nostra professionalità, la nostra umanità. Ho già avuto occasione di dirlo ma lo ripeto ancora qui con una profonda convinzione che vorrei partecipare a tutti voi: *il malato è la nostra Università, il nostro datore di lavoro, colui che ci guida nelle nostre scelte professionali.* Dobbiamo captarne e interpretarne i messaggi, le proteste, i drammi, le esigenze. Ascoltando il malato, noi potremo modificare radicalmente il nostro modo di essere uomini e religiosi, le nostre strutture, i nostri organigrammi. Chi di noi fosse tentato di lasciare le nostre Opere per testimoniare altrove la buona novella, è invitato a restare anche solo mezz'ora al giorno accanto ad un malato: cambierà presto idea. Anche l'ospedale è terra di missione, forse anche più che il Terzo Mondo, dove c'è miseria ma ancora tanta umanità!

**86.** Questo esercizio di ascoltare un malato al giorno, lo raccomando ad ognuno di voi. Dopo un po' di tempo scoprirete che essere anticipatori, oggi, nelle nostre Opere significa *saper ascoltare il malato e agire di conseguenza.*

Dall'ascolto scaturiranno progetti di studio, di ricerca, di sperimentazione, di cambiamento delle nostre abitudini vecchie e improduttive.

All'inizio questo potrà essere particolarmente faticoso per chi ha perduto la capacità di sintonizzarsi con la lunghezza d'onda degli altri o ha eretto barriere protettive che impediscono al malato di aprirsi a noi. Ma se avremo la forza di continuare, i risultati non si faranno attendere. Intanto, prepariamoci a sconvolgere il nostro Io interiore: se «sapremo ammalarci» col malato, il nostro Ordine non solo si rinnoverà ma andrà ben oltre il 2000.

### *Il nostro rapporto con la Chiesa*

**87.** La Chiesa, finalmente, ha affermato in modo concreto il suo interesse verso le Opere ospedaliere dei religiosi, attraverso l'istituzione della Commissione Pontificia per i problemi della Sanità. È un riconoscimento importante che colloca la nostra vocazione e la nostra azione al posto giusto. Per quanto ci riguarda, dobbiamo sentirci orgogliosi per questo evento e insieme stimolati a condividere sempre più la missione della Chiesa, cioè l'evangelizzazione che è sempre connessa con la promozione umana.

**88.** Dobbiamo trarne motivi di impulso per la crescita della nostra fede, per la pratica evangelica nella nostra vita quotidiana, e per una più incisiva presenza nel mondo ecclesiale. Si tratta cioè non solo di *saper fare*, ma anche di *far sapere* alla Chiesa ciò che noi stiamo compiendo e intendiamo compiere per il benessere dell'uomo e per la sua anima. Forse, talvolta ci accompagna ancora un antico sentimento di inferiorità, un atteggiamento di modestia che tuttavia non ha senso: noi siamo, a pieno titolo, testimoni e operatori concreti di quel messaggio evangelico che la parabola del buon Samaritano riassume in modo così significativo. La nostra ricerca, il nostro aggiornarci, i nostri progetti per il futuro non possono rimanere nel solo ambito delle nostre case, ma debbono arrivare, anche per ottenerne risposte e conferme, a tutti gli uomini di Chiesa, clero e comunità ecclesiali.



**89.** La Chiesa ha bisogno di noi come noi abbiamo bisogno di Lei, e ciò sarà sempre più vero nei prossimi anni.

È indispensabile comunicare all'interno della Chiesa. La nostra vocazione e il carisma del nostro Ordine nella loro identità e nei loro programmi, debbono essere ben presenti al mondo dei credenti, per diventare per essi uno stimolo e anche un modello, una strada per realizzare la comune vocazione battesimale alla santità. Le beatificazioni di Fra Riccardo Pampuri (1981) e di Padre Benedetto Menni (1984) ci confermano tutto questo: anche il nostro carisma fa parte del patrimonio della Chiesa.

Contribuiamo dunque a creare una vera Comunità ecclesiale, manifestando il significato profondo delle nostre attività e facendoci conoscere per quello che siamo. I credenti, i giovani soprattutto, devono capire che il nostro operare è meritevole non solo agli occhi del mondo, ma anche e soprattutto agli occhi di Dio; questo può far sì che uomini coraggiosi scelgano di unirsi a noi e al nostro Ordine per continuare a testimoniare la sacralità dell'uomo bisognoso.

**90.** In questi ultimi anni si è notato un confortante risveglio di vocazioni; ciò deve impegnarci ancor più e responsabilizzarci verso una maggiore e migliore divulgazione, nel mondo della Chiesa e dei credenti, della nostra immagine e del nostro operare. Spalanchiamo le porte di casa nostra, utilizzando i mezzi di comunicazione più congeniali, perché l'Ordine di S. Giovanni di Dio mostri al mondo tutta la sua carica attuale e moderna di amore per il prossimo.

## 5. LA COMPRESIONE DELLE NUOVE CATEGORIE DI BISOGNOSI

*Nello spirito delle nuove Costituzioni*

**91.** In questa parte cercherò di illustrare, rifacendomi alla tradizione di S. Giovanni di Dio, ai segni del Tempo e alle Nuove Costituzioni, le categorie dei nuovi bisognosi per una ricerca che impegni le Comunità e le Province ad una costante revisione del nostro operato, confrontato con l'evoluzione delle problematiche e delle situazioni particolari, come ci invitano a fare le Nuovissime Costituzioni. Certo, non possiamo esaurire le risposte nell'indicare la pur ardua strada della rottura delle abitudini e del cambio dei ruoli professionali. Occorre proporre l'alternativa di una autentica esperienza religiosa a salvaguardia dei valori umani come modello e indirizzo delle nostre Opere. Ancora, è opportuno ampliare il nostro concetto di bisognoso proiettandoci nel nostro tempo e nelle sue problematiche.

Già nei capitoli precedenti, questo concetto è stato ridefinito per evitare i pericoli di appiattimento; l'animo nel bisogno – si è detto – si trova dovunque, anche nell'uomo all'apparenza potente e ricco di mezzi materiali. L'umanità è offesa in varie forme. Incredibilmente, come mostro invincibile, il male si trasforma con sembianze diverse, si presenta nelle più svariate situazioni anche quando sembra quasi debellato. Sta a noi individuare *i nuovi bisogni del malato e, soprattutto, le nuove categorie di bisognosi.*

**92.** In certe regioni della terra ancora troviamo, come ai tempi di S. Giovanni di Dio, malati e poveri inermi, esposti crudamente alle intemperie, senza cura, per le vie della città; ma in

altre aree queste situazioni di dolore sono quasi del tutto scomparse: nei paesi economicamente progrediti il male non si manifesta in modo così evidente; è più subdolo, legato talora alle ideologie e alle mode culturali.

V'è dunque la necessità di un accorto giudizio e di un'attenta revisione di atteggiamenti che non si risolvino in imitazione pura e semplice, ma siano costantemente riferiti ai valori morali.

È compito delle nostre comunità affrontare seriamente questi problemi; le nostre Province devono individuare, nel loro territorio, le nuove situazioni di bisogno e diversificare gli interventi, con gli opportuni mezzi terapeutici. Nelle pagine successive toccheremo alcuni argomenti fondamentali dell'esperienza terrena dell'uomo: in particolare la vecchiaia e la morte, momenti dell'esistenza che oggi vanno assumendo valenze diverse e sono stati ridefiniti culturalmente e socialmente. Cercheremo anche di esemplificare maggiormente il tema delle «nuove categorie» di bisognosi, intendendo con questo termine non solo il povero, il malato, ma chiunque lotta per riacquistare la sua identità di persona.

### *Il pianeta giovani*

**93.** Una casistica quanto mai varia e abbondante, che conferma ancora una volta una realtà: *l'uomo bisognoso, senza assistenza, esiste tuttora e si presenta, sotto vari aspetti, in tutte le società contemporanee.* Nella sua vasta gamma notiamo oggi la triste, sempre più massiccia presenza dei giovani. Non possiamo restare indifferenti davanti ai moltissimi tossicodipendenti, malati nell'anima, colpiti nell'età più vulnerabile più ingenua. Di fronte ad essi diventa imperativa una nostra risposta che raccolga la sfida del male, anche superando la normale struttura dei nostri centri di cura organizzando presidi terapeutici di nuova concezione in grado di affrontare e di contrastare con interventi efficaci, riducendola, la progressività del fenomeno.

Se osserviamo più attentamente, li potremo vedere, questi nuovi bisognosi, come S. Giovanni di Dio li vedeva per le vie di Granada: sono oggi gli anziani, i tossicodipendenti, gli uomini spiritualmente fragili.

San Giovanni di Dio diede l'esempio, indicò la via da seguire quando ancora in pochi capivano: confortò i poveri, gli emarginati di ogni specie, recò sollievo ai malati senza nessuna distinzione. Il suo esempio, oggi come ieri, ovunque è denso di frutti: la sua intuizione si è tradotta in realtà concreta, in una reale conquista civile.

Spetta a noi imitarlo, ricchi del suo insegnamento, non solo percorrendo il cammino già noto, ma soprattutto interpretandone la perenne novità: cercare il bisognoso dovunque si trovi anche nei palazzi della grande città, confortarlo, aiutarlo, rispettarlo, nel contesto dei nostri tempi. In questo senso intendiamo oggi il compito fondamentale, nella continuità della nostra tradizione carismatica, sapendo discernere tra gli aspetti contingenti e i valori immutabili.

**94.** Ho parlato di continuità: ma essa non risiede nel mantenimento di ruoli, bensì nell'esercitare veramente il nostro carisma, nell'individuare i nuovi campi nei quali intervenire con rinnovato slancio. La diversità dei nostri tempi, se da un lato ci consiglia di adeguarci alle nuove metodologie e all'uso di quegli strumenti che l'intelligenza umana ha saputo offrire per riscattare dalle miserie e dai mali della vita l'uomo, dall'altro soprattutto ci impone di riscoprire nella sua freschezza il messaggio imperituro del Vangelo e di S. Giovanni di Dio, che ha saputo essere un interprete formidabile dei bisogni della sua epoca. Continuità non conservazione dello «status quo». E ancora: una continuità che non è conservazione dello «status quo», ma attenzione alla sostanza oltre le mode effimere e i luoghi comuni, che si propone come valore innovatore, realmente rivoluzionario in una società che gratifica la massificazione, il consumo, il successo, l'efficienza produttivistica, la potenza, trascurando l'uomo nella sua irriducibile individualità e solitudine, quale si manifesta problematicamente nella dimensione della malattia.

**95.** Dobbiamo infine ricordare che un'autentica missione di guida spirituale non si esaurisce nell'ambito delle nostre strutture, ma si espande in un più vasto raggio alimentata dall'eco che le nostre azioni suscitano, presentandosi come modelli d'intervento autenticamente umani, innovativi, espressione di una cultura «dell'uomo» e «per l'uomo». Non diversamente a suo tempo San Giovanni di Dio, con il suo umile magistero, richiamò l'attenzione del sovrano, il quale fu talmente convinto del suo esempio che finanziò la costruzione di nuovi ospizi per i poveri in una dimensione completamente diversa dal passato.

## 6. LA RICERCA COME MOMENTO DI RINNOVAMENTO DELLA NOSTRA OSPITALITÀ

### *L'esempio del Fondatore*

**96.** Correva l'anno 1495. Da poco Cristoforo Colombo aveva visitato alcune isole del continente americano. Ancora non si potevano prevedere le grandiose conseguenze culturali ed umane di queste scoperte, anche perché Colombo non sapeva, quando intraprese il suo viaggio, che non avrebbe raggiunto l'Oriente, ma avrebbe incontrato sulla sua rotta, inaspettatamente, ignote terre, uno sconosciuto e grandioso continente. Egli però desiderava allargare le conoscenze, provare nuove strade, da sostituire o da affiancare a quelle vecchie. Colombo, partecipe di quello spirito di ricerca e di avventura tanto frequente negli ingegni della civiltà umanistica, i quali credevano fermamente nella centralità dell'uomo e intendevano l'intelligenza come dono divino per conoscere, comprendere, governare la natura circostante, si lasciò guidare da questo spirito di ricerca e affidandosi alla protezione di Dio osò sfidare l'ignoto Oceano. Ma non fu un temerario irresponsabile. Prima di affrontare i pericoli della navigazione in alto mare aveva studiato, analizzato, discusso e sofferto il suo progetto.

**97.** Ebbene, in quell'anno 1495 mentre l'Europa ancora stupiva per i meravigliosi racconti dei navigatori, Giovanni Ciudad nasceva nella provincia di Evora, in Portogallo, in una località non molto distante dal porto da cui aveva salpato Colombo. Giovanni, spinto da inquietudine interiore e da sete di avventura, girò varie terre, finché vedendo come venivano trattati i malati, soprat-

tutto quelli mentali e i poveri infermi abbandonati lungo i portici delle vie cittadine, intuì la via da seguire e osò dedicarsi con tutte le sue forze alla costruzione di un ospizio per aiutarli, ma con ben altri metodi e spirito rispetto a quelli comuni ai suoi tempi. E quando, uscendo dalla Cattedrale di Granada, vide nella Calle Lucena un edificio adatto alle sue esigenze, non esitò a seguire la voce del cuore attuando il piano a lungo meditato, pur consapevole dei limitati mezzi di cui disponeva. Era l'anno 1537. Egli in quel momento, non sapeva né forse pensava, che il suo gesto di carità, di dedizione alla causa dell'umanità dolente – un gesto che in quel momento poteva apparire temerario, isolato, economicamente insostenibile – avrebbe spinto gli animi più generosi ad aiutarlo nelle fatiche quotidiane e a condividere la sua passione di carità; egli nemmeno sapeva che il suo esempio sarebbe stato ripreso e perpetuato da tanti generosi che avrebbero speso la vita per mantenere vivo lo stesso spirito di carità cristiana.

**98.** Giovanni di Dio osò pensare e progettare. Inventò dal nulla – se ci riferiamo ai criteri di assistenza ai malati in uso a quei tempi – il suo modello, suddividendo in modo razionale i locali, distinguendo gruppi di malattie per reparti, diversificando le terapie, trasformando anche e soprattutto spiritualmente l'approccio con gli infermi. San Giovanni di Dio, però, non improvvisava senza logica: traduceva in pratica *la lezione del Vangelo, le sue esperienze interiori di conversione, la sua meditazione religiosa*, che gli faceva intuire la rotta illuminante da indicare agli altri. Così il nostro Ordine ha portato quel modello di spiritualità in tanti paesi del mondo.

### *Viaggio di ricerca*

**99.** Se ho accostato Giovanni di Dio a Colombo, è stato non per metterli a paragone, bensì per presentarli sotto metafora. Le metafore spesso sono più utili del microscopio per vedere l'infinitamente piccolo e più potenti del telescopio per osservare gli astri. Esse, più che i ragionamenti razionali, possono stimo-

lare la nostra fantasia e il nostro spirito, aiutandoci a vedere in modo diverso ciò che magari è già di fronte a noi, ma che noi non riusciamo a mettere a fuoco. Perciò, vorrei approfondire alcuni concetti. *Il viaggio di ricerca* non è un motivo nuovo per noi cristiani. È anzi una esigenza vitale. Non possiamo continuare a percorrere strade già abusate, talora insoddisfacenti, tortuose; strade che, se nel passato hanno avuto il pregio di intuizioni pionieristiche, oggi appaiono univoche e limitanti.

L'inerzia è nemica della fede. Cristo si è incarnato per rivelarci la via del Regno dei Cieli, sulla quale ha voluto precederci col Suo esempio e la Sua morte redentrice. Possiamo noi religiosi restare ancorati nei nostri tranquilli porti, timorosi di intraprendere un nuovo viaggio verso l'uomo, quando la nostra stessa esistenza è un viaggio, tormentato e faticoso, verso la salvezza? *Il nostro dovere è di ricercare l'uomo bisognoso.*

**100.** Non incontreremo sulla nostra rotta continenti ignoti; San Giovanni di Dio ha già indicato alla coscienza individuale e sociale l'universo dei poveri e la loro umanità offesa. Durante la nostra navigazione scopriremo quasi certamente altre anime tormentate da nuove forme di bisogno.

Oggi gli Stati civili riconoscono il diritto insopprimibile di ogni individuo alla salute; la malattia non è solo un malessere personale, ma un fatto sociale collettivo di cui lo Stato si fa carico garantendo anche ai poveri la necessaria assistenza.

Quando San Giovanni di Dio iniziò la sua impresa con la temerarietà dei giusti, le cose non andavano in questo modo. Ma egli aveva assimilato bene la lezione evangelica, e da essa prese l'avvio il progetto di riscatto del sofferente emarginato. Un progetto che avrebbe trovato, nei secoli, solidale tutta la Chiesa.

**101.** Il nostro Santo Padre, Giovanni Paolo II, nel discorso di chiusura del Sinodo, ha ricordato infatti che la Chiesa desidera con tutte le sue forze servire l'umanità affinché la vita dell'uomo sia sempre più degna, e desidera anche difendere i diritti inalienabili della persona, fedele allo Spirito Santo generatore di vita e all'insegnamento di Gesù Cristo, che si è



sacrificato per noi, per persuaderci a cercare nel bene, nell'amore, la vera vita, rivoluzionando la gerarchia dei valori.

Dobbiamo raccogliere questo pressante invito, lavorare al servizio dell'umanità, lottando per affermare il rispetto dell'uomo, rifiutando e rivoluzionando, dove possibile certi modelli culturali che non tengono conto dell'autentica dignità umana.

**102.** *Ogni cristiano, ogni religioso deve essere come un pioniere in cammino verso la Terra Promessa. Dobbiamo dunque comportarci come intrepidi naviganti che credono sia possibile giungere alla comunicazione con le anime, e per questo non si stancano di indagare l'animo umano, di rivelarne la grandezza, di conoscerne i bisogni per portargli sollievo.* Queste sono le nostre mete.

Nella prima parte del documento sono stati individuati alcuni particolari ruoli del nostro ministero. In primo luogo quello di *testimoni*, poi quelli di *guida morale*, e di *coscienza critica*, infine il ruolo di *anticipatori*. Successivamente, ho richiamato alla vostra attenzione la necessità di comprendere nuove categorie di bisognosi, mentre nell'appendice indicherò alcune di tali categorie, che fanno parte di quell'Oceano che è «uomo che soffre». Ma per dare chiarezza di motivazioni ed efficacia concreta ai nostri interventi, è necessario che ci incamminiamo *verso una autentica ricerca* religiosa, professionale, umana, individuale e collettiva. Proprio questo *spirito di ricerca*, da realizzare e da potenziare in tutte le comunità, mi sono sforzato di infondervi e di alimentare attraverso questo documento, aiutato soprattutto dalle Nuove Costituzioni.

*Al passo coi tempi*

**103.** Mi sia concesso insistere sull'argomento, non rimaniamo insensibili ai progressi della conoscenza medica; e per quanto siano esemplari l'impegno e lo spirito di solidarietà dei nostri confratelli, corriamo il rischio di trovarci impreparati culturalmente, professionalmente e spiritualmente di fronte

alle domande dell'Uomo e della Chiesa del nostro tempo, alle istanze della tecnologia avanzata che toccano da vicino la possibilità di sopravvivenza e di sviluppo del nostro Ordine.

**104.** Noi siamo chiamati a lavorare su questa terra per la salute-salvezza nostra e del malato. La nostra fede e la nostra coscienza di religiosi devono spingerci ad intervenire in tutte quelle situazioni in cui, a causa di pigrizie, abitudini, incultura e scarsi collegamenti, la salute e la salvezza del malato, (e quindi anche nostra) sono in pericolo.

Tutto questo ci obbliga ad ascoltare, a capire, a cercare di imparare, a coordinare, a prevenire, a riflettere in ultima analisi, sempre aperti e pronti a mettere in discussione i nostri atteggiamenti. Senza lasciarci prendere dallo scoramento se – ad esempio – in alcune Provincie i confratelli sono in diminuzione o se i collaboratori sono più preparati di noi. Dalla nostra crisi possiamo trarre un frutto più grande perché i nostri sforzi, invece di esaurirsi in interventi particolari e limitati avranno un respiro maggiore inserendosi in un programma di lavoro ben più ampio e costruttivo.

**105.** Occorrono sicuramente energia e sacrificio, ma noi, cari confratelli, abbiamo scelto proprio di servire Dio e l'uomo, con pazienza e devozione, allorché abbiamo deciso di entrare nell'Ordine.

La chiusa dimensione specialistica non è per noi, anche se potrebbe apparire gratificante a prima vista e immediatamente valida e operante; finirebbe per chiuderci in una gabbia, impedendoci la visione dei fatti nella loro dimensione spirituale e universale, inaridendoci con una tecnica spinta all'esasperazione. Del resto, se decidessimo di seguire questa strada, disperderemmo energie, ruberemmo tempo prezioso al nostro lavoro perdendoci nel labirinto di conoscenze tecniche particolarmente sofisticate. Noi non possiamo limitarci al ruolo di tecnici addetti a macchine e a monitors, non è per questo che abbiamo emesso i voti. In questi ruoli – lo ripeto ancora una volta – meglio di noi e con maggiore efficacia possono agire i nostri col-

laboratori laici. Non priviamoci dunque di tempo prezioso da dedicare alla salvezza delle anime e alla salute dell'uomo. Il nostro bagaglio di conoscenze va orientato in un ambito molto più vasto, per finalizzare la nostra azione ad un disegno complessivo in cui prevalga una cultura a dimensione umana, volta alla salvezza spirituale, al recupero dell'armonia psicofisica e del benessere, come testimonianza attiva e militante della carità, dell'amore, del servizio umile e disinteressato verso il bisognoso.

**106.** In tal modo, aperti al mondo, curiosi intellettualmente, attenti alle trasformazioni, forti nella fede e generosi nell'impegno, come singoli religiosi e come comunità continueremo il carisma della nostra tradizione adeguando la nostra azione ai nuovi bisogni umani.

## APPENDICE

---

## Introduzione

Nella parte che segue ho pensato di scendere al concreto, individuando tre categorie di bisognosi del nostro tempo tra i quali noi possiamo mettere alla prova la nostra «stoffa» di religiosi nei ruoli di testimoni, di guide morali, di coscienza critica e di anticipatori. Avrei potuto ampliare il ventaglio delle situazioni, ma ho tralasciato di farlo mantenendolo aperto ad ogni suggerimento o integrazione, al contributo di esperienze nuove e singolari che ciascuna Provincia o singola Comunità può già avere affrontato in questa stessa ottica. Ciò che mi interessava era comunicarvi lo spirito che ha dettato queste pagine, e che si rifà alle nuove Costituzioni, cioè il testo sul quale ho lungamente riflettuto e pregato prima di mettermi al lavoro.

L'anziano, il moribondo, il drogato: tre gruppi di persone umane che più di altre risentono della emarginazione, della solitudine e dell'abbandono. In un mondo dove conta soltanto produrre e consumare, chi non è giovane e sano perde totalmente di rilievo sociale. Ecco dunque un campo in cui nell'indifferenza e nell'abbandono di cui spesso sono responsabili anche le istanze politiche, il messaggio e la testimonianza dei moderni samaritani (e noi siamo e vogliamo essere tra quelli, come autentici seguaci di Cristo e di Giovanni di Dio) possono veramente «salvare» l'uomo e ridargli serenità e fiducia. Sono le nuove frontiere del nostro apostolato, i «segni dei tempi» che devono guidare l'Ordine ospedaliero nella costruzione del proprio futuro stabile.

## LA VECCHIAIA

### *Un fenomeno in esplosione*

Una delle realtà nuove del nostro tempo è rappresentata dall'invecchiamento della popolazione, tanto più accentuato quanto più l'uomo partecipa agli enormi benefici del progresso economico, sociale, culturale, sanitario. Il fenomeno non si manifesta solo nell'aumento della durata media della vita, ma anche nella percentuale assoluta di anziani nella società: la contrazione delle nascite, modificando i rapporti, determina infatti un aumento relativo degli anziani.

Nel recente convegno di Milano Medicina sono state ipotizzate alcune cifre per il Duemila: in Italia – ad esempio – avremo 131 anziani ogni 100 bambini. Ci troviamo dunque di fronte ad una vera esplosione demografica della «terza età» se si pensa che all'inizio del secolo in Italia vi erano appena 28 ultrasessantenni ogni 100 bambini. La situazione si ripresenta identica in tutti gli Stati tecnologicamente sviluppati.

La scienza, che si era proposta il grande compito di aiutare l'umanità a vivere di più, ora si è prefissa il traguardo di vivere meglio la stagione della vecchiaia. Il problema dell'anziano, dunque, di fronte a queste cifre, assume nella società attuale, un'evidenza anche quantitativa. Finora le società occidentali si erano interrogate soprattutto sul peso economico di milioni di pensionati, il che ha provocato ripensamenti e dubbi sul concetto di stato assistenziale. Sembra ora che, all'improvviso, i progressi scientifici e l'«esplosione demografica» abbiano suscitato una maggiore attenzione verso questo problema, cogliendo quasi di sorpresa gli interessati e i responsabili.

### *La cultura del giovanilismo*

La cultura del nostro tempo non è molto preparata per affrontare questo fenomeno. Infatti, se osserviamo i comportamenti degli stati nazionali, noi riscontriamo un investimento elevato in asili, scuole, università, cioè rivolto ai giovani, mentre si verifica un brusco calo di attenzione pubblica verso la stessa persona quando arriva ad una certa età. Ciò, naturalmente, è vero entro certi limiti, in quanto i politici dei nostri paesi si sono dati da fare per organizzare qualcosa per gli anziani, soprattutto per quelli che si ritrovano emarginati nella solitudine. Questo qualcosa si muove secondo due direzioni: assistendo i più poveri tra essi in centri specializzati, che spesso sono l'anticamera del cimitero, cercando di coinvolgerli in attività che li mantenga in contatto coi giovani.

Tuttavia non possiamo ignorare, con occhio critico verso i modelli culturali della nostra epoca, che molto spesso questi eventi sono parziali o risentono della mentalità dominante, alla cosiddetta «Young culture», centrata sul giornalismo, sull'efficienza fisica e sull'edonismo, a spese di altri valori.

Il modello paradigmatico è costituito dall'individuo giovane: e gioventù significa bellezza, salute, vitalità, efficienza. Queste sembrano essere le categorie per giudicare la vita degna o non degna dell'uomo, i parametri della vivibilità dell'esistenza. L'uomo giovane, quindi, nel pieno della possibilità psicofisica e produttiva rappresenta l'uomo «tout court».

Questo modello spiega tante cose. Ad esempio quella moda per cui tanti volenterosi animatori sociali inducono molti ultrassessantenni a sgambettare in feste da ballo o a praticare jogging e footing con la sicurezza di compiere un'opera apprezzabile e nobile. Ma questa è solo una parziale risposta e per giunta con aspetti insidiosi, in quanto l'anziano posto in questa dimensione è spinto a rifiutare la sua età e recuperare la giovanilità perduta, nella speranza di essere accettato.

*La società può anche accettare il vecchio, ma a patto che faccia il giovane, che scimmiotti un'età che non ha più. Quale tristezza di fronte a queste situazioni, che costituiscono una bar-*

barie bella e buona, non giustificabile nemmeno da un presunto amore per la gioventù. È una barbarie perché si limita ancora una volta la vita nella sua interezza, la si scinde in epoche, riducendola, forzando chi non ha più la «fortuna» di essere giovane ad assumere atteggiamenti incoerenti con la propria età psico-fisica, che rendono incongruente e perciò ridicola la persona stessa. Questo tipo di atteggiamento può generare processi patologici di rifiuto della propria età, del proprio aspetto e del proprio ruolo, nonché di sofferenza psichica, poichè si spezza l'unità corpo-spirito, il tempo cronologico e il tempo psicofisico del nostro Io più profondo. Questo processo collettivo di rimozione culturale della vecchiaia richiama quello analogo della morte.

Sulla donna, sull'uomo, sul bambino, sull'adolescente esiste un'abbondante letteratura, sulla vecchiaia no. Siamo di fronte ad un altro tabù della società civile odierna, secondo cui la vecchiaia coincide col preludio della morte, con l'età grigia, con l'affanno e il dolore, il crollo fisico, l'emarginazione dalle gioie della vita. Quanti giovani dicono superficialmente che non desiderano diventare vecchi. E questo perché si immaginano la vecchiaia come paralisi fisica, sofferenza, angosce, limiti, arteriosclerosi, artrosi ecc.

Il linguaggio riflette queste resistenze psichiche: «i meno giovani», la «terza età», la «quarta età», sono termini che quasi sempre sostituiscono «vecchio», «vecchiaia», «anziani». Come se questo nominalismo, come se le parole potessero cambiare la sostanza delle cose. «La vecchiaia non esiste, è solo psichica» esclamano gli assertori del giovanilismo.

La società, dunque di fronte a questo problema si comporta come ipocrita. Gli economisti discutono sul peso sociale dei «non attivi» (ancora il nominalismo, con connotazioni economiche-produttive). Ma ci domandiamo: e gli «attivi», mantenendo i «non attivi» non assicurano anche per sé una «terza età» migliore?

Enfatizzare l'età giovanile può anche essere operazione facile quando giovani non si è più: tale enfasi nasconde la volontà di non ricordare che anche la gioventù ha i suoi proble-



mi. La visione dell'età dell'oro contrapposta all'età grigia manifesta pienamente la sua infedeltà alla realtà, i suoi limiti. L'uomo, ancora una volta, angosciato dalla morte, per la mancanza di una cultura globale della vita, e quindi della morte, cerca di superarla, di esorcizzarla, di allontanarla, facendo ricorso alla favola della meravigliosa età giovanile, in una sorta di collettiva e fantastica evasione dalla realtà, ricreando il mito di una moderna Arcadia. Questa dimensione culturale carica di ingiuste ed esasperate attese, che inevitabilmente conducono a drammatiche delusioni la vita dei giovani, rendendola ancora più ingiusta verso l'anziano, perché lo mortifica, non gli permette di invecchiare.

### *Dimensione della vecchiaia*

Come tutte le situazioni umane, la vecchiaia ha una dimensione esistenziale: modifica il rapporto dell'individuo col tempo, e quindi il rapporto col suo mondo e con la propria storia: ma se questa situazione viene colpevolizzata, negata socialmente, accade che il rapporto si spezzi producendo effetti perversi fino alla negazione di sé. In altre parole: se la vecchiaia biologica è un fattore che non può essere condizionato, né dalla storia né dalla società, il destino e la situazione individuale del vecchio sono invece un fatto sociale e storico, quindi determinato dalla cultura umana. E ancora, i dati fisiologici e psicologici si possono influenzare reciprocamente determinando fenomeni psicosomatici.

L'anziano è oggetto di manipolazione sociale anche con la suggestione pubblicitaria, che mantenendolo all'interno del circuito produzione-consumo, lo modella come consumatore di illusioni giovanilistiche ed estetiche.

Qualche studioso ha voluto assimilare la vecchiaia ad una malattia e, partendo da questa ipotesi, ha creato una geriatria fisico-ricostruttiva. Ma ecco, sempre e comunque ci troviamo davanti ad un errore: *vecchiaia non è malattia*, cioè fatto accidentale, ma *norma dell'evoluzione fisica*, così come ricostru-

zione del fisico richiama l'illusione della gioventù. Certo, il miglioramento del tono fisico dell'anziano agisce positivamente sulla sua psiche, crea un benessere maggiore e ritarda la comparsa di alcuni processi degenerativi ossei. Ma ciò a cui dobbiamo opporci non è la terapia fisica, sono i modelli sottostanti di tipo estetico, non morale.

È stato Ippocrate il primo a paragonare le tappe della vita umana al susseguirsi delle stagioni della natura. Questo riferimento ci fa meglio comprendere il tipo di negazione e di rimozione operata dal modello culturale che abbiamo analizzato: è come se un albero dovesse far finta di non entrare nella spoliatura invernale, coprendosi di finte foglie, prese a prestito... Ci si illude di inibire il «processo di crescita», di evoluzione biologica, in modo artificioso e indecoroso, mettendo in moto un meccanismo di rifiuto che finisce col produrre maggior sofferenze e mutilazioni, strutturando una personalità patologica, in crisi di valori e senza coscienza di sé.

*Una volta il vecchio era saggio.* Conosceva cose che spesso risultavano indispensabili per la vita e per la sopravvivenza; deteneva un sapere che veniva tramandato alle successive generazioni. In Africa, ancora oggi, quando muore un vecchio, i sopravvissuti esclamano: «Oggi un libro si è chiuso!». Un tempo il vecchio godeva di grande rispetto e c'era addirittura chi, per questo, come nota lo storico P. Laslett, «esagerava la propria età».

Ma era un contesto sociale diverso. Come nota lo storico Cipolla, «Una società industriale è caratterizzata dal continuo e rapido progresso tecnologico. In tale società gli impianti divengono rapidamente obsoleti e gli uomini non sfuggono alla regola. L'agricoltore poteva vivere beneficiando di poche nozioni apprese nell'adolescenza».

L'uomo dell'era industriale è sottoposto ad un continuo sforzo di aggiornamento e tuttavia viene inesorabilmente superato. Il vecchio nella società agricola è il saggio: nella società industriale è un relitto».

Si capisce allora perché oggi molti vecchi finiscono la vita senza ruolo e paradossalmente, come se si fosse realizzata una nemesi, vi è la vendetta dell'antico sul nuovo; perde il ruolo

nella società chi ha goduto del privilegio di produrre e di vivere nella società industriale, mentre chi, come gli artigiani e gli agricoltori, ha vissuto in attività autonome, conserva a vari livelli (mentale, familiare e sociale) una migliore capacità di avere un ruolo anche nella vecchiaia.

È un altro fatto paradossale della nostra società tecnologica: «peso» sociale e percentuale più alta di anziani creano contraddizioni, a cui si aggiunge l'incertezza sull'identità e sui ruoli.

Vi sembra, cari confratelli, che in questa tanto decantata età tecnologica non sia tutto oro ciò che riluce? Che abbia ragione non chi sa utilizzare i ritrovati tecnici, ma chi comprende la cultura dell'uomo integrale, per l'intero arco dell'umana esistenza, con i suoi bisogni materiali, culturali e spirituali?

### *Cultura umanistica e fede religiosa*

La cultura dominante permette l'emarginazione perché è una cultura incompleta, parziale, riduttiva. Per uscire indenni dalla trappola del mito tecnologico ci sono di aiuto una cultura umanistica e la fede religiosa. La prima, con l'appoggio di tutte le scienze, denuncia quanto sia illusorio pensare di poter salvare l'universo uomo. La seconda, la fede in Dio, ci richiama alla dignità dell'uomo, alla sua sacralità in ogni tempo, in ogni luogo. Sacralità che viene sancita dalla speranza della resurrezione; infatti «Il Risorto ha liberato l'uomo dalle tre forze antidivine: il peccato, la legge, la morte... credere nella Resurrezione di Cristo è affermazione della vita sulla morte, dello Spirito sulla legge, della Grazia che è verità, bellezza, amore, sul peccato che è chiusura, immeschinimento, bruttura... viviamo senza paura» (Vannucci).

La cultura umanista e la fede assegnano all'uomo un ruolo in ogni momento, ritenendolo capace di essere se stesso: in ogni epoca o tappa dell'esistenza, anche dopo la morte fisica. Come possiamo noi, religiosi ospedalieri, rispondere in modo concreto a questi problemi, dopo aver indagato le ragioni di questa nuova forma di emarginazione?

Certamente non possiamo pensare di cambiare integralmente la società. La risposta, molto semplice, è già implicita nelle precedenti considerazioni. La vecchiaia propone tre aspetti distinti e collegati tra loro: aspetti biologici, psicologici e sociali.

In campo biologico vi sono interessanti interventi da operare: dalla ginnastica educativa, preventiva e rieducativa, alla cura specialistica delle malattie e dei fenomeni tipici dell'età; interventi che richiedono collaborazione e aiuto di esperti qualificati in vari settori. Tuttavia, sappiamo che nemmeno essi sono in grado di ridare completamente la salute, perché non esiste la possibilità di alterare l'evento biologico e quindi il destino dell'individuo verso la vecchiaia.

Un campo d'azione certo meno spettacolare rispetto al clamoroso trionfo della medicina o dei ritrovati terapeutici, ma che permette una cura più efficace dell'anziano, è quello psicologico e sociale, centrato sulla disassuefazione ai modelli introiettati dalla cultura dominante.

In altre parole noi tutti insieme, Fatebenefratelli e laici, dobbiamo cercare risposte adeguate, soluzioni idonee a ridare un senso alla vecchiaia, un'identità e un ruolo all'anziano.

Se questo è il fine a cui mirare, dobbiamo concentrare l'attenzione sui modi e sui mezzi per raggiungerlo.

Innanzitutto, occorre individuare il bisogno del malato, risalire alle cause e trovare le terapie adeguate, che garantiscano un'assistenza integrale, secondo il sistema di valori ispirato al Cristianesimo. Non possiamo permettere che i nostri centri di ventino parcheggi per anziani disadattati.

### *Essere all'altezza del compito*

Per essere all'altezza del compito, necessitano due elementi fondamentali. In primo luogo il Fatebenefratello *deve assimilare alla cultura della vita*, riaffermare in modo deciso la propria visione religiosa dell'esistenza. In secondo luogo, deve preoccuparsi di ascoltare pazientemente l'anziano, di entrare in contatto con lui, giorno per giorno, senza preconcetti.

Lo scambio reciproco di informazioni, favorito da questa quotidiana esperienza con il malato, renderà più costruttivo il rapporto con gli esperti laici delle varie discipline. Non dobbiamo inoltre temere di affrontare nuove conoscenze, anche mediante la lettura, per poter meglio comprendere i delicati e complessi meccanismi psicologici dell'anziano.

Liberiamoci, a questo proposito, del complesso dell'umile Fatebenefratello che si cimenta in un impari scontro con la cultura contemporanea. *Un nostro religioso armato di carità, di fede, di umiltà*, svolge un prezioso servizio di amore, lasciandosi guidare dal cuore e dalla sua cultura religiosa. In questo viaggio verso nuove terre, è vero, egli non conosce con certezza le acque in cui gli toccherà navigare, né gli ostacoli che incontrerà. Tuttavia dispone delle strumentazioni per non perdere l'orientamento. Sa che, se non può combattere la vecchiaia nel suo processo fisico, biologico, egli può agire efficacemente sul terreno psichico, mediante quelle piccole attenzioni al soggetto che lo mettono a suo agio, favorendo in lui la serena accettazione del suo stato. Dipende molto da noi se i nostri ospiti vivranno la loro condizione in pace con se stessi e con gli altri, e non come una larvata prigionia.

*Un autentico benessere*, che può perfino far passare in secondo piano i frequenti disturbi fisici della vecchiaia, *passa attraverso il recupero del senso della propria età*.

Negli anziani il calo del morale può provocare un brusco declino. È anche questo un fenomeno psico-somatico.

Nonostante la maturità raggiunta, la psiche degli anziani si rivela molto fragile; può bastare una delusione, un cambiamento di abitudini, un abbassamento di certe funzioni per provocare un trauma che origina il declino fisico. A volte, e conviene ricordarsene sempre, il trauma ha origine proprio dal passaggio alla vita in ospedale, nell'ospizio, nella casa di cura: sono momenti vissuti spesso dagli anziani come l'effettivo chiudersi della loro vitalità, come la scomparsa della dimensione sociale, cioè come l'inizio del declino definitivo, preludio di imminente morte. Queste cadute di morale creano una indifferenza e una apatia che vanno contrastate.

Se noi, esseri mortali, non possiamo alterare la fisiologia umana, né illuderci che esistano ricette miracolistiche, possiamo però ricorrere alle discipline psicologiche per interpretare le debolezze e le richieste degli anziani, per dare loro risposte soddisfacenti e stimolanti. Non si tratta certo di ridonare loro gli anni perduti, bensì di collaborare per una migliore qualità della loro vita, rispettandone il «background» socio-culturale, tenendo presente però che la sindrome che abbiamo descritta colpisce indifferentemente le persone agiate e quelle povere. Piuttosto, se una distinzione può avere un valore, è quella legata al sesso dell'anziano. La donna infatti, finché sta in famiglia, mantiene certi suoi ruoli legati alla precedente condizione di madre, mantiene il rapporto affettivo con i figli e nipoti, si rende utile e sovente è responsabile dell'andamento domestico.

Per l'uomo, invece, l'età della pensione è un gravissimo trauma: egli perde il ruolo di supporto attivo della famiglia senza acquisire quello tipico del passato, allorché il vecchio era riconosciuto come il saggio, il patriarca, la guida autorevole. Egli si sente inutile, colui che non produce, la bocca in più da sfamare: siamo di fronte ad un fenomeno culturale e sociale e su questo piano dobbiamo intervenire.

A questi fattori di carattere psicologico si aggiungono gli effetti delle malattie croniche più diffuse: ipertensione, diabete, artrite e altre. E qui sono chiamate in causa le necessarie terapie suggerite dalla geriatria. Ma il grosso problema sul quale noi ci dobbiamo concentrare con attenzione è quello psicologico.

### *Restituire un ruolo all'anziano*

Il compito del Fatebenefratelli è quello di restituire il ruolo al vecchio. Occorre esserne consapevoli innanzi tutto in prima persona, poiché *molti di noi sono anziani o sul punto di diventarlo*. E allora dobbiamo chiederci: *come viviamo la nostra terza stagione? Sappiamo invecchiare?*

Dalla auscultazione di noi stessi dobbiamo trarre conseguenze importanti e conoscenze da trasmettere. All'anziano

dobbiamo partecipare le nostre consapevolezze, in modo che impari ad accettare il suo stato. Ciò può dargli serenità e fiducia: spesso l'anziano ha paura di non essere amato e ascoltato; teme perfino che si scambino certe sue idee come degenerazioni psichiche dovute all'invecchiamento. Può subentrare in lui la tristezza di vedere che nella propria vita non c'è più spazio per i progetti e per i sogni, ma solo per i rimpianti, per il fardello dei ricordi che pesa come un macigno nella sua progressiva lontananza e mitizzazione. Sta a noi convincerlo *che la vecchiaia è anche la stagione nella quale vengono esaltati valori come l'amicizia, l'amore e la saggezza.*

L'anziano ha molto tempo libero, non essendo più gravato dalle occupazioni della routine produttiva; egli può dunque dare molto, proprio *nel momento in cui crede di valere poco. L'età della vecchiaia potrebbe veramente essere l'età dei valori umani, più che dei bisogni materiali.* Ma a condizione che lo spirito si mantenga giovane, accettando la vita per quella che è, senza fughe all'indietro o in avanti.

Diceva a questo proposito Papa Giovanni XXIII: *«A volte vedo affacciarsi la tentazione di considerarmi vecchio. Bisogna reagire: ad onta delle apparenze esteriori, bisogna conservare vivida la giovinezza dello spirito».*

Noi possiamo aiutare l'anziano, anche nel recuperare i ruoli giusti, se siamo capaci di vivere la nostra età, se siamo in grado di convivere con la nostra vecchiaia.

A chi chiedesse «Cosa debbo fare per aiutare il vecchio l'emarginato, fragile, indebolito, impoverito?», io risponderei: dimmi come vivi o come pensi di vivere la tua futura vecchiaia e ti dirò se e come sarai in grado di aiutare il tuo prossimo anziano.

In concreto la prima cosa da fare è avere un rapporto adulto, maturo, verso la nostra stagione. L'Ordine vive dei doni spirituali e umani dei suoi componenti: senza giovani esso non avrebbe futuro, senza anziani non avrebbe guide esperte. Per questo è auspicabile che tra le diverse generazioni non venga mai meno lo scambio di idee, esperienze, di progetti, in altre parole, non venga meno la creatività.

Uno studio sulle persone centenarie ha messo a fuoco interessanti situazioni di vitalità psichica. La maggior parte di esse fanno piani precisi per il futuro, si dedicano ai passatempi preferiti, hanno resistenza fisica: riempiono bene le loro giornate con occupazioni e attività e non dimostrano, almeno all'apparenza, paura della morte.

Un'altra interessante testimonianza è quella del gerontologo inglese, Alex Confort, che ha detto: «Probabilmente è la nostra prospettiva culturale non il numero delle cellule cerebrali, che ci induce, in vecchiaia, alla rigidità o, al contrario, alla disponibilità, al mutamento».

Dunque l'attività intellettuale, la progettualità, l'espressione della creatività personale, gli interessi in occupazioni realizzanti, impediscono un precoce e brusco declino mentale. E le conseguenze di ciò si riflettono nell'umore, nel gusto di vivere, in un rapporto con se stessi e con la propria età sicuramente positivo.

L'anziano ha tempo libero per riappropriarsi dei suoi interessi e per scoprirne di nuovi. Ma ancora una volta occorrerà valutare queste riflessioni e queste esperienze in modo non riduttivo, cioè in una visione integralmente umana, che non prescindano dall'insieme di valori e di comportamenti necessari per risolvere il nodo dell'identità e del ruolo degli anziani. In altri termini, le attività creative e ricreative, pur importanti e necessarie, non possono essere pretesto per una evasione, una fuga dalla noia, dalla crisi esistenziale. Chi volesse propinare questi modelli solo per riempire i vuoti del tempo non coglierebbe il nocciolo del problema. Proprio l'anziano sarebbe il primo ad accorgersi del sotterfugio e proverebbe un'intima insoddisfazione.

Non dobbiamo poi nemmeno tentare impossibili ritorni al passato, a quando l'anziano manteneva salde posizioni sociali; né pensare che sia proponibile come soluzione per tutti un reinserimento dell'anziano nella società produttiva. Tuttavia, non trascuriamo di «usare» la sua esperienza chiamandolo a collaborare con noi allorché servono interventi, analisi, giudizi. Egli può sicuramente essere utile nel rapporto con altri anziani, magari più bisognosi di assistenza di lui.



Ogni anziano è un microcosmo, una persona, un insieme anche di abitudini, di piccoli personali riti quotidiani che si sono sedimentati durante un'intera esistenza. Ove sia possibile dobbiamo garantire queste forme personali che allontanano la penosa immagine di chi si sente in casa d'altri, privato dei propri oggetti con cui ha a lungo convissuto, propenso a ripensare con nostalgia a tutte quelle cose che gli mancano. E ciò possiamo fare ascoltandoli, colloquiando con loro, scoprendoli poco a poco, evitando di colpevolizzare i loro gusti e i loro atteggiamenti (spesso si pretende che siano seri, saggi, composti; ma anch'essi provano la stessa nostra gamma di sentimenti e di situazioni), costringendoli forse ad assumere identità di «copertura» per venire accettati.

Il recupero del ruolo avverrà innanzitutto a partire dal rispetto per loro: non possiamo certo essere noi ad imporre, a sovrapporre le nostre idee. E anche prima che l'obiettivo sia raggiunto, essi quanto meno ritroveranno la coscienza della propria età, la vivranno senza colpe e rimorsi, senza sentirsi emarginati. Forse quelle situazioni penose di anziani perennemente seduti, depressi, che hanno poche cose da comunicare se non l'esposizione reciproca degli «acciacchi» o conversazioni acidule e pettegole, forse potranno essere definitivamente evitate.

### *Le famiglie devono collaborare*

Ma l'intento di recuperare l'anziano al suo ruolo, vincendo la solitudine non si ottiene completamente se le famiglie non sono coinvolte in questo sforzo collettivo. La famiglia deve essere disponibile al colloquio, anche per rivelarci abitudini, interessi, piccoli fatti, che ci possono aiutare nel nostro operare; deve essere disponibile alla collaborazione, all'incontro, per non estraniare l'anziano dai suoi affetti che gli restano ben presenti nella memoria. Quale armonia potremo ricreare se in lui prevarrà la malinconia? Se si sentirà emarginato, abbandonato come un «relitto» inutile?

Quindi nei nostri compiti rientra anche la sensibilizzazione dei parenti, coi quali dobbiamo tenere aperto un dialogo sia di ascolto interessato, sia di consiglio. Ancora una volta si manifesta qui la ricchezza del nostro carisma. Si tratta di sfruttarla in maniera adeguata, con le necessarie aperture ai tempi, non insistendo sui vecchi metodi che a volte fanno tanto di mero paternalismo assistenziale ma scegliendo di *rapportarsi al vecchio, di inseguirlo*, nei suoi timori, nelle sue difese, nei suoi fallimenti, nelle sue speranze, nelle sue possibilità: solo così il nostro ruolo sarà di qualche valore.

Come amerei vedere i nostri Fatebenefratelli, vecchi e giovani, discutere non sui casi clinici, ma sui casi umani (e quindi anche clinici), all'interno di un gruppo di costante riferimento nel quale le opinioni di tutti vengano confrontate per dare al religioso che segue l'anziano tutti i suggerimenti che la scienza e il cuore possono mettere a disposizione. Mi piacerebbe vedere i religiosi intrattenersi con i parenti dei loro ospiti anziani, a lungo, non per dare ordini né per redarguire, ma per acquisire informazioni e conoscenze utili ad una migliore assistenza. E infine mi piacerebbe vedere il Fatebenefratelli in colloquio costante con l'anziano, nella reciproca scoperta della propria umanità. *Le nostre opere per anziani non sarebbero case di riposo, ma luoghi di attività, di studio, di ricerca, di riflessione, di rivelazione* dell'animo umano e, fin dove possibile, di attivazione di tutte le risorse disponibili.

Vorrei, insomma, che il vecchio sul letto di morte potesse dire a noi: «Avete fatto tutto il possibile, spesso più del necessario, a volte avete sbagliato, non avete capito, ma sempre avete avuto l'orecchio attento e il cuore aperto verso di me».

Ho fondate speranze che ciò possa avvenire.

## IL MALATO TERMINALE

### *Un pietoso eufemismo*

Abbiamo osservato precedentemente quanto sia sconvolgente il problema della perdita del rapporto diretto col malato, e come il lavoro di umanizzazione all'interno delle nostre strutture debba cominciare proprio dal recupero non tanto di un rapporto di natura clinica – tra paziente ed infermiere – quanto piuttosto di un rapporto con l'anima del nostro malato: dobbiamo recuperare quel complesso nucleo di affetti, di emotività, di atteggiamenti dello spirito che interagiscono positivamente nell'incontro tra due persone molto più che il rapporto tra un anonimo degente «numerato» e un asettico professionista addetto alle sue cure. Sappiamo anche che questo incontro sollecita, stimola un reciproco accrescimento spirituale. Il discorso si fa più arduo di fronte ad un particolare tipo di malato, il morente, che con pietoso, quasi esorcizzante eufemismo viene definito «malato terminale». Restiamo pensosi, non solo per lo svanire della vita terrena nel mistero della morte nella speranza della resurrezione futura, ma anche per la constatazione amara di quanto il nostro operare sia impotente, non riuscendo ad intervenire in modo positivo in quel momento, il più importante dell'esistenza umana.

Come cristiani sappiamo quanto sia decisivo questo trapasso per ogni uomo, per ogni anima; sappiamo quali travagli psichici, quanta pena provi il moribondo e in che modo dolce e disperato si manifesti in lui l'amore per la luce, per la vita, per il mondo che sta per lasciare.

Sappiamo pure che prepararsi alla morte è condizione fondamentale per affrontare senza timori, senza rimpianti o peccaminosi furori di rifiuto, la prova di questo ultimo attimo fuggente. Davanti alla realtà della morte, mistero sovrumano, non possiamo che imporci un grande, un devoto silenzio, e innalzare i nostri suffragi per l'anima del defunto, inchinandoci alla volontà divina.

Ma prima, che cosa possiamo fare? Oggi morire in ospedale è un fatto comunissimo e diffuso; incontriamo sempre più spesso la morte nelle corsie, nei vari reparti in ogni momento del nostro operare. È un fenomeno a cui dobbiamo fare fronte, fedeli alla nostra cultura dell'ospitalità; il nostro ospite soffre interiormente davanti a noi: ci limitiamo a pregare per lui o dobbiamo in qualche modo aiutarlo a compiere serenamente il grande passo? Anche in questo caso dobbiamo fissare l'attenzione sugli inconsapevoli, ma non per questo meno erronei e pericolosi, comportamenti che offuscano la dignità umana.

### *Un «tabù» da rimuovere*

*Per un cristiano il problema della morte deve essere un argomento fondamentale. Aiutare l'uomo morente a mantenere la sua dignità, il suo valore e accompagnarlo in quegli ultimi momenti, spesso lunghi, deve essere un nostro preciso dovere di assistenza e di buona ospitalità. Anche perché, oggi la morte viene vista con ottiche falsate. Esistono nella società contemporanea due tendenze opposte: da una parte si rifiuta la morte come dato oggettivo dell'esistenza umana, la si rimuove con un senso di terrore misto a disgusto; dall'altra, si riscopre la morte come evento ineluttabile.*

*Si, cari fratelli, si riscopre la morte, come se essa non fosse stata sempre presente nel pensiero, negli atti, nella storia e nella civiltà dell'uomo.*

*Ma soffermiamoci su alcuni fenomeni che evidenziano la prima tendenza. L'uomo oggi rifiuta la morte: sa che esiste, ma si comporta come se essa non dovesse mai sopraggiungere, evi-*

ta di considerarla come evento certo e con questo pretende di allontanarla, quasi come in un rituale esorcistico. In sostanza, ne rimuove il pensiero. Eppure, la morte è diventata un fenomeno abituale quotidiano. Pensiamo ai notiziari televisivi che spesso manifestamente offrono la «morte a tavola», in diretta, fino al punto da farci dubitare sulla liceità etica di simili spettacoli, giustificati con il «dovere di informare». Se prendiamo in esame i comportamenti più consueti, ai quali nessuno dedica attenzione, ci accorgiamo che la stessa cultura della vita è basata sulla certezza della morte.

Ipotizziamo un paradosso: l'immortalità della vita terrena. Se dovesse avverarsi, l'uomo non avrebbe più gli stessi comportamenti, cambierebbe nei costumi, nella filosofia esistenziale: l'età dell'apprendimento sarebbe costante e non relegata al periodo dell'infanzia – adolescenza – gioventù; l'angoscia dello scorrere del tempo non esisterebbe; il tempo e la voglia di ricostruire, di cambiare attività, il coraggio delle scelte e dei mutamenti, sarebbero prevalenti sulla tendenza all'accettazione, alla professionalità definitiva e conservativa. La vita sarebbe vista in una prospettiva totalmente diversa, si creerebbero nuove abitudini, nuove teorie e nuovi modi di pensare.

Eppure, proprio perché è un paradosso, ci accorgiamo della flagrante contraddizione insita nel rifiuto della morte. È solo il terrore che fa negare la morte, oggi? Forse che prima l'uomo non ne provava paura? Forse una spiegazione sta nel fatto che l'immagine della morte è in netto contrasto con l'edonismo, con la vitalità giovanilistica, con la stilizzazione della bellezza, cioè con i modelli di consumo culturale ed economico oggi tanto in voga. Essa è vista come qualcosa di sconveniente, come gli atti fisiologici: il moribondo, nel suo immiserimento fisico, viene associato a fenomeni dichiarati inammissibili dalla civiltà dei deodoranti. Non è più sublimata od eroica, come accadeva ai personaggi letterari che amavano una morte bella, virile, patriottica, degna. L'antieroe letterario contemporaneo è il borghese, che si adatta alle pieghe della vita, mentre teme e sfugge la morte.

Dunque, anche la cultura più nobile ha revisionato i modelli precedenti e li ha dichiarati inammissibili nella realtà.

La fiducia nella scienza medica porta le famiglie a ricoverare il malato grave in ospedale; talvolta esse, pur di fronte a certezze negative, senza speranza, restano ancorate al miraggio del «miracolo scientifico». Ma più spesso *certi comportamenti celano l'incapacità di sapere accudire, soffrire, assistere, vivere nella promiscuità con la morte*. In alcuni casi il malato grave diventa un peso non più sopportabile, scomodo per i cinici, e così viene scaricato su altri, nell'intento-alibi di offrirgli un'assistenza specialistica che, nella maggior parte dei casi, si rivela modesta ed inutile.

### *È cambiata l'immagine tradizionale del morente*

Una caratteristica del nostro tempo è che si muore sempre più raramente nel proprio letto; si preferisce l'ospedale, sia per necessità di cure specializzate che spesso esigono attrezzature non trasportabili a domicilio, sia per una disassuefazione al rapporto diretto con la morte (quella vera, non quella televisiva, che può essere guardata con distacco per la bravura degli attori che la fingono). L'evoluzione subita dalla famiglia rende praticamente impossibili certi compiti di assistenza. Nel passato, le famiglie numerose erano in grado di suddividere meglio – rendendolo sopportabile – il peso di una lunga presenza quotidiana a fianco del degente; c'era anche in tutti i suoi componenti una preparazione psicologica ad una tale evenienza.

È cambiata poi l'immagine tradizionale del morente: spesso è una specie di «mostro» prigioniero in un groviglio di tubi di plastica, di flebo, di elettrodi, di cateteri, di sondini. È l'immagine di questa civiltà, la rappresentazione iconografica di un'epoca che esprime una realtà di totale emarginazione e solitudine interiore. È passato il tempo in cui il moribondo parlava alla famiglia dolente e compunta, ma attenta a quella voce grave che l'accomandava e spesso benediceva.

La morte era un rito di dolore che aveva la cornice di una solida speranza. Oggi, tale cornice è quasi del tutto scomparsa nella nostra cultura. Vale la pena di interrogarsi al riguardo.

Nel libro delle «Meditazioni cristiane» di Giovanni Vannucci, al capitolo «La Resurrezione» trovo questa interessante citazione: «Scelgo per queste considerazioni (sulla morte dell'uomo) due diverse correnti di esperienza di pensiero. Comincerò con un testo indù della Katha Upanishad (1000 a.c.). Nachiketas interroga Yama, il re dei morti, perché gli riveli il mistero della morte, dell'immortalità. Yama, riluttante a rispondere, sottopone l'interrogante ad alcune prove; trovato il giovane maturo, gli rivela il segreto dell'«Io» profondo ed immortale dell'uomo.

Rispondendo alla domanda, afferma che gli uomini si dividono in due categorie: quelli che si identificano con la parte fisica e vitale del loro essere, e quelli che sono invece in costante comunione con il loro «Io» profondo ed immortale.

Per i primi la morte è una cessazione, una amara e indesiderata vicenda; per gli altri, è avanzamento e ascesa verso una vita più vasta e più libera.

«Il bene supremo è una cosa, il piacevole un'altra, ciascuno trascina l'uomo a una fine differente. Chi aderisce al bene, giunge a un buon fine; chi sceglie il piacevole, fallisce lo scopo. Tanto il bene che il piacevole si presentano all'uomo, il saggio li esamina e li discrimina».

Il saggio sceglie il bene, non il piacevole; lo stolto, essendo avido e possessivo, preferisce il piacevole. Il mondo spirituale non si manifesta all'immaturo e allo sciocco; illuso dal fascino della ricchezza, egli afferma che solo questo mondo esiste e non ve n'è un altro...

L'uomo che si concentra su ciò che è oltre l'udito, oltre il tatto, oltre la vista, oltre il gusto e l'olfatto, sull'indefettibile ed eterno, senza principio né fine, più grande delle cose grandi, permanente, si salva delle fauci della morte».

Per l'altra corrente, quella ebraica, scelgo due brani tratti rispettivamente dall'antico Testamento e da un racconto midrascico.

«Un cane vivo vale più di un leone morto: i vivi sanno che moriranno, ma i morti non sanno più nulla: per essi non esiste più salario, poiché il loro ricordo è dimenticato. Il loro amore come

il loro odio e la loro bramosia sono da tempo periti. Non avranno più parte a ciò che avviene sotto il sole». (Kohelet, 9,4-6).

Hillel disse al giovane discepolo Jacob: «Mi sento vecchio e ho paura della morte. Quando sarò in agonia, prega l'angelo della morte di essere pietoso con me».

Jacob rispose: «Accetto, a patto che una volta raggiunta l'altra sponda tu mi venga a dire in sogno come sono le cose dell'aldilà», Un mese dopo la morte, Hillel apparve a Jacob per dirgli: «Grazie, fratello, l'angelo della morte è stato gentile con me, mi ha sfiorato con la lievità di un'ala di farfalla. Se tu sapessi quanto è buono Dio, Jacob! Mi potrebbe domandare qualunque cosa, tuttavia se esigesse da me il ritorno sulla Terra, mi rifiuterei».

Jacob si stupì. «L'angelo della morte non è stato gentile con te? Non hai adesso la prova che la morte è dolce?». «Ne ho la certezza, ma non vorrei tornare a vivere sulla Terra». «Perché?». «A motivo dell'angoscia della morte».

Le due tradizioni sono il segno di due culture differenti. Per l'induismo, l'angoscia della morte è frutto dell'ignoranza: il saggio ne è immune, avendo realizzato la natura immortale del proprio Sé. Invece, nell'Ebraismo, la morte, presente dalle prime pagine della Genesi fino agli scritti sapienziali, è il sommo dei mali...

Questa nota caratteristica della religiosità ebraica penso derivi dal suo mito centrale: la «Giustizia». L'ebreo è sulla terra per creare un popolo di giusti, che attui nel suo ambito la grande giustizia divina; il popolo dei giusti sarà la guida di tutte le altre genti che si orienteranno verso la città giusta, Gerusalemme.

Da questa spinta per la creazione di un popolo di giusti deriva la grande importanza data alla famiglia, alla terra, alla vita, alla rivelazione ebraica. In una simile ottica, la morte non poteva apparire che una punizione, un'ammenda per le colpe commesse e insieme come un angosciato fallimento, per chi non poteva vedere i figli dei figli né godere il compimento di tutte le attese della giustizia.

L'annuncio della Resurrezione non poteva che avvenire nell'Ebraismo, come suo capovolgimento risolutivo: «Chi crede



in me, ha la Vita eterna. Chi mangia della mia carne, ha la Vita eterna. Io sono la Resurrezione e la Vita». (Gv 6,53; Il,26).

Eppure queste parole sono rimaste sovente inerti nella vita della cristianità. Qualche raro santo ha sorriso alla morte, chiamandola «sorella» o «il più grande sacramento». Ordinariamente ha prevalso l'orrore della morte...

Oggi, invece, nella stessa cultura laica, tra i pensatori più avveduti, si nota una ritrovata attenzione per il problema della morte, dopo anni di disinteresse.

### *Riscoprire la morte*

La riscoperta della morte è importante non solo nella prospettiva dell'aldilà, ma anche in quella del presente. Si dice: *se vuoi la vita, prepara la morte*.

Oppure: si muore come si è vissuti. Ma non secondo la logica dell'orrore e nemmeno seguendo il meccanismo del rifiuto, che fanno presentire e sperimentare in modo drammatico e angosciato il momento del distacco. La medicalizzazione della morte, dove il malato diventa dominio della medicina, è una forma di rifiuto del grande passo. Per questo oggi la morte migliore è da molti ritenuta quella «repentina e improvvisa», che invece era così temuta nel Medio Evo. E nemmeno «dopo» il defunto deve sembrare tale: nelle «funeral homes» (obitori) americane lo si imbelletta per farlo apparire un quasi vivente: «The patient looks lovely now» (ora ha di nuovo un bell'aspetto).

Anche il lutto è rifiutato, venendo spesso meno un autentico dolore interiore e quindi non avendo senso il segno esterno: anzi, chi si lascia andare ad una forte commozione è guardato addirittura con sospetto.

Ma questi sono palliativi che non cambiano la sostanza. È ora che la morte – la quale è una cosa sola con la vita – esca dalla clandestinità e che l'uomo ritrovi il cammino, per un certo tempo smarrito, verso una cultura della morte e, quindi, della vita. E ciò è possibile seguendo la strada dell'uomo.

Da quanto si è detto, infatti, vediamo emergere un nuovo tipo di bisognoso, di emarginato: il malato terminale. Anche a lui dobbiamo garantire attenzione e assistenza.

Certo, di fronte ad una persona che non ha speranze di sopravvivenza sorgono numerosi interrogativi. Innanzitutto, fino a che punto si deve prolungare il trattamento terapeutico? Si deve permettere che si tramuti in vero e proprio accanimento? Chi decide durata e modalità di questa lotta contro la morte? Quali gli interventi legittimi e quali no? Che atteggiamento deve tenere l'operatore sanitario verso il morente? Chi collabora con lui in questa fase?

In sostanza, che fare per mantenere il morente in una situazione di massima dignità e di minima sofferenza salvaguardandone il diritto di vivere senza accanirsi in cure inutilmente dolorose, né senza abbandonarlo a se stesso? E ancora: come, se e quando avvertire il morente del suo stato? E chi lo deve fare?

### *Interrogativi drammatici*

Siamo di fronte a problemi drammatici.

Molti medici, molti operatori, e ahimè talvolta anche qualche Fatebenefratello, non sanno che fare e finiscono per abbandonare alla solitudine colui che sta affrontando il passo più importante della vita. È la nefasta conseguenza di un'idea di assistenza finalizzata solo al recupero dell'integrità e della efficienza fisica, è un lasciar via libera in noi al rifiuto della morte.

Un primo fondamentale motivo di riflessione riguarda determinati atteggiamenti in costante diffusione che minacciano l'uomo proprio in nome dell'umanità. Tra questi, il più subdolo è l'eutanasia, la cui pratica si insinua in modo strisciante nell'ospedale con sempre maggior credito. Abili manipolazioni culturali, soprattutto attraverso i mass-media, riescono a presentare l'eutanasia agli occhi della gente come la risposta più semplice e più «umanitaria»: per eliminare la sofferenza di chi non ha più speranza di guarigione, si elimina il sofferente. Ma questo falso umanitarismo ad un'analisi attenta rivela il suo volto ambiguo.

«Molte volte le richieste di uccisione pietosa – ricorda il teologo B. Haring – non sono espressione di una vera volontà di morire, bensì un appello disperato per ricevere più cure, più attenzione, più solidarietà umana».

Secondo i sostenitori di tale pratica, essa sarebbe una conquista umana, sancirebbe «il diritto a morire con dignità». Ma, cari confratelli, la dignità della morte non consiste affatto in questa «conquista», bensì nel modo di affrontare la morte.

Disumano è piuttosto quel letto, disumani sono quei tubi, quel corpo e quell'anima abbandonati a se stessi, quell'uomo solo con i suoi pensieri, le sue angosce e inquietudini. La vera risposta sta nell'affrontare questo momento di sofferenza morale e psichica, non nel sopprimere il sofferente.

Sappiamo che la scienza medica può aiutare ad affrontare bene la morte evitando di degradare l'uomo ad animale in preda al dolore. Il progresso nei procedimenti di rianimazione che attenuano o sopprimono la sensibilità corporea mirano proprio a questo.

Tuttavia, cari confratelli, occorre definire quella «Terra di nessuno» che separa la cura e il lenimento del dolore dalla crudeltà, dall'inutile sperimentazione fatta unicamente per orgoglio scientifico, che riduce l'uomo a cavia, in definitiva dall'accanimento terapeutico.

Diciamo innanzi tutto che non è possibile tenere in vita una persona allo stato unicamente vegetativo se non vi sono motivazioni precise che esulano dalla sperimentazione.

Oggi, il tempo della morte si è insieme allungato e suddiviso. C'è la morte cerebrale, biologica, cellulare; gli antichi segni basati sull'arresto cardiaco e respiratorio non bastano più; si misura l'attività cerebrale, si può mantenere artificialmente pulsante un cuore, si può stimolare forzatamente la respirazione. Il tempo della morte può essere allungato a discrezione del medico: non si può eliminare la morte; ma si può regolare la durata della fine. È possibile ritardare il momento fatale sopprimendo anche il dolore.

Ma spesso questo prolungamento da mezzo scientifico al servizio di quell'uomo sofferente si trasforma in fine. Ed è ap-

punto in questa oscura zona di confine tra la cura e la crudeltà, tra diritto alla vita ed eutanasia che la nostra coscienza di religiosi deve vigilare affinché si rispetti una misura che sia segno di umanità e di etica, al di là delle norme che i singoli Stati predispongono. La morte non può più essere assegnata, in dotazione esclusiva al medico, alla tecnica, alla sperimentazione, perché essa rappresenta il più antico mistero dell'uomo, sul quale noi come religiosi non possiamo esentarci dall'esercitare il nostro ruolo specifico di missionari della salvezza e di guide spirituali.

### *Non abbandonare il morente*

Ma soffermiamoci su un terzo aspetto, già accennato. Di fronte al malato grave, spesso perdiamo anche noi le speranze, ci sentiamo inutili e lo abbandoniamo in attesa dell'inesorabile momento. Quale angusta visione della vita e della morte, quale assuefazione ad un ruolo di operatori tecnici dimentichi che il termine salute significa anche «salvezza», cioè vita dell'anima!

Per questo oggi l'ospedale è diventato il luogo della morte solitaria. Un cuore che si ferma non fa rumore; eppure in noi dovrebbe suscitare una vasta eco. La morte, come la vita, non è un atto esclusivamente individuale. Anche quella degli altri ci tocca in qualche modo da vicino.

Spetta a noi, entro i nostri limiti umani che non possono certo cambiare i destini, eliminare quel senso di «selvaggio» nell'immagine della morte solitaria coi tubi di plastica, che clamorosamente fa rivivere l'antico orrore del cadavere putrefatto abbandonato nella campagna.

Quale civiltà sarebbe altrimenti quella in cui cambiassero le forme dell'orrore, ma non la sostanza?

In un recente Convegno dei medici cattolici svoltosi a Roma si sono discussi i problemi del dolore, della vecchiaia, dell'eutanasia. Temi fondamentali, che richiedono un'impostazione filosofica generale per una seria critica del nostro modello di civiltà che approdi ad una cultura e ad atteggiamenti nuovi in questo campo.

Durante il convegno, un professore ha testualmente dichiarato: *«È necessario un nuovo impegno nell'assistenza ai morenti. Occorre intensificare la presenza presso il malato, considerando che è il morente colui che ha da insegnare, poiché vive un'esperienza che gli altri ignorano. È necessaria una specifica preparazione in questo senso del personale sanitario, una preparazione che è soprattutto umana. Un medico o un infermiere non potranno, a volto sereno e con equilibrio, assistere un morente se nella propria coscienza non avranno integrato una visione della vita e della morte, non avranno dato cioè per conto proprio una risposta ai problemi essenziali della vita umana».*

Miei cari confratelli, che lezione ci proviene da questo laico! Noi a volte, bloccati dalle nostre paure più che dai nostri impegni, fiaccati dai nostri fantasmi di impotenza, siamo preceduti dai laici con suggerimenti ricchi di valore che dovrebbero essere nostri e che invece non abbiamo saputo cogliere nell'alveo del nostro ricchissimo carisma.

Dicevo prima che la «dignità della morte» risiede anche nel modo sereno di affrontarla, in quel periodo (lungo o breve, cosciente o semicosciente) di oblio della mente prima del trapasso definitivo.

Ma i problemi nascono prima del momento finale; fin da quando il decorso del male fa prevedere un sicuro esito infuosto; è in questa fase che la volontà razionale applicata alla metodologia scientifica entra in crisi facendoci disperare e spingendoci a rinunciare ad ogni ulteriore aiuto. Ma noi sappiamo che dove la conoscenza e il metodo scientifico si arrestano, c'è ancora lo spazio per la superiore forza dello Spirito.

Nella fase «terminale» il malato si trova a risolvere delicatissimi enigmi, è tormentato da dubbi angosciosi, scosso da qualche vaga speranza e distrutto dal decadimento. Lo invade la paura, mentre si ritrova solo con se stesso, cosciente della sua unicità. Nei momenti lucidi rivede la vita come in un film e col rischio di perdersi definitivamente nell'incubo, sommerso da sensi di colpa, da rimpianti, da aspre malinconie, dal disperato attaccamento alla vita, dal bisogno inevaso di comuni-

cazione e di affetto. In lui si innescano delicati meccanismi psicologici che occorre saper riconoscere e dominare; perciò si rende necessaria la collaborazione con esperti psicologi perché spesso la cultura personale non basta; l'uomo morente è più bisognoso di chiunque altro, è un malato «difficile», che richiede molto tempo e molte attenzioni. Raramente egli può raggiungere da solo una accettazione e una maggiore serenità se non viene aiutato da tutti coloro che lo assistono e dalla stessa famiglia. Al di là del dibattito sulla necessità di rivelare o meno al malato grave il suo stato, è assodato che chi si trova in una situazione simile la intuisce oltre le parole.

La sua assistenza deve dunque essere fatta di attenzione, anche ai particolari. Non servono discorsi, ma una presenza affettuosa; il malato deve percepire che non sarà solo ad affrontare quel momento: basta una mano stretta, che nel contatto struggente rivela un ancoraggio alla vita, dona una sicurezza protettiva, quasi materna, consentendo al paziente anche di dire cose per lui urgenti e importanti, forse le sue ultime parole.

### *Coinvolgere la famiglia*

Ma per aiutarlo in modo veramente significativo, è necessario coinvolgere la famiglia in questa presenza.

Innanzitutto non è giusto che sia la famiglia a decidere autonomamente se e come informare il malato del suo stato. È sempre opportuno che i medici curanti incontrino i familiari per uno scambio di informazioni, concernenti anche la psicologia del degente, in modo da concordare insieme il da farsi.

Dalla famiglia possiamo apprendere importanti informazioni sulla storia personale del malato che aiutano a capirlo meglio.

A volte, il suo attaccamento alla vita è dettato da «nobili preoccupazioni» per la sorte di chi resta: da qui magari l'intenzione di affidare le sue raccomandazioni finali ai parenti, di chiarire qualcosa del passato, di eliminare sensi di colpa. Dobbiamo favorire questi momenti estremi di comunicazione, che un tempo facevano parte del rituale domestico della morte: il

malato aveva i familiari raccolti intorno al suo letto ed egli conversava con loro quasi in un clima di calda serenità, di accettazione; lasciava le sue ultime raccomandazioni, divideva l'eredità. Gli astanti si sentivano come investiti di un carisma. Non è impossibile ridare naturalezza, conforto, amore e cristiana accettazione a queste anime che si appressano all'estremo passo. E c'è in tutto ciò un arricchimento reciproco: anche il morente aiuta noi. Da lui apprendiamo sensazioni che non conosciamo; standogli accanto verifichiamo la nostra forza.

Un'attenzione speciale dobbiamo avere in queste situazioni anche per i parenti del malato, che soffrono momenti di ansia, di tensione; spesso, in mancanza di notizie, si macerano nel dubbio e nell'angoscia, anche a causa dei medici che, per ragioni professionali, sono talora evasivi e usano un linguaggio estremamente tecnico nelle diagnosi e nelle prognosi. Una maggiore comprensione delle loro esigenze, dettate spesso da ansia affettuosa, ci può aiutare a creare un clima di reciproca cooperazione, di fiducia e di calda sincerità, a beneficio del malato.

Ai familiari si dovrebbe lasciare tempo per la visita, affinché questa non risulti troppo asettica e spersonalizzata, soprattutto nelle camere di rianimazione, studiando nel contempo i mezzi adatti per garantire il rispetto delle norme di prevenzione igienica. Alla preghiera per l'anima, che è dovere di tutti i religiosi, dobbiamo saper unire un profondo senso di pietà cristiana, attingendo alle risorse del cuore. La nostra sensibilità ci guiderà nell'arduo compito di *offrirci come spalla* sulla quale piangere, come forza nella quale confidare; il nostro esempio può convincere più di mille parole a ritrovare il proprio cammino spirituale. In tal modo, *superando la chiusa visione tecnica della sconfitta* della medicina di fronte alla morte, *noi sviluppamo un modello di assistenza superiore*.

Il momento cruciale per i familiari è comunque quello dell'imminenza del decesso del loro caro. Immaginiamoci lo stato doloroso, la confusione delle scelte, la stanchezza psichica di queste persone, spesso tormentate da un senso di colpa perché vorrebbero non assistere al momento fatale. La nostra presenza al loro fianco è più che mai preziosa e illuminante.

La stessa cosa va detta per i familiari dei degenti ricoverati d'urgenza, passati cioè bruscamente dallo stato di salute a quello di malattia per cause cardiovascolari, cerebrali, traumatiche-accidentali. Il sentimento di preoccupazione per la sorte della persona cara è in essi altrettanto vivo anche se non in presenza di prognosi infausta.

Non ho prospettato traguardi impossibili. Sono certo che, seguendo la strada che è più che mai la nostra, la morte in ospedale potrà recuperare la dignità perduta. E l'ospedale potrà davvero essere per il malato grave l'unico luogo dove gli sia garantita un'assistenza continua, con metodologia e mezzi altrove improponibili, e contemporaneamente un luogo di assistenza integrale, che allontani gli inquietanti spettri della solitudine e dell'orrore, lasciando spazio alla rassegnazione umana e alla speranza cristiana.

Vorrei fin d'ora invitarvi a studiare mezzi e formule, a *immaginare e progettare, assieme ai medici e agli infermieri, una riscoperta profonda del senso della vita e della morte.*

Sono convinto, sulla base anche di alcune splendide esperienze già in corso (per es. «Royal Hospital di Montréal» e alcune Fondazioni, tra cui una italiana) che al Fatebenefratello desideroso di impegnarsi in modo nuovo nell'assistenza ai morienti, si apra uno spazio enorme. Sfruttarlo è, oltre che un preciso dovere legato alla nostra vocazione ospedaliera, condizione «sine qua non» per lo sviluppo del nostro Ordine e per un degno servizio alla Chiesa.



## I TOSSICODIPENDENTI

### *Il cancro dei giovani*

L'immagine di un cancro che si diffonde con le sue metastasi in tutta la civiltà occidentale sarà forse fin troppo sfruttata per indicare il problema della droga e della tossicodipendenza; ma è sicuramente efficace per evidenziare questo nuovo «male» della società che colpisce soprattutto i giovani. Tentare una analisi esauriente del problema droga è arduo; non di meno è necessario darne almeno una sommaria descrizione. La gravità e l'estensione del fenomeno sono evidenti, al di là delle statistiche, le cui elaborazioni matematiche hanno comunque una loro tragica evidenza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che più di 4.000.000 di persone, negli USA, hanno l'alto uso di vari tipi di droga. Ma il fenomeno appare agghiacciante se indagato nelle percentuali relative. Il Federal Bureau of Narcotics afferma che 1 giovane su 5 si droga e che, in ogni caso, il 40% degli studenti di scuola media superiore ha assunto droga almeno una volta; e addirittura il 60% degli studenti universitari.

Assumere la droga almeno una volta non è ancora sintomo di tossicodipendenza, ma la realtà presenta contorni più precisi: tra i tossicodipendenti riconosciuti, più del 50% ha una età tra i 20 e i 30 anni, e vi è una vasta percentuale, in aumento, per i giovani di età inferiore. La loro estrazione sociale è indicativa: negri (52%), messicani (6%), portoricani (13%); come dire che la maggior parte di essi appartiene a gruppi etnici sociali emarginati. Osservando il fenomeno in Europa notiamo

che esso ha raggiunto dimensioni allarmanti in Olanda, Danimarca, Gran Bretagna, Germania, Francia; per quanto riguarda l'Italia, ai grandi centri del Nord, si è aggiunto ora il meridione con le sue principali città e anche con centri minori dove però abbondano i disoccupati.

### *Chi è il tossicodipendente*

Per sgombrare il campo da eventuali confusioni definiamo la situazione del tossicodipendente come quella di chi si trova in uno stato di intossicazione, periodica o cronica, per l'uso abituale e continuo, con sindromi di astinenza, di sostanze stupefacenti, naturali o prodotte sinteticamente; una situazione pericolosa per lo «status» psico-organico del soggetto che viene oppresso in vaste sfere della personalità. La morfina, l'eroina, la cocaina, l'L.S.D., ma anche il metadone, i barbiturici e le cosiddette «droghe leggere», tra cui la marijuana, sono le principali sostanze stupefacenti che determinano stati definibili genericamente come allucinogeni. Ovviamente con reazioni diverse da droga a droga e perfino da individuo a individuo, ma caratterizzate prevalentemente da sonnolenza, loquela impacciata, depressione del sistema nervoso centrale, stati di beatitudine, eccitazione, iperattività, senso di allungamento del tempo psichico, euforia, allucinazioni. Reazioni che, in ogni caso, comportano una evidente pericolosità per se stessi e per gli altri. Per se stessi, poiché la diminuita o alterata percezione della realtà esterna rappresenta un evidente fattore di rischio per la sicurezza e l'incolumità; e inoltre l'abuso di droghe provoca devastazione organica e un declino fisico che può condurre alla fatale «over dose», cioè a collassi e insufficienze respiratorie spesso letali.

Si può affermare poi con certezza che i tossicodipendenti presentano una patologia non irrilevante riguardante le malattie croniche, le epatiti, la compromissione irreparabile di alcuni organi, con comparsa di nuove malattie come l'A.I.D.S.

A questi problemi bisognerebbe aggiungerne altri: il rischio derivante dalla droga «tagliata» con sostanze nocive, ad esem-

pio; oppure la mancanza di ogni preoccupazione igienica nel rito degli eroinomani. Ma il discorso diventerebbe troppo vasto e composito. Ma c'è anche un tasso di pericolosità che riguarda la società: si comprende facilmente come lo stato allucinogeno, le percezioni alterate, l'esaltazione psichica, la perdita dei freni inibitori, l'assenza di sensi di colpa e di pudore, tutti questi fattori producano *una personalità allerata, una sorta di "molecola impazzita" della collettività*. Le conseguenze sono note: la tossicodipendenza genera bisogno economico per l'acquisto delle sostanze. Bisogno a cui si legano migliaia di fenomeni delinquenziali, dal piccolo furto con scasso, fino alle aggressioni violente, anche per pochi soldi. Queste componenti clamorose hanno fatto salire la percentuale dei delitti provocando uno stato di assoluta mancanza di sicurezza, perché il tossicodipendente è spinto a colpire indiscriminatamente chiunque. Il criterio secondo cui il comune delinquente non agisce quando «il gioco non vale la candela», in questo caso non conta affatto.

L'intenzione di «criminalizzare» il tossicodipendente è ben lontano dai miei pensieri, sia chiaro, ma certe situazioni vanno conosciute senza eufemismi, nella loro realtà. Così come non possiamo ignorare un nuovo sintomo di barbarie emergente da certi discorsi che si stanno facendo strada cinicamente: partendo dal dato della pericolosità sociale, si reclama la necessità di un «energico» intervento pubblico (o privato) per «risanare» la situazione.

### *Fattori e cause*

Se poniamo attenzione sul fenomeno è per coglierne la miseria, per indagarne le cause con l'occhio anche alla vittima, che è il consumatore di droga. Certo, la richiesta di sicurezza sociale è un fatto di dignità civile, di giustizia, ma non può essere il punto di partenza per risolvere il problema.

La tossicodipendenza è un problema dell'uomo, *correlato a precise dinamiche sociali, psicologiche, culturali, a carenze spirituali*. Se non ci si pone in questa ottica è difficile elabora-

re un'idea accettabile di intervento terapeutico. Pensiamo soltanto al groviglio di fattori che influiscono sulle scelte personali: gli elementi psicologici individuali, la vita di relazione con la famiglia, gli amici, la collettività, la situazione sociale, la posizione culturale. Pensiamo anche alla responsabilità enorme di quei modelli culturali che, nell'ultimo decennio, hanno proposto la droga come momento di libertà, di alternativa; modelli di stampo materialistico e consumistico caratterizzati dalla caduta di antiche (e in alcuni casi ormai inadeguate) ideologie, che spiegano *la tendenza contemporanea all'arrivismo, al successo da raggiungere con qualunque mezzo*. Il panorama spirituale dalla nostra epoca ci appare inaridito, depauperato di valori etici, mentre non sembrano ancora emergere alternative sufficientemente strutturate. È in questo vuoto che si inseriscono tali tendenze deteriori.

La difficoltà di cogliere in tempo la situazione si spiega d'altra parte con la rapidità e la complessità delle mutazioni economiche, sociali, tecnologiche e culturali, in un mondo nel quale anche i valori sembrano diventati oggetto di effimero consumo. Qui la droga trova sicuramente la sua collocazione, proponendosi come «figlia dei tempi», in una duplice veste: come risposta ingannevole alle situazioni di disagio, e quindi mezzo di fuga verso la beatitudine, e come proposta di «valore alternativo», cioè come un altro modo di vivere che non accetta quello comune.

Nella complessità della situazione giocano anche alcune pesanti contraddizioni della politica estera e interna degli Stati nazionali circa i grandi valori della pace, della libertà e della giustizia, che non sono affermati con decisione nonché l'incubo aberrante del conflitto nucleare.

Ne derivano una sorta di *pessimismo esistenziale, che induce a volere le cose qui e subito; a consumare alla svelta ogni emozione*; e un giovanilismo che carica di ingiuste attese la vita dei giovani, quale mito di ebbrezza e di felicità. Entrambi non sono certo estranei alla diffusione della droga, avendo privato l'uomo di valide certezze, della sicurezza di un modello giusto, ed eliminato dagli orizzonti umani fedi e ideali nei quali cre-

dere e sperare. La nostra società – cioè tutti noi, consapevoli, compartecipi di eventuali errori, coagenti nel riproporli – ci spinge a superare tali insicurezze e tali ansie con gli psicofarmaci; ci illude che felicità, realizzazione e successo siano ottenibili con pillole di energia efficientistica, ci insegna a vincere l'angoscia con l'alcool, secondo la strategia di una produttività non asservita ai bisogni umani, ma volta ad imporre bisogni falsi, negativi, alienanti. Non è forse vero che le forze socio-economiche oggi si rivolgono ai giovani (e persino ai bambini) come a soggetti da conquistare al mercato del consumismo avendo come *primo obiettivo l'utile, non l'educazionale?*

### *Scarse difese per i giovani*

È proprio il giovane, in fase di formazione, il soggetto più esposto alle insidie. Nel momento in cui inizia la sua esplorazione personale del mondo, facendosi una propria scala di valori, confrontando ciò che vorrebbe con ciò che trova e sviluppando il processo di socializzazione, il giovane non è ancora pienamente capace di scelte ragionate. In questa fase di strutturazione della sua personalità egli si trova aperto alle novità, nutre curiosità, cerca il rapporto con gli altri, per conoscersi e conoscere, per mettersi alla prova anche, per definire la sua identità. Per questo, egli può lasciarsi facilmente sedurre da modelli aberranti. In fondo al suo cammino di ricerca, può anche trovare lo spacciatore in cerca di nuovi acquirenti.

Le sue difese sarebbero certamente più efficaci se egli avesse *alle spalle una famiglia che fosse per lui guida, informazione, affetto, rifugio nei momenti difficili*. Ma abbiamo già visto come e quanto la famiglia sia cambiata, nel passaggio da una cultura contadina ad una cultura industriale e tecnologica. Nella prima, la trasmissione di valori da padre in figlio era lenta ma ineludibile e sicura: il padre, depositario del sapere, insegnava al figlio le cose del mondo e della natura. Oggi la figura del padre ha perso questo prestigio culturale, la sua autorevolezza di guida: le conoscenze sono così vaste, rapide e

mutevoli che impediscono una assimilazione del sapere paterno. Spesso, inoltre, la preparazione scolastica del figlio risulta addirittura superiore a quella del padre, il quale quasi sempre per la rapidità dei mutamenti, rimane estraneo ai fenomeni tipicamente giovanili di costume, per cui il figlio non vede più in lui un interlocutore affidabile e «preparato». Infine, ha sempre maggior efficacia (anche manipolante) una forma di trasmissione delle conoscenze al di fuori dell'ambito familiare: quella svolta tramite i mass-media, che propongono continuamente modelli culturali assai insidiosi per la psiche giovanile, soprattutto attraverso la pubblicità. Per non dire del ruolo negativo di certi genitori all'interno della famiglia «nuclearizzata», entrata in crisi come cellula base della società. Sono sovente gli stessi genitori che ripropongono acriticamente ai figli quei modelli di successo e di comportamento.

Non può venire alcun beneficio ai giovani da una famiglia spesso minacciata nella sua stabilità da separazioni, disoccupazione, introiti economici al di sotto della media generale, cioè da fattori che creano emarginazione e un senso di frustrazione in relazione al modo di vivere degli altri.

Dalla frustrazione alla rivalsa il passo è breve. E allora il giovane «fugge»: nelle strade, nelle piazze, si aggrega a gruppi per cercare ciò che gli manca. E qui trova l'ultima insidia, nella rete del vasto mercato in cui opera gente senza scrupoli, con legami a livello internazionale, un mercato di cui lo spacciatore all'angolo è solo il «terminale».

Il potenziale tossicodipendente, fiaccato familiarmente e privo di certezze morali, suggestionato dai comportamenti dei coetanei, del «gruppo», compie così la prima scelta per evadere, per provare, o anche solo per essere accettato. La droga è così giunta persino alle porte delle scuole medie inferiori, il che eleva di molto la soglia di pericolosità sociale del fenomeno.

Il tossicodipendente, carente di salute fisica e psichica, di amore, di comprensione, di sapere, ma soprattutto di libertà, *rientra dunque nella categoria dei nuovi bisognosi: è l'imprigionato nell'anima*. Per questo, non stupisce che si siano andate creando comunità terapeutiche di ispirazione cristiana che,

con grande dedizione e competenza, affrontano soprattutto la dimensione personale e psicologica del tossicodipendente. Infatti, il vero problema non è la dipendenza fisica, ma quella psicologica: nonostante le apparenti espressioni di «libertà» manifestate ed ostentate dal tossicodipendente, egli si sente schiavo al punto da non credere più nella possibilità di guarigione.

### *Un campo aperto ai Fatebenefratelli*

L'argomento richiederebbe ben altri approfondimenti, ma per ora mi fermo qui. Ho fatto questa riflessione perché sono convinto che il Fatebenefratello possiede, a livello religioso e professionale, la possibilità di accostarsi adeguatamente al problema, sviluppando il ruolo di guida-animatore, collaborando con altre iniziative, sempre attento al problema umano.

Miei cari confratelli: come ho promesso, con questo documento non intendo darvi certi ordini, ma proporvi riflessioni utili per scoprire l'enorme gamma delle nostre possibilità, che già in parte abbiamo sviluppato, ma che possono trovare nel nostro tempo *molte* altre applicazioni. Ne ho accennate altre, che mi sembrano più immediatamente alla nostra portata, e che noi possiamo affrontare solo dopo un attento esame delle nostre particolari situazioni e dopo aver individuato i bisognosi di oggi.

Il mio scopo principale, lo ripeto, è quello di stimolarci a meditare, ad uscire dagli angusti schemi che ci impediscono di cambiare come esigono il nostro carisma e le nostre Costituzioni. Intendo invitare ciascuno di noi ad uscire dalle nostre tossicodipendenze – dalla routine, dal comodo, dal sicuro, dai rimpianti, dalle pigrizie, dalle abitudini, dalle paure – per entrare nella sfera della creatività, in modo da corrispondere efficacemente ai bisogni dell'uomo contemporaneo.

La nostra identità infatti, non si costruisce sulla conservazione acritica del passato, bensì sull'attenzione al presente e al futuro, sulla pronta disponibilità di tutti a intraprendere quegli atti, quei ruoli, quelle iniziative: che i tempi richiedono, nella indefettibile fedeltà al Vangelo e al nostro santo Fondatore.

## I, 5. SEGNI DI UNA PRESENZA DEI FATEBENEFRATELLI\*

### Atti del I Convegno europeo congiunto Fatebenefratelli e Camilliani

*Relazione di Fra Pierluigi Marchesi*

Quando le circostanze richiedono di fare un bilancio, si è costretti a considerare la realtà «visibile» delle realizzazioni concrete, delle iniziative, dei programmi in attuazione. È giusto che sia così: diversamente non si scriverebbe la storia.

Tuttavia questo non deve impedirci di integrare tali realtà legate a spazio e tempo, a nomi, a luoghi e date, con le motivazioni che le hanno determinate, senza le quali resteremmo nella cronaca [e non faremmo storia].

Nella precedente sessione è stata definita la nostra spiritualità come l'energia fondamentale che è alla base della nostra azione.

Questa spiritualità deriva dalla nostra apertura allo Spirito, che sola ci consente di comprendere ed assimilare il messaggio evangelico e di testimoniarlo nell'azione.

L'apertura allo Spirito ci rimanda ad un'altra apertura, quella al nostro tempo; quella relativa all'Uomo, soggetto-oggetto della nostra testimonianza.

Proprio la percezione di vivere in un Tempo diverso, a contatto con un Uomo diverso da quello di ieri, ci ha spinto a riconsiderare le modalità del nostro rapporto con il malato e a guardare in modo nuovo al nostro futuro di Fatebenefratelli.

Questo era necessario per sopravvivere come Ordine, come singola comunità, come individui consacrati.

Dopo un lungo periodo di rinnovamento spirituale, abbiamo investito il meglio delle nostre energie verso due precise direzioni:

---

\* Roma, 4-8 maggio 1987



a) L'Umanizzazione delle nostre opere, cioè di ciò che già esprimiamo come Ordine Ospedaliero;

b) La ricerca sul tipo di «Ospitalità» richiesto negli anni futuri.

Non mi sembra esagerato al riguardo, parlare di una «doppia rivoluzione», se si valutano gli effetti della «svolta» radicale che abbiamo intrapreso.

La prima ha come suo precipuo scopo quello di trasformare il nostro rapporto con il malato immettendo in questo la stessa umanità che Cristo ha «divinizzato», quell'aspetto di umanità rappresentato dal sentimento, dalle emozioni, dal cuore.

«Ama il prossimo tuo come te stesso», ci ricorda il comandamento, rafforzato dalla stupenda affermazione di Gesù: «Ogni cosa che farete ad uno di questi piccoli, l'avrete fatta a me».

Si tratta di una riscoperta, di una netta svolta ideologica, che investe anche tutti i nostri collaboratori, soprattutto quanti hanno creduto sufficienti, per raggiungere i fini terapeutici, la cultura scientifica, quella tecnica con i suoi straordinari progressi, il sapere razionale.

Per noi religiosi, in particolare, ciò ha costituito una spinta, un'occasione preziosa di «rivisitazione» del nostro carisma.

La seconda rivoluzione, da poco annunciata, concerne il ruolo dei Fatebenefratelli.

Come, cioè, essere «funzionale» nei prossimi anni, alla luce delle trasformazioni previste e prevedibili nel campo della domanda di ben-essere da parte della società all'uomo.

Trasformazioni previste e prevedibili anche nel campo delle risposte, che saranno sempre più articolate, complesse e non gestibili da una sola persona o da una sola funzione.

Queste due rivoluzioni sono nate dalla constatazione, sempre più evidente, di un crescente stato di insoddisfazione nostra, da una parte, e del malato dall'altra.

Ne abbiamo sintetizzato le istanze in due documenti:

«L'umanizzazione dell'Ospedale» e «L'Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000». Per ambedue i Documenti il nostro Ordine ha fatto, e sta facendo, oggetto di profonda riflessione, chiamando in causa anche le fasce differenziate dei propri collaboratori esterni, religiosi e laici.

*L'insoddisfazione del malato e l'umanizzazione*

Il malato ci chiedeva da tempo qualcosa che noi spesso non riuscivamo a comprendere perchè eravamo ciechi ed incolti.

La nostra cecità era figlia di una certa arroganza, maturata nella «routine» protettiva e rassicurante, inevitabile in una società ancora fundamentalmente cristiana; era figlia dell'idea che bastasse frequentare corsi universitari, conseguire diplomi o lauree per poter aiutare veramente una persona che soffre.

Col tempo ci siamo ritrovati ai margini della cultura dell'Uomo e del tempo, incapaci di coglierne i fermenti di novità, per cui il circolo vizioso era assicurato: la cecità generava incultura, l'incultura aumentava lo spessore, ed è il «qualcosa» che il malato si aspetta da noi; qualcosa di diverso dall'atto di bontà offerto «una tantum» quasi per degnazione.

Il malato ci chiede prestazioni integrali ed integrate, arricchite cioè di umanità, di comprensione, di rispetto per il suo «Io» profondo: ci chiede non solo nuovi farmaci, nuove terapie e interventi sofisticati, ma anche e soprattutto il farmaco misterioso (a volte miracoloso) espresso dalla personalità dell'operatore, quel farmaco che diventa indispensabile soprattutto allorché l'orgoglioso sapere della medicina – nonostante i suoi strepitosi progressi – è costretto ad arrendersi davanti all'ineluttabilità dell'handicap, della malattia cronica, della vecchiaia, della morte.

Tutto ciò è stato messo in evidenza in un'analisi meditata, in alcuni momenti sofferta, e realizzata nella celebrazione di un Capitolo Straordinario che ha visto impegnati più di settanta religiosi per un periodo di oltre quattro settimane.

Partendo dalla diagnosi emersa in quel Capitolo, approfondita poi in diversi incontri interprovinciali, internazionali, e dalle Visite Canoniche, è scaturito il Documento collegiale dell'Ordine dal titolo decisamente e volutamente provocatorio: «L'Umanizzazione».

Abbiamo così gridato a tutti – religiosi, religiose, medici, infermieri, tecnici, amministrativi – che è indispensabile offrire al malato, al bisognoso, alla Persona che soffre, quel «quid»

di umanità, di empatia, di disponibilità, di attenzione, al di là di ogni limite fiscale. Perché non sempre, purtroppo, è possibile guarire, ma è sempre possibile – e per noi doveroso – aiutare ad accettare la realtà della malattia, con dignità, con serenità, con rassegnazione alla volontà di Dio, per amore del quale abbiamo rinunciato a tutto mettendoci al servizio dell'uomo sofferente.

È ovvio che tutto questo abbia richiesto un esame di coscienza sovente impietoso: e laddove la nostra persona si è scoperta impoverita nella dimensione affettiva, abbiamo invitato ad un coraggioso, quotidiano lavoro di ripristino e di sviluppo delle proprie capacità affettive e di relazione.

Umanizzare l'ospedale e la prestazione sanitaria è, dunque, un preciso, ineluttabile dovere di tutti; tale prestazione non sarà mai pienamente scientifica se non sarà intessuta di ciò che di più prezioso possiede la sfera dell'uomo e che Cristo Uomo ha pienamente valorizzato: quella emotiva, dei sentimenti, della com-passione, delle benevolenza, del rispetto.

Quella parte di umanità non visibile, ma che il malato avverte d'istinto, ha un potere altamente terapeutico: è un farmaco non catalogato né fabbricato industrialmente, che non si troverà mai in commercio, ma che è parte intrinseca della nostra persona, della nostra cultura, della nostra storia di Fatebenefratelli. Questa rivoluzione del cuore che ci riguarda tutti, va di pari passo con una inevitabile rivoluzione delle strutture di potere, nelle comunicazioni, nei ruoli, nei rapporti col mondo esterno.

Umanizzare l'Ospedale non è stendere una vernice sulla superficie del nostro Io.

Non significa assumere qualche psicologo in più nell'organico ospedaliero.

Non vuol dire sorridere qualche volta in più del solito.

Significa invece ri-orientare il sapere e il fare, l'intelligenza e il sentimento.

Significa divenire capaci di accogliere veramente colui che, anche nelle opere, oggi può trovarsi emarginato, ridotto ad un numero o ad un caso clinico, spogliato e dimenticato.

Abbiamo deciso di dire basta alle scissioni tra corpo e anima, tra sapere scientifico ed umano, tra oggettivo e soggettivo.

Le scissioni sono servite soltanto per nuocere al malato, per disorientarlo, per illuderlo che sia possibile trattare separatamente ciò che da sempre è unito nella totalità dell'essere.

E noi, che da secoli ci siamo chiamati Fatebenefratelli, non avremmo potuto continuare a fregiarci di questa originalissima quanto impegnativa «ragione sociale», se avessimo ceduto alla convinzione che la salute dell'uomo può essere ricondotta solo al biologico, alla materia, alle sofisticate tecnologie e non anche alle misteriose energie psichiche, affettive dell'Io, alla componente essenziale di ogni persona umana.

L'esperienza delle nostre origini, esaltata dallo straordinario carisma di San Giovanni di Dio, e quella recentissima che ci ha visto impegnati nell'avviare questo rinnovamento, ci confermano più che mai che possiamo e dobbiamo offrire al malato, giustamente insoddisfatto delle sole prestazioni «tecniche», il dono dell'umanità e dell'umanizzazione dei nostri interventi, all'interno delle nostre opere, con l'impegno personale e collettivo.

Un dono questo che presuppone ricchezze interiori non acquisibili una volta per tutte, ma costantemente alimentate nel nostro animo e manifestate agli altri, stimolando con l'esempio i nostri collaboratori a fare altrettanto.

### *L'insoddisfazione nostra e l'impegno per un'ospitalità degna del duemila*

Abbiamo parlato delle esigenze e delle attese del malato, cioè con l'occhio alle cose da fare «qui e subito». Ma, si è detto, se vogliamo camminare con i tempi, dobbiamo saper programmare il futuro con lungimiranza e realismo, anche se tutti siamo persuasi che Dio ha predisposto sull'Ordine e sui suoi membri il Suo piano. Il recente Documento dal titolo «L'ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000», nasce da un profondo stato di incertezza circa il futuro delle nostre opere e, soprattutto, del

nostro ruolo nel mondo ospedaliero. In definitiva, circa il futuro del nostro Ordine stesso. Particolarmente qui in occidente, abbiamo avvertito un senso di malessere, di frustrazione, di inutilità: ci siamo ritrovati invecchiati e spaventati per non saper indicare la strada alle giovani generazioni.

In dettaglio, il nostro programma si può enunciare così:

a) Abbandonare l'idea che basti svolgere compiti prevalentemente operativi di un tempo, per arricchire la nostra vita interiore, coltivare le nostre capacità di amore, incarnare il ruolo di testimoni pronti ad accogliere l'appello che l'umanità ci rivolge. Dobbiamo avere sempre presente che siamo diventati religiosi non per dirigere, non per starcene tranquilli nella stanza dei bottoni, ma per testimoniare un autentico, totale interesse per il bisognoso.

b) Orientare la nostra attività, più che alla funzione di guida tecnica, a quella di guida morale nelle nostre opere. Impresa non facile per nessuno di noi.

c) Assumere coraggiosamente il ruolo, ancora troppo trascurato nella nostra vita, di coscienza critica nel mondo della salute. Un ruolo che ci lega alla precisa esigenza di modificare, nei contenuti e nei metodi, la nostra stessa formazione di base, per poter educare alla critica serena e costruttiva, all'analisi lucida e, se del caso, impietosa, allo studio e alla ricerca.

d) Evitare di lasciarci trascinare dagli eventi, dagli «andazzi» della moda, dai tranquilli binari delle consuetudini consolidate, per essere anticipatori, utopisti (ma preferirei dire profeti), nel mondo della sanità. Dobbiamo saper individuare fin d'ora – per poter poi degnamente accogliere – i bisognosi in quest'ultimo scorcio di secolo e agli inizi del Duemila. Anche tale compito è stato lasciato troppo spesso agli altri; anche noi eravamo nella condizione migliore per andare incontro tempestivamente a quella parte di umanità che di volta in volta è «scartata», emarginata dalla scienza medica e dalla stessa società. Mi riferisco in particolare a ciò che oggi accade agli anziani, ai morenti, agli psicotici cronici, ai tossicodipendenti, agli handicappati, ai colpiti da AIDS, che sono i lebbrosi del nostro tempo...

e) Impegnarsi attivamente e in modo più organico, nella ricerca e nello studio della realtà che ci circonda, dell'uomo, della società.

È condizione «sine qua non» per raggiungere gli obiettivi che ci siamo prefissi. Dobbiamo cioè trasformarci anche in ricercatori, vincendo la tentazione di abbandonare la vecchia Europa perchè è più faticoso rintracciarvi il povero, il bisognoso; in realtà, ci troviamo a fronteggiare povertà che non toccano tanto l'aver, quanto l'essere, e perciò sono ben più gravi e difficilmente soccorribili: basti pensare alla solitudine, all'abbandono, alla mancanza di affetto.

E aiutare questi nuovi malati, significa anche prenderli per mano, orientarli nei momenti di buio, di disperazione.

L'arte del vivere da uomo non s'impara facilmente in una società che propone modelli non a misura d'uomo, scale di valori perverse in cui la visione cristiana è ormai assente e che sono alla base di tanti fallimenti, di tante sofferenze fisiche e morali.

È nostro compito aiutare il malato a dare un senso realistico alla proprio esistenza, al proprio dolore, prendendo coscienza dei limiti legati alla condizione umana. Ma proprio ciò impone di approfondire l'analisi dei bisogni nuovi e nascosti.

Come si vede, l'utopia-profezia che coltiviamo ci spinge a ridurre gli ambiti di attività a ciò che tocca più da vicino il nostro carisma, e contemporaneamente a passare la mano – per certi ruoli ai laici, ruoli che oggi sono in grado di assolvere molto meglio di noi. Da qualche parte dell'Ordine si è creduto di leggere, in alcuni passi del citato Documento, un aperto invito a lasciare le nostre opere per orientarci alla ricerca dei nuovi bisognosi.

Questo non era certamente nella mente degli autori del Documento.

Consideriamo sempre le nostre opere, (almeno fin quando il Magistero della Chiesa non si pronuncerà chiaramente in materia), un mezzo privilegiato per realizzare il nostro carisma.

Si tratta di rivedere i nostri ruoli, le dinamiche gestionali, ma soprattutto di rivedere la dimensione e la testimonianza della nostra presenza in opere che la tecnologia, la scienza, l'econo-

mia, la socializzazione dell'assistenza hanno completamente evoluto e rivoluzionato. Si tratta anche di scoprire energie nuove per saper leggere, comprendere, amare e confortare le nuove necessità dell'uomo malato.

Si tratta, laddove è possibile, di scoprire nuove forme per proiettarci anche fuori dalle nostre opere, per ricercare i nuovi bisognosi, i nuovi emarginati, specie quelli che l'evoluzione clinico-sociale della malattia e dell'assistenza, sta generando con forza emarginante ed impressionante e sul cui sfondo si vedono emergere tragicamente leggi di nuovi tipi di eutanasia attiva, di disperazione e di morte.

Sulla strada impegnativa che abbiamo intrapreso, non ci sentiamo soli.

Ci accompagna innanzitutto l'esempio del Fondatore, e ci fanno compagnia tanti altri compagni di viaggio diretti verso il nostro stesso traguardo.

Chiunque si trovi ad operare da religioso e da cristiano in questo campo non può camminare da solo, non può non essere in sintonia con quanto abbiamo detto prima.

Camilliani e Fatebenefratelli hanno poi in comune, oltre all'essenza del carisma ospedaliero, più di una peculiarità storica.

Giovanni di Dio e Camillo de Lellis cominciano la propria vita adulta all'insegna dell'avventura, senza un preciso progetto; entrambi sembrano avviati al fallimento. Entrambi per qualche tempo soldati; entrambi per qualche tempo manovali, conoscono da vicino le conseguenze della violenza e delle disuguaglianze sociali, e rovesci materiali psicologici che sono alla base di tante angosce umane.

Entrambi, provvidenzialmente, vengono «toccati» da Dio in maniera violenta e si convertono, trovando proprio tra i sofferenti la strada della sanità.

I loro due Ordini si impegnano con un quarto voto all'Ospitalità, cioè al servizio totale del malato: «servire tutti gli infermi con ogni perfezione e con ogni carità», dice Camillo; e gli fa eco Giovanni con quell'affermazione teologicamente paradossale, ma quanto mai efficace: «Abbiate sempre carità, perché dove non c'è carità non c'è Dio, anche se Dio è in ogni luogo».

Unico lo stile di questo servizio: «Ognuno riguardi al povero come alla persona del Signore» dice Camillo; «Perdere il sonno nella cura dei poveri» replica Giovanni; «...usando ogni diligenza possibile con mansuetudine e carità, confortandolo (il povero), dandogli tutte le cose gli farà bisogno con carità e piacevolezza», così Camillo, mentre Giovanni arriva a chiamare il suo ospedale «La casa di Dio».

E mi piace qui ricordare un passo di Pio XI sul nostro Fondatore, scritto in occasione del IV Centenario della Fondazione dell'Ordine: «Con l'occhio acuto della sua fede, egli penetrò fino in fondo al mistero che si nasconde negli infermi, nei deboli e negli afflitti; e consolandoli di giorno e di notte, con la presenza, con le parole, con i medicinali, era convinto di prestare quei pietosi uffici alle membra dolenti del Redentore».

Al di là dei modelli offerti dai loro tempi, questi due Santi seppero trovare risposte originali, coerenti e innovative, insegnandoci in che modo dobbiamo operare.

Concludo con alcune brevi osservazioni riassuntive: la nostra presenza di Fatebenefratelli deve poggiare sulla duplice conversione all'uomo nella sua interezza e al suo tempo, nel rispetto del nostro carisma che ci ha spinti più volte nei secoli, a mutare le modalità della nostra presenza per mantenerci fedeli al Fondatore.

Abbiamo indicato l'itinerario da percorrere per umanizzare il rapporto terapeutico e andare incontro con freschezza, genialità e generosità all'uomo sofferente di oggi e di domani.

Si tratta di aggiornare la nostra vita di religiosi senza intaccare l'alleanza con Dio, con la Chiesa, con il Fondatore e con il malato.

Tutto ciò richiede capacità, inventiva, ma soprattutto sforzo appassionato per pensare a scrivere utopie.

L'utopia del coraggio, innanzitutto, che contraddistingue chi si ispira al Vangelo e a Cristo: un nostro slogan suona così «Ospitalità 2000: non avere paura di avere coraggio!», e poi l'utopia dell'amore, della vita interiore, della trasformazione permanente dei nostri atti per finalizzarli alla mente di un religioso ospedaliero.



Abbiamo davanti uno spazio immenso, un incredibile serie di opportunità da sfruttare. Dobbiamo quindi impegnarci a fondo, scrollarci di dosso le incrostazioni delle abitudini antiche, che ci impacciano e ci mortificano, offuscando la nostra immagine agli occhi della gente, facendoci perdere i contatti con lo spirito e con il tempo assegnatoci.

La sfida, decisiva per il futuro nostro e delle nostre istituzioni, si vince in posizioni di avanguardia, proiettati nel futuro, fedeli al Vangelo, che è il libro del futuro perché è eterno.

Dobbiamo creare intorno a questo momento storico una vera mobilitazione, se non vogliamo essere scavalcati dalla storia.

Ci aiutino e ci guidino in questo, i nostri due gloriosi e Santi Fondatori.

II.

L'UMANIZZAZIONE  
DELLA SANITÀ:  
UNA SFIDA COMPLESSA  
IN UN SISTEMA  
CHE CAMBIA

(1987-1992)

*a cura di Fra M. Fabello*

## *Introduzione*

*Mi immaginavo che il compito di tratteggiare i cinque anni di storia, ormai, della sfida lanciata da Fra Pierluigi Marchesi fin dall'inizio degli anni 1980, in quell'arco di tempo che va dal 1987 al 1992 sarebbe stato più semplice.*

*Ciò non è stato in quanto quegli anni rappresentano una chiave di volta nella vita religiosa e dell'Ospitalità di un significativo seguace di San Giovanni di Dio.*

*È un periodo storico particolare che vede Fra Pierluigi Marchesi terminare il suo servizio come Superiore Generale dell'Ordine e rientrare nella sua Provincia Religiosa prima come Superiore di San Maurizio Canavese, vicino a Torino, poi a Milano come Superiore e responsabile dell'ospedale San Giuseppe e, infine, come responsabile del Centro Studi della Provincia Lombardo-Veneta.*

*Certamente non sono anni facili soprattutto se mettiamo a confronto il suo pensiero teorico e ideale con la necessità pratica di doverlo concretizzare nella realtà di un ospedale o di un centro assistenziale.*

*E qui cresce il suo tormento perché è cosciente della bontà di quanto come Superiore Generale aveva ipotizzato per la rinascita ideale del suo Ordine, ma allo stesso tempo non può non rendersi conto della difficoltà reale di "impiantare" i valori dell'Umanizzazione nel vissuto quotidiano di una realtà sanitaria.*

*Ed è, forse per questo che si butta a capo fitto nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori sanitari negli ospedali in cui viene a trovarsi. E "dalle giornate di sensibilizzazione e di confronto dell'anno 1992-93" scrive: "Vivere la*

*professione sanitaria, a qualsiasi livello, senza sentire il fascino del mistero, quale è il dolore e la speranza del guarire, significa farsi prigionieri della tecnologia e soprattutto, significa spegnere inconsapevolmente il proprio cuore. Quando il cuore tace non limita i suoi silenzi nelle ore di lavoro: si fa muto e spegne la capacità di amare che è dono più grande del vivere di ogni creatura. Antidoto al silenzio del cuore, sono convinto, è la formazione permanente”.*

## I Cambiamenti intervenuti dal 1981

*Dai tempi dell’“Umanizzazione” a questi ultimi cinque anni la realtà della sanità si era radicalmente modificata rispetto all’inizio degli anni 1980 perché tutto il clima politico, sociale ed economico era mutato, ma non furono molti coloro che segnarono questo cambiamento con l’originalità del pensiero, con la spinta ideale forte, con la sofferta ricerca personale all’interno dell’uomo stesso, e di quest’uomo malato, alla ricerca di risposte mai certe, mai acquisite ma con l’interrogativo sempre presente di un mondo che correva troppo in fretta con il rischio che la Chiesa, ma soprattutto il suo Ordine, i suoi religiosi e i collaboratori, non tenessero il giusto ritmo per arrivare in tempo ad aiutare e a sostenere in maniera adeguata e preparata l’uomo del nostro tempo sofferente e malato.*

*E anche se aveva tentato con il già citato “Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000”, di riattualizzare il documento sull’umanizzazione, ciononostante si rendeva conto che ben più profondo era il divario che si era creato tra le affermazioni di principio e la realtà del mondo dei malati e degli operatori sanitari.*

*Ho conosciuto bene fra Pierluigi Marchesi e mi è rimasto impresso il suo infervorarsi, il suo lasciarsi prendere dal discorso quando questo si posava sull’uomo malato, sull’ospedale incapace di accogliere l’uomo e forse, solo in grado di accogliere la malattia.*

*Era già malato, già sotto chemioterapia, quando ad un convegno sul consenso informato ebbe a dire: “Oggi stiamo assistendo all’ultimo passaggio del medico che va dall’introduzione dei DRG, ai tagli sui costi, alla managerialità in sanità; non si cura più l’uomo, ma si cura la sua patologia. A me i medici chiedono: “Come sta il suo polmone?”. E magari ho una prostata che mi fa diventar matto, ma nessuno mi chiede niente. E mi domandano ancora: “Come sta il suo polmone?”, perché l’oncologo deve vincere la sua guerra contro quel mostro”. È la malattia che conta, e l’uomo?*

## Evoluzione del pensiero

*Un altro aspetto molto importante di Fra Pierluigi Marchesi può essere ritrovato anche nella evoluzione del suo pensiero. Infatti se “Umanizzazione” era un concentrato a 360 gradi e “Ospitalità verso il 2000” il tentativo di portare questo concentrato al passo coi tempi, il Marchesi di questi anni immediatamente successivi al suo generalato comincia a prendere per così dire per mano situazioni, persone, attività per il loro precipuo significato e per la loro significativa presenza accanto al malato.*

*E diventa allora interessante il discorso alle “donne consacrate nel mondo della sanità. “Il ministero della donna non è nelle funzioni, è nella sua natura...”; “se la caratteristica dell’uomo è agire, quella della donna è essere: è la categoria religiosa per eccellenza”.*

*Un altro aspetto di rilevante significato che lo coinvolge è “l’attività promozionale per le vocazioni a servizio dell’infermo e operatori sanitari”. Perché c’è crisi di vocazioni al servizio della sofferenza? La risposta di Marchesi è chiara: “Pretendere di suscitare vocazioni senza aver chiarito il quadro reale dell’azione pastorale in sanità, significa votarsi al fallimento. Sarebbe giusto chiedersi se certe crisi di vocazione, oltre che dalla cecità spirituale, non siano provocate dall’incapacità di osservare la reale condizione umana che siamo chiamati a curare”.*

*Ma soprattutto: "Dobbiamo avere il coraggio di non porre più al centro delle attività l'economia, la gestione dei singoli istituti religiosi o la "sopravvivenza" delle singole famiglie religiose, ma finalmente i bisogni nuovi e diversi dei nostri fratelli malati".*

*Un anno dopo, nel 1991, fra Pierluigi Marchesi ha l'occasione di ritornare in forma organica a parlare della collaborazione con i laici in un libretto dal titolo: "Religiosi e laici in collaborazione per un cristianesimo adulto". Un solo passo è sufficiente a darci una idea del suo pensiero: "Il progetto di un'alleanza tra religiosi e laici si deve attuare su un piano di eguaglianza dinanzi a Dio e dinanzi ai bisogni umani. In questa alleanza i laici portano il contributo della loro azione insostituibile e noi ci proponiamo come testimoni e guide di animazione morale".*

*È, invece, del 1992 un intervento significativo a Lavarone ad un Convegno dal titolo: "La sanità italiana tra centralismo e regionalizzazione". Dovendo parlare di "Efficienza e pietas nell'aiuto al bisogno: il valore delle tecniche e la politica dei valori", Fra Pierluigi riprende gran parte dei temi già presenti in "Umanizzazione" di molti anni prima, quasi a ricordare come il tempo sembri passato invano. È qui che fra Pierluigi si inoltra nei pericolosi meandri della politica cercando di offrire una lettura etica.*

*"La politica non costituisce l'origine e la sorgente dei valori, come lo Stato non è la suprema autorità morale. Per limitarci alla politica sanitaria mi pare che sia da rinvenire un significato più ampio della politica non riducibile alla semplice gestione del budget ed all'analisi costi-benefici. In altri termini io propongo alla nostra riflessione un necessario ritorno all'etica politica".*

*E da questo momento in poi egli userà il martello della sua parola per portare il ragionamento etico in ogni suo intervento, quasi a confermare, una volta ancora se ce ne fosse bisogno, che il nostro tempo ha perso di vista la strada maestra e deve, piano piano, ritrovare il sentiero che riporti l'uomo al rispetto di se stesso, soprattutto se malato e nel bisogno.*

## Omaggio a Fra Mose' Bonardi

*L'ultimo documento del 1992 di Fra Pierluigi Marchesi è un omaggio al suo lontano maestro Fra Mosè Bonardi di cui fu Segretario personale nei sei anni in cui il Bonardi fu Priore Generale dell'Ordine dal 1953 al 1959. Non può mancare in questa rievocazione storica che parte dall' "Umanizzazione" un pensiero riconoscente a Fra Mosè Bonardi, suo grande maestro nell'Ospitalità. E commentando in un epistolario di Fra Mosè il capitolo dell' "Ospitalità come missione di carità", scrive:*

*"Nel nostro tempo e ancor più nel futuro, i nostri compiti saranno sottoposti a verifiche e a mutamenti anche radicali. Ma resterà l'essenza del carisma. Il compito più congeniale a noi e più gratificante è quello di stare vicino al malato e di assisterlo con una vigilanza intensa e diretta. Ciò va ancora oggi assicurato al malato, nello spirito del nostro Fondatore"... "Star vicino al malato di oggi richiede comportamenti tecnici, morali, umani, sociali, religiosi che nessuno di noi può svolgere da solo. Ciò implica una nostra crescita, vorrei dire una dilatazione, nel nostro modo di vivere, di operare, di servire il mondo... Questo stesso uomo ci costringe a delegare compiti, a lavorare in gruppo, a studiare, ad approfondire, a uscire dalla routine, dai nostri schemi mentali..."*

## Conclusione

*Ecco mi pare opportuno concludere qui questa semplice presentazione di questo secondo capitolo degli scritti di Fra Pierluigi Marchesi con l'auspicio che la sua profezia che non è riuscito a vedere concretizzata mentre era con noi, possa dal cielo aiutarci a concretizzarla ora, in un mondo che mentre sembra volerci respingere, indirettamente ci cerca perché sembra aver perso il senso della vita e della storia.*

Fra Marco Fabello

## II, 1. OSPITALITÀ. IMPEGNO CON L'UOMO\*

### Presentazione

Conoscevo da sempre Fra Pierluigi Marchesi (al secolo Valentino), ma l'occasione di vivere accanto a lui l'ultimo anno della sua vita è stata semplice e straordinaria, ho conosciuto l'uomo che anche nella sofferenza sa chiedere perdono e sa dare il meglio di se stesso. Ringrazio il cielo d'avermi dato questa opportunità! L'espressione dei nostri sentimenti è spesso limitata dal rispetto che come uomini portiamo e che come responsabili istituzionali ci ritroviamo ad assumere. Di fronte alla scomparsa di Fra Pierluigi è giusto eliminare certe barriere: tante volte ha detto a noi suoi confratelli e lo ha gridato in ogni occasione: "più cuore in quelle mani...".

Così nasce il desiderio di dirgli l'affetto che forse non abbiamo saputo dimostrargli in vita, facendo tesoro dei suoi insegnamenti, quasi in risposta al suo ultimo scritto dedicato proprio ai confratelli, in un'attestazione di stima e, non sembri eccessivo dire, di amore. Tanti lo chiamavano e continuano a chiamarlo Padre Marchesi, non solo per rispetto e in ricordo del suo ruolo di Generale dell'Ordine, ma anche di affetto per la sua carica paterna: quando prendeva a cuore una situazione si spendeva al massimo per risolverla. Nei tanti anni di servizio all'Ordine, alla Chiesa e più propriamente all'uomo Padre Marchesi amava scrivere tanto e il suo archivio si presenta come una miniera della sua storia, della storia dell'Ordine e per molti aspetti della Chiesa del secolo scorso e della società, senz'altro negli aspetti socio-sanitari. Di questa ricchezza vorremmo che niente andasse perduto e che anzi venisse recuperata quel-

---

\* Roma, 1988



la parte del suo messaggio che nell'attualità può essere ancora concretizzata.

Nasce così questa prima opera, semplice e di grande impatto allo stesso tempo. È una perla finora rimasta nascosta perché il testo era diffuso solo all'interno dell'Ordine. Quando il Prof. Gianni Cervellera, che sta curando la sistemazione dell'archivio di Fra Pierluigi, mi ha proposto questo come primo testo, ho accettato volentieri e mi è sembrato doveroso dare inizio alla pubblicazione postuma dei suoi scritti con questo documento. Qualcuno dice che la vita di un uomo si capisce a partire dal momento cruciale della sua esistenza. Se questo è vero, per Fra Pierluigi il momento che sembra spiegare i suoi anni è il periodo del Generalato: tutta la sua storia precedente sembra una preparazione a quegli anni e successivamente si vede il tempo dell'incarnazione dei messaggi lanciati a tutto l'Ordine. L'Ordine non sarebbe così vitale oggi se non ci fosse stata la sua presenza. Fece propri i principi del Concilio Vaticano II e invitò con forza i Fatebenefratelli a seguire la via che lo Spirito indicava alla Chiesa. Fu così che quando nel 1976 fu eletto Priore Generale convocò subito i Provinciali e dette vita a commissioni per l'elaborazione di documenti rivoluzionari. Dal lungo lavoro fatto insieme nacque il famoso documento sull'Umanizzazione. Eletto per un secondo mandato alla massima carica dell'Ordine fece pubblicare il documento: *Ospitalità verso il 2000*. Nel 1988 si presentò al Capitolo Generale con un dossier di molti documenti fra cui emergeva quello col titolo: "Impegno con l'uomo". L'Ordine fece tesoro di quelle idee ma maturò la decisione che era tempo di crescere in altro modo, senza la guida di Padre Marchesi, che ritornò nella sua amata Provincia Lombardo-Veneta. Questo testo rappresenta la degna conclusione di una trilogia iniziata con i due documenti sopra citati (*Umanizzazione e Ospitalità 2000*): insieme ci danno l'idea di un programma completo. Il documento "Impegno con l'uomo" è frutto del lavoro di una ristretta commissione internazionale che sotto la guida di Padre Marchesi maturò la convinzione che i Fatebenefratelli dovessero dare vita ad un ampio programma di prevenzione all'esterno ed operare

una rivoluzione dell'organizzazione e della formazione interna all'Ordine. La conclusione del testo sembra non definita, quasi abbozzata, e come per tanti grandi artisti è un po' la sua "incompiuta" che lascia spazio all'errore di operare conclusioni personali. L'augurio è che dopo questa prima pubblicazione tante altre possano vedere la luce con la testimonianza di chi lo ha conosciuto e di chi *mosso* dalla volontà, crede che le sue idee siano attuali e degne di essere ripresentate e ridiscusse.

Fra Sergio Schiavon  
*Superiore Provinciale*

*Nota alla pubblicazione postuma dell'anno 2002*

Il documento che presentiamo con l'intestazione di Pierluigi Marchesi è in effetti il risultato di una ristretta commissione internazionale che nel 1988, sotto la guida del Padre Generale, elaborò il testo.

Il documento viene pubblicato senza revisione stilistica, solo con leggerissime variazioni di struttura e composizione. Alcune parti risentono dell'evidente traduzione da testi nati in altra lingua e il tutto risulta composito proprio per il fatto che fu scritto a più mani e non ebbe una redazione finale. L'ultimo capitolo appare addirittura troppo schematico. Non sono state modificate neppure le frasi che descrivono la situazione dell'Ordine, della Chiesa e del Mondo come si presentava nel 1988, anche se sappiamo che molte vicende hanno cambiato il volto di queste realtà. Non si è voluto però avviare una nuova redazione del testo soprattutto per non togliere la genuinità del contenuto che appare, ne siamo convinti, limpido in tutta la sua forza e la sua attualità.

## INTRODUZIONE

1. Animato dal dono dell'ospitalità, l'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, attraverso il LXII Capitolo Generale, si impegna in un processo di rinnovamento. Alle soglie del secolo XXI, questo impegno porta noi Fatebenefratelli a vivere in fedeltà il nostro carisma, sviluppandolo nella Chiesa, sia attraverso l'apertura allo Spirito che alle necessità degli uomini che soffrono (cfr. Cost. 6). L'apertura allo Spirito ci incoraggia ad accogliere la persona nella sua integrità, ma per mantenere questa apertura integrale all'uomo dobbiamo perseguire la nostra continua trasformazione interiore (Ospitalità 2000, art. 37).

2. L'Ordine, nel processo di rinnovamento, iniziato apertamente più di una decina di anni fa, continua a chiedersi chi è e dove va. Non c'è niente che richieda tanta fedeltà come un mutamento vivo. Dobbiamo cercare di dare una motivazione della nostra Ospitalità a noi e agli uomini con cui viviamo. Dobbiamo far sì che tanti bisognosi e tante nuove necessità e iniziative che hanno avuto origine tra di noi e nella società, soprattutto nel campo sanitario e del benessere sociale, e che non si sono ancora esaurite, vengano chiarificate globalmente, dando così un significato all'Ospitalità per il 2000.

3. Certamente, in definitiva, verranno date altrettante risposte concrete per quante sono le forme di presenza nelle Nazioni. Tuttavia, per ogni realtà, sono necessarie delle direttive generali, per non rischiare di perdere l'unità nell'universalità. Esporsi nell'ambito di questo Capitolo Generale a tali interrogativi

“radicali”, fa parte della ricerca e dei contrasti della situazione pastorale in cui si trova oggi il nostro Ordine, e di una testimonianza dell’Ospitalità. Solo se i religiosi e i laici del nostro Ordine Ospedaliero terranno presenti queste circostanze, sempre e continuamente rinnovate, eviteranno di suscitare l’impressione di dare risposte palliative.

4. Dobbiamo trasmettere il nostro carisma che sembra essere soprattutto l’oggetto della sfida e del tacito rinascere della nuova cultura, delle nuove scienze mediche e sociali, di un nuovo spirito. Rinnovarci nell’Ospitalità e trarre da essa la dimostrazione della forza spirituale per il nostro tempo: questo è l’obiettivo sotteso a tutte le riflessioni e le linee di azione proposte in questo documento. Analizziamo quindi la nostra vita nell’ottica dell’Ospitalità, comunichiamo l’energia consolatrice e provocatrice della nostra Ospitalità: di fronte a noi stessi, di fronte a tutti e per tutti coloro che vivono con noi l’Ordine, ma soprattutto per quei bisognosi, che non hanno salute né benessere, per gli ammalati e gli emarginati di oggi e di domani, centro della nostra vocazione e dedizione.

5. Ora, la società in cui viviamo si considera sempre di più come una società di necessità, come una rete di offerta e di domanda, un sistema di consumo. Ma lì dove gli interessi sanitari e sociali sono caratterizzati in maniera esclusiva da questa struttura di necessità, il nostro carisma ha un significato più trascendente, poiché nell’ospitalità si plasma un anelito che supera tutte le necessità.

6. Il messaggio dell’Ospitalità si oppone ad un’immagine dell’uomo vuota di significato, un uomo che ha solo necessità, un uomo senza aspirazioni integrali, senza capacità di soffrire e pertanto senza capacità di lasciarsi consolare, aiutare e curare. Per questo il nome di Dio-Padre non è un coperchio o un palliativo per la realtà sanitaria e sociale, a volte dolorosamente lacerata. L’Ospitalità che incarniamo è precisamente quella che ci fa soffrire continuamente per la tensione cristiana che suscita

l'ideale della nostra vocazione e le realtà del dolore e dell'emarginazione che esistono e che purtroppo esisteranno. È questa tensione che suscita in noi, in modo rinnovato, la fame di liberazione, la sete di salute per tutti, per gli ammalati e gli emarginati di oggi e di domani. E ci impedisce di sentirci felici per quello che siamo e facciamo senza cercare nuove strade.

7. Noi Fatebenefratelli in virtù della nostra consacrazione seguiamo l'esempio e la vita di Gesù, il suo anelito per l'amore verso gli uomini, il suo modo generoso di condividere i destini altrui, liberando e sanando dall'angoscia e dalla malattia, denunciando allo stesso tempo i pregiudizi di una società sprezzante, l'indifferenza e la durezza di cuore di fronte alle sofferenze dei poveri e degli oppressi.

Leggendo il Vangelo della misericordia ricaviamo importanti stimoli e direttive per vivere l'Ospitalità.

La Storia della misericordia, nella quale Gesù si rende presente come Figlio del Dio vivo, non è una storia di successi ininterrotti secondo i criteri umani, non è una storia trionfale, è piuttosto una storia di sofferenza, e solo in essa e attraverso essa possiamo parlare della fortuna, dell'allegria, della felicità e della pace, che il Figlio di Dio ci ha promesso nel suo messaggio sul Padre e il suo Regno.

**8.1.** Certamente, la ragione di questa storia di salvezza sembra oscurarsi per l'uomo della nostra società del benessere. La nostra società non sta cadendo sempre di più nell'alienazione di una "in intelligenza" integrale dell'uomo, in una mancanza di solidarietà con i poveri e gli "inutili" di questo mondo, in una profonda insensibilità di fronte ai malati e agli emarginati? Sedotti dall'illusione di una società senza afflizione, libera dal tabù del dolore e della morte, ci si trova sempre a fuggire dalla realtà della sofferenza.

**8.2.** Non si tratta, da parte nostra, di reagire Contro la negazione della sofferenza con un culto astratto di essa, ma diventando capaci di soffrire, per soffrire con gli altri e avvicini-

narci così al mistero della sofferenza di Gesù, al suo atteggiamento redentivo e vittorioso sul dolore e sulla morte.

Senza questa capacità di soffrire con coloro che soffrono, si potranno ottenere progressi tecnici e scientifici ma non si raggiungerà la vera guarigione, la libertà e la realizzazione personale. Le scienze mediche, umane e sociali sono importanti per la nostra presenza nel mondo attuale, ma il considerarle l'unico mezzo, nel culto eccessivo della tecnica, fa dimenticare la radice profonda dell'essere dell'uomo.

**8.3.** Certamente, il messaggio di Gesù, e anche quello di Giovanni di Dio, si rivolge sempre e immediatamente verso noi stessi, che guardiamo alla Croce pieni di speranza. È un messaggio che non ci permette di dimenticare la sua storia di passione, ma nemmeno la storia della sofferenza anonima del mondo; non ci permette di ignorare, oltre alla sua croce, le molte croci esistenti nella società, né ci permette di nascondere, accanto alla sua passione, i molti tormenti, le innumerevoli vite interrotte, le sofferenze soffocate silenziosamente, i malati afflitti, gli handicappati fisici e psichici, l'uomo emarginato e solo. È anche un messaggio basato sulla sua resurrezione, sulla sua vittoria sul dolore e sulla morte che ci fa annunciare la Buona Novella curando gli ammalati, eliminando tutto il male e liberando gli oppressi e gli emarginati.

**9.** Oggi, di fronte alla responsabilità e alla fedeltà del dono dell'Ospitalità, non ci preoccupano soltanto i malati e i bisognosi che curiamo, ma anche coloro che i segni dei tempi ci stanno presentando come nuovi poveri ed emarginati, così come gli impegni e le sfide che ci propongono per attenuare il dolore, la sofferenza e le differenze sociali.

Con questi atteggiamenti cercheremo di illuminare le situazioni di dolore, cooperando alla salvezza dell'uomo e del mondo diventando testimoni:

- con la nostra presenza e vicinanza,
- rispettando e facendo valere sempre i diritti della persona,
- fissando i mezzi necessari per un'assistenza integrale,

- collocando la persona malata e bisognosa al centro dell'interesse del nostro apostolato ospedaliero,
- annunciando il Vangelo esplicitamente,
- lasciandoci evangelizzare dai più poveri tra i poveri<sup>1</sup>

**10.** Gesù si manifesta a noi proprio attraverso questa realtà “profana” degli ospedali, dei centri assistenziali e per gli emarginati, ed esamina la nostra ospitalità: “Si riunirono intorno a lui e cominciarono a chiedergli: “Signore quando ti vedemmo infermo?.. In verità vi dico, ogni volta che voi avete fatto queste cose ad uno dei più piccoli di questi miei fratelli, l’avete fatto a me” (cfr. Mt 25).

La nostra consacrazione ospedaliera implica l'accettazione di essere stati inviati al mondo come testimoni di amore misericordioso del Padre (Cost. 8) e per servire Dio nell'uomo che soffre (Cost. 1 d) per amare secondo lo stile di Gesù tutti coloro che soffrono e per manifestare con la nostra vita “l'amore speciale del Padre verso i più deboli” (Cost. 2d).

Il mandato di Cristo è curare gli infermi (Cfr. Cost. 21 0) e perciò ci consacrriamo nell'ospitalità. Ma Cristo agisce nella storia, la Chiesa continua a farlo e l'Ordine Ospedaliero non può smettere di costruire la storia e la storia della salvezza e della Salute. Oggi il campo aperto per ostacolare la malattia e promuovere la salute è la prevenzione (Conf. Alma-Ata)<sup>2</sup>. È questo il nostro grande impegno come diffusori del messaggio di salvezza. Non saremmo fedeli a Cristo se ci preoccupassimo soltanto di assistere coloro che sono malati e soffrono in questo momento e non facessimo nostra la meta e gli obiettivi del mondo della salute: evitare la malattia e il dolore per quanto possibile.

La nostra funzione di anticipatori<sup>3</sup> è una sfida per adempiere al dovere ospedaliero. “La nostra fede e la nostra coscienza

<sup>1</sup> P.O.E. 37

<sup>2</sup> Conferenza Internazionale dell'OMS 1978

<sup>3</sup> MARCHESI. Ospitalità 2000, pag. 82-86

di religiosi devono spingerci ad intervenire in tutte quelle situazioni in cui, a causa di pigrizie, abitudini, incultura e scarsi collegamenti, la salute e la salvezza del malato, (e quindi anche nostra) sono in pericolo<sup>4</sup>.

**11.** Il presente documento raccoglie le inquietudini e le risposte relative all'Ospitalità. La prima parte fa un'analisi prospettica della prevenzione sanitaria, delle nuove necessità che si sono manifestate negli assistiti delle nostre opere e nei nuovi bisognosi. Analisi che contempla l'evoluzione storica, la realtà dell'Ordine e del mondo, il nostro ideale e le risposte adeguate alla prevenzione, alle necessità e ai nuovi bisognosi. La seconda parte cerca di addentrarsi nella struttura dell'Ordine, partendo da tre prospettive importanti, presenti e future: lo stile e il ruolo della Comunità religiosa, il significato del laicato nel carisma di san Giovanni di Dio e la formazione per l'Ospitalità dei Confratelli. Allo stesso tempo questa seconda parte, nei distinti paragrafi, analizza il processo storico, la realtà, l'ideale e le linee di azione.

Questo documento del LXII Capitolo Generale può apportare poco alla Chiesa e al mondo di oggi se il nostro cambiamento è soltanto di struttura o di azione. Se non siamo capaci di convertire il nostro cuore, le inquietudini e gli interrogativi che ci troviamo ad affrontare si riproporranno continuamente e resteranno senza soluzione.

L'autentico cambiamento si realizzerà se saremo in grado di assumere e vivere gli atteggiamenti e i gesti di Gesù e di Giovanni di Dio, che si incarnano nel mondo dei malati e degli emarginati e offrono loro rimedi efficaci per la loro liberazione integrale.

---

<sup>4</sup> MARCHESI. Ospitalità 2000, pag. 104



## 1. PREVENZIONE SANITARIA

### *1. Influenza dell'Ordine Ospedaliero sulla promozione della salute, nel corso della storia.*

1.1. L'Ospitalità è nata dalla ricerca dei bisognosi<sup>1</sup>. Così la intuì Giovanni di Dio e i suoi seguaci continuano a svolgere questo compito, poiché si sentono “depositari e responsabili del dono dell'ospitalità, che costituisce l'identità del nostro Ordine. Questo ci impegna a vivere fedelmente il nostro carisma, e a custodirlo, approfondirlo e svilupparlo costantemente nella Chiesa. La nostra apertura allo Spirito, ai segni dei tempi e alle necessità degli uomini, ci indicheranno come dobbiamo realizzarlo e incarnarlo in ogni momento e situazione” (Cost. 6°).

Con nomi diversi le malattie che venivano curate fra il XV e il XVIII secolo, sono per la maggior parte le stesse esistenti nei secoli precedenti. I mutamenti introdotti dal moderno stile di vita hanno dato luogo a nuove malattie, aumentando la diffusione di alcune di esse e cambiando la sintomatologia di altre.

Sensibile a queste realtà, l'Ordine Ospedaliero, ha stabilito, fin dalle sue origini, mediante la Costituzione e i Fratelli Generali e Provinciali, norme concrete per la costruzione degli Ospedali, per la cura dei convalescenti e per il miglioramento della salute comunitaria.

1.2. Il progresso delle scienze sanitarie è costante, grazie alle strutture ospedaliere e alle istituzioni extraospedaliere. Ba-

---

<sup>1</sup> Cfr. MARCHESI P., L'Ospitalità verso l'anno 2000, n° 99.

sterà ricordare le strategie attuate nella evangelizzazione dell'America con la fondazione dei cosiddetti "ospedali dottrina", modello di assistenza sanitaria primaria tra gli indigeni del nuovo mondo, dove molti ospedalieri si sono resi famosi per la ricerca e l'attuazione nel campo della prevenzione delle malattie e della promozione della salute.

La Cura dei bambini è stata ed è un'altra costante dell'ordine Ospedaliero cui si deve la costruzione del primo ospedale infantile<sup>2</sup>. La talassoterapia e l'elioterapia si dimostrarono due forme di prevenzione e cura tanto importanti da ridurre in larga misura il ricorso alla medicina. La specializzazione è nata negli ospedali infantili e nei centri per minorati fisici e psichici.

Gli ospedali psichiatrici sono stati centri di studio e di sperimentazione per psichiatri di fama.

1.3. I segni di questo stile hanno aperto la strada in molti paesi all'azione preventiva dell'Ordine Ospedaliero. La geografia mondiale è punteggiata da una miriade di religiosi morti nella lotta per l'estirpazione delle epidemie, dei contagi e delle guerre.

Le scuole professionali sanitarie sono state promosse dall'Ordine Ospedaliero fin dal 1620<sup>3</sup> e hanno collaborato allo sviluppo di una migliore assistenza e di una migliore formazione degli operatori sanitari.

"In passato può essere stato urgente e meritorio costruire ospedali cristiani. Oggi la Chiesa indica come prioritario l'impegno a formare gli operatori perché siano, con scienza e coscienza, all'altezza della nuova cultura della salute che bisogna creare<sup>4</sup>". Alcuni paesi del Sud servono da modello e sono motivo di sviluppo dell'assistenza primaria e dell'interscambio di risorse (dispensari...).

---

<sup>2</sup> ALVAREZ SIERRA J., *Los Hospitales de Madrid de ayer y de hoy*, Madrid 1952. Cfr. anche MALET, memoria dell'Ospedale San Giovanni di Dio, Barcellona 1929.

<sup>3</sup> Cfr. Agenda Rol di Infermeria 1986, Edizioni Rol S.A. 1986.

<sup>4</sup> MARCHESI P., *l'attesa del mondo sanitario*, Città del Vaticano, 28 maggio 1985, pag. 11.

## 2. *Un'ecologia per la salute. Il diritto alla salute*

2.1. Salute e Malattia sono gradi progressivi del ciclo biologico; sono le risultanti del successo o dell'insuccesso dell'organismo nell'adattamento fisico, sociale e mentale alle condizioni dell'ambiente nella sua globalità. L'individuo sano è colui che appare ed è in armonia fisica, mentale e sociale con il suo ambiente, con tutte le variazioni possibili, e che può contribuire con la sua attività produttiva e sociale al benessere individuale e collettivo.

2.2. Il livello di salute di ciascun individuo indicato dall'equilibrio tra l'ambiente interno e l'ambiente esterno. Questa situazione tiene conto delle differenze genetiche e delle diverse condizioni di vita. La salute è in stretta relazione con il livello di vita e con la qualità dell'ambiente nel quale si vive<sup>5</sup>.

Come componente dell'ecosistema, l'uomo non può vivere se non all'interno di certi rapporti che discendono dalle leggi della natura<sup>6</sup>. Le uniche differenze rispetto agli altri esseri viventi sono:

- il suo grado di sviluppo culturale che gli permette di introdurre modificazioni al suo ambiente: alcune favorevoli altre pregiudizievoli per la salute.
- il tipo di organizzazione sociale alla quale è strettamente legato e dalla quale è influenzato.

2.3. La preoccupazione ecologica<sup>7</sup> che l'uomo contribuisce a determinare, può derivare dall'impoverimento delle risorse naturali e dalla corsa agli armamenti. Il degrado ambientale è il risultato della moltiplicazione di questi quattro fattori<sup>8</sup>. La sfida degli operatori sanitari è ben delineata e richiede un'a-

<sup>5</sup> Cfr. Dichiarazione di Alma-Ata, Cfr. *Sollicitudo Rei Socialis*, 34

<sup>6</sup> *Idem*, 34

<sup>7</sup> *Idem*, 26 e 34

<sup>8</sup> RUIZ DE LA PENA, J. L., *Teologia della creazione*, Sal Terrae, 1986, pag.87

zione coordinata ed energica. L'Ordine Ospedaliero ha una missione precisa e concreta: “Noi che abbiamo il compito di restituire la salute, non possiamo limitarci ad essere dei semplici riparatori di corpi<sup>9</sup>”, dobbiamo evitare che i corpi si rompano.

### 3. *La prevenzione sanitaria al centro e alla periferia dello sviluppo (Nord e Sud “come mondi diversi”). Politiche di aiuti e interscambi.*

3.1. L'inquietudine della Chiesa in materia sociale è messa in risalto ancora una volta nella sintesi-revisione che Giovanni Paolo II fa nella sua lettera enciclica *Sollicitudo Rei Socialis*. Le disuguaglianze tra i popoli non possono far sì che alcuni assistano passivamente alla morte di altri per mancanza di mezzi e per soprusi dei potenti. “Purtroppo” – dice il Papa – “sotto il profilo economico, i paesi in via di sviluppo sono molti di più di quelli sviluppati: le moltitudini umane prive dei beni e dei servizi offerti dallo sviluppo sono assai più numerose di quelle che ne dispongono<sup>10</sup>”.

3.2. “I paesi sviluppati rappresentano un quarto dell'umanità e il 40% della superficie terrestre, ma sfruttano l'82% delle risorse naturali. I paesi poveri o in via di sviluppo comprendono i tre quarti della popolazione mondiale e il 60% del territorio, ma dispongono solo del 18% delle risorse. Ne deriva uno sfruttamento crescente, con un conseguente depauperamento, a carico dei due grandi gruppi in cui si divide la comunità internazionale<sup>11</sup>”.

3.3. “Le responsabilità di un simile peggioramento risalgono a cause diverse. Sono da segnalare le indubbie, gravi omissioni

---

<sup>9</sup> MARCHESI, *L'Ospitalità...*, 84

<sup>10</sup> *Sollicitudo Rei Socialis*, 9

<sup>11</sup> *Ibidem*, 16

da parte delle stesse Nazioni in via di sviluppo e, specialmente, da parte di quanti ne detengono il potere economico e politico. Né tanto meno si può fingere di non vedere le responsabilità delle nazioni sviluppate, che non sempre, almeno non nella debita misura, hanno sentito il dovere di portare aiuto ai Paesi separati dal mondo del benessere al quale esse appartengono<sup>12</sup>».

La politica sanitaria dell'Ordine Ospedaliero è mossa dal desiderio di fare il bene, anche se non sempre ha saputo come farlo, non conoscendo, in un certo senso, la realtà e la storia dei paesi nei quali ha operato.

Di conseguenza, è prevalsa un'attività caritatevole-assistenziale che non sempre si è integrata con le politiche sanitarie locali – a volte perché non esistevano, altre volte per mancanza di riconoscimento, di indipendenza operativa o per timore.

3.4. La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, svoltasi nel 1978 ad Alma-Ata, ha ipotizzato una rivoluzione copernicana negli orientamenti del sistema mondiale di promozione della salute. Da allora, l'Assistenza Sanitaria Primaria si è imposta come funzione centrale del sistema e come parte integrante dello sviluppo sociale ed economico dei popoli. L'Ordine Ospedaliero, impegnato nella Formulazione del Carisma dell'Ospitalità (Capitolo Generale Straordinario del 1979) non poté seguire le istanze di Alma-Ata; oggi a dieci anni di distanza, l'Ordine Ospedaliero ha recuperato il suo ruolo di coscienza critica, garante e precursore dell'Ospitalità dell'anno 2000.

3.5.0. Un serio processo di sviluppo in campo sanitario dei paesi del Primo, del Secondo, del Terzo e del Quarto Mondo, implicherà innanzitutto la partecipazione per quanto riguarda:

3.5.1. Una meditata formulazione di politiche sanitarie adeguate alle necessità sociali e alle condizioni economiche di cia-

---

<sup>12</sup> Ibidem, 38, 39, 40

scuno dei paesi sviluppati o in via di sviluppo, nei quali l'Ordine Ospedaliero sia presente o intenda esserlo, in quanto facente parte delle politiche nazionali di sviluppo sanitario, economico e sociale.

3.5.2. La graduale integrazione dei sistemi sanitari secondari e primari, in base ad un piano logico di azione utilizzando le infrastrutture ospedaliere già esistenti garantendo l'efficienza dell'Assistenza Sanitaria Primaria.

3.5.3. La riprogrammazione periodica per migliorare il piano generale di azione per la promozione della salute nei paesi in via di sviluppo. Questo richiede una valutazione sistematica nel corso di tutto il processo.

3.5.4. Uscire dall'isolamento, per farsi promotore di iniziative in campo sanitario in paesi dove questo si trova ai livelli più bassi. A tale scopo deve stabilire le proprie strategie sulla base della dottrina emanata dalla Chiesa e alla luce dei concetti e dei principi etici di Assistenza Sanitaria Primaria nonché degli elementi essenziali definiti ad Alma-Ata e delle indicazioni dell'OMS.

3.5.5. La medicina tradizionale<sup>13</sup> ha una sua utilità intrinseca e costituisce un sistema di assistenza sanitaria sancito e accettato dalla collettività, in quanto risulta efficace per la soluzione di diversi problemi di salute collegati all'ambiente naturale. Pertanto, il riconoscimento, la promozione e lo sviluppo di essa, saranno garanzia di rispetto verso la cultura e le tradizioni locali.

3.5.6. Una politica ottimale di interscambio richiede solidarietà, intesa come "via alla pace e insieme allo sviluppo"<sup>14</sup> e come superamento degli imperialismi.

---

<sup>13</sup> Cfr. AFRO Technical Report Series, 1, 1976.

<sup>14</sup> Sollicitudo Rei Socialis, 38, 39, 40

#### 4. *Obiettivi sanitari ideali per il futuro*

##### 4.1. La salute deve essere protetta e aiutata

L'assistenza Sanitaria, di questi tempi, non si identifica unicamente con la cura e la prevenzione della malattia, ma anche con un impulso per il futuro della Sanità attraverso l'individuazione di alcuni obiettivi diretti, elaborati dalla comunità, che conosce le proprie necessità e risorse, e partecipa al processo di organizzazione dei mutamenti sociali e della trasformazione propria e degli individui che la compongono. Per il futuro, bisogna contribuire ad aumentare e salvaguardare il livello di salute della popolazione, stabilendo una serie di programmi<sup>15</sup>.

##### 4.2.1. Programma di assistenza rispetto all'ambiente

Obiettivi specifici:

- Evitare l'introduzione di agenti patogeni, estranei all'ambiente naturale.
- Incoraggiare nella popolazione l'abitudine di consumare alimenti sani.
- Migliorare la vigilanza e il controllo delle zoonosi.
- Preservare le specie vegetali.
- Controllare le condizioni igieniche e sanitarie dei luoghi pubblici, delle abitazioni e dei luoghi di lavoro.

##### 4.2.2. Programma di assistenza alla donna

Obiettivi specifici:

- Ridurre la mortalità materna e infantile mediante la prevenzione e la cura della donna in gravidanza, in fase precoce.
- Istituire consultori per la pianificazione familiare.
- Effettuare la diagnosi precoce delle alterazioni a livello ginecologico.
- Educare la madre a partecipare attivamente alla correzione delle proprie abitudini in campo sanitario.
- Individuare e denunciare la tratta delle donne e la prostituzione.

---

<sup>15</sup> Cfr. anche Obiettivi Regionali Europei O.M.S. Europa 1986

#### 4.2.3. Programma di assistenza al bambino

Obiettivi specifici:

- Considerare l'educazione sanitaria come uno strumento fondamentale per modellare la condotta dell'individuo in vista di una vita sana nelle abitudini e nei comportamenti.
- Raggiungere un adeguato livello di immunizzazione nella popolazione infantile.
- Prevenire le malattie cardiovascolari.
- Favorire una dieta alimentare sana.
- Individuare e trattare tempestivamente i problemi sanitari, nell'età scolare, mediante controlli sistematici.
- Favorire la salute della bocca e dei denti.
- Prevenire e individuare problemi e disturbi psicologici e mentali che possono influire durante l'adolescenza.
- Educare e prevenire il tabagismo, l'alcolismo, la tossicodipendenza, l'AIDS, ecc.
- Impedire lo sfruttamento sul lavoro, la violenza sessuale, la commercializzazione dei bambini.

#### 4.2.4. Programma di assistenza all'adulto e all'anziano

Obiettivi specifici:

- Elevare il livello immunologico dei gruppi a maggior rischio.
- Contribuire a far sì che l'ambiente in cui la persona vive e lavora sia favorevole al suo sviluppo e alla sua salute.
- Svolgere in modo sistematico un controllo epidemiologico.
- Incoraggiare la partecipazione attiva della popolazione alle iniziative destinate a salvaguardare la salute mentale.
- Contribuire alla prevenzione della mortalità per malattie croniche e trasmissibili.
- Prevenire i problemi di salute e la diminuzione delle capacità dell'anziano, perché possa invecchiare godendo del miglior stato di salute possibile.
- Informare sui rischi della dipendenza istituzionale e prevenirli.
- Preparare o sensibilizzare alla morte (insegnare a morire).



### 5. *Linee di azione, prevenzione primaria, secondaria e terziaria*

5.1.0. L'Ordine Ospedaliero ha un grande compito, nel campo della promozione e prevenzione sanitaria, e di conseguenza dell'educazione sanitaria, sia a livello ospedaliero che extra-ospedaliero.

5.1.1. Se vuole favorire e promuovere la salute (prevenzione primaria), deve lavorare per sradicare atteggiamenti, informazioni e abitudini sbagliate; deve proporre nuove abitudini e pratiche per la salute.

5.1.2. Se vuole evitare che la malattia avanzi (prevenzione secondaria) deve saper effettuare diagnosi e trattamenti precoci e di conseguenza deve saper informare sui primi sintomi delle malattie ad alto rischio; deve educare e indurre le persone ad effettuare controlli medici sistematici.

5.1.3. Se intende evitare la cronicizzazione e le ricadute (prevenzione terziaria), deve intervenire con le opportune terapie e con la riabilitazione; deve correggere i comportamenti che condizionano alcune infermità specifiche; deve insegnare l'autoterapia e deve educare all'uso adeguato dei medicinali.

5.2.0. Le linee di azione connesse con questi compiti, si possono sintetizzare come segue:

5.2.1. Impegno per la giustizia<sup>16</sup>: l'Ordine Ospedaliero rifiuta ogni compromesso con l'ingiustizia, sodalizza con la sofferenza e la protesta degli emarginati, promuove la medicina sociale e partecipa alla creazione di strutture sanitarie più giuste, nelle quali i diritti umani vengano rispettati<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Sollicitudo rei Socialis, 41

<sup>17</sup> MARCHESI, La riconciliazione nel mondo della sanità, FBF Roma, 1983, pag. 26

5.2.2. Collaborare all'educazione sanitaria; l'Ordine Ospedaliero ribadisce che la salute è una responsabilità che implica una educazione, una cultura sanitaria individuale e in collaborazione con le autorità sanitarie. Operando costruttivamente per conservare e migliorare la nostra salute, diventiamo la migliore fonte di assistenza sanitaria. È necessario riconoscere che la promozione della salute fa parte della missione evangelizzatrice<sup>18</sup>.

Di conseguenza, i componenti dell'Ordine Ospedaliero hanno il compito di costruire e trasmettere una "cultura della salute" che è il riflesso dello stile di vita sano adottato dal gruppo comunitario.

I corsi per infermieri, e gli altri corsi analoghi di formazione sanitaria, possono mettere a punto una realizzazione diretta dell'educazione sanitaria ed anche formare dei professionisti in grado di influire direttamente sulla promozione della salute della popolazione.

5.2.3. Promuovere e difendere i diritti dell'uomo sano e ammalato.

La persona umana ha dignità in quanto tale. L'Ordine Ospedaliero si impegna nella promozione, collaborazione e potenziamento degli sforzi tesi a conseguire il sogno, che tutti i cittadini godano del maggior grado di salute possibile, e in special modo sia "obiettivo prioritario" l'assistenza sanitaria agli emarginati e l'attenzione alle classi basse e alle zone povere<sup>19</sup>.

Così come la ricerca è una delle componenti di qualsiasi forma di progresso, essa lo è anche nel campo della prevenzione sanitaria.

Si devono realizzare programmi concreti nei centri dell'Ordine riguardo ai minorati, alla psichiatria, geriatria e altre aree di interesse, che variano da una provincia all'altra, per quanto attiene alle linee fondamentali di intervento.

---

<sup>18</sup> Idem, pag. 27

<sup>19</sup> Idem, pagg. 27, 28

#### 5.2.4. Politica di interscambio verso le società bisognose.

Si può realizzare mediante l'invio di risorse umane e materiali nelle zone più bisognose della periferia mondiale. Allo stesso modo si può realizzare con il superamento dei provincialismi e l'interscambio di persone, sia religiosi che collaboratori.

Inserire nei programmi dei corsi di medicina tropicale l'insegnamento della medicina tradizionale agli allievi medici o infermieri, come preparazione ad un lavoro sanitario nel sud del progresso. Questo favorisce il dialogo, la comunicazione, la buona intesa e l'integrazione.

---

## 2. I NUOVI BISOGNI DEGLI OSPITI DEI NOSTRI CENTRI

### *1. Retrovisione storica*

#### 1.1. Il bisognoso e San Giovanni di Dio.

La vita di San Giovanni di Dio era totalmente improntata a difendere la vita umana, a tutelare la dignità del bisognoso, a prestare attenzione agli “ultimi” della società e ad alleviare lo stato di abbandono in tutti i modi possibili<sup>1</sup>. Il nostro Santo Fondatore si è avvicinato ad ogni singola persona nel rispetto della sua individualità e rispondendo ai suoi bisogni nell’ottica della salvezza/guarigione integrale.

“Egli, sotto l’impulso dello Spirito Santo e trasformato interiormente dall’amore misericordioso del Padre, visse in perfetta unità l’amore per Dio e per il prossimo. Si dedicò completamente alla salvezza dei suoi fratelli e imitò fedelmente il Salvatore nei suoi atteggiamenti e gesti di misericordia<sup>2</sup>”. La sua casa a Granada era una casa aperta a tutti così come gli stesso era aperto a tutte le sofferenze e necessità degli uomini. Il suo atteggiamento di apertura deve spingerci ad essere sensibili ai bisogni dell’uomo di oggi. San Giovanni di Dio non si impegnava soltanto per il benessere fisico degli uomini, ma anche e soprattutto per il loro equilibrio psichico. Era suo intento restituire alle persone sulla base di una fede vissuta la capacità di affrontare la vita.

---

<sup>1</sup> Giovanni di Dio non escludeva nessuno dal suo amore, era aperto a tutti i bisogni e tutte le necessità (vedi il paragrafo 5 della Seconda lettera a Gutierre Lasso).

<sup>2</sup> Costituzioni 1984, cap. 1.1

1.2. L'Ordine Ospedaliero e la molteplicità dei bisogni nel corso dei secoli.

Seguendo lo stile del Fondatore l'Ordine si è sforzato attraverso tutti i secoli di rispondere alla molteplicità dei bisogni della persona umana. Lo stesso Giovanni di Dio non intendeva rispondere soltanto ai bisogni primari, ma tendeva alla salvezza dell'uomo e dell'umanità. Non a caso noi Fatebenefratelli ci consideriamo di fatto "custodi e artefici del benessere della gente"<sup>3</sup>. Uno sguardo alle antiche Costituzioni e alla storia delle Province ci dimostra che l'impegno dell'Ordine, sin dai primi inizi, non era finalizzato soltanto al benessere fisico degli uomini, ma al loro benessere integrale (risposta a tutti i bisogni della persona umana).

Esteriormente l'approccio costante dell'Ordine ai bisognosi si è tradotto in azioni spontanee oppure nella fondazione di nuove opere<sup>4</sup>. Relativamente alla struttura interna delle opere i confratelli erano costantemente preoccupati di rispondere ai mutevoli bisogni degli ospiti mediante continua modernizzazione e nuovi orientamenti. Ciò vale sia per l'assistenza che per la pastorale. I risultati conseguiti non ci devono però indurre ad un atteggiamento di autocompiacimento. Troppe sono le persone che continuano a soffrire nel corpo e a cercare Dio.

1.3. Il voto dell'ospitalità come responsabilità verso l'uomo.

Tutte le Costituzioni dell'Ordine hanno tentato di interpretare il voto di ospitalità a seconda del contesto socio culturale e tecnico-sanitario dei tempi per rispondere adeguatamente ai bisogni dell'uomo. Nel voto dell'ospitalità si manifesta la specificità del nostro Ordine.

Le responsabilità che derivano all'Ordine da tale voto hanno sempre rappresentato il motore e la spinta verso nuove for-

---

<sup>3</sup> MARCHESI, *L'Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000*, Roma 1986, n° 53

<sup>4</sup> Soccorso in caso di catastrofi, impegno nelle missioni, istituzione di cliniche ad hoc per combattere nuove malattie, ristrutturazione dei centri in base alle nuove conoscenze mediche, miglioramento della qualità della vita degli ospiti dei nostri centri mediante l'impiego di nuovi farmaci, strumenti ed apparecchi.

me di umanità e di cultura negli ospedali, nei centri per anziani, nei centri per gli handicappati e negli istituti psichiatrici<sup>5</sup>.

Il voto dell'ospitalità ha spinto di fatto i religiosi ospedalieri ad andare oltre la pura e semplice prestazione portandoli a sviluppare una vera e propria cultura della carità. In questa cultura deve primeggiare l'ansia per la perdita di fiducia nella vita umana che si rivela non solo nella pratica dell'aborto nella sperimentazione indiscriminata sugli embrioni, ma anche nella quotidiana mancanza di rispetto per la vita. Storicamente erano i religiosi i soli ad agire e a progettare nello spirito e nella responsabilità del voto dell'ospitalità. Oggi facciamo un passo in più. Siamo del parere che l'ospitalità non sia una prerogativa dei soli religiosi. Anche i nostri collaboratori, volontari, amici e benefattori partecipano alla nostra ospitalità.

Le Costituzioni dell'Ordine chiedono ai religiosi di farsi animatori dello spirito dell'ospitalità (cost. art. 23).

## *2. Quali sono i nuovi bisogni degli ospiti dei nostri centri?*

### *2.1. Bisogni.*

“L'uomo è complesso, misterioso, articolato, ricco di sfaccettature; non lo si può ridurre ad un'unica dimensione, neanche a quella soprannaturale. L'individuo è creativo, è sensibile, ha desideri, paure, limiti interni ed esterni, ha una storia, vive in un determinato ambiente, ha pregiudizi, intuizioni, ha bisogni materiali, fisici, psicologici, sociali, morali, spirituali, ecc<sup>6</sup>”.

Se agli uomini è impossibile, oppure viene negata, la soddisfazione, in particolare, dei bisogni primari, noi cristiani siamo chiamati direttamente in causa<sup>7</sup>. “In seguito al Concilio Vaticano II è aumentata la consapevolezza della Chiesa riguardo

---

<sup>5</sup> Cfr. Cost., cap I, 3; 6 – Cost., cap II, 20 - 24

<sup>6</sup> MARCHESI, L'umanizzazione, Roma 1979, pag. 12

<sup>7</sup> Cfr. Apostolicam Actuositatem, 31 e Gaudium et spes, 42

alla sua missione al servizio dei poveri, degli oppressi e degli emarginati. In questa opzione che tuttavia non è da considerare esclusiva si riflette il vero spirito evangelico. Gesù ha beatificato i poveri (cfr. Mt 5,3; Lc 6,20) ed egli stesso volle farsi povero per noi (II Cor 8,9).

Oltre alla povertà preminentemente materiale esiste anche la povertà intesa come mancanza di libertà e di beni spirituali; essa è particolarmente grave, allorché la libertà di fede viene repressa con la violenza.

La Chiesa è chiamata a denunciare in maniera profetica ogni forma di povertà e di oppressione nonché a difendere e a promuovere in qualsiasi luogo i diritti fondamentali e inalienabili della persona umana<sup>8</sup>.

La Chiesa, gli Ordini e i cristiani tutti non sono interpellati soltanto se sono in causa i bisogni elementari; la realizzazione della persona e la crescita legittima dell'uomo implicano bisogni di un respiro ben più ampio<sup>9</sup>. Un contesto diverso porta anche a bisogni diversi delle persone<sup>10</sup>. Ed è proprio questo dato di fondo che ci impone di essere sensibili al prossimo e aperti ai segni dei tempi.

<sup>8</sup> Sinodo dei Vescovi Straordinario 1985, Roma documento II, 5

<sup>9</sup> Esempi recenti: Concilio Vaticano II, Teologia della liberazione, Sollicitudo Rei Socialis.

<sup>10</sup> Negli ultimi 15 anni sono stati i seguenti sviluppi a caratterizzare lo spirito del tempo nostro:

- movimento antinucleare (contro le centrali nucleari)
- movimento delle donne (in Francia il femminismo ha investito in maniera minore i settori della Chiesa rispetto ad altri Paesi)
- movimento ecologista
- movimenti regionali (passaggio da un "regionalismo" difensivo ad uno offensivo, in cui si lotta per il riconoscimento di un'identità culturale, per lo sviluppo economico della propria regione, per la decentralizzazione del potere politico e per l'autonomia)
- iniziative relative allo sviluppo urbano
- movimenti per la difesa dei diritti umani
- movimento per la pace (poco sviluppato in Francia)
- movimento per il Terzo Mondo (relativamente forte nella Chiesa)

da: KERBER W., *Secolarizzazione e mutamento dei valori*, Kindt 1986 - Una ricerca dell'università di Monaco sulla situazione in Europa, pag. 85

### 2.1.1. La definizione dei bisogni.

Il prof. Lersch definisce i bisogni come spinta interiore autonoma centrata su un determinato obiettivo. La non-soddisfazione del bisogno viene vissuta con dispiacere, la soddisfazione con piacere. Per reprimere un bisogno l'uomo deve ricorrere alla forza di volontà.

Lersch distingue tre tipi di bisogno:

a) bisogni di origine fisica (servono alla funzione biologica del corpo e all'autoconservazione, p.e. pulsione alimentare, sessuale);

b) bisogni psichici; bisogno di riconoscimento, pace, armonia, sicurezza, diversivi, comunione. Anche i bisogni psichici sono in funzione dell'equilibrio psicofisico dell'uomo;

c) bisogni trascendenti che variano da individuo a individuo e dipendono inoltre dal suo intelletto.

Dalla gerarchia dei bisogni concepita da Maslow emerge con particolare chiarezza la struttura interdipendente e il condizionamento reciproco dei vari bisogni<sup>11</sup>. Entrambe le definizioni mettono inoltre in evidenza che l'uomo può essere insoddisfatto anche senza patire alcuna privazione (ha con che nutrirsi, è sano e gode di sicurezza finanziaria), proprio perché ha anche il bisogno della propria realizzazione e del trascendente. Questo dato di fatto non può e non deve mancare nelle nostre riflessioni.

## 2.2. Paesi industrializzati, paesi di missione e paesi in via di sviluppo.

Accostandoci ai bisogni mutati degli ospiti dei nostri centri dobbiamo tenere presente il fatto che le opere del nostro Ordine sono sparse su tutti e cinque continenti. Appare molto dif-

<sup>11</sup> Detta gerarchia ha la seguente configurazione:

- realizzazione di se stessi
- riconoscimento
- attenzione
- sicurezza e protezione
- omeostasi fisiologica



ficile racchiudere in un testo comune le differenze derivanti dalle diverse culture, dai diversi costumi e dai diversi dati giuridici. È più che probabile che in un paese non si siano ancora presentate determinate tipologie di bisogni, mentre in un altro le stesse sono già state affrontate e dimenticate e in un terzo si sta tentando di dare una risposta a quella tipologia di bisogno. Tuttavia esistono dei bisogni uguali in tutti i paesi, che soltanto per motivi culturali si manifestano in maniera differente. Questi bisogni fondamentali sono sintetizzati nei diritti della persona che nelle nostre Costituzioni trovano la seguente formulazione sotto l'art. 23: "L'uomo ha il diritto di nascere e di vivere dignitosamente; ha il diritto di essere curato nella malattia e di morire con dignità<sup>12</sup>. Il diritto di morire con dignità deve costituire uno dei punti cardini del nostro operare, dato che si va affermando una tendenza diffusa volta a rimuovere la morte e ad abbandonare il morente per l'insicurezza che circonda questo momento cruciale della vita. Come Fatebenefratelli siamo chiamati a dare una risposta pratica e non solo teorica a questa problematica; è qui che dobbiamo essere vere guide!". L'apertura missionaria alla salvezza del mondo significa affermare tutti i valori autenticamente umani, in particolar modo la difesa della dignità della persona umana e dei suoi diritti fondamentali, della pace, della libertà e della giustizia<sup>13</sup>". Tale missione deriva alla Chiesa direttamente dal Vangelo.

### 2.3. La molteplicità dei bisogni

Dato che la non-soddisfazione di un bisogno viene vissuta come privazione, è da considerare povero ogni uomo a cui è impossibile soddisfare i propri bisogni. "Povero è ogni uomo che ha perso l'equilibrio psico-fisico e la speranza in una vita

<sup>12</sup> Questi diritti fondamentali vanno integrati con i pronunciamenti dell'ONU sui diritti fondamentali e umani fatti il 10 dicembre 1948: diritto all'uguaglianza, all'integrità, alla proprietà, alla libertà di opinione e di fede, alla resistenza contro l'oppressione, al lavoro, alla formazione e alla sicurezza sociale.

<sup>13</sup> KASPER W., *Il futuro affrontato con la forza del Concilio*, Herder, 1986, pag. 100.

più ricca in ogni senso; chi si avvicina al mistero della morte, o anche solo temporaneamente è costretto a separarsi dagli affetti familiari, dai compiti lavorativi, dai rapporti sociali”<sup>14</sup>.

Di fronte a queste riflessioni ci si apre davanti un campo d’azione immenso, se intendiamo rispondere alle richieste legittime degli uomini”<sup>15</sup>. Alla molteplicità dei bisogni corrisponde una molteplicità di possibilità per affrontarli nello spirito dell’ospitalità. Il nostro carisma non è centrato su aspetti parziali della sofferenza e della malattia; esso accoglie l’uomo intero in tutte le sue sofferenze, angustie e necessità.

## 2.4. I nuovi bisogni degli ospiti dei nostri centri

### 2.4.1. Negli ospedali

Il malato che viene ricoverato in un ospedale attende di guarire sperando che la medicina moderna pensi al “recupero” della sua salute. Attende informazioni accessibili alla sua comprensione e non velate da una terminologia indecifrabile. Non vuole vedersi trattato come un numero anonimo, come il caso patologico xy, ma come un individuo che soffre per una determinata malattia, come persona irripetibile che si rispetta nella malattia. Il malato vuole sentirsi accolto in una atmosfera intrisa di calore umano<sup>16</sup>”.

A questo punto ci si conceda di chiedere: in quale misura i medici, gli operatori sanitari, i pazienti stessi sono soggetti al fascino della medicina meccanica, in quale misura sono schiavi della convinzione che postula la salute come fattibilità, in quale misura si abusa del corpo riducendolo a macchina e considerando gli organi umani come elementi di questa macchina? (Cfr.

<sup>14</sup> MARCHESI, L’ospitalità....., n° 58.

<sup>15</sup> Il sogno di una società perfetta deve essere abbandonato. In concreto ciò significa che la realizzazione della giustizia permane una sfida continua, quantunque essa sia già realizzata.

<sup>16</sup> Contribuiscono a garantire questa atmosfera fra l’altro camere ben arredate, una qualità del cibo in sintonia con le abitudini delle persone e un personale ben preparato sul piano professionale ed umano. Un’importanza particolare riveste il fatto di creare le premesse necessarie.

Dal discorso rivolto dal Santo Padre ai partecipanti al II Convegno Internazionale dei Collaboratori Laici – Roma marzo 1988)<sup>17</sup>.

Come viene “definita” la salute? E chi la definisce? La salute, una cosa fattibile, questa l’idea (non) pronunciata del medico che da una parte sembra *mosso* sempre di più dai fili invisibili della tecnologia nella medicina e che dall’altra parte si rende sempre meno conto, quanto si atteggi a Dio.

Il medico “moderno” assorbito completamente dall’applicazione della sua medicina meccanica all’oggetto organo, corpo o uomo corre il rischio di riconsegnarsi alla “pressione di conformarsi a Dio”, il concetto è stato preso in prestito dal filosofo Markquard. La dignità della persona umana è inviolabile.

Ma “riparando”, questa medicina, ridotta a puro e semplice intervento di riparazione, ignora l’anima, la psiche, anche se parla spesso di unità tra corpo e anima, e anche se ricorre facilmente all’uso del termine “psicosomatico”.

Parlare dell’unità di corpo e anima serve come copertura per la manipolazione ormai senza limiti del corpo umano. In corrispondenza di questa scissione tra il dire e il fare la medicina meccanica nega l’esistenza di confini preposti alla scienza e alla coscienza. I confini preposti a difesa della dignità della persona umana e della inviolabilità del mistero del suo corpo e della sua anima vengono violati in maniera brutale.

Imprigionato inesorabilmente nella “maschera” dello scienziato il medico non potrà mai ammettere apertamente la propria impotenza intesa in senso positivo.

Non darà più nessuna importanza alle parole pronunciate nella Genesi: Dio creò l’uomo.

Lo creò a sua immagine e somiglianza... In questa situazione il medico è ancora capace di prestare ascolto ai bisogni si-

---

<sup>17</sup> La “fede detronizzata nel progresso” ha provocato un disagio diffuso nella società. Aumenta la critica e la paura di fronte ai metodi terapeutici della medicina. La necessità di tutelare i dati diventa sempre più pressante, poiché l’elaborazione elettronica dei dati non garantisce più l’invulnerabilità della sfera privata. Si registra una fuga crescente verso i metodi terapeutici alternativi, l’esotericità e le cliniche alternative.

lenziosi e sommessi del paziente, è capace di percepirli, è capace di intuire sul volto del malato il bisogno di “accordarsi” con la sofferenza? Parlare della fede nell’immortalità dell’anima diventa un’impresa arrischiata di fronte alla moderna medicina meccanica che nega la morte ignorandola e combattendola nell’intento di annientarla. All’interno di questa sfida il paziente, l’“homo patiens”, viene ridotto a materiale bellico. Dovrebbe far riflettere a questo proposito una verità fondamentale espressa da Ippocrate: “Tutto ciò che l’arte medica non è in grado di guarire in accordo con la natura, guarisce alla fine la morte”<sup>18</sup>.

Lo ripetiamo un’altra volta: la moderna medicina meccanica corre il rischio di non sentire e “vedere” più “il grido somnesso” dell’anima dell’uomo. È il paziente la persona reale che si trova nella situazione limite ad esigere la nostra solidarietà e la<sup>19</sup> nostra presenza al suo fianco. Non si tratta di un determinato caso patologico. Il prendersi cura deve essere rivolto all’uomo malato, alla persona sofferente. È il paziente a costituire il centro dell’interesse medico, interesse che deve abbracciare corpo e anima. Soltanto in questa maniera la medicina è in grado di accogliere la malattia come tale in modo corretto, vale a dire in modo individualizzato. Oltre all’assistenza durante la fase acuta della malattia un ospedale cristiano dovrebbe anche tendere ad un’assistenza post-ospedaliera diversa dal ricovero in un centro ospedaliero residenziale. Come attività possibili si offrono a questo riguardo: l’avvio di interventi riabilitativi in campo medico e professionale, l’istruzione dei familiari sui vari aspetti della malattia, la facilitazione ad entrare in contatto con associazioni, gruppi di autodifesa...<sup>20</sup>. La

---

<sup>18</sup> Spesso però non si è più disposti ad aspettare la morte “guaritrice” e si stabilisce autonomamente il limite del tollerabile nell’atto del suicidio (l’uomo come signore della vita e della morte).

<sup>19</sup> Ma l’ospedale da solo (anche se equipaggiato con il personale migliore) non è in grado di trasmettere questa presenza e solidarietà; questo può riuscire soltanto se cerchiamo di coinvolgere i familiari permettendo loro di stare vicino, di essere presenti a fianco del paziente.

<sup>20</sup> Oggi esistono in corrispondenza delle diverse malattie varie associazioni o gruppi di autodifesa: aids, diabete, cancro, alcolismo, ecc.

procedura della dimissione dovrebbe assumere i contorni di un vero e proprio “commiato-congedo” del paziente dall’ospedale. Soltanto in questa maniera è possibile accompagnare il paziente nel suo ritorno verso l’ambiente familiare e lavorativo.

Grande spazio deve essere dedicato – in particolare in un ospedale cristiano – al servizio pastorale che sta acquistando valore di giorno in giorno. L’uomo di oggi cerca la fede e il trascendente. Spesso questo bisogno si manifesta in una forma deviata (sette, ecc.) oppure è sommerso<sup>21</sup>.

#### 2.4.2. Nella psichiatria

La persona colpita da una malattia psichica ha bisogno di essere riconosciuta come persona malata, come paziente, come essere umano tormentato, come persona che patisce il dolore. Il malato psichico “sperimenta” spesso gli incubi, le angosce e i tormenti di un mondo immaginario crudele. Come paziente ha dunque un forte desiderio di amore, attenzione e comprensione. Al suo desiderio “matto” di comprensione si porrà rispondere soltanto se si è disponibili ad accogliere il suo tormento in quella dimensione e in quella complessità che egli ci comunica astenendoci da ogni tentativo di valutare razionalmente il suo vissuto dal proprio punto di vista.

Compatire allora significa affacciarsi nel mondo del vissuto personale del malato. Avventurarsi nella sua follia, lottare assieme al malato contro la sua follia partendo dal suo mondo allucinato e contrapporre un senso autentico a questo mondo. Soltanto in questa maniera è anche possibile rispondere al suo bisogno di concepire la propria malattia psichica come guaribile, come malattia con cui (e non contro cui) si può vivere. Come per le malattie fisiche esistono anche nell’ambito delle ma-

---

<sup>21</sup> Nella società secolarizzata il desiderio religioso dell’uomo emerge da:  
 – il desiderio accentuato di calore umano e di comunione  
 – la ricerca di un contrappeso alle grandi organizzazioni anonime e concentriche  
 – il rifiuto delle tecniche iperperfezionate  
 – l’impegno per un ambiente a misura d’uomo  
 (Cfr. KERBER, W., *Secolarizzazione...*)

lattie psichiche forme guaribili e forme non guaribili, anche se considerando il concetto di “individuo” (che significa essere invisibile) non esiste né la “pura” malattia fisica, né quella esclusivamente psichica. Il paziente ha bisogno che il suo ambiente accetti la sua malattia senza “se” e senza “ma”, senza mistificazioni (ossessionato, posseduto da uno spirito, indemoniato) e senza stigmatizzazioni (“L’ha voluto, non mi fa pena per niente, non vuole essere aiutato...”). Una volta guarito, riabilitato, in possesso della propria salute, la malattia non deve diventare un marchio per l’interessato e per la sua famiglia. Lo stesso vale anche se è necessaria soltanto una terapia di accompagnamento. Sia il paziente malato che quello riabilitato hanno il diritto alla discrezione<sup>22</sup>, alla tutela della propria sfera privata e alla difesa del carattere misterioso della propria malattia, perché la minaccia di una stigmatizzazione<sup>23</sup> impartita dall’ambiente è molto più forte rispetto al “malato fisico”. L’impressione del marchio di Caino si manifesta ad esempio nel fatto che l’ambiente disinformato, in fatto di consapevolezza spesso fermo al medioevo, demonizza la malattia psichica e colpevolizza il malato imputandogli una scarsa volontà di aiutarsi a guarire.

Altre considerazioni sono possibili sui bisogni specifici dei malati psichici. Non si cela forse dietro la paura dei rischi incalcolabili dei farmaci – soprattutto se somministrati costantemente – il bisogno del paziente di ricevere una dose ridotta al minimo possibile di farmaci e medicinali?

L’ospedale psichiatrico non deve assomigliare a un penitenziario o a un carcere, dove il paziente non dispone di un pro-

---

<sup>22</sup> L’ “abbraccio totale” esercitato dal computer sull’uomo distrugge la sfera privata della persona. In molti paesi la tutela dei dati personali è divenuta oggetto di impegno per diverse associazioni e diversi partiti.

<sup>23</sup> Un ricovero in psichiatria viene considerato da ampi strati della società come fatto negativo. Molti pazienti tentano pertanto di nascondere il proprio ricovero in psichiatria. Le cliniche notturne rappresentano a questo proposito un grande sollievo. Anche in fatto di terapia le cliniche diurne e notturne si sono rivelate assai efficaci, poiché evitano uno sradicamento del paziente dal suo ambiente sociale e familiare. Inoltre sarebbe auspicabile integrare i reparti psichiatrici in ospedali generali e non creare delle strutture specializzate e isolate.

prio spazio privato. Deve essere bensì casa, dove il sentirsi a casa propria sia sperimentabile perlomeno in forma limitata.

L'ospedale ha bisogno di nicchie per l'individuo, ha bisogno di spazi che offrano protezione a quei malati che desiderano stare soli con se stessi. Dato che l'ospedale non potrà mai offrire il calore di una famiglia, è necessario che esso venga concepito come una casa in cui si dedica la massima attenzione all'armonizzazione degli spazi e dei tempi – vale a dire alla configurazione edilizia-architettonica e all'organizzazione del ritmo giornaliero; ma anzitutto l'ospedale deve essere un luogo di comunione: l'uomo come essere sociale desidera interagire con gli altri. Sotto questo aspetto rientra anche la separazione graduale *dall'ospedale* (cliniche diurne e notturne), il reinserimento nella famiglia e nell'ambito lavorativo e la partecipazione a gruppi di autodifesa<sup>24</sup>.

#### 2.4.3. Nei centri per anziani

Percepire le rughe sul volto dell'anziano, percepire la lucidità dei suoi occhi, avvenire la sincerità e la curiosità infantile nel suo sguardo, i solchi sulle sue mani, il tremito nella sua voce e la compostezza/lentezza dei suoi movimenti : sono tutti modi per avvicinarsi alla persona nella terza età. Le rughe, i solchi, il tremito e la circospezione rappresentano una testimonianza eloquente della storia personale dell'anziano, della sua esperienza di vita e del cammino realizzato. Se il centro per anziani vuole essere uno spazio vitale è indispensabile avvenire, riconoscere e apprezzare questa testimonianza.

Partendo da questa ottica è doveroso lasciare all'anziano gli oggetti a cui si è affezionato poiché essi rappresentano un ricordo dei momenti cruciali della sua vita e costituiscono elemento fondamentale del suo ambito vitale.

Il centro per anziani può divenire uno degli scenari della sto-

<sup>24</sup> Più si prolunga nel tempo il trattamento, più diventa difficile il reinserimento. Pertanto sono della massima importanza le attività di riabilitazione. Soltanto un reinserimento riuscito dal paziente garantisce un successo duraturo della terapia e/o del trattamento.

ria della persona umana, può entrare a far parte di questa storia soltanto se cerca di rivivere e di comprendere la storia personale dell'anziano nei suoi momenti vissuti e non vissuti, nelle sue offese e mortificazioni psichiche (traumi della guerra), nelle sue delusioni, nelle sue speranze e attese vane, nelle sue gioie e nei suoi momenti felici. Se il centro per anziani non riconosce l'indissolubilità che lega l'individuo alla sua storia personale rimarrà un corpo alieno nella vita dell'anziano (tanto più che l'individuo è da considerarsi un essere indivisibile anche e soprattutto in riferimento al suo passato, presente e futuro). Una comprensione della situazione attuale e reale dell'anziano è possibile soltanto sulla base della sua storia personale. Se si favorisce il ricordo della vita passata coltivando l'attitudine narrativa propria dell'anziano si lanciano dei ponti su cui l'anziano trova accesso all'oggi e al domani. Il flusso della sua memoria rimane intatto. L'esperienza della diminuzione delle forze fisiche e mentali, l'esperienza della malattia e dell'infermità anche psichica, l'esperienza della propria impossibilità di agire, l'esperienza dello sradicamento dalla famiglia e dal consueto ambiente di vita, l'esperienza della propria dipendenza dagli altri, e tanto più dagli estranei... tutte queste esperienze possibili sono molto dolorose, incisive e penose in modo particolare per la persona che lungo tutto l'arco della sua vita è stata "sana".

Il centro per anziani a questo proposito deve distinguersi per la disponibilità attiva di soffrire con l'anziano, di essere triste e di piangere con lui (lo stesso vale, ovviamente in chiave diversa, anche per l'ospedale psichiatrico).

Questo implica fra l'altro: il centro per anziani è silenzioso, tace, non cerca necessariamente la verbalizzazione del dolore, non conforta necessariamente con la parola: "il dolore che ti tormenta avrà certo anche i suoi lati positivi".

L'anziano che in passato ha provveduto da sé al proprio sostentamento ha spesso la sensazione di essere inutile, di non avere più alcun valore a causa della sua "inefficienza" e di essere un peso per gli altri a causa del proprio stato fisico e psicologico.



Contro questa sensazione alienante e “disumana” il centro per anziani ha il dovere di insorgere nel vero senso della parola. Deve dire, dimostrare, deve insomma far sentire all’anziano che non c’è alcun bisogno di legittimare o di provare la ragione della propria esistenza attraverso una prestazione lavorativa. L’atmosfera del centro per anziani dovrebbe trasmettere alla persona anziana la seguente sicurezza: “è sufficiente e bene che io semplicemente esista; la mia esistenza è un dono, la mia vita mi è concessa gratuitamente, liberamente, senza che io debba dare qualcosa in cambio”<sup>25</sup>.

Il centro per anziani offrirà la possibilità di fare – l’infanzia come la vecchietta racchiudono l’homo ludens – o di non-fare-nulla: non si fa nulla! Il centro per anziani dovrebbe in un certo senso celebrare il non-fare-nulla, l’autunno della vita.

Dovrebbe garantire all’anziano di poter vivere con se stesso e per se stesso creando dei tempi e degli spazi che gli permettano di stare solo. Abbiamo voluto utilizzare intenzionalmente la parola “anziano”.

Perché oggi non si ha il coraggio di parlare dell’anziano con la stessa naturalezza con cui si parla del bambino? Non è forse segno di un processo di rimozione parlare in maniera eufemistica della terza età, quando si parla degli anziani? In altre parole: non è forse la follia del culto della giovanilità – giovane è bello – a imporre l’utilizzo di “parole di abbellimento”, vale a dire di eufemismi? Il volto dell’anziano è bello. La solitudine, l’essere soli, l’essere assorti in se stessi è cosa totalmente diversa dall’isolamento, dall’essere solitari, dalla chiusura. Sol tanto dal raccoglimento nei periodi di solitudine nasce il desiderio dell’altro, degli altri, del divertirsi e stare allegri insieme. La solitudine offre all’anziano la possibilità di essere passivo.

La filosofia medievale distingue tra *actio immanens* e *actio transiens*, vale a dire tra attività interiore e attività esteriore. L’anziano è fra l’altro una persona la cui attività si svolge interiormente: egli guarda dentro di sé, contempla la propria interiorità, ascol-

<sup>25</sup> Cfr. *Apostolicam Actuositatem*, 11.

ta dentro di sé, spia il proprio respiro. L'anziano è, assiste, è presente. La parola "passivo" rimanda a patire, soffrire. L'anziano è anche colui che patisce, che è inattivo (verso l'esterno).

Nella sua attività interiore l'anziano continua a sviluppare la propria idea della felicità coltivata per decenni, ad approfondire il proprio desiderio immanente della felicità e inizia a sognare della vita nell'aldilà. La passività intesa correttamente è una cosa molto creativa, progettuale e viva.

La passività non produce alcunché di concreto, fisso o tangibile, ma da essa nasce l'umano e l'interpersonale. Soltanto un centro per anziani che non è soggetto a coartazioni pedagogiche o terapeutiche saprà cogliere e valorizzare "il movimento verso l'interiorità" dell'anziano<sup>26</sup>.

#### 2.4.4. Nei centri per handicappati

La persona handicappata, vale a dire la persona che sul proprio cammino si confronta con un ostacolo, ha bisogno di non essere emarginata per il proprio handicap, di non essere consegnata a moti di compassione fittizia e di non essere soffocata in un ambiente superprotettivo. Ignorare, stigmatizzare, emarginare la persona handicappata è segno di non-amore, di incapacità di amare. Essere superprotettivi, trattare l'handicappato come un bambino che non sarà e non potrà mai essere svezzato, viziarlo è segno di impotenza, rivela un'inibizione, una certa povertà affettiva del "soccorritore" (ci riferiamo in particolare al fenomeno comunemente noto come sindrome del soccorritore secondo cui una persona non equilibrata si fa soccorritore soltanto sotto la spinta della incapacità di amare se stessa e in funzione del proprio equilibrio). La persona handicappata ha bisogno di essere respon-

---

<sup>26</sup> Un numero crescente di anziani non vuole più abbandonare il proprio ambiente di vita per trasferirsi in un centro per anziani. Per questi anziani sarebbe ideale un centro diurno annesso al centro residenziale. In questo modo possono prolungare la loro permanenza nell'ambiente consueto ambientandosi nel contempo nel centro residenziale, cosa che facilita anche sensibilmente un eventuale ingresso nel centro.

L'assistenza fornita dal centro diurno potrebbe rendere finalmente superfluo il trasferimento nel centro residenziale.

sabilizzata (di avere cioè la libertà individuale) in tutte quelle situazioni in cui essa è capace di superare, gestire e convivere con il proprio handicap. Ha bisogno invece di aiuto disinteressato in tutte quelle situazioni in cui non riesce ad affrontare da sola il proprio handicap. L'ambito vitale normale di una persona handicappata è la famiglia. Se questa non è in grado di affrontare le circostanze concomitanti dell'handicap, può ricorrere all'aiuto dei centri specializzati. Il confine tra autonomia, autoresponsabilità, libertà da una parte e dipendenza dal sostegno degli altri per contro deve essere costantemente ridefinito attraverso il dialogo, il discorso a due con il "Tu" che è portatore di handicap e il confronto comune. Entrambe le parti in causa hanno gli stessi diritti e sono complementari. La persona handicappata e quella non handicappata non sono contrapposte. Nessun individuo – pensiamo al significato di questa parola: indivisibile – può essere scisso in se stesso, pertanto neppure in handicappato e non handicappato, in sano e malato. Nel dialogo con la persona portatrice di un handicap mentale il cosiddetto "non handicappato" deve perciò concepire intendere soltanto "affare dell'intelletto, è anche opera e strumento del sentimento. Per questo motivo il pensiero, il modo di pensare della persona handicappata è intessuto di sentimento. Il modo razionale di pensare del "non handicappato" e il modo emotivo di pensare dell'"handicappato mentale" possono integrarsi, compenetrarsi valorizzandosi a vicenda, riempire "lo spazio in mezzo" tra l'essere handicappato e il non essere handicappato in modo costruttivo ed eliminare la demarcazione disumana tra i due modi di essere<sup>27</sup>. Se si volessero sintetizzare i bisogni nuovi delle persone handicappate in uno slogan, questo sarebbe indubbiamente "la normalizzazione"<sup>28</sup> che

<sup>27</sup> "Dobbiamo coinvolgere gli handicappati e i loro familiari con la massima naturalezza nella nostra vita. Deve essere nostro desiderio dare a loro la famiglia. In questa maniera non aiutiamo soltanto loro, ma anche noi stessi. Perché nel rapporto con loro impariamo a conoscere i veri valori della vita". Dal discorso natalizio del presidente della Repubblica Federale Tedesca Richard Von Weizacher 1987.

<sup>28</sup> Il concetto della normalizzazione è inteso qui nel senso di W. Wolfenberger e Goffman.

significa: conformazione al ritmo e alle consuetudini di vita di un qualsiasi cittadino del paese interessato. Il bisogno di auto-realizzazione e autodeterminazione dispone, fra tanti altri, di uno strumento valido nelle cosiddette rappresentanze degli ospiti<sup>29</sup>.

#### 2.4.5. Negli asili notturni

Il gruppo delle persone che si rivolgono agli asili notturni è molto complesso, aumentato di molto negli ultimi anni e profondamente trasformato nella sua composizione umana. Definiremo questo gruppo di persone i “senza dimora”. Innanzitutto si pone la domanda: per quali motivi si fa parte di questo gruppo? I motivi principali sono: l'emarginazione sociale, la povertà economica, le situazioni politiche estreme, le tragedie familiari, i disordini causati dalle guerre e i conflitti personali ed interpersonali.

In questo gruppo si trovano senza dubbio molte persone che desiderano la risocializzazione (vita familiare, casa accogliente e lavoro), ma anche persone che non riescono ad adattarsi al sistema dei valori della società che pertanto rifiutano.

L'intero gruppo può essere caratterizzato da tre aspetti:

1. Non hanno rapporti familiari stabili
2. Non svolgono alcuna regolare attività retribuitiva
3. Sentono il bisogno di girovagare costantemente.

La problematica dei senza dimora è gravata da un'ulteriore complicazione per il fatto che il 90% di loro sono alcolizzati.

Nell'assistere questo gruppo di persone le organizzazioni statali ed ecclesiali debbono tener presente che non hanno il diritto di imporre loro la risocializzazione, se vogliono rispettarne la libertà individuale. Le iniziative di aiuto debbono essere presentate come offerta.

Dobbiamo interrogarci con molta franchezza, in quale misura idealizziamo questo gruppo di persone invidiandone la libertà e l'esistenza senza scopo e in quale misura invece le con-

---

<sup>29</sup> Queste rappresentanze costituiscono un controllo valido per la nostra attività. Esse sono in grado di rivalutare i bisogni degli ospiti da un'angolatura diversa dalla nostra.

sideriamo come parassiti della società. Dobbiamo comunque avvicinarci a loro in maniera tollerante rispettando la loro filosofia di vita e il loro approccio alla vita. Ma la nostra tolleranza deve anche avere un limite, nel momento in cui la persona rischia di rimanere danneggiata fisicamente e psichicamente per un desiderio esagerato di libertà o per tendenze autodistruttive.

I bisogni di questo gruppo di persone sono diversi e molteplici. In primo luogo si tratterà comunque di soddisfare determinati bisogni primari: pasti caldi, vestiti puliti, possibilità di fare il bagno, assistenza medica, rapporti sociali, dialogo, aiuti nel risolvere problemi con le autorità e con la famiglia. Da non trascurare è infine il bisogno religioso di queste persone. Una parte di essi desidera anche la risocializzazione, desiderio di cui dovremmo tenere conto con programmi terapeutici ad hoc. Tuttavia il desiderio della risocializzazione mancherà in tutti coloro che con il proprio stile di vita intendono entrare volutamente in contrasto con la realtà socio-culturale, economica e politica della società in cui vivono. Questi individui vengono comunemente definiti “disadattati”. Nell’aiutare ed offrire iniziative terapeutiche a queste persone ci troveremo sempre in un campo di tensione oscillante tra l’aiuto autentico e la risocializzazione imposta; tra la tolleranza e la responsabilità verso il nostro prossimo.

### *3. Stato ideale*

Come figli di San Giovanni di Dio abbiamo il dovere di mettere i bisognosi costantemente al centro delle nostre riflessioni, la persona bisognosa e il suo grido di aiuto nell’“hic et nunc” sono più importanti di qualsiasi trattato teorico-scientifico sul bisogno e sul dolore. Tutti i nostri progetti e tutte le nostre iniziative di ristrutturazione devono avere come punto di riferimento e di orientamento i valori vissuti dal nostro Fondatore.

Nella descrizione che le Costituzioni e gli Statuti Generali danno dell’ospitalità ci viene illustrato, anche se in maniera

molto generica, lo stato ideale da perseguire nelle nostre opere. Dall'art. 23 delle Costituzioni emerge con molta chiarezza che questo stato ideale non lo possiamo raggiungere da soli. Abbiamo bisogno dell'aiuto dei nostri collaboratori che siamo chiamati a motivare alla cooperazione tramite il nostro agire, pensare e operare. Questa cooperazione con i collaboratori<sup>30</sup> necessita di un costante sviluppo e approfondimento.

Non è possibile circoscrivere definitivamente lo stato ideale in riferimento ai nuovi bisogni. Nel corso del tempo emergono continuamente nuovi bisogni e nuove manifestazioni dei bisogni a cui dobbiamo rispondere. L'unica definizione possibile dello stato ideale risiede nella massima: "Le persone si devono sentire bene nei nostri centri". Questa definizione non è però da intendersi riferita esclusivamente al sentire spontaneo e soggettivo. La persona deve sapersi accettata e accolta da noi nella sua situazione concreta, non deve sentirsi messa sotto cura o addirittura in balia di chicchessia.

La sua libertà e individualità deve rimanere inviolata. Il benessere non si costruisce senza fondamenta, esso nasce nell'incontro tra uomo e uomo. Non compete a noi stabilire lo stato ideale delle nostre opere, ma al malato, handicappato, anziano... "che è la nostra università"<sup>31</sup> nella quale possiamo e dobbiamo studiare. Sarà la persona bisognosa a tracciare lo stato ideale delle nostre opere. Dobbiamo tenere presente che l'ospite ha il diritto di prendersi cura in prima persona del proprio benessere fisico e psichico. Non possiamo imporgli arbitrariamente la nostra visione della salute del benessere. Dipende dalla nostra sensibilità e dalla nostra prontezza, se mai raggiungeremo lo stato ideale oppure se saremo in perenne ritardo sui bisogni e sulle richieste legittime degli ospiti dei nostri centri. Ciò vale sia per i paesi industrializzati che per i paesi in via di sviluppo,

---

<sup>30</sup> "Nessuno detiene tutto il sapere sanitario" (MARCHESI, L'Ospitalità..., n° 81).

<sup>31</sup> "Il malato è la nostra università, il nostro datore di lavoro, colui che ci guida... dobbiamo captarne e interpretarne i messaggi, le proteste, i drammi, le esigenze". (MARCHESI, L'Ospitalità..., n° 85).

poiché l'ospite esprimerà i suoi desideri e i suoi bisogni nell'uno e nell'altro caso. Soltanto il modo di soddisfare questi bisogni varierà a seconda del diverso contesto socio-culturale.

#### 4. Come raggiungere l'obiettivo prefisso?

4.1. Se non ci muoviamo saranno gli altri a costringerci ad agire. Nel passato le istituzioni ecclesiastiche, private e statali si sono impegnate a rispondere ai bisogni delle persone a loro affidate nel limite delle loro possibilità e a seconda delle circostanze storiche. Tuttavia bisogna ammettere che non sempre sono riuscite a dare delle risposte adeguate. Per questo motivo sono sorte alcune associazioni, definite anche gruppi di autodifesa, come p.e. la "Lebenshilfe"<sup>32</sup> e "Le Pantere Grigie"<sup>33</sup> per citarne soltanto due.

Questi hanno contribuito significativamente alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Sull'onda di questa nuova coscienza pubblica sono state difatti modificate alcune leggi, migliorate certe situazioni ed eliminati alcuni disservizi insostenibili tramite la chiusura di alcuni centri.

Se non siamo disposti a farci interpreti dei bisognosi, come esigono le nostre Costituzioni<sup>34</sup>, saranno gli stessi bisognosi a farsi interpreti dei loro bisogni legittimi insorgendo contro di noi.

#### 4.2. Agire, ma come?

Se vogliamo che le persone si sentano bene nelle nostre strutture, dobbiamo ascoltare in chiave creativa e fedeli all'ideale di San Giovanni di Dio gli ospiti dei nostri Centri.

<sup>32</sup> "Lebenshilfe": associazione di genitori con figli handicappati che ha contribuito a migliorare la situazione degli handicappati. Oggi tale organizzazione gestisce propri centri, proprie scuole e proprie accademie per l'aggiornamento.

<sup>33</sup> "Pantere Grigie"; associazione di anziani che si adopera per i diritti dell'anziano nei confronti delle autorità e dei centri. In parte anche con azioni violente. Fondata in America.

<sup>34</sup> Costituzioni, capitolo I, 3; 5 - capitolo II, 20; 21; 22; 23; 24. Statuti Generali, capitolo II, 24.

“Il cuore comandi!”<sup>35</sup>. Dobbiamo altresì cercare continuamente di immedesimarci nella situazione delle persone affidateci. Secondo il detto: “Non fare ad altri ciò che non vorresti fosse fatto a te” dovremmo interrogarci su come e cosa sentiremmo noi se fossimo nei panni dell’interessato<sup>36</sup>.

In questa maniera ci avvicineremo sempre di più al bisognoso e ci allontaneremo dalle nostre comodità e dalla nostra cecità da professionisti puri.

Gli strumenti tecnici al riguardo sono pochi.

Condurre delle indagini a sfondo empirico nelle nostre opere è una possibilità per sapere di più sui nuovi bisogni<sup>37</sup>. Inoltre è indispensabile esaminare periodicamente in maniera oggettiva le realtà delle nostre strutture. Questo compito compete ai vari gruppi costituiti nelle opere (comunità, comitato di gestione, consiglio pastorale...) e al Governo Provinciale (Consiglio, Segretariati provinciali...) che dovranno elaborare un piano di azione al riguardo provvedendo alla sua attuazione. Una vera umanizzazione delle nostre strutture potrà però riuscire soltanto se i religiosi, i collaboratori e i cooperatori affronteranno insieme la missione di servire la persona bisognosa. Per poter realizzare questo servizio in maniera efficace ed efficiente non basta la buona volontà; è richiesta invece vera professionalità. Per questo motivo l’aggiornamento e la formazione permanente devono rappresentare un tema centrale nelle nostre riflessioni. Ma in primo luogo siamo chiamati ad essere sensibili ai segni dei tempi<sup>38</sup>. Soltanto essendo aperti allo Spirito Santo saremo in grado di costituire una guida verso il futuro<sup>39</sup>.

---

<sup>35</sup> Scritta sulla porta del primo ospedale di San Giovanni di Dio.

<sup>36</sup> Cfr. *Gaudium et Spes*, 1.

<sup>37</sup> Citiamo come esempio l’indagine empirica commissionata dalla Provincia austriaca all’Università di Graz nel 1987.

<sup>38</sup> Articoli di giornali, libri nuovi, dichiarazioni della Chiesa, nuove leggi, mutamento dello stile di vita in un paese, innovazioni scientifiche e tecniche.

<sup>39</sup> “ma la nostra azione risulterà efficace solo se possederemo la forza interiore e la consapevolezza che l’umanità ha bisogno di testimoni della verità, di guide morali oltre che operative, dotate di coscienza critica, di anticipatori coraggiosi” (MARCHESI, *L’Ospitalità...*, n° 51).



### 3. NUOVI BISOGNI DELLA SOCIETÀ

#### 1. *Evoluzione storica*

Tre sono gli aspetti che definiscono il cambiamento registrato a partire dagli anni '60 – anni di fermento per il mondo dei cattolici:

- a livello sociale
- a livello ecclesiale
- a livello dell'Ordine.

#### *A livello sociale*

Fino al 1973, anno della prima grave crisi economica del secondo dopoguerra, ha luogo un importante fenomeno espansivo che potremmo definire di internazionalizzazione. Il concetto di stato è insufficiente a contenere l'esplosione economica, culturale, sociale, tecnologica, ideologica, ecc., che trascende i limiti tradizionali.

Questa grande trasformazione, in cui tutto sembra essere alla portata di tutti, porta con sé un grave problema per la società nel suo insieme: la dipendenza. Molti paesi della periferia stanno muovendo i loro primi passi come stati sovrani e già hanno preso coscienza di dipendere dal centro quasi in tutto. Il miraggio della libertà non basta a coprire la realtà dell'essere legati, forse più strettamente di prima.

Il decennio degli anni '70, con risvolti gravi che si contrappongono all'euforia del progresso, mostra ben chiara la situazione in cui ciascuno si trova: i paesi del centro attraversano serie difficoltà, quelli della periferia arrivano al collasso, quan-

do non alla recessione. I primi, gli uni contro gli altri, tentano di rilanciarsi; i secondi si vedono impotenti, presi tra le loro contraddizioni interne e la dipendenza che li soggioga.

#### *A livello ecclesiale*

La sincera esortazione di Giovanni XXIII ad aprire le finestre per lasciar entrare l'aria fresca, diede luogo a tutta una rivoluzione nel mondo della Chiesa. Nei paesi del centro si produsse una rottura tra il fatto sociale e il fatto ecclesiale; l'autonomia del profano impone alla Chiesa la ricerca del suo luogo specifico. Paolo VI farà un passo avanti nella linea aperta dal Concilio Vaticano II e chiederà di incoraggiare il dialogo tra fede e cultura. L'ospedale si pone come un luogo privilegiato per tale dialogo.

Nei paesi della periferia, l'autonomia del profano darà luogo rapidamente ad una nuova situazione ecclesiale che a partire dall'analisi della realtà in cui vive farà una chiara e pesante denuncia, alla luce della fede.

#### *A livello dell'Ordine*

Inquadrare questa evoluzione nella realtà della nostra istituzione risulta molto complesso, infatti non si può operare una netta distinzione tra paesi del centro e della periferia.

Nei paesi del centro sono gli anni dell'avvento della tecnologia nella medicina. Da un lato si consolida il concetto di ospedale come entità imprenditoriale che incanala una gran quantità di risorse economiche, tecniche e umane, che si sente in grado di far fronte ad un maggiore e diverso numero di malattie. Dall'altro, l'attività sanitaria si espande in misura considerevole fuori dell'ospedale; nascono gran quantità di risorse intermedie destinate a prevenire la malattia e il ricovero in ospedale.

## *2. Analisi della realtà*

Per esaminare più in dettaglio la realtà in cui ci troviamo, in base alla distinzione esistente (paesi del centro e paesi della periferia), bisognerà aggiungere un duplice aspetto: azione nel campo della salute, azione nel campo sociale.

## 2.1. La situazione nei paesi del Centro del mondo

### 2.1.1. Nel campo della salute

Questa è la mappa dei nuovi bisogni

*Malati psichiatrici cronici.* I Paesi che devono orientare le loro linee base di lavoro si trovano al centro di un serio dibattito sulle tendenze della psichiatria – non esente da una forte connotazione ideologico-politica.

Non si tratta esattamente di nuovi bisognosi, ma la situazione dimostra che questo è un campo sempre più trascurato.

*Malati terminali.* La nostra società sfugge la sofferenza e cerca di evitare il contatto con la morte. La medicina non ha risposta né strutture per i malati terminali e in diversi paesi è in corso di discussione il tema dell'eutanasia. Un campo particolare, vicino a questa tematica, è costituito dai malati di AIDS. Sul conto di questa malattia c'è una grande preoccupazione nella società ma anche una grande paura resa più forte dalle scarse conoscenze scientifiche. La realtà è che negli ospedali si cerca di evitare questi malati una volta esaurita la fase terapeutica e pochi sono i pareri favorevoli alla creazione di centri specializzati.

*Malati cronici.* Sono molti i malati che devono dare alla loro esistenza una nuova ragione di essere e per la medicina il lavoro su questi malati risulta poco interessante, dal momento che non si prestano alla sperimentazione di nuove tecnologie, né al conseguimento di grandi successi scientifici. Tra i malati cronici il gruppo formato dalle persone dipendenti dai farmaci o dalle tecniche mediche presenta alcune caratteristiche peculiari: il fatto di dipendere da fattori esterni fa della loro esistenza una nuova realtà che permette sì alla persona di continuare a vivere, ma mette in discussione il significato e il senso di questa forma di vita.

### 2.1.2. Nel campo sociale

*Minorati psichici e/o fisici gravi.* Si mette in discussione il concetto di vita in questi ammalati e di conseguenza la ragione della loro esistenza.

*Anziani.* Nella nostra società, la collettività delle persone nella terza età non costituisce più una minoranza e nella maggior parte dei paesi questo gruppo sociale è destinato ad aumentare. Finché la persona gode di buona salute, dispone di vari servizi che permettono di sviluppare le sue facoltà personali. Quando perde la salute, la carenza di mezzi appare evidente, con una prevalenza di risorse mediche a far fronte ad un insieme di esigenze assistenziali dai forti connotati umani e affettivi.

*Tossicodipendenti.* È sempre stato un serio problema della nostra società e l'introduzione di nuove droghe lo ha complicato fino ad un limite impensato; il problema di base è variato di poco; l'uomo cerca al di fuori l'equilibrio che non trova all'interno di sé.

## 2.2. La situazione nei Paesi della periferia del mondo

### 2.2.1. Nel campo della salute

*Malattie infantili.* Sono originate dalla assenza di profilassi e si suppone che siano diffuse in percentuale maggiore di quanto risulta.

*Malnutrizione.* È fonte di un considerevole numero di malattie e benché la si associ al mondo infantile, in realtà affligge gran parte della popolazione, specialmente anziani e donne.

*Malattie endemiche.* La malattia è una delle più note ma ce ne sono altre, ad esempio la tubercolosi, delle quali si sta riscontrando un forte aumento.

*Malattie mentali.* Sono causate dalla cultura, intesa nel senso più ampio e costituiscono un grave problema che richiede una soluzione. Nei malati cronici la situazione di abbandono è allarmante soprattutto se il loro livello sociale è basso. Nei malati acuti, l'assenza di risposta terapeutica provoca un rapido deterioramento della malattia.

*Tossicodipendenti.* Un problema veramente serio originato in molti casi dal non saper superare la loro condizione di diseredati e con un significativo deficit culturale da colmare.

*Mondo rurale.* Se nei paesi del centro, in sé e per sé, le carenze sono molto grandi, nelle zone rurali l'insufficienza in campo sanitario è incommensurabile.

### 2.2.2. Nel campo sociale

*Diseredati.* Nella maggior parte dei casi, le loro radici originarie e le circostanze esterne diminuiscono, quando non le annullano, le loro possibilità di sviluppo come persone.

Emarginati dalla famiglia e dalla società non hanno casa, lavoro, legami sociali, né patria. Si vedono condannati ad una vita di sussistenza in continua lotta per riuscire a sopravvivere, ed è molto frequente la necessità di emigrare in città nell'illusione di trovare una via di uscita al problema. Questo tipo di vita sta alla base di alcune malattie mentali e somatiche nei bambini, negli adulti e negli anziani.

Questa situazione non è un fatto spontaneo, ma la manifestazione più chiara ed evidente (della realtà) dello sfruttamento insito nel nostro sistema, dell'ingiustizia sociale che ci circonda.

*Disoccupazione.* Un elemento comune a tutta la nostra società, è il numero crescente di disoccupati sia al centro che alla periferia. Il problema riguarda tutti i paesi, in alcuni ha minore intensità, in altri sono alle porte crisi sociali provocate da una situazione insostenibile dalla quale non si vede una via di uscita.

### 3. *Impostazione ideale*

Stabilire quale debba essere la nostra risposta di fronte all'insieme dei nuovi bisogni che abbiamo elencato, non è compito facile. Dobbiamo ammettere che il limite è insito nella persona umana e che la risposta di fronte ad essa deve avere una doppia valenza: l'impegno a superare questo limite e l'aiuto all'uomo perché trovi il senso della sua vita, tenendo conto delle sue peculiarità.

Qual è la risposta ideale dei Fratelli di San Giovanni di Dio? Non lo sappiamo, crediamo che debba essere un processo di ricerca e di compromesso solidale. In altre parole, la realtà at-

tuale è il risultato di un processo storico iniziato con il tentativo di dare una risposta alla domanda dei nuovi bisognosi. È indispensabile che in ogni Provincia si rifletta più a fondo su questi nuovi bisognosi per poi orientare la nostra risposta. Probabilmente, viste le risorse umane di cui disponiamo, sarà necessario operare una scelta tra la situazione attuale e i nuovi orientamenti: se vogliamo essere il segno comunitario del Regno è imprescindibile prendere queste decisioni. Allo scopo di illuminare questo adeguamento del nostro ideale alla realtà sulla quale operiamo, ci è sembrato necessario ricorrere alla dottrina della Chiesa, nel senso più ampio.

### 3.1. A livello dell'uomo

Prendendo come punto di partenza la Genesi (2,20 e 1,18) vediamo come Dio rivolga all'uomo una duplice esortazione: da un lato, Adamo impone un nome a tutti gli animali della terra e agli uccelli del cielo, dall'altro riceve il mandato di crescere e moltiplicarsi, di popolare la terra e dominarla.

Nella lettera agli Efesini (I, 3-10) nell'esplicitare il progetto salvifico di Dio, l'uomo viene considerato come eletto da Dio e chiamato alla santità e predestinato ad essere figlio di Dio per opera di Gesù Cristo.

L'uomo, l'umanità, sono chiamati a dare senso alla creazione, infatti questa è stata posta al servizio dell'uomo perché renda gloria a Dio.

Il compito di dominare la terra, che nella nostra epoca noi chiamiamo sviluppo, si offre ad una interpretazione chiara, come progetto da portare al suo grado massimo tra tutti gli uomini, ad opera di tutti gli uomini e per il bene di tutti gli uomini.

Così sarà allorché l'uomo darà ascolto alla sua autentica vocazione di figlio di Dio, quando con la sua azione personale e collettiva cercherà il bene della comunità, quando nel suo dominio della terra rispetterà la terra stessa e la preserverà come una eredità da trasmettere ai suoi successori, quando dello sviluppo farà una fonte di felicità e questa felicità raggiungerà tutti. Essere figli di Dio è un dono di tutta l'umanità e il cristiano contrae l'obbligo di attuare questa universalità.

Paolo VI nell'enciclica *Popolurum Progressio*, al numero 47, dà un'esatta interpretazione di questo progetto dell'uomo quando dice: "...Si tratta di costruire un mondo dove tutti gli uomini, senza distinzione di razza, religione o nazionalità, possano vivere una vita pienamente umana, un mondo dove la libertà non sia una parola vana".

### 3.2. A livello istituzionale

Quando nelle Costituzioni si parla del nostro carisma, lo si esplicita in diversi modi: tra l'altro, veniamo esortati a mantenere viva la presenza misericordiosa di Gesù di Nazareth (n° 2). Lo stesso numero contiene anche l'esortazione ad essere testimoni del Regno di Dio in mezzo ai poveri e agli ammalati identificandoci con loro.

Nel fare riferimento alla povertà, al numero 12, si torna ad insistere sulla sequela di Gesù che si è fatto povero per noi e che ha solidarizzato con la debolezza umana.

Allo stesso numero si insiste una volta di più sulla nostra missione di annunciare il Regno ai poveri, attraverso la nostra povertà, in comunione con loro, comprendendo la loro situazione, lavorando per la loro promozione, impegnandoci contro l'ingiustizia e risvegliando le coscienze di fronte al dramma della miseria. Noi crediamo che tali orientamenti debbano essere presenti a tutti i livelli: in ogni religioso, con il suo progetto di vita, in ogni comunità con il suo progetto comunitario, nell'istituzione con le sue decisioni globali.

Al punto precedente abbiamo constatato una realtà di necessità e stiamo proiettando il nostro impegno su una opzione preferenziale: pertanto urge una decisione istituzionale, comunitaria e personale coerente con le categorie di poveri che abbiamo individuato e con i mezzi dei quali disponiamo.

Ogni Provincia deve orientare le proprie iniziative su questa linea: in alcune lo scarso numero di fratelli sarà motivo di potenziamento del ruolo dei laici, in altre sarà opportuno abbandonare il modo attuale di essere presenti ed aprire nuove forme di presenza comunitaria dell'abbandono che li affligge quando devono lasciare l'ospedale.

*Minorati psichici e/o fisici gravi.* Potenziare linee operative volte a conseguire il pieno sviluppo delle loro possibilità.

Portare a buon fine iniziative intese a deistituzionalizzare l'assistenza massificata, mediante la creazione di centri residenziali più piccoli, alloggi, laboratori ecc.

#### 4. Linee di azione

##### 4.1. Nei paesi del Centro

*Psichiatria.* Dovremmo interrogarci sull'opportunità di creare un modello assistenziale a livello dell'Ordine. Un modello di comprensione della malattia e di intervento assistenziale. Per alcuni paesi, creare organi di opinione che difendano questo modello o denunciino l'ingiustizia di quelli già esistenti. In modo più specifico, impostare un nuovo concetto di riabilitazione dei pazienti internati.

*Malattie terminali.* Bisognerebbe modificare l'orientamento dei centri, partendo dalla filosofia di aiutare i malati a morire bene. Un passo iniziale sarebbe quello di istituire reparti di terapia del dolore.

Come realizzazione più globale si dovrebbero creare dei "centri di ricovero", con un piano di lavoro di tipo ospedaliero, "day-hospital" e l'assistenza a domicilio. Per i malati di AIDS bisognerebbe studiare la creazione di piccole residenze dove possano vivere, completando la loro assistenza sanitaria in ospedale, tentando così di ridurre il grande problema

*Malati cronici e anziani.* Si impone un cambiamento di mentalità, in cui i concetti di efficienza e qualità dell'assistenza si integrano con quelli di accompagnamento, cura e umanizzazione. In questo cambiamento dobbiamo coinvolgere i familiari e gli amici del malato, che sono destinati a svolgere un ruolo importante.

Creare nuovi piani di lavoro per questi malati, aprendo il centro verso l'esterno, favorendo i contatti del malato con la so-



cietà; intraprendere la pianificazione di terapie occupazionali e ludoterapia; il lavoro sociale acquisisce un ruolo rilevante. Il volontariato si può costituire in un ambiente adeguato, per potenziare la comunione ecclesiale nella fede attraverso la compagnia e l'aiuto disinteressato.

*Tossicodipendenti.* Varie soluzioni possibili:

- inserire i malati nelle comunità
- creare delle reti assistenziali
- inserirsi nelle reti già esistenti
- creare centri per la disintossicazione

*Emigranti.* Aprire centri di accoglienza e di appoggio, con la duplice finalità di favorirne l'inserimento nelle nuove culture e garantire la copertura sanitaria.

*Disadattati.* Creare un modello di assistenza globale comprendente vari aspetti (prevenzione, orientamento, assistenza e reinserimento *sociale*) e livelli (accoglienza, cura, controllo e riabilitazione). Particolare attenzione alla normalizzazione di quegli aspetti della persona umana che sono maggiormente degradati e che ne ostacolano l'adattamento al lavoro e alla famiglia. Potenziare il reinserimento con l'ausilio di gruppi di sostegno alla riabilitazione (alloggi, laboratori, ecc.).

Sia nei paesi del centro che in quelli della periferia bisognerebbe aprire le comunità ai bisognosi, accogliendoli nella vita comunitaria e integrandoli nel loro ambiente di vita.

#### 4.2. Nei paesi della periferia

Dare inizio a programmi di prevenzione: ad esempio, le malattie endemiche e quelle infantili sono due scelte precise per portare avanti questo lavoro.

Nel recupero di tossicodipendenti sono validi gli stessi orientamenti del punto precedente.

Nel campo della psichiatria sarebbe indicata una seria analisi in quanto mentre in alcuni paesi esiste una vasta esperienza, in altri è urgente intervenire; il tema non si presenta facile, ma esige una risposta istituzionale.

---

## 4. STILE E RUOLO DELLA COMUNITÀ

### *1. Breve excursus storico*

#### 1.1. Gli ultimi trent'anni

Negli ultimi trent'anni le comunità religiose si sono trasformati ulteriormente in seguito all'evoluzione del mondo e della vita interna della Chiesa. Dietro la spinta della socializzazione e dell'urbanizzazione incontrollata, si è venuta a creare in molti paesi un mondo della salute o quanto meno una rete di grandi ospedali che si avvalgono dei rapidi progressi della scienza, della tecnica, della medicina e della chirurgia.

Il mondo della salute e le strutture ospedaliere assumono una crescente importanza nella vita delle nazioni, modificano il rapporto medico/paziente, nonché i rapporti tra gli ammalati e le loro famiglie. Il mondo della salute crea le proprie organizzazioni più o meno professionali che concorrono al mutamento delle mentalità, dei rapporti sociali e perfino degli operatori del settore sanitario e ospedaliero. È anche un mondo duro e indifferente ai valori spirituali. Durante questo periodo una parte della popolazione dei paesi ricchi diventa più attenta alla situazione dei paesi economicamente poveri e alle esigenze che essa comporta: aiuto allo sviluppo e collaborazione volta al miglioramento della salute nei paesi del terzo mondo. Nel contempo, si allarga il divario esistente tra questi e le nazioni ricche, che continuano a sfruttare, sotto certi aspetti, i paesi poveri.

#### 1.2. Evoluzione post-conciliare

In particolare, sulla scia del Concilio Vaticano II, in seno alla Chiesa prende avvio un rinnovamento della vita religiosa che si

ripercuote sulla vita comunitaria e sul modo di vivere i consigli evangelici. Per effetto della secolarizzazione, le strutture sanitarie sono diventate monopolio degli Stati e della società, dove la scienza viene esercitata a prescindere da qualsiasi considerazione religiosa. “La Chiesa, pur continuando ad essere attiva nel mondo della salute, sa di non essere la sola ad ispirare i comportamenti e a rispondere alle aspettative e agli interrogativi del malato e della sua famiglia. Senza rinunciare al suo compito, la Chiesa è sempre più conscia che il problema della salute riguarda tutta la società, ed è una sfida alla solidarietà collettiva”<sup>1</sup>.

1.3. La diminuzione di religiosi nella Chiesa e dei membri del nostro Ordine in particolare, si accompagna all’invecchiamento

Questo aumento delle fasce di età più avanzata accentua le difficoltà già esistenti di mantenere o costituire comunità sufficientemente valide dal punto di vista umano. I rari giovani riescono difficilmente ad integrare la loro vita religiosa nelle comunità. In alcune opere, l’aumento del personale laico incide sulla vita delle comunità religiose, i cui membri diminuiscono.

Si instaurano così nuovi rapporti tra laici e religiosi.

## 2. *Situazione attuale*

### 2.1. Comunità condizionate

Coloro che ci conoscono, ci guardano con attenzione e lucidità. Vogliono scoprire perché siamo diventati religiosi, ciò che ci anima e perché abbiamo scelto di vivere in comunità. Si chiedono quale sia la qualità della vita fraterna che noi viviamo. Orbene, malgrado il nostro amore per i malati e malgrado la nostra volontà di vivere la fraternità tra noi, “ci chiudiamo nelle comunità, in ruoli rigidi e ripetitivi”<sup>2</sup> che non facilitano la

---

<sup>1</sup> Commissione Pontificia per la Pastorale Sanitaria, I religiosi nel mondo della sofferenza e della salute.

<sup>2</sup> MARCHESI, Ospitalità..., n° 12.

realizzazione personale e la crescita degli altri membri della comunità. Per alcuni la vita comunitaria suscita più angosce che soddisfazioni. “Noi desideriamo la comunità ma nello stesso tempo la fuggiamo, forse per non correre rischi”<sup>3</sup>.

## 2.2. Rimpianti e nostalgie del passato

La nostra idea di comunità religiosa si è bloccata a mezza strada, stretta da tendenze paralizzanti<sup>4</sup>. Innanzi tutto la nostalgia del passato: ci sembra che sia stato perfetto ed alcuni si illudono che lo sia ancora oggi. Si arriva anche a rifiutare totalmente il passato, privandosi così della fede e dell'esperienza di vita religiosa dei nostri predecessori ma allo stesso tempo esiste anche il desiderio di aprire le nostre vite individuali e il nostro passato collettivo allo Spirito e a ciascuno dei nostri fratelli.

Nel momento culminante dell'azione nel settore sanitario, animati dalla passione di curare, i religiosi corrono il rischio di lasciarsi trascinare nell'attivismo<sup>5</sup>. Perdonano così di vista la loro vocazione apostolica specifica e mettono in ombra il senso della testimonianza religiosa che richiede da parte loro, tra l'altro, una autentica vita comunitaria, compenetrata di Fede, di Speranza e di Carità.

## 2.3. Urgenza di una testimonianza collettiva

I religiosi rischiano anche di perdere di vista l'importanza e l'urgenza della testimonianza collettiva che tutta la comunità è chiamata a dare verso l'esterno, quando il mondo e il nostro prossimo ne hanno bisogno e l'aspettano. Oggi l'esercizio della medicina negli enti sociali e sanitari ha costantemente e imprescindibilmente bisogno del lavoro in équipe. È questa la principale preoccupazione dei vari membri del personale. I religiosi non hanno ancora totalmente acquistato la dimensione del lavoro in équipe e troppo spesso restano ancorati alla mentalità

---

<sup>3</sup> MARCHESI, *Ospitalità...*, n° 44.

<sup>4</sup> MARCHESI, *Ospitalità...*, n° 42.

<sup>5</sup> Commissione Pontificia per la Pastorale Sanitaria, *I religiosi...*

di un'assistenza paternalistica. Non sempre le comunità vivono bene le ragioni della loro presenza nelle opere. Alcune situazioni quotidiane attorno alle quali si articola la vita della comunità e il funzionamento dell'opera, sollevano difficoltà soprattutto se manca un accordo sugli obiettivi comuni che motivano la presenza della comunità in un'opera<sup>6</sup>.

Vi è una mancanza di disponibilità che si esprime nell'attaccamento ai posti e agli ambienti di lavoro, nell'individualismo nella vita personale e nel modo di assolvere i propri compiti<sup>7</sup>.

#### 2.4. Tentativi di aggiornamento e di apertura

Alcuni gruppi di religiosi hanno scelto di allontanarsi dalle comunità di tipo tradizionale, cercano di realizzare un nuovo modo di vita nelle confraternite. Alcune comunità si sono stabilite al di fuori delle nostre opere, nelle aree geografiche in cui le popolazioni più sfavorite sono la maggioranza. Altre hanno scelto uno stile di vita che consenta loro di "vivere con" le popolazioni emarginate.

Di fronte alla crescente complessità delle attività amministrative e di gestione, le Province hanno realizzato varie esperienze:

- Alcune hanno proceduto a separare le funzioni del superiore della comunità da quelle di direttore del centro. Questo sdoppiamento delle funzioni dà al fratello superiore la possibilità di svolgere pienamente il ruolo di animatore e di vigilare sul rispetto dei valori del nostro carisma nel centro.
- Altre si sono completamente liberate della direzione generale nei centri a vantaggio dei collaboratori laici.
- Accanto a questi due movimenti, alcune comunità si sono orientate sempre di più verso l'assistenza spirituale di tutti coloro che frequentano i nostri centri, potenziando la pastorale ospedaliera.

<sup>6</sup> Verso un'integrazione delle Costituzioni. "Nuovo stile della comunità nei centri assistenziali".

<sup>7</sup> Commissione Nazionale Ospedaliera, "Religiose nella professione sanitaria", n° 321.

Alcune Province hanno chiesto alle comunità di acquisire una completa autonomia di gestione rispetto ai centri nei quali sono integrate. Esistono così situazioni in cui il bilancio della comunità è completamente separato da quello del centro. Questa autonomia finanziaria risponde agli imperativi di giustizia che la Chiesa, la società contemporanea e particolarmente i giovani si aspettano dalla nostra condizione di religiosi.

Queste esperienze vengono periodicamente valutate allo scopo di verificarne l'efficacia.

### 3. *Immagine ideale*

#### 3.1. Comunità = comunione di persone

La comunità religiosa è una comunità di persone, nata per grazia di Dio<sup>8</sup>, per compiere una missione particolare in seno alla Chiesa, in unione con le altre comunità nell'Istituto, nella Chiesa e nel mondo.

#### 3.2. Opzione fondamentale per i più poveri

Noi, fratelli, “annunciamo e realizziamo il Regno tra i poveri e gli ammalati” esercitando il carisma che ci distingue nel Popolo di Dio: il carisma dell'ospitalità.

Viviamo in un'epoca in cui le miserie che colpiscono l'uomo nei suoi diritti più fondamentali sono più note di un tempo, grazie soprattutto ai mass-media. Abbiamo capito che l'essenziale era realizzare la scelta fondamentale a favore dei poveri in un mondo in cui l'accumulazione delle ricchezze è spesso ricercata e proposta come modello, mentre continua ad allargarsi il divario tra paesi ricchi e paesi poveri.

Esistono disparità e ingiustizie tra classi sociali e nazioni nel capo della salute, della prevenzione, delle cure possibili e della speranza di vita più o meno lunga: esse rappresentano uno

---

<sup>8</sup> Verso un'integrazione delle Costituzioni. “Elementi fondamentali della Comunità”.

dei tanti aspetti della povertà umana. In un mondo in cui l'efficienza tecnica occupa spesso il primo posto a spese dell'uomo: le comunità prestano un'attenzione particolare ai membri delle altre comunità, alla ricerca di solidi rapporti fraterni.

### 3.3. Atteggiamenti di conversione nei rapporti con i collaboratori

Nel nuovo contesto in cui siamo chiamati ad esercitare le nostre attività professionali e sanitarie, soprattutto grazie alla presenza dei laici che hanno assunto delle responsabilità nelle nostre opere, siamo passati da una situazione di autorità e di superiorità ad una posizione di collaborazione, di uguaglianza e addirittura di dipendenza<sup>9</sup>.

Questo passaggio, difficile da accettare ed attuare a livello pratico, migliora la qualità dei rapporti all'interno delle comunità, in quanto genera un atteggiamento di uguaglianza fraterna nei confronti dei membri della comunità e favorisce il nostro spirito di corresponsabilità rispetto alla comunità locale e all'Ordine Ospedaliero.

Allo stesso modo instauriamo un rapporto nuovo e più egualitario con i laici che lavorano nel mondo della salute. Questo nuovo atteggiamento è diventato fonte di arricchimento umano e spirituale<sup>10</sup>.

### 3.4. Evangelizzatori in sanità

La nostra presenza evangelizzatrice nell'ambito sanitario impone una riflessione teologica collettiva adeguata alla nostra collocazione in un settore che solleva interrogativi umani ed etici in merito al rispetto della vita e all'accompagnamento degli ammalati e dei moribondi.

Siamo pronti ad affrontare questi problemi di coscienza sui quali riflettiamo con il personale sanitario, gli ammalati e le loro famiglie.

<sup>9</sup> Commissione Nazionale Ospedaliera, Religiose...

<sup>10</sup> idem.

Siamo pertanto determinati a porci come richiamo alle esigenze del vangelo e come segno profetico. Questo ci induce a testimoniare attraverso i gesti, le parole e a volte il rifiuto di agire, che la vita presente ha un futuro che comincia hic et nunc<sup>11</sup>.

### 3.5. Coinvolgimento della comunità ecclesiale

L'azione apostolica delle comunità religiose ospedaliere riesce a sensibilizzare le comunità cristiane e la comunità ecclesiale, pastori e fedeli, a tanti aspetti del mondo della salute:

- la sua consistenza e la sua complessità
- le sue sfide umane e pastorali
- l'importanza della vita religiosa comunitaria per il mondo in generale e per il settore sanitario in particolare.

Le comunità sono aperte alla realtà della Chiesa locale, si informano dei suoi sforzi apostolici nel campo sanitario ed esercitano una presenza attiva. Alcuni fratelli partecipano agli incontri tra le congregazioni organizzati a livello nazionale.

Abbiamo realizzato l'unità tra l'azione professionale e il significato della nostra vita. Nelle nostre comunità ospedaliere esiste una perfetta armonia fra i tre livelli: Apostolato – Preghiera – Fraternità. Tutte le comunità hanno preso pienamente coscienza delle tre assi principali della loro nuova missione e le hanno integrate nel loro progetto di vita:

*Accoglienza, animazione, accompagnamento* degli ammalati, delle loro famiglie e dei collaboratori della nostra missione<sup>12</sup>.

### 3.6. Svolgiamo ruoli specifici

#### *Ruolo innovatore*

Dovunque sia presente, il fratello, attraverso la qualità del suo stile di vita, deve svolgere un ruolo innovatore nel suo apostolato (lavoro, responsabilità e semplice presenza).

<sup>11</sup> Dolentium Hominum, Chiesa e salute nel mondo, 1987, n° 3.

<sup>12</sup> MARCHESI, Lettera al Padre generale del 4-11-1987.



*Ruolo di coscienza critica e guida morale.*

Il fratello, particolarmente sensibile ai problemi filosofici e di etica cristiana, deve esercitare la sua influenza nelle decisioni e nelle azioni importanti in seno ad una struttura sanitaria e sociale.

I fratelli animano un comitato multidisciplinare di bioetica cristiana che dovrà consigliare il personale sanitario del centro in situazioni delicate, tenuto conto del magistero della Chiesa.

Questi ruoli specifici si esplicano in due campi:

*Governo*

Dato il loro numero ristretto, i religiosi svolgono in questo campo un ruolo essenziale nel promuovere la missione dell'Ordine. Oggi non è possibile dirigere una struttura sanitaria e sociale con le decisioni autocratiche.

Il governo si esercita attraverso consigli o comitati a tutti i livelli.

Tutti i gruppi di lavoro, consultivi e di studio, auspicano vivamente la presenza di un fratello.

I fratelli hanno una idea chiara della filosofia, degli scopi e degli obiettivi del loro centro o servizio. Insieme verificano come viene vissuto l'ideale che condividono anche con i collaboratori laici.

Il fratello responsabile del governo, svolge tale compito come: un servizio ed un mezzo per promuovere il nostro carisma, sia all'interno che all'esterno delle nostre strutture.

*Attività pastorale*

Il ministero della salute, proprio dei Fatebenefratelli, è un ministero laico. Nell'esercizio di tale ministero, il fratello collabora in particolar modo con i sacerdoti incaricati del ministero sacerdotale.

L'attività professionale dei Fatebenefratelli è di per sé pastorale ed è vissuta con la volontà di rendere Cristo presente al paziente, alla sua famiglia e al personale.

#### 4. Linee di azione

4.1. A partire dallo Spirito, reinventare le nostre comunità.

È necessario un rapporto nella fede per riscoprire l'azione dello Spirito all'origine dell'Ordine, le intuizioni e gli orientamenti vissuti dai fondatori relativi alla vita comunitaria e che ci sono stati tramandati da coloro che hanno fatto l'Ordine nel corso della sua storia. Con l'aiuto dello Spirito "tocca a noi reinventare le nostre comunità, che non ci vengono regalate da questa o quella casa"<sup>13</sup>. Se l'amore fraterno è un dono, è anche una conquista quotidiana. Noi non dobbiamo aspettare tranquillamente nelle nostre comunità che la Curia Generale o la Curia Provinciale ci dicano come essere presenti nel mondo della salute<sup>14</sup>. Per molteplici ragioni, la responsabilità finale spetta interamente ai membri delle comunità locali.

Queste si debbono interrogare:

– sul modo in cui sono presenti nelle opere e nel mondo della salute. Viviamo in un periodo di transizione. Anche se esso può apparire breve, i fratelli dovranno svolgere in un prossimo futuro un ruolo decisivo a livello delle strutture di governo. Sono pochi i fratelli formati per assumere tali responsabilità che rientrano in pieno nel nostro carisma.

– sulla qualità dei rapporti fraterni e sulla testimonianza collettiva che ne offrono. Assumere la vita apostolica dell'opera nonché la qualità della vita fraterna è compito non solo individuale ma di tutta la comunità, un gruppo che costruisce continuamente la propria unità.

4.2. Ruolo del Superiore nelle comunità

È necessario riflettere sul posto e sul ruolo riconosciuto ai Superiori nelle comunità e nelle opere locali, in un'epoca in cui si fa appello all'iniziativa, all'assunzione responsabile della propria vita personale e alla creatività.

---

<sup>13</sup> MARCHESI, *Ospitalità...*, n° 43.

<sup>14</sup> Verso un'integrazione delle Costituzioni. "Nuovo stile della comunità nei centri assistenziali".

### 4.3. Costruire un progetto pastorale comunitario

Tenuto conto del carisma dell'ordine e dei contesti economici, sociali, culturali e religiosi che deve analizzare e conoscere, la comunità religiosa elabora il suo progetto pastorale che dovrebbe includere attività di accoglienza, animazione e accompagnamento.

La pastorale deve essere esercitata da ciascun membro dell'èquipe di pastorale. Ogni fratello ha una responsabilità pastorale in quanto è chiamato ad essere guida morale e coscienza critica<sup>15</sup>.

### 4.4. Potenziare e definire la nostra alleanza con i laici

Tenuto conto della crescente importanza dei laici in tutti i campi e in tutti i centri del nostro Ordine, è indispensabile ridefinire la nostra alleanza con loro<sup>16</sup>. Bisogna precisare lo status e il ruolo che possono acquisire nell'ordine. Alcuni sono collaboratori retribuiti con grosse responsabilità amministrative e mediche; altri sono benefattori e amici.

Ma è necessario riflettere e individuare il posto che possono occupare i volontari a livello di cure: sanitarie, assistenza sociale e funzioni amministrative. Uno dei requisiti essenziali è la competenza dei volontari nel settore in cui intervengono, il che può eventualmente comportare la necessità di una formazione adeguata. La vasta gamma di responsabilità che i laici hanno assunto o assumeranno nell'Ordine, ci induce a rivedere e a precisare i vari tipi di rapporti tra loro e le comunità di religiosi. Per queste ultime, i diversi rapporti con i laici dovrebbero costituire una fonte di rinnovamento.

### 4.5. Informare e sensibilizzare le comunità sulla situazione attuale delle popolazioni più disagiate, gli emarginati, i diseredati, i senza tetto.

---

<sup>15</sup> Verso un'integrazione delle Costituzioni. "Evangelizzazione del mondo della sofferenza".

<sup>16</sup> Verso un'integrazione delle Costituzioni. "Nuovo stile della comunità nei centri assistenziali".

Adottare uno stile di vita, adeguato alle realtà sociali del luogo, che rifletta la semplicità e che, nonostante l'influenza della società consumistica, non favorisca lo spreco e non incoraggi al superfluo<sup>17</sup>.

Indurre le comunità ad acquisire una capacità di riflessione che consenta loro di operare le dovute scelte in funzione delle varie situazioni locali che vivono quotidianamente.

Creare un clima di collaborazione, di divisione delle responsabilità, di lavoro in équipe all'interno delle comunità nei gruppi di attività ospedaliere in cui siamo presenti.

Acquisire una qualificazione professionale che non sempre si ha, all'altezza delle mansioni affidate. Imporsi un vero cambiamento di mentalità, spesso a prezzo di sofferenze, rinunciando tra l'altro a situazioni di privilegio.

Preparare le nostre comunità all'animazione e al sostegno di tutte le iniziative dei laici al fine di incoraggiare il loro slancio carismatico ed apostolico.

Formare i religiosi all'analisi, alla riflessione e alla presa di posizione in merito alle grandi questioni di morale e di etica professionale che si pongono oggi nel mondo della salute.

Incoraggiare e stimolare la presenza nei gruppi e nei movimenti del loro settore che riflettono su questi grandi temi di attualità ed animano la pastorale ospedaliera. Preparare dei Superiori di comunità capaci di assolvere alle loro responsabilità con uno sguardo nuovo, adatto alle situazioni attuali, incitarli a coltivare uno spirito di apertura e di dinamismo tale da stimolare le capacità creative di ciascun membro della loro comunità.

---

<sup>17</sup> Costituzioni, artt. 14 e 103.

## 5. LAICATO

### *Introduzione*

Il ministero particolare dell'Ordine, la guarigione, è un ministero laico.

Laici e religiosi partecipano entrambi a questo ministero su un piano di completa parità. La Chiesa definisce come laici “tutti i fedeli ad esclusione dei membri dell'Ordine Sacro e dello Stato Religioso che, nella loro misura, partecipano all'ufficio sacerdotale, profetico e regale di Cristo”<sup>1</sup>.

Quando parliamo dei laici, soprattutto per quanto riguarda i nostri collaboratori, ci riferiamo:

a) ai collaboratori che lavorano con noi nei nostri centri o in altre attività del nostro apostolato, siano essi stipendiati o volontari.

b) Non tutti i nostri collaboratori sono necessariamente laici. Alcuni sono cappellani e religiosi di altre congregazioni. Ciò che affermiamo dei nostri collaboratori vale anche per loro.

### *1. Analisi storica*

Con l'avvento del Concilio Vaticano II la Chiesa ha riconosciuto ufficialmente “la parte propria e assolutamente necessaria che hanno (i fedeli laici) nella missione della Chiesa” (AA, Introd.).

---

<sup>1</sup> LG, 31.

Nell'era post-conciliare e successivamente con la crisi nel campo delle vocazioni sacerdotali e religiose, i laici hanno cominciato ad impegnarsi in vari ministeri a tutti i livelli della vita ecclesiale e si è formata una nuova interdipendenza tra clero, religiosi e laicato.

I nostri Statuti Generali approvano il ruolo del laicato alla luce di questa enunciazione del Concilio Vaticano II: “La Chiesa ci esorta ad incoraggiare e favorire le attività apostoliche del laicato in conformità con lo spirito del nostro Ordine. Pertanto, tenendo presente la varietà e diversità delle circostanze e a seconda delle varie possibilità, noi ci adoperiamo per creare e incoraggiare le associazioni, i gruppi di volontari e gli altri movimenti laici che danno una testimonianza del Cristo specialmente attraverso le opere misericordiose e caritatevoli.

A questo noi siamo particolarmente attenti per quel che riguarda i nostri più stretti collaboratori per aiutarci ad integrare le loro capacità professionali con le qualità umane ed evangeliche necessarie per la cura degli ammalati”<sup>2</sup>.

### *Il laicato*

“Questo è il fine della Chiesa: con la diffusione del Regno di Cristo su tutta la terra a gloria di Dio Padre, rendere partecipi tutti gli uomini della salvezza operata per mezzo della redenzione e per mezzo di essi ordinare effettivamente il mondo intero a Cristo. Tutta l'attività del Corpo Mistico ordinata a questo fine si chiama apostolato che la Chiesa esercita mediante tutti i suoi membri, naturalmente in modi diversi la vocazione cristiana infatti è per sua natura anche vocazione all'apostolato... C'è nella Chiesa diversità di ministero ma unità di missione... In realtà essi (i laici) esercitano l'apostolato evangelizzando e santificando gli uomini, e animando e perfezionando con lo spirito evangelico l'ordine temporale, in modo che la loro attività in questo ordine costituisca una chiara testimonianza a Cri-

---

<sup>2</sup> SG, 2,22.

sto e serva alla salvezza degli uomini. I laici sono chiamati ad essere il fermento del mondo in cui operano<sup>3</sup>. Sicché, noi tutti condividiamo l'apostolato. Un apostolato in cui religiosi e laici contribuiscono alla edificazione del Corpo di Cristo ponendo l'ammalato al centro della loro attività. Sono membri dell'Ordine Ospedaliero i fratelli, i collaboratori, le famiglie degli ammalati, i benefattori, i volontari, gli amici e gli ammalati stessi. Le origini del nostro Ordine risalgono alla famiglia ospedaliera di Granata composta di varie persone che lavoravano insieme con doni diversi per edificare il Corpo di Cristo che riflette la gloria di Dio Padre. "Tutto il popolo rispose insieme e disse: tutti i comandi che ci ha dato il Signore, noi li eseguiranno!"<sup>4</sup>.

"Ma voi siete la stirpe eletta, il sacerdozio regale, la nazione santa, il popolo che Dio si è acquistato"<sup>5</sup>.

Da queste due citazioni, tratte dai due Testamenti, possiamo vedere che Israele e i primi cristiani si ponevano di fronte a Dio, come "popolo". "In tutta la Bibbia troviamo altre espressioni che definiscono questo senso della identità collettiva: assemblea, gregge, comunità, corpo. Questo senso della collettività è fondamentale dovunque per la comprensione del rapporto tra il divino e l'umano contenuto nella Bibbia"<sup>6</sup>.

Quando era ancora un laico, San Giovanni di Dio fu chiamato dallo Spirito Santo a continuare nella Chiesa l'annuncio del Vangelo ai poveri e agli infermi. Tormentato egli stesso da grandi sofferenze, pose i suoi molteplici doni organizzativi, assistenziali, pionieristici e sociali al servizio dei bisognosi del suo tempo.

"È subito evidente che i laici, con i quali abbiamo un rapporto di collaborazione, non sono solo professionalmente caratterizzati, ma portano con sé una valenza apostolica: anch'essi

<sup>3</sup> AA, 2.

<sup>4</sup> Es 24,3.

<sup>5</sup> 1Pt, 2,9.

<sup>6</sup> cfr. FREYNE S. Una nazione santa: laicato e ministero nella Bibbia, in POBAL, Il Laicato in Irlanda, Columbia Press.

sono edificatori della Chiesa, nel senso che la Chiesa cresce ogni giorno anche grazie al nostro carisma di religiosi e grazie ai doni-ministeri propri dei laici”<sup>7</sup>.

“Anche i laici, come noi, sono chiamati a dare testimonianza a Cristo, mediante il loro ministero umanizzante al servizio dei bisognosi con umana dedizione; e ancora: i nostri collaboratori sono non solo dei professionisti, sono uomini e donne con la loro spiritualità e umanità. E spesso essi sono molto più avanti di noi sia per umanità che per spiritualità”<sup>8</sup>.

“La nostra presenza tra i malati e i sofferenti realizza l’esigenza del nostro carisma in quanto noi siamo coscienti dei nostri limiti e in tal modo ricerchiamo ed accettiamo l’assistenza di altre persone, esperte o impreparate, volontarie o retribuite e ci adoperiamo per comunicare loro il nostro spirito, nello svolgimento della nostra missione”<sup>9</sup>.

“Non è necessario che i nostri collaboratori laici siano credenti o dichiarino di esserlo. Tutto ciò che si richiede loro è il rispetto per la nostra missione di vita e che si adoperino con tutte le loro forze per garantire ai nostri pazienti il loro diritto alla salute e al rispetto”<sup>10</sup>.

Recentemente nell’Ordine vi è stato un movimento verso una visione meno esclusiva del carisma dell’ospitalità. Tale movimento è stato espresso in parole dal Padre Generale durante il II Congresso Internazionale dei Laici tenutosi a Roma nel marzo 1988: “D’ora in poi vi considererò e vi chiamerò Fatabenefratelli”. Questa visione non esclusiva potrebbe essere espressa come segue: il carisma dell’ospitalità è un dono dello Spirito alla Chiesa. Lo Spirito può e di fatto infonde il carisma in coloro che egli stesso sceglie. La professione nell’Ordine è il segno che il carisma dell’ospitalità è stato concesso ad una persona. Tuttavia la concessione del carisma non si li-

---

<sup>7</sup> MARCHESI, Ospitalità..., n° 73.

<sup>8</sup> idem.

<sup>9</sup> Cost. 46b.

<sup>10</sup> MARCHESI, Umanizzazione, parte III, cap 1.



mita solo a queste persone; molti infatti sono illuminati e animati dallo Spirito di San Giovanni di Dio e condividono quindi il carisma dell'ospitalità. Questa visione non è universalmente accettata in seno all'Ordine. Alcuni sostengono, con pari convinzione, che non possiamo condividere il nostro carisma con i collaboratori perché il dono dell'ospitalità, secondo lo stile di San Giovanni di Dio, appartiene solo ai membri dell'Ordine. Per quanto riguarda la nostra "missione congiunta", non possiamo affermare che i nostri collaboratori "condividono in varia misura il nostro carisma"; si può solo dire che condividono in varia misura la nostra missione. Il conflitto tra queste due visioni genera confusione e incertezza nei rapporti tra fratelli e laici.

"Ricordiamoci che anche la chiesa sollecita il laicato impegnato a prendere parte attiva all'apostolato, per dare un'autentica testimonianza a Cristo e alla suprema dignità della persona umana"<sup>11</sup>.

"San Giovanni di Dio ci ha lasciato in eredità la passione per il bisognoso che si esprime non solo standogli vicino fisicamente, ma ispirando, sorreggendo, e illuminando quanti (collaboratori laici, familiari, ecc.) operano attorno a lui perché a loro volta, con l'intelligenza del cuore oltre che della mente, sappiano testimoniare la speranza, la fiducia, l'amore verso il prossimo"<sup>12</sup>.

## 2. *Realtà del mondo oggi*

"Il mondo odierno non è né migliore né peggiore di quello di ieri: è solo cambiato, persino sconvolto. Se lo vogliamo servire, è questo mondo che dobbiamo assumere e conoscere"<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> MARCHESI, *Umanizzazione...*, p. 140.

<sup>12</sup> MARCHESI, *Ospitalità...*, n° 24.

<sup>13</sup> MARCHESI, *Ospitalità...*, n° 15.

*Caratteristiche del mondo oggi.*

– È in rapido cambiamento. Le comunicazioni e i mass media lo hanno fortemente influenzato. Il mondo è diventato più piccolo e oggi viene definito come “il villaggio globale” .

– È un mondo giovane. La vita odierna è il riflesso di un mondo di giovani. Le persone vengono considerate tradizionaliste o vecchie, se nel vestire non seguono l'ultima moda; la pubblicità è una negazione del processo di invecchiamento e noi ci vediamo sollecitati a restare sempre giovani; l'industria, la tecnologia e la finanza cambiano di giorno in giorno e i giovanissimi sono in grado di dominare i computer.

– Ognuno è profondamente cosciente dei propri diritti come individuo. Questo è un fatto positivo, però ci si deve chiedere se questo fenomeno non porterà ad un crescente egoismo.

– La disoccupazione è un dato di fatto ed è in continuo aumento.

– L'urbanizzazione è in crescita e comporta una perdita di autosufficienza. La dipendenza dalle droghe, dall'alcol, dal gioco d'azzardo è in aumento ed incide maggiormente sulla popolazione giovane.

– La violenza aumenta. La gente, specialmente gli anziani, vive nella paura e tende a rimanere chiusa in casa.

– La crisi della famiglia si fa sentire dovunque. Questo porta ad un aumento dei divorzi e delle separazioni. L'aborto, l'eutanasia sono in molti paesi una realtà. La vita ha perso valore e la società di oggi sta sperimentando un livello di vita umana mai conosciuto prima.

– La società vive nel timore dell'attacco nucleare ed è alla mercé delle superpotenze.

– Parità è la parola di moda. Le donne lottano, e a ragione, per uguali opportunità di vita.

– Oggi tra le nazioni esiste uno stato di dipendenza a livello internazionale. In Europa la Comunità Europea ha riunito paesi diversi e i più poveri ne hanno beneficiato. I mass media hanno avvicinato i popoli e le nazioni possono fare fronte alle crisi in tempi brevi. “Il fatto che uomini e donne, in varie parti del mondo, sentano come proprie le ingiustizie e le violazioni

dei diritti umani commesse in paesi lontani, che forse non visiteranno mai, è un segno ulteriore di una realtà trasformata in coscienza, acquistando così connotazione morale<sup>14</sup>.

– Il divario fra ricchi e poveri si fa ogni giorno più profondo.  
– Oggi la gente ha più istruzione e migliori opportunità.  
– Questo comporta un maggior numero di aspettative, ad esempio quella di avere più denaro.

– Oggi ci sono meno sacerdoti e le vocazioni per la vita religiosa sono in calo.

– Forse la Chiesa non vede i segni dei tempi nel laicato di oggi: riconosce la “vocazione laica” come una vera e propria vocazione? La “vocazione laica” ha bisogno di essere accettata e incoraggiata.

– L’influenza della Chiesa si fa sentire di meno e la gente decide autonomamente per quel che riguarda, ad esempio, i problemi di ordine morale.

– Oggi la gente cerca il significato della vita. Questo si riflette nei vari movimenti sia religiosi che secolari.

– La Chiesa si sta espandendo rapidamente nel Terzo Mondo e da questa realtà sta nascendo una “Chiesa del Terzo Mondo”.

– Molti cattolici cercano e chiedono appassionatamente di avere più voce e maggiore coinvolgimento nella Chiesa.

– È vero che la Chiesa si è mossa lentamente in questo campo ed è tuttora dominata dal clero e riluttante a demandare i propri poteri. Molti cattolici si sentono sfiduciati di fronte alla riluttanza di sacerdoti e religiosi a condividere un ministero che appartiene di diritto a tutti i cristiani. Eppure questo è un momento esaltante per chi vive nella Chiesa, con la crescente domanda da parte dei laici di vedersi riconosciuta la loro chiamata al ministero.

– Mentre i governi sono sempre più impegnati nel campo del controllo della salute, dell’istruzione e dei servizi di assistenza sociale, non altrettanto lo è la Chiesa.

---

<sup>14</sup> Sollicitudo Rei Socialis, n° 38.

### 3. *La realtà dell'Ordine oggi*

“... miro a stimolare (ove occorra, in maniera radicale) l'analisi critica dei nostri comportamenti, delle nostre collocazioni professionali, del nostro rapporto con la comunità in cui l'obbedienza ci ha destinati, con le comunità delle singole province e con il Governo Centrale dell'Ordine; senza ovviamente trascurare il rapporto con i collaboratori laici e con le realtà della vita quotidiana”<sup>15</sup>.

La realtà è quella che segue:

– Oggi i nostri centri sono molti di più che in passato. L'impegno dei laici è cresciuto di pari passo.

– Il nostro apostolato si è ampliato, raggiungendo nuove aree di povertà, tenendo conto soprattutto delle tendenze attuali.

– Grandi sono le sfide del nostro Apostolato. Grandi sfide sono insite nelle nostre istituzioni e sfide altrettanto grandi ci prepara la società del futuro.

– Forse la sfida più grande che dobbiamo affrontare è quella di salvaguardare e diffondere il nostro carisma.

– Il mondo di oggi è un mondo di mutamenti. Come Fratelli noi dobbiamo accettare questa realtà.

– Il numero dei Fratelli è diminuito.

– L'età media dei Fratelli si è elevata.

– La specializzazione oggi è un dato di fatto e, per l'Ordine, una sfida.

– I Fratelli nutrono grandi timori per il futuro e si sentono a disagio.

– C'è anche una grande speranza. Il Processo di Rinnovamento dell'Ordine e le sfide del Governo Generale, sono di segno positivo.

– Si sente la necessità di una buona amministrazione nell'Ordine, nella Provincia e nel Centro.

– I laici non sono soltanto dei professionisti ma persone con i loro bisogni, aspirazioni ed impegni familiari e sociali.

---

<sup>15</sup> MARCHESI, *Ospitalità...*, n° 5.

Bisogna dare apprezzamento e riconoscimento a coloro che dedicano la maggior parte del loro tempo al volontariato, partecipando al nostro carisma.

– È necessario che i collaboratori comprendano la vita dei Fratelli e viceversa.

#### *4. La nostra missione congiunta*

“Contribuiamo dunque a creare una vera Comunità ecclesiale, manifestando il significato profondo delle nostre attività e facendoci conoscere per quello che siamo.

Spalanchiamo le porte di casa nostra... perché l’Ordine di San Giovanni di Dio mostri al mondo tutta la sua carica attuale e moderna di amore per il prossimo”<sup>16</sup>.

1. Nel distinguere i vari gradi di partecipazione al carisma legati alle scelte personali di ciascuno, noi consideriamo come collaboratori nella nostra missione tutti coloro, compresi i non credenti, che si uniscono a noi nel desiderio di aiutare i sofferenti in tutti i modi possibili.

2. Per questo non “è più consentito di isolarci limitandoci a servire solo quelli che hanno le stesse convinzioni culturali, religiose e politiche, ma dobbiamo dichiararci aperti anche agli altri. Nella difesa della vita e nella ricerca di una migliore qualità della vita, noi ci sforzeremo di curare le ferite più profonde che ci provengono dalle storiche divisioni fra Cristiani, che faremo tutto quanto è in nostro potere per superare, aprendo i nostri cuori a tutti gli uomini di buona volontà: noi vogliamo vivere per l’Ordine, con l’Ordine e nell’Ordine, che è sempre più ecumenico.

3. In quest’ottica noi non possiamo che proclamare la nostra devozione al Vangelo di Cristo e alla Chiesa generata dalla sua

---

<sup>16</sup> MARCHESI, *Ospitalità...*, n° 89.

morte e resurrezione, alla quale noi laici e religiosi partecipiamo in virtù del battesimo. Forti nell'unità della fede, insieme con quelli che rispettano le nostre aspirazioni, noi personalmente ci impegnamo a contribuire al progetto dei Fratelli per la riforma degli ospedali, in modo che essi possano diventare una comunità che lavora e si adopera a favore della gente, contro la disumanizzazione.

4. Noi amplieremo il nostro impegno civile per una presenza vigile nella società in modo che anche quei "dimenticati" che soffrono al di fuori degli ospedali possano essere ascoltati, specialmente quelli dei paesi in via di sviluppo e di quel continente sommerso dei diseredati che costituisce il quarto mondo.

Fedeli alla precisa sollecitudine del santo Padre, noi invociamo un'etica di solidarietà totale con i bisognosi e i diseredati e ci impegniamo ad eliminare le cause del loro malessere dovunque sia possibile.

5. Ci rendiamo conto del fatto che stiamo sostenendo un compito arduo, sotto il segno dell'utopia. Ancora una volta ribadiamo i valori dell'amicizia, della cooperazione e della condivisione di religiosi e laici e delle loro famiglie, nell'ambito di un nuovo spazio in cui noi non siamo soli a pianificare il futuro.

### *5. Linee di azione*

“Non potremo costruire la nostra identità se continueremo a conservare in modo acritico tutto ciò che appartiene al passato, ma solo se volgeremo la nostra attenzione al presente e al futuro e se saremo decisi a prendere delle iniziative, a svolgere il nostro ruolo, operando nel contesto dei nostri tempi in assoluta fedeltà al Vangelo e al nostro santo Fondatore”<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> MARCHESI, *Ospitalità...*, n° 67.

“I tratti caratterizzanti del nostro Ordine devono consistere in una visione autenticamente comunitaria, rapporti più franchi e sinceri e programmi ispirati a un genuino spirito di appartenenza”<sup>18</sup>.

Per mettere in pratica un programma relativo al laicato, noi facciamo le seguenti proposte:

1. Una dichiarazione riguardante la nostra filosofia emanata dall’Ordine, dalla Provincia e dal Centro.

2. Alimentare il dialogo interpersonale tra i vari dipartimenti e il Centro.

3. Condividere aspettative e preoccupazioni.

4. Confrontare le nostre esperienze personali e professionali in modo da poter svolgere un lavoro migliore al servizio dei sofferenti.

5. Sviluppare un rapporto di reciproca comprensione tra i Fratelli e il laicato.

6. Organizzare in ciascun centro e fra i vari centri attività culturali, formative, religiose e sociali per promuovere la crescita personale dei nostri collaboratori e fratelli.

7. Promuovere il lavoro in équipe.

8. Lavorare per creare un clima di maggiore fiducia e di reciproca cooperazione.

9. Partecipazione dei laici e dei Fratelli in ruoli direttivi e negli organi di governo.

---

<sup>18</sup> idem, n° 65.

10. Partecipazione dei laici e dei Fratelli alla pianificazione degli obiettivi del Centro.

11. Andare incontro alle necessità dei nostri collaboratori e amici, a livello spirituale.

12. Studiare la creazione di un'associazione di laici disposta su tre livelli:

- amicizia;
- cooperazione nell'apostolato;
- partecipazione autentica al carisma, per realizzare sempre meglio la nuova alleanza “per servire insieme”.



## 6. LA FORMAZIONE DEI FATEBENEFRAPELLI

### *1. Formazione per l'Ospitalità*

1.1. La formazione nell'Ordine è orientata “in modo che le persone conseguano la pienezza alla quale sono chiamate e siano capaci di assimilare, vivere e trasmettere il carisma di San Giovanni di Dio”<sup>1</sup>.

Pertanto tutto il processo formativo:

- è al servizio della persona (candidato o confratello), affinché viva serenamente e armoniosamente la vocazione all'ospitalità, in coerenza e in fedeltà a se stesso, all'uomo malato e bisognoso e all'Ordine<sup>2</sup>;
- è al servizio del carisma, della missione e della spiritualità dell'Ordine, vissuti in fedeltà creativa, secondo “le circostanze di tempo e di luogo”<sup>3</sup> e i segni dei tempi, che interpretiamo alla luce del Vangelo, “affinché il nostro apostolato ospedaliero resti in consonanza con i valori e le esigenze del Regno”<sup>4</sup>, “renda manifesto l'amore speciale del Padre per i più deboli”... e mantenga “viva nel tempo la presenza misericordiosa di Gesù di Nazareth”<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> La Formazione del Fatebenefratello (L.F.), pag.37; cfr. Costituzioni 1984, 56, 63°, 72.

<sup>2</sup> cfr. Costituzioni, 59, 43, 101.

<sup>3</sup> Costituzioni, 6.

<sup>4</sup> Costituzioni, 45c.

<sup>5</sup> Costituzioni, 2b.c.

## 2. *Processo storico*

### 2.1. La formazione prima del Concilio Vaticano II

Fra Mosé Bonardi, Generale dell'Ordine dal 1953 al 1959, seppe leggere negli eventi nuovi del suo tempo, una svolta che coinvolgeva direttamente il futuro dell'Ordine. Per questo iniziò un processo di rinnovamento che si appoggiava su questi principi:

- è impossibile essere fedeli alle esigenze dell'Ospitalità, senza essere aperti alla cultura<sup>6</sup>;
- questa apertura è possibile soltanto mediante l'aggiornamento del “sapere” proprio degli “uomini di scienza nel senso classico della parola”<sup>7</sup>;
- questo sapere “deve essere considerato uno strumento valido e ora insostituibile della carità” per poter affrontare il momento decisivo che l'Ordine vive<sup>8</sup>;
- per questo è necessario arricchire la formazione dei religiosi<sup>9</sup>;
- in questo modo, il Confratello potrà mantenere il senso apostolico della Ospitalità, che gli consente di superare “la forte tendenza laicizzante del Mondo ospedaliero” e “adeguare, con il suo spirito innovatore, l'apostolato alle nuove esigenze”<sup>10</sup>.

Per ottenere ciò, oltre alle norme pubblicate nelle sue circolari, crea centri internazionali di formazione per i formatori, di spiritualità e missionologia ed esige l'istituzione di “scuole professionali infermieristiche, dai più bassi ai più alti gradi”<sup>11</sup>.

### 2.2. La formazione durante e immediatamente dopo il Concilio Vaticano II

Fra Iginò Aparicio governò l'Ordine dal 1959 al 1971. Per quanto riguarda la formazione era convinto “che, per il futuro

<sup>6</sup> BONARDI, 29.6.53, pag. 7.

<sup>7</sup> idem pag. 7-9.

<sup>8</sup> idem pag. 7-9.

<sup>9</sup> idem pag. 9.

<sup>10</sup> BONARDI, 8.12.56, pag. 24.

<sup>11</sup> idem pag. 7.

incremento del nostro amato Ordine, per la sua vitalità, espansione ed efficacia nel campo dell'ospitalità e dell'apostolato, possiamo e dobbiamo sperare solo nella solida formazione spirituale, morale e religiosa dei nostri Fratelli, e nella debita loro capacità culturale e professionale"<sup>12</sup>.

Durante il suo generalato si consolidano i centri internazionali di formazione, le scuole infermieristiche e si erigono centri di formazione interprovinciali. In risposta alla costituzione Apostolica *Saedes Sapientiae*, si stabiliscono le Norme per i Centri di Formazione. Queste vengono poi precisate progressivamente.

- Segnaliamo i punti di maggiore interesse:  
possibilità di istituire il Prepostulando<sup>13</sup>;
- Postulando: durata minima tre mesi e massima due anni;
- Noviziato: due anni;
- Scolasticato: minimo tre anni;
- Professione semplice: durata minima sei anni e da rinnovarsi annualmente<sup>14</sup>;
- Prima bozza dell'idea dell'Anno Sabbatico<sup>15</sup>.

### 2.3. Rinnovarsi per umanizzare

Lo slogan venne coniato al termine del Capitolo Generale Straordinario del 1979; durante il Governo Generale di Fra Pierluigi Marchesi; questo spirito è durato tutto il tempo dal novembre 1977 al presente. Ne indichiamo i momenti principali:

- Riunione internazionale per il “rinnovamento nell'ospitalità” (Roma, 26 ottobre-2 novembre 1977): vennero nominate due commissioni di studio, la Commissione H, sull'ospitalità e la Commissione R per organizzare i corsi di rinnovamento.
- Incontro del Definitorio Generale, Provinciali e Presidenti delle due commissioni, (Granata, 7-15 marzo 1978), dove fu approvato il processo da seguire per il rinnovamento.

<sup>12</sup> APARICIO, 10.1.60, pag. 11.

<sup>13</sup> APARICIO, 13.6.65, pag. 11.

<sup>14</sup> APARICIO, 3.8.69, pag. 6-7.

<sup>15</sup> APARICIO, 13.6.65, pag. 11.

– Corsi di rinnovamento: l'Ordine visse intensamente un periodo di rinnovamento che, per quanto riguarda i “corsi”, si realizzò dal novembre del 1978, mese in cui si celebrò l'Incontro Internazionale per “Animatori” dei Corsi, fino al novembre del 1979, mese in cui iniziò il Capitolo Straordinario. Fu un momento entusiasmante che, indubbiamente, dette buoni risultati. Certamente, non tanti come alcuni speravano in quel momento.

– Incontro dei Formatori, (Roma, 9-20 aprile 1979): i responsabili della formazione elaborarono un Piano di Formazione per l'Ordine che il Capitolo Generale avrebbe approvato.

Fu il punto di partenza per il Segretariato Generale di Formazione che, da allora, ha realizzato un lungo cammino, a volte lento e faticoso, che però sta dando frutti consistenti. La pubblicazione del libro: *La Formazione del Fatebenefratello* è stato il punto di partenza e di riferimento per l'applicazione dei “principi, obiettivi e criteri” che ogni Provincia o Viceprovincia ha adattato alla sua realtà concreta. Oggi la formazione nel nostro Ordine è garantita dalla comunione dell'unità e nel rispetto delle peculiarità locali.

### *3. Ideale della formazione nell'Ordine*

L'ideale della formazione viene indicato nelle Costituzioni, negli Statuti Generali e nel Libro di Formazione. Sottolineiamo qui gli aspetti fondamentali.

#### 3.1. La formazione deve essere integrale, solida e permanente

La consacrazione nell'ospitalità esige un equilibrio personale, una libertà interiore e una capacità di apertura e comprensione della realtà, possibili solo con una formazione ampia e solida, che garantisca l'armonia della persona.

#### *Valori essenziali*

#### 3.2. La configurazione con Cristo

La consacrazione attraverso lo Spirito con il dono dell'ospitalità, comunica alla persona, in forma singolare l'esperienza

dell'amore misericordioso del Padre e lo spinge a configurarsi con il Cristo compassionevole e misericordioso del Vangelo<sup>16</sup>. Lo stesso Spirito incoraggia a “incarnare i sentimenti di Cristo, verso l'uomo malato e bisognoso e a manifestarli nell'assistenza di chi soffre, con gli atteggiamenti e i gesti caratteristici del Fatebenefratello”<sup>17</sup>.

### 3.3. Senso apostolico della vita

L'esperienza personale dell'amore misericordioso del Padre, ci spinge a “impregnare la nostra vita nell'evangelizzazione dei poveri e degli ammalati”<sup>18</sup>, coscienti del fatto che la missione che lo Spirito Santo ci ha affidato è la continuazione dell'azione salvifica di Cristo (come membri della Chiesa), facendo presente il regno e annunciando la Buona Novella ai poveri, mediante segni di carità nel servizio ai malati e ai bisognosi<sup>19</sup>.

### 3.4. Senso di appartenenza all'Ordine

La consacrazione nell'ospitalità ci fa sentire membri della Famiglia ospedaliera, nata dall'amore misericordioso del Padre che trasformò interiormente Giovanni di Dio<sup>20</sup>, e ci permette di essere partecipi del suo spirito. Questa realtà significa:

- vivere in comunione con la Tradizione dell'Ordine, oggi incarnata nei confratelli;
- sentirci “eletti per formare una comunità di vita apostolica, nella quale lo Spirito Santo ci invita a vivere la filiazione divina e in comunione l'amore a Dio e al prossimo”<sup>21</sup>. Comunità “che ci invia e che rappresentiamo” nel nostro apostolato e che “è luogo privilegiato dove possiamo condividere le gioie e il peso del nostro lavoro”<sup>22</sup>.

<sup>16</sup> Costituzioni, 2.

<sup>17</sup> Costituzioni, 3.

<sup>18</sup> Costituzioni, 41.

<sup>19</sup> Cfr. Lc 7, 18 – 23; Costituzioni, 21b; 41-52.

<sup>20</sup> Costituzioni, 1.

<sup>21</sup> Costituzioni, 5b; 7b.

<sup>22</sup> Costituzioni, 43c.

### *Processo formativo nell'ordine*

3.5. La formazione nell'Ordine inizia dai primi contatti con il futuro candidato fino al giorno in cui il Confratello compirà i suoi giorni. Le Costituzioni e il Libro: La formazione del Fatedebenefratello prevedono le seguenti tappe: Pastorale Giovanile-Vocazionale, Prepostulando, Postulando, Noviziato, Scolastico e Formazione Permanente.

Si tratta di un cammino che è necessario percorrere progressivamente, senza accelerare i ritmi individuali: ogni tappa ha i suoi obiettivi concreti che il formatore e il formando devono assumere e cercare di conseguire<sup>23</sup>.

### *Criteri per il futuro*

3.6. Accompagnamento e discernimento vocazionale.

L'ambiente familiare e sociale in cui crescono gli adolescenti e i giovani invita a porre particolare attenzione all'accompagnamento personale nel periodo del primo discernimento vocazionale (Prepostulando e Postulando).

3.7. Armonizzazione della vita nell'Ospitalità. Durante il Noviziato e i primi anni dello Scolastico, i formandi devono essere spronati a superare le dicotomie tra relazione con Dio e apostolato, relazione personale e vita di fraternità.

3.8. Senso di appartenenza e responsabilità personale.

Durante lo Scolastico, soprattutto, è necessario sostenere la crescita progressiva dei giovani Confratelli, in modo che:

- si consolidi in loro l'esperienza di sentire e vivere l'Ordine come la propria famiglia;
- vivano la responsabilità che la loro vita ha acquisito valore di "segno", in forza della consacrazione; soprattutto per gli infermi, i bisognosi e i collaboratori.

---

<sup>23</sup> L.F. pag 68.1.; 74.7.; 80.15.; 88-89. 1-4; 94.1.2.

### 3.9. Senso apostolico e professionalità.

La realtà in cui oggi si realizza la missione dell'Ordine, particolarmente, le nuove forme e il nuovo modo di facilitare ed esigere una formazione integrale che, basata sulla maturità umana e cristiana, sia fondata:

- sull'incoraggiare, promuovere e verificare il senso apostolico dei Confratelli. Ciò esige una formazione sufficientemente ampia e profonda per quanto riguarda i contenuti teologico-pastorali;
- sulla sfida attuale di essere “testimoni e guide morali, coscienza critica, innovatori, profeti...”<sup>24</sup>, impensabile senza la dovuta preparazione professionale che, anche dal punto di vista tecnico, abilita i Confratelli a realizzare un nuovo stile di presenza in qualsiasi ambito in cui vivono l'apostolato dell'Ordine.

## 4. Situazione attuale

### 4.1. Aspetti positivi

Non c'è dubbio che il livello di formazione nell'Ordine si sia elevato e che si sia avuta un'evoluzione positiva. Sarebbe ingiusto che trattando della situazione attuale ci soffermassimo masochisticamente solo sull'aspetto negativo, senza tener conto che, in generale:

- il discernimento e l'orientamento delle vocazioni si realizzano con più serietà,
- la formazione iniziale è più completa,
- c'è più accoglienza e comprensione tra confratelli di età diverse,
- si sta progredendo, sebbene timidamente, nella formazione permanente e nella preparazione e nell'aggiornamento dei formatori,
- il Segretariato di Formazione ha ottenuto credibilità e sostegno, non solo a livello generale ma anche in quasi tutte le Province.

---

<sup>24</sup> Cfr. MARCHESI P., *Ospitalità ...*, nn. 66-74.

### *Aspetti da privilegiare*

#### Pastorale e discernimento vocazionale

4.2. Il numero delle vocazioni è diminuito e questo crea preoccupazione generale. Il fatto acquista sfumature molto preoccupanti se si considera che:

- ci sono varie Province senza nessun candidato (prepostulanti o postulanti);
- ci sono Province nelle quali quasi mai sono mancati candidati e novizi, però non hanno professi semplici da uno a tre anni;
- ci sono Province nelle quali tra i Confratelli professi solenni più giovani e quelli che li hanno immediatamente preceduti, sono passati più di dieci anni<sup>25</sup>.

Se a questo si aggiunge che, nella maggioranza delle Province, i Confratelli sono poco sensibili all'animazione vocazionale e i responsabili della Pastorale Vocazionale e dell'accompagnamento dei candidati nel primo discernimento, o non esistono (il maestro dei novizi lo è anche dei periodi precedenti) oppure uniscono questa responsabilità a un'altra che esige risposte più immediate, oppure mancano della imprescindibile preparazione, il quadro si oscura ancora di più.

#### 4.3. Prespostulandato e postulandato

A causa della scarsità delle vocazioni, a volte si “precipita” il processo e si rispetta solo alla lettera il periodo che indicano le costituzioni. Infatti:

- non si realizza un accompagnamento serio e responsabile, affinché il candidato e l'Ordine possano discernere la sua vocazione, conoscere le difficoltà personali e cercare delle vie di soluzione;
- non si rispetta l'articolo 60 delle Costituzioni, che richiede l'inserimento progressivo, né si realizza il programma minimo indicato nel Libro: La Formazione del Fatebenefratello.

---

<sup>25</sup> Cfr. Statistica età media Confratelli 1988.



#### 4.4. Noviziato

Le norme canoniche si rispettano; la preparazione che si realizza in alcune Province, indica però che in alcuni noviziati:

- i programmi superano la capacità di comprensione e di assimilazione dei novizi;
- i novizi non hanno la necessaria esperienza di vita cristiana, né la maturità umana che garantisca la realizzazione della loro esperienza personale.

#### 4.5. Scolasticato

Senza dubbio è il periodo critico della formazione iniziale.

Aggravato tra noi da circostanze che precedono la prima professione, ci pone di fronte ad un quadro attualmente difficile da risolvere, poiché in non pochi scolastici si osserva una personalità labile, con problemi non sempre evidenziati e, naturalmente, senza garanzie di soluzione, che rendono difficile la convivenza tra gli stessi scolastici e l'inserimento responsabile nella comunità.

Le difficoltà che comportano gli studi professionali implicano l'impossibilità pratica:

- di seguire il ritmo di vita di una comunità, organizzata prioritariamente per l'apostolato, senza tener presente gli scolastici;
- di svolgere il programma di formazione teologica; pastorale e spirituale, per completare la formazione umana e cristiana.

Aggiungiamo che, salvo eccezioni, l'ambiente delle nostre comunità poco favorisce lo sviluppo degli scolastici e, pertanto, non deve sorprendere il fatto che pochi arrivino alla professione solenne.

Un altro dato da tener presente è che gli scolastici, quando terminano la formazione professionale, trovano difficoltà a inserirsi nella maggioranza delle nostre comunità.

#### 4.6. Formazione Permanente

A livello generale si constata:

- dopo i Corsi di Rinnovo; praticamente non sono stati organizzati programmi seri e progressivi di formazione permanente;

- l'età media dei Confratelli è aumentata, mentre la formazione di base non è migliorata.

Questo in pratica significa:

- il cambiamento socio-culturale ha sorpreso la maggior parte dei Confratelli che si sentono sopraffatti dalle esigenze e/o le rifiutano;
- a livello organizzativo, i centri dell'Ordine hanno risposto abbastanza bene al cambiamento; le nuove "strutture", però, vanno oltre la capacità di risposta dei Confratelli, sia a livello personale che comunitario;
- lo sfasamento della formazione è più evidente dal punto di vista del senso apostolico della nostra vita.

#### 4.7. Preparazione e aggiornamento dei formatori

Si tratta di una preoccupazione generale, della quale si parla in tutti i Capitoli e che in pratica:

- incide negativamente sul processo di rinnovamento dell'Ordine;
- interferisce e ritarda l'applicazione del Piano di Formazione dell'Ordine.

### 5. Linee di azione

Per poter superare progressivamente ed efficacemente; questa situazione negativa, consideriamo imprescindibile a livello di:

#### 5.1. Pastorale e accompagnamento delle vocazioni

a) Preparare e aggiornare i Confratelli per le diverse tappe della formazione.

b) Costituire in ogni Provincia almeno due comunità formative nelle quali le nuove vocazioni e gli scolastici possano sviluppare e consolidare la loro vocazione.

c) Creare e/o consolidare Comunità Formative "nei luoghi in cui la povertà e l'emarginazione sono evidenti"<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Costituzioni, 47f.

d) Esigere il rispetto severo dei programmi del prenoviziato e, più concretamente il requisito di “maturità umana e cristiana” secondo l’età, prima dell’ammissione al noviziato.

### 5.2. Formazione Permanente

a) Il Capitolo approvi il Piano Generale di Formazione Permanente, per il prossimo sessennio da applicare nelle Province.

b) Elabori un piano di aggiornamento o preparazione degli animatori di comunità (superiori) che li formi ad essere autentici promotori e garanti dell’applicazione del Piano Generale di Formazione Permanente.

### 5.3. Preparazione e aggiornamento dei Formatori

a) Il Capitolo studi e approvi il piano di aggiornamento o preparazione dei formatori, esigendo dai Provinciali la sua applicazione.

## II, 2. UNA NUOVA ALLEANZA TRA IL MALATO E IL SISTEMA SANITARIO\*

Una riflessione cristiana sul tema proposto non può prescindere dalla considerazione del significato profondo dell'umano soffrire. Come afferma il Papa, infatti: «Seguendo la parabola evangelica, si potrebbe dire che la sofferenza, presente sotto diverse forme nel nostro mondo umano, sia presente anche per sprigionare nell'uomo l'amore, proprio quel dono disinteressato del proprio 'io' in favore degli altri uomini, degli uomini sofferenti. Il mondo dell'umana sofferenza invoca, per così dire, senza sosta un altro mondo: quello dell'amore umano; e quell'amore disinteressato che si desta nel suo cuore e nelle sue opere, l'uomo lo deve in un certo senso alla sofferenza» (Giovanni Paolo II, *Salvifici doloris*, 29).

Questa visione altamente positiva della sofferenza disegna la prospettiva nella quale mi muovo per riconsiderare il senso della presenza cristiana nel mondo della salute, vista da un figlio dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, conosciuto in tutte le lingue con il corrispondente dell'italiano «Fatebenefratelli». Più che un'argomentazione teologica, una testimonianza di chi ha vissuto da infermiere nel mondo della sanità e ne condivide tutt'ora i problemi come coordinatore responsabile dell'opera dei suoi Fratelli.

Nei 200 ospedali del nostro Ordine, sparsi in 46 Nazioni, il tema della Umanizzazione è diventato quasi esplosivo sul finire degli anni '70. In quel tempo avvertimmo, giorno dopo giorno, che il nostro operare, che la quantità e la qualità dei nostri interventi nella realtà ospedaliera, non erano in grado di toglierci di dosso una sottile ma persistente ombra di amarezza,

---

\* 1988, in "Umanizzazione della medicina", *Dolentium Hominum*, n. 7, Anno III, n. 1.

di quotidiana insoddisfazione. Alcuni di noi vennero presi dallo smarrimento: dopo quattro secoli di servizio ai bisognosi e ai malati nelle varie parti del mondo, ci si chiedeva addirittura se la nostra presenza nelle strutture ospedaliere da noi gestite avesse ancora un senso, una utilità, un significato per noi e per coloro, come i malati, che, a dir la verità, si rivolgevano a noi con fiducia e speranza.

### *1. La sanità fra rivoluzione tecnologica e specializzazione biomedica*

Che cos'era accaduto di tanto sconvolgente attorno a noi? Molte cose erano cambiate: in particolare il mondo della Sanità aveva finalmente ricevuto un forte impulso per l'interessamento diretto o indiretto dei governi di molte Nazioni, non solo Europee, che si apprestavano a cavalcare i trionfi della medicina e i promettenti successi dell'assistenza sanitaria diffusa e garantita.

Accadeva altresì un fenomeno che si ripropone ancor oggi e in maniera ancor più massiccia, quello della prepotenza della medicina quando cerca di definire «l'ordine scientifico, tecnico, tecnologico, organizzativo», come l'unico orizzonte entro cui restringere l'umano.

Era giunto il momento in cui la medicina, mandata in soffitta la filantropia, poteva finalmente garantire la salute. Addirittura la felicità dell'uomo era a portata di mano: bastava investire in ricerche, in riforme, in mezzi, perché il problema della salute fosse vittoriosamente e definitivamente risolto.

Ma l'impegno scientifico della medicina, lodevole e che tanti frutti ha conseguito, ha come risposta che i cittadini che si rivolgono agli esperti della salute lo fanno con sempre maggior insistenza, e quanto più è elevata l'offerta di salute tanto più aumenta la insoddisfazione dei pazienti.

Di fronte a questa contraddizione vistosa noi abbiamo iniziato un lavoro di ricerca delle motivazioni di tale paradossale realtà. Che cosa chiede il paziente di oggi? Una cosa molto

semplice ma rivoluzionaria: che prima di finire nel «campo di gioco» di strumenti, di farmaci, di indagini, di ricoveri, egli possa essere accolto nel «campo di gioco» dei suoi significati per quanto concerne la vita, la felicità, il dolore, la morte. Chiede in altre parole che la medicina di oggi contempli, e non rimuova, l'ordine umano per integrarlo con quello scientifico.

Noi abbiamo discusso a lungo sul «rimosso» della medicina. Il vero rimosso, nel campo della salute – che è «benessere biologico, psicologico, sociale e trascendentale per chi ha una fede» – è qualcosa che *trascende* la malattia: è la particolare e soggettiva visione del mondo che l'uomo, essere ricco di senso, possiede e che la malattia sconvolge quando essa stessa non sia generata dalla perdita di senso nella vita (basti pensare alle decine di milioni di persone psicofarmaco-dipendenti).

E la medicina contemporanea, non ha forse messo sullo sfondo il legame antico e sempre presente che ogni vivente stipula tra natura e scultura, tra corpo e anima, tra biologico e psicologico, tra umano e divino, tra individuale e collettivo, tra quota determinata del proprio destino e quota determinabile?

In nome di una febbrile anche se positiva ricerca di certezze tecnologiche anche la medicina rischia di sradicare l'uomo dalle sue origini, spezzando il rapporto con le sue radici, gettandolo spaesato e sperduto in un mondo, come quello della sanità, che presume di conoscerlo e di salvarlo. Penso un attimo alla esperienza del dolore cui la medicina ritiene doveroso offrire una risposta. A differenza dell'amore, che nasce in due, ed è già dialogo, il dolore si radica invece nella assoluta individualità ed è una esperienza praticamente incomunicabile. Noi assistiamo ogni giorno persone che soffrono in modo indimenticabile, soffrono per qualcosa che non è riconducibile a quella specifica malattia, al male. E il sofferente per fare sentire a chi lo guarda il suo dolore, si affida al linguaggio che la sua cultura, la sua visione del mondo, gli mettono a disposizione. Ne deriva che per essere terapeutici in questi casi non basta l'approccio scientifico, non basta usare questo o quel farmaco, perché l'analisi del dolore è innanzitutto analisi del linguaggio e della visione del mondo che lo ospita.

## 2. *Il «rimosso» della medicina*

Possiamo chiedere alla Medicina di ospitare questo rimosso, vale a dire l'umanità e l'individualità del *patients*? Forse non possiamo chiedere a questa «scienza» tanto. Ma abbiamo il diritto, come uomini e come religiosi, di gridare perché il mondo della salute entri in una visione che rompa, in modo definitivo, la congiura del silenzio che altrimenti costringe l'uomo a vivere la sua condizione in quel tormento dell'anima che il linguaggio comune chiama ansia.

I malati, schiacciati tra la loro ansia di guarire e lo strapotere dell'apparato tecnologico, diventano un incomodo oggetto. I singoli operatori, medici, ricercatori e infermieri, insieme quasi all'intero sistema sanitario, attratti irresistibilmente dalle potenzialità della tecnica, si sentono sminuiti se devono applicarsi a curare una semplice piaga di un paziente, esaudirne i bisogni elementari, ascoltarlo e parlargli.

In tal modo, la disumanizzazione della medicina, quale tipico prodotto della «modernità», si è installata nel cuore della nostra società complessa, come frutto di un illusorio quanto deleterio progresso.

Per cambiare le cose occorre ridare un nuovo significato all'impresa socio-sanitaria, ritrovare il senso profondo dell'essere-uomo in sofferenza, nella cui comprensione è unicamente possibile instaurare una nuova alleanza tra paziente e sistema sanitario.

Perché, come ci ha ancora ricordato Giovanni Paolo II, la malattia e la sofferenza «non sono esperienze che riguardano solamente il sostrato fisico dell'uomo, ma l'uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico-spirituale. È noto del resto come talora la malattache si manifesta nel corpo, abbia la sua origine e la sua vera causa nei recessi della psiche umana» (*Dolentium hominum*, 2).

Umanizzare la medicina è impossibile finché tutti gli operatori sanitari non abbandonino l'idea illusoria che la medicina sia una scienza e non una prassi, meglio ancora un'arte che si avvale di differenti scienze. Un'arte che è fortemente legata

all'artista, alle caratteristiche dell'uomo-medico, esposto a successi, ad errori, a sentimenti, a ideologie, a pregiudizi, vale a dire alla sua soggettività che ha, comunque sempre un grande effetto nella relazione col paziente oltre che nella relazione col suo sapere.

In questa ridefinizione eticoepistemologica dell'esercizio della medicina, ci è stato di valido aiuto il confronto con i fratelli appartenenti ad altre tradizioni religiose ed ad altre culture, con i quali i Fatebenefratelli hanno avuto contatti nei vari Paesi fin dall'inizio della loro storia. Non è un caso che qui, oggi, ci ritroviamo riuniti, chiamati dagli orizzonti più diversi, noi portatori di ferite per separazioni ben più gravi di quelle linguistiche e geometriche, a comunicarci la nostra esperienza di uomini impegnati nella lotta contro la malattia.

Il nostro incontro indica che si può fare qualcosa: quest'ecumenismo della vocazione alla «cura» degli uomini malati ci appare come un segno dei tempi che vorremmo cogliere per rifondare tutti insieme un modello di umanizzazione della medicina capace di risolvere ad un livello più elevato, e forse più efficace, le separatezze che le nostre storie dottrinalmente diverse non hanno saputo colmare.

Per un testimone che vive dentro la Chiesa cattolica, sono molti i punti di ancoraggio che possono servire a gettare dei ponti tra coloro che operano nel mondo della sanità, su un piano decisamente superiore alla pure e semplice cooperazione tecnica.

Come tacere a questo proposito la ricchezza che ci viene dal significato dato alla vita nel misterioso dialogo fra tempo ed eternità nel Buddismo; l'unità di corpo e spirito della più pura tradizione ebraica; la sublimazione del dolore fisico orientato alla vita eterna che insegna Maometto; l'importanza e la centralità della fede in Dio per la Chiesa protestante?

Essi ci appaiono come sguardi differenti puntati verso la medesima grandiosa vicenda della relazione tra umanità e trascendenza e non elementi di separazione.

Siamo qui a testimoniare questa unità molteplice e questo desiderio di porre le nostre differenze al servizio dell'uomo;



non per proselitismo, ma per unificare i nostri sforzi per la costruzione del Regno di Dio che accoglie sani e malati, uomini tutti provati dal limite costitutivo della debolezza fisica e dal timore della morte.

### 3. *Per una medicina «olistica»*

Confortati dalla fede religiosa e convinti che il mondo della sanità possa diventare sempre più umano, ci arrischiamo a formulare la nostra proposta per una medicina olistica che contempi come suo criterio insieme operativo ed epistemologico, la fondamentale unità del corpo e dello spirito umano. Nella sua unicità individuale e nella sua unità di corpo e anima, l'uomo è incarnazione dello spirito e perciò capace di parlare, amare e soffrire: curarlo vuol dire assumere la totalità significativa di un essere inscindibilmente fatto di psiche e di corpo.

Per il cristiano, questo è anche il nucleo della sua fede nell'Incarnazione. Noi crediamo che Dio stesso, per salvare l'uomo, si è «incarnato» assumendo proprio la condizione di servo per redimere l'uomo. Qui sta il vertice eccelso dell'umanizzazione e il modello di ogni ideale di «servizio»: Dio secondo la fede cristiana ha assunto la condizione di servo, è diventato uomo accettando la tremenda esperienza della sofferenza e della morte umana. Segno di suprema dedizione non solo simbolica ma concreta in modo che il divino entra effettivamente nella storia: la «storia della salvezza».

Esercitare la medicina vuol dire quindi ricostituire l'unità dell'uomo, ferita dalle malattie e dalla sofferenza.

Servire il malato è per il cristiano un'opera di redenzione e di «salvezza».

Pertanto la medicina deve, a nostro avviso, divenire scienza della natura e dell'uomo, consapevole che, senza abbandonare l'aspetto scientifico, deve riscoprire il suo primo ed ultimo punto di riferimento, l'uomo, soggetto oltre che materia, storia, sentimento. A questo uomo non si può arrivare solamente con strumenti scientifici e con la conoscenza degli organi.

L'uomo ha un organo in più, nel creato, la psiche, l'anima, che genera, tra l'altro e a differenza dell'animale, la coscienza di se, la consapevolezza della morte, il desiderio di felicità.

Per ritornare alla Umanizzazione nelle nostre Opere, una volta chiarita che la nostra visione antropologica e quindi religiosa era carente e che noi avevamo rimosso qualcosa di vitale nel malato e in noi stessi, ci siamo domandati il perché di questa rimozione, che come spero di avere illustrato, rappresenta fonte di guai umani e terapeutici. Questa comprensione per noi è stata una operazione fondamentale anche per non chiedere più alla medicina di essere umanizzata, ma per chiedere a noi stessi un nuovo modo di fare medicina e un nuovo modo di fare assistenza. Perché abbiamo rimosso la nostra umanità, perché non viviamo anche come dono di noi stessi la relazione terapeutica e quella assistenziale?

La meravigliosa prospettiva della umanizzazione del rapporto col malato – fattore, si badi bene, altamente terapeutico quando si abbia una visione globale, olistica, della nostra professione – si scontra con la dolorosa necessità di modificare in modo significativo il nostro ruolo, la nostra personalità in alcuni atteggiamenti di fondo.

Umanizzare un ospedale, o meglio ancora introdurre in ospedale la dimensione della umanità, della comprensione, del rispetto, della risposta ai bisogni e alle motivazioni del paziente, significa per tutti gli operatori di salute, accettare di compiere un superamento. Una specie di salto che poche Università hanno proposto, fuori dalla arroganza del potere e del sapere cosiddetto scientifico, per tuffarsi in un processo di identificazione con l'individuo che soffre; processo che permette di comprendere prima di agire, di suscitare speranza, fiducia e alleanza terapeutica. La barriera alla umanizzazione non è fuori di noi, non è nelle scienze o nelle loro carenze, ma è dentro di noi. È una barriera sostenuta dalla nostra pigrizia mentale, da un forte limite culturale, e da una modesta maturità della e nella nostra persona.

Una volta individuati i motivi della rimozione della nostra umanità, abbiamo dato il via ad una moltitudine di incontri, di

esperienze formative orientate a completare il nostro bagaglio culturale, ma soprattutto all'arricchimento spirituale, personale ed operativo, nella direzione di una trasformazione dei nostri atti quotidiani.

Un primo grande risultato, almeno all'interno dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio è stato raggiunto: oggi, i nostri confratelli, non sognano più, come meta finale, di fuggire nei paesi del terzo mondo, almeno fino a quando il fabbisogno di cuore nel nostro mondo non sia soddisfatto. Il processo di Umanizzazione dei nostri cuori e delle nostre menti, come si può facilmente immaginare, è continuo, permanente, non può mai dirsi completamente realizzato. Esso ci ha fustigati, ci ha reso molto più inquieti, ma anche meno nostalgici e meno attaccati a quella fetta di passato che per ragioni umane, tendiamo ad idealizzare.

Ma il nucleo forte del nostro passato, quello che ha registrato in particolare la grandissima umanità di San Giovanni di Dio, ispirato anticipatore nelle cure al malato mentale, questo nucleo forte crediamo sia stato salvato proprio attraverso il processo di revisione critica del nostro essere e del nostro fare, divenuto inevitabile nel momento in cui la insoddisfazione nostra prendeva corpo.

Nel concludere questo intervento noi pensiamo di aver intrapreso un cammino che spetta anche a coloro che, nella vita laica e professionale, si occupano della umanità quando questa si ammala, soffre e vede vacillare i significati più profondi della vita. Testimoniare l'attenzione globale a colui che si ammala e che soffre nel suo modo peculiare, è diventato il tema di una ricerca, quasi di una consegna che si identifica nell'espressione:

«L'Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000». Intorno a questo enunciato abbiamo cercato di provocare, a tutti i livelli, la riflessione di laici e religiosi su progetti di Umanizzazione.

È ancora per noi un segno dei tempi e del valore del nostro impegno, notare che in Spagna e in Italia il termine «Umanizzazione» della medicina è entrato nel linguaggio della politica sanitaria.

Noi pensiamo che il nostro futuro, come quello della medicina, non possa essere staccato da un migliore e più sincero rapporto con il destinatario ultimo del nostro agire.

Al di là di qualunque espressione di fede o convincimento politico, l'ospedale, può diventare il laboratorio generatore della comunità spirituale di uomini dediti a costruire fattivamente la solidarietà umana dentro ed oltre la malattia.

Sicuri che il nostro nuovo modo di fare assistenza e medicina permetterà, nell'uomo che soffre, di conservare l'umano e di evocare il divino.

## II, 3. PIÙ CUORE IN QUELLE MANI: QUALI OPERATORI SANITARI PER IL 2000\*

### Premessa

Vorrei situare la mia riflessione sotto il segno della speranza.

Come fu chiesto ad Abramo, oggi viene richiesto a noi di credere nella speranza al di là di ogni inquietante contrasto e di ogni intrusione di fattori apparentemente estranei al mondo sanitario. Senza entrare nel difficile giudizio sugli emergenti *valori* del mercato che condizionano la stessa conduzione della salute è della sanità, non possiamo prescindere, nella nostra attività pastorale dal confronto programmatico con essi.

Ne abbiamo sentito parlare anche recentemente, e lo si ripete ad ogni dibattito sulla legge di programmazione finanziaria: il sistema sanità non è cambiato perché siamo stati improvvisamente colpiti da nuove pestilenze o dalla sorprendente crescita dell'età media della vita umana, ma per l'improvvisa ingovernabilità della spesa sanitaria.

Ingovernabilità vuol dire dissennata gestione di risorse mal calcolate e peggio sperperate, nella generalizzata incapacità di progettare e programmare oltre che nel brutale utilizzo della cosa pubblica a strette finalità di ben precisi interessi di gruppi ristretti di potere.

In questo mondo sanitario, che segue ineluttabilmente le stesse sorti del sistema dei trasporti, delle telecomunicazioni, delle banche, costretto tra l'efficientismo mercantile e la medicalizzazione della società, ci chiediamo cosa ci stiamo a fare **noi operatori** di cure pastorali.

La questione è talmente pressante che molti Ordini Religiosi Ospedalieri si chiedono oggi se sia possibile continuare a te-

---

\* Collevaenza, 1996

stimoniare il proprio carisma nel sistema attuale di mercato sanitario. Ma anche all'interno delle cosiddette politiche sullo stato sociale, a livello europeo ci si chiede come sia possibile coniugare il diritto alle cure con l'equità dell'accesso ai sistemi sanitari.

Recentemente a Lubiana ho assistito ad uno dei tanti episodi di questo dibattito interno all'Unione Europea, complicato dall'accesso dei Paesi dell'Est al nostro sistema di mercato. La prima riflessione che ci deve impegnare è quella, di guardare la realtà, perché la nostra speranza si fondi su di un sano realismo.

### *1. Cambiamento di scenario e il probabile rapporto tra politica (società) e pastorale.*

Le recenti leggi di riforma sanitaria puntano direttamente a proporre strumenti adeguati a *governare* meglio la spesa sanitaria.

Quella che comunemente, oggi, chiamiamo **aziendalizzazione** non è un movimento da demonizzare perché aiuta a responsabilizzare qualunque operatore sanitario o amministratore o dirigente, dinanzi alle decisioni riguardanti la spesa.

L'economia – come ha affermato G. Berlinguer – intesa come *fare economia*, di risparmiare, di usare in modo parsimonioso e *razionale* le risorse, risponde a criteri oggettivi ed ha le sue leggi. L'averle trascurate, spendendo nel campo sanitario senza criteri e senza riscontri di tangibili vantaggi, è proprio la principale causa delle attuali restrizioni.

Passare da uno spontaneismo selvaggio della spesa ad una razionalizzazione indilazionabile, comporta il ricorso a strumenti di progettazione, programmazione, pianificazione e controllo che appartengono alla politica, cioè all'etica pubblica.

La pastorale sanitaria è una forma di *pensare* il sostegno alle persone malate che si propone come portatrice di valori spirituali che non sono antagonisti, ma complementari a quelli della politica e dell'economia.

Essa ha il compito non solo di consolare i poveri che non possono accedere alle cure o i bisognosi di soccorso spirituale, ma di imporre nella pianificazione dei micro e dei macrosistemi sanitari le istanze della cura spirituale con cui va sempre coniugata la cura sanitaria.

In altri termini inserire, come giustamente è proposto da alcuni Cappellani, il piano pastorale nella programmazione sanitaria significa assumere una responsabilità etico-politica per il giusto orientamento del sistema in cui si opera.

Un orientamento verso le persone da aiutare e non soltanto verso le risorse da risparmiare continuando a garantire privilegi a certe categorie di operatori e imponendo riduzioni di cure alla maggioranza della gente.

Il principio della concorrenzialità, se è assunto dalla pastorale intelligentemente, diventa uno strumento per attuare valutazioni non soltanto sulla qualità tecnico-scientifica del prodotto-salute, ma sulla qualità spirituale della assistenza globale.

La soddisfazione del paziente non è quindi pensata o pensabile unicamente in chiave di *prestazione*.

La soddisfazione va commisurata in riferimento alla più ampia sfera dei bisogni umani che sono intrecciati tra lo spirituale, lo psichico e il corporale. Questa è anche la dichiarazione dell'O.M.S. che amplia il progetto salute per tutti nel 2000 fino alla copertura delle esigenze cliniche, sociali e spirituali.

Si impone allora la ricerca di un nuovo ruolo della pastorale, o di consolidare il suo ruolo dove ha saputo evidenziarlo, che si fa portatrice di istanze ben precise che spesso la persona sofferente e malata non arriva a conoscere se non dopo aver subito la malattia.

Come per la difesa dei diritti così per la *rappresentazione* del bisogno occorre individuare un soggetto sociale, che **per noi è la pastorale**, che entri nel complesso intreccio della azione politico-sanitaria con programmazione e valutazione.

Ogni azione, mantenendo la sua motivazione e struttura, si fa *politica* nel momento in cui istituisce connessioni con altri tipi di azioni in quel **laboratorio spirituale** che costituisce una delle più significative metafore della vita ospedaliera.

E parlando di metafore, ecco il primo senso possibile della frase di S. Camillo De Lellis: «mettere, cioè, più ragioni interiori, più attenzione ai destini umani nel formulare progetti, piani di intervento, protocolli operativi che mirano all'assistenza dell'uomo malato».

In questo senso possiamo rileggere come stimolo interiore profondo quell'attenzione al libero mercato cui ci richiama Giovanni Paolo II.

*Cito:* «Sembra che... il libero mercato sia lo strumento più efficace per collocare le risorse e rispondere ai bisogni. Ciò tuttavia, vale solo per quei bisogni che sono *solvibili*, che dispongono di un potere d'acquisto, e per quelle risorse che sono *vendibili*, in grado di ottenere un prezzo adeguato».

«Ma – continua il Papa – esistono molti bisogni umani che non hanno accesso al mercato. È stretto dovere di giustizia e di verità impedire che i bisogni umani fondamentali rimangano insoddisfatti e che gli uomini che ne sono oppressi periscano» (Centesimus Annus, 34).

Tra questi bisogni che possono opprimere l'uomo indicherei, con rinnovata forza, anche quelli dei malati.

Se la pastorale vuole dire qualcosa di mordente oggi, deve far leva su un senso più alto della giustizia che arrivi a trasformare **in valori non monetari i bisogni umani**, da soddisfare poi con **soluzioni compatibili** alle restrizioni dell'economia ed ai valori del mercato.

Abbiamo bisogno allora di Cappellani come agenti competenti di promozione dell'uomo e di testimonianza cristiana: competitivi per rapporto ai saperi tecno-scientifici ed alle anguste maglie delle reti organizzative ospedaliere spesso pretesti per ingiuste scelte morali. Immagino soprattutto Cappellani capaci di formare alla nuova evangelizzazione quegli operatori oggi stretti fra la delusione del mancato riconoscimento economico e le esigenze crescenti di esistenze individuali e familiari vissute sempre più spesso come una lotta per la sopravvivenza.

La responsabilità di formatori, non solo come predicatori di dottrina, ma come testimoni attivi di portatori del significato trascendente dell'accoglienza del prossimo.



Il ruolo del Cappellano e degli operatori pastorali deve essere riconosciuto e forse identificato istituzionalmente per potersi proporre come formatore di coscienze, *ma questa operazione non può piovere dall'alto.*

Visto il crescente vuoto che accompagna la formazione permanente – professionale e delle personalità degli operatori sanitari a tutti i livelli – ritengo sia impegno da rinnovare per le associazioni cattoliche sanitarie e per i Cappellani quello di farsi portatore di queste esigenze.

Si impone uno studio per il carico di lavoro di tutti gli operatori sanitari per esigere una lettura più saggia, direi più umana delle piante organiche e dei vari regolamenti o mansionari. È giusto produrre la “Carta dei servizi” ma è altrettanto doveroso e imprescindibile rivedere i ruoli e la formazione di chi deve rendere operativa la **Carta dei servizi**.

Non più tanti operatori per tanti posti-letto ma tanti e diversamente qualificati operatori per tanti malati e per le diverse patologie.

L'aggiornamento sta diventando obbligatorio ma gli spazi ed i contenuti di una formazione che sappia rimotivare professionalmente, che apra orizzonti umanistici, che faccia emergere le risorse umane, intellettuali e spirituali degli operatori sanitari non trovano spazi non trovano tempo, non trovano forse animatori e profeti.

Certamente, azioni ed interventi che mirino a questa area possono “costare” in tempo ed in contrarietà: personalmente ritengo però che sia la strada maestra perché negli ospedali si possa fare lo spazio di Dio.

Si deve creare un movimento culturale che dentro l'ospedale porti il quotidiano stimolo alla coerenza religiosa, che si proponga come annuncio profetico di salvezza all'esterno verso gli ammalati e verso le parti malate della società che sta intorno all'ospedale.

Nella scoperta di Dio dentro al sofferente sta il più forte messaggio di chi vuole accompagnare i malati nel loro cammino spirituale. Con il mio solito entusiasmo vorrei dire che per andare incontro al fatidico anno 2000 che, anche per me,

è soltanto termine simbolico e convenzionale, occorre riprendere nella sua originalità il messaggio cristiano vissuto da uomini adulti, presenti alla storia ma interpreti critici dei segni dei tempi.

Disillusi dalle scienze che non migliorano affatto, pur prolungando la vita dell'uomo, sottoposti ad un continuo sconvolgimento degli assetti socio-economici dovuti alla rivoluzione telematica, gli uomini hanno bisogno di scoprire che non c'è nulla di meglio che amarsi.

Curiamo oggi questo aspetto della nostra dimensione pastorale? Siamo animatori e guide degli operatori sanitari, delle associazioni cattoliche e non, che operano in ospedale?

Favoriamo il sorgere di quell'associazionismo nuovo – ecumenico – che la chiesa italiana ha auspicato a Palermo per la nuova evangelizzazione?

Sono interrogativi che pongo a me stesso ma che vorrei condividere perché è mio convincimento che questo è il momento drammaticamente favorevole per tutte le aziende sanitarie, per gli ospedali pubblici e privati.

Certo la responsabilità degli Ospedali – delle Cliniche e dei Centri per anziani e per handicappati, con carattere confessionale – in altri termini, questi centri Cattolici stanno vivendo un momento di responsabilità ed impegno come non l'hanno vissuto in questo ultimo secolo.

Con la nuova legislazione, che non è un fenomeno solo italiano, si gioca la capacità di una vera testimonianza ai principi e valori che hanno ispirato la fondazione di questi centri.

Con questa nuova legislazione, se non ci sarà la volontà e la capacità di unire le forze per saper scegliere percorsi trasparenti, coinvolgenti e profetici, questi centri Cattolici si giocano anche la loro sopravvivenza ed il destino dei loro operatori religiosi e laici.

Nell'Occidente contemporaneo ci scopriamo improvvisamente sterili, incapaci di amare con il deperimento, pare diffuso in Occidente, della figura paterna. Lo ha notato con una delle sue intuizioni un giornalista come Eugenio Scalfari da cui riprendo alcune citazioni:

«La figura paterna in quanto ruolo attribuito a chi fornisce sicurezza, conferme, protezioni, giudizi, trasmissione di valori e memoria, è praticamente scomparsa... Le cause dell'affievolimento dell'immagine paterna e della sostanza che la riempie sono numerose ma fin troppo note perché sia qui necessario richiamarle. Ma un aspetto va invece segnalato: l'affievolirsi di quell'immagine non è stato accompagnato dall'accrescimento di alcun'altra immagine alternativa nell'ambito delle istituzioni di base... La conseguenza non poteva che essere il dominio della televisione, lo sradicamento del costume (della morale), il diffondersi della nevrosi di massa. La stessa tossicodipendenza non è che l'effetto dello straniamento derivante dall'assenza della figura paterna. Un altro effetto è la caduta della fertilità e la fuga dei giovani dalle responsabilità di crescere: chi non ha il padre rifiuta di diventarlo».

Il testo conduce a molte discutibili conclusioni.

Quella che ci interessa è l'affermazione della cresciuta nostalgia e il disagio della mancanza del padre. Nostalgia di massa che rischia di portare nelle società la spinta verso sistemi autoritari privi di partecipazione responsabile.

In questa situazione si apre lo spazio per una re-interpretazione del ruolo di pastori e agenti di pastorale come portatori di una rinnovata funzione generante – anche paterna – ma soprattutto liberatrice di vita e di desiderio di vivere in relazione con gli altri.

La radicalità della scelta di amare Cristo abbandonato in ogni malato o sofferente, dentro e fuori le strutture sanitarie, si propone come nuova evangelizzazione per il nostro tempo. Evangelizzazione come rinnovata scelta di Cristo quale unico amore della propria vita che ci porta realmente, vitalmente, ad abbracciare tutti i dolori dell'uomo.

Incarnazione non più metaforica dell'invito di S. Camillo, "più cuore in quelle mani", perché solo così avremo realizzato il dovere di dare veramente tutto imitando l'amore che Dio ha avuto per l'uomo e nella sua maniera d'amare scoprire la pratica di tutte le virtù che l'amore contiene. Tornando con i piedi per terra, come qualcuno mi chiederebbe, vorrei dire che

senza quella dedizione non potremo inventare per le professioni sanitarie le nuove strade di un loro esercizio futuro. Per esempio le forme cooperative che vadano oltre la gestione clientelare dei pubblici sussidi per l'assistenza e realizzino invece un servizio alla popolazione integrato in reti più ampie e valorialmente significative.

La sveglia è suonata. La società cambia! Mentre però nel passato erano le professioni ad istituire i modelli di società – le città – oggi è l'informatica che genera e trasforma la società imponendo un cambiamento di mentalità a tutti i professionisti.

L'operatore sanitario del 2000 va inventato con flessibilità in riferimento a popolazioni e persone da aiutare e non di interessi da perpetuare e istituzioni da proteggere.

## *2. Operatori sanitari oltre le definizioni*

Negli ultimi trent'anni ci siamo sforzati, forse con grandi successi, di definirci per rapporto a tutte le figure di lavoratori che popolano la città e hanno conquistato faticosamente il diritto ad essere rappresentati ufficialmente nei luoghi in cui si prendono le decisioni sulle sorti politiche di una società civile.

Se vogliamo guardare il futuro dobbiamo rinunciare all'orgoglio delle definizioni. Dobbiamo assumere atteggiamenti e comportamenti che determinino un nuovo sapere sulla malattia, sulla salute e sulle condizioni di vita dell'uomo.

Dobbiamo imporci un rinnovato cammino di umanizzazione dove diventiamo noi stessi oggetto delle nostre proprie cure. Umanizzandoci prima di tutto e non umanizzando solo le nostre pratiche professionali.

Il problema che si pone nella post-modernità, cioè nell'epoca in cui la mancanza di regole precise per le istituzioni e gli organismi sociali rendono fluido il tessuto sociale, è per noi quello di riconoscerci prima di tutto come umani e congeneri.

Persone umane affratellate dall'appartenenza alla vita redenta da un Dio fatto uomo che ha voluto dimostrarci la pos-

sibilità di incarnare valori prima di definire Ruoli, Funzioni e scinderci nei Regolamenti di ogni genere. Qui vedo emergere un altro significato della metafora di San Camillo.

Ci dobbiamo chiedere come sia possibile esercitare delle professioni d'aiuto ridotte a tecniche di analisi psicologica se non siamo capaci di accettare la nostra soggettività-personalità di uomini, di cristiani, di agenti pastorali.

Entità originali e non copie fatte con lo stampino, noi persone siamo responsabili di noi stessi e della nostra umanità da sviluppare attraverso l'uso del cuore unito all'uso della ragione.

Le responsabilità degli operatori sanitari cattolici così spesso acutamente analizzate con preoccupazione dalle varie consulte di tutte le istituzioni territoriali, non possono più essere ridotte soltanto alle regole dell'etica.

Dobbiamo ispirarci al profetismo di un San Francesco o di un San Giovanni di Dio per ritrovare nuovi significati alle antiche virtù ed agli antichi valori della solidarietà.

L'Esortazione apostolica post-sinodale *vita consacrata*, forse per la prima volta, dedica un passaggio, specie ai religiosi ed alle religiose, dediti alla cura degli ammalati e conclude con una esortazione che ci deve impegnare e che cito:

«La Chiesa, inoltre, ricorda ai consacrati e alle consacrate che fa parte della loro missione *evangelizzare gli ambienti sanitari* in cui lavorano, cercando di illuminare, attraverso la comunicazione dei valori evangelici, il modo di vivere, soffrire e morire degli uomini del nostro tempo. È loro impegno dedicarsi all'umanizzazione della medicina e all'approfondimento della bioetica, a servizio del Vangelo della vita. Promuovano perciò innanzitutto il rispetto della persona e della vita umana dal concepimento al termine naturale, in piena conformità con l'insegnamento morale della Chiesa, istituendo per questo anche centri di formazione e collaborando fraternamente con gli organismi ecclesiali della pastorale sanitaria.»

Abbiamo l'obbligo verso le future generazioni e verso il popolo di Dio di ridisegnare l'intero sistema dell'assistenza, della prevenzione intesa come servizio alla vita, alle cure verso i malati e i fratelli più deboli.

Non dobbiamo più fermarci, anche con la nostra azione pastorale, contemporaneamente alla medicina ufficiale. Quando la medicina dichiara la sua impotenza dicendo per un malato «non c'è più niente da fare» tutto l'apparato terapeutico si blocca e molte volte anche l'attenzione pastorale rallenta o si ritira.

La pastorale, il mio voto di ospitalità, devono andare oltre la vita e molte volte oltre la morte dell'uomo malato e del bisognoso.

Occorre rimettere al centro delle nostre preoccupazioni la ricerca di un nuovo stile sapienziale di pensare il servizio, la organizzazione, la distribuzione e l'acquisizione delle risorse necessarie a servire la salute.

Non possiamo più accontentarci di restare al traino – ancillarmente – di professioni come quelle manageriali, amministrative o politiche alle quali manca ormai il riferimento all'uomo che è stato sostituito dall'immagine e dalla rappresentazione numerica dei valori che lo sostituiscono.

Dobbiamo uscire dall'in-cultura dell'uomo cosiddetto *medio*, che riduce tutto ad un prodotto statistico anche il nostro pensiero e la nostra coscienza morale.

Il ricorso all'etica come promozione della libertà, della coscienza, della responsabilità, anche nei confronti di Dio, visto come Principio e Fine, giudice di tutti e scrutatore dei cuori.

Un operatore sanitario, detto paradossalmente, deve uscire dalla sanità per entrare al servizio dell'uomo che deve nascere e che sarà inserito in un nuovo modello sociale nel quale i sistemi sanitari-economici-sociali-politici scompariranno come delimitazioni di campo per aprirsi verso un modello integrato di convivenza umana con nuove fonti di energia e di servizi.

Sogni, fantasie!

Così dicevano gli Indiani d'America quando gli si raccontava che il cavallo d'acciaio stava uccidendo le loro tribù secolari e superando in velocità i loro destrieri. Scusatemi il paragone.

Ma penso che se non vogliamo vederci crollare addosso il mondo senza rendercene conto, dobbiamo guardare con realismo utopico il futuro. Non era questo il profetismo?

### 3. *La formazione: ricerca di proposte innovatrici*

Parliamo della formazione. Un nuovo modo di concepire la formazione ci deve condurre a costruire la figura di un operatore polivalente, flessibile, orientato al cambiamento e motivato nel suo agire socio-professionale.

Per inserirsi criticamente nel processo di cambiamento della pastorale in sanità, dobbiamo capire meglio come il cambiamento provochi disagi, ansie e quindi possibili resistenze.

Se il cambiamento non è accettato tramite la formazione, non potremo avere risultati positivi nella nostra vita di relazione sia essa intersoggettiva che interprofessionale. I cambiamenti della sanità danno luogo a ridefinizioni di ruoli, a trasferimenti indesiderati, a diverse distribuzioni delle risorse finanziarie.

La formazione deve servire a riorientare gli operatori in un nuovo modello di comunicazione aperta che affronti i problemi, chiarisca i nuovi obiettivi, indichi i processi con cui si vogliono realizzare.

Partiamo dai Cappellani.

Dobbiamo sapere, come ben sappiamo, che un responsabile del servizio pastorale si trova nel ruolo di un leader inserito in una complessa rete di poteri. Il sistema economico sanitario è connotato da una cultura che richiede necessariamente la creazione di un consenso. Per qualsiasi azione importante un responsabile di pastorale ha bisogno di creare una specie di *comitato guida* per sorreggere formalmente il cambiamento, come suggeriscono le teorie organizzative.

Ne consegue che il Cappellano, o chi per esso nei diversi livelli di responsabilità, deve occuparsi prima della sua propria formazione. Nel progetto di formazione permanente che lo coinvolge, egli deve apprendere responsabilmente ad assumere il ruolo di formatore. È sempre sorprendente e confortevole costatare la partecipazione a questo convegno annuale a Collevaenza.

Ma domandiamoci: è sufficiente per vivere responsabilmente il nostro ruolo, la nostra missione?

È sufficiente per costituire un vero progetto di formazione permanente? Vi risparmio, in proposito, il mio pensiero.

Diciamo subito che assumere il ruolo di formatore è una missione mirata che ci deve far cogliere il centro interiore di riferimento di tutto il nostro progetto.

Il fine principale della propria formazione dovrebbe essere quello di scoprire a quali livelli della propria interiorità si situa la compassione con il dolore, la solidarietà con la vita nascente, la misericordia con la sofferenza inaccettabile.

Poi abbiamo bisogno di farci dei programmi di formazione mirati alle reali esigenze degli operatori, come ho già avuto modo di affermare in altra parte del mio intervento.

Tutti sappiamo bene che nei programmi non ci si deve limitare alla sola trasmissione di teorie e di intuizioni ideali, si devono introdurre meccanismi che rafforzino i comportamenti richiesti e facciano maturare le coscienze stesse.

Vorrei aprire un breve spiraglio su quel modello che utilizziamo spesso, ma che non riusciamo a far funzionare nella sua potenza formatrice e veramente generatrice di nuovi atteggiamenti: **la liturgia**.

Nei processi di formazione la liturgia non può essere ridotto a supporto anche elevato, ma esterno per la crescita dell'operatore. La liturgia porta dentro di sé la potenza creatrice e la forza animatrice di una perenne provocazione dello spirito dell'uomo in ascolto di una parola e di una vita di relazione che viene da Dio e che è annunciata come vivente nel momento della celebrazione.

Voglio essere provocatorio fino in fondo.

Le nostre celebrazioni liturgiche vanno reinventate, ma non con la velleità didascalica che interpreta e condiziona lo Spirito di Dio che deve animare il suo popolo, bensì con la distinzione netta fra quello che Egli dice e quello che noi vogliamo esprimere, istituendo forme dialogali nuove.

**Ascolto e preghiera, sacrificio e offerta** devono diventare cardini di un movimento che genera cambiamento di atteggiamenti e comportamenti nelle persone. La celebrazione della Penitenza e della Eucarestia deve ridiventare annuncio sconvolgente e processo di rinnovamento della vita.

Chiudo la breve parentesi.



La formazione per avviarsi ad un futuro degli operatori sanitari impone obiettivi di crescita spirituale e morale.

Insieme ad altri collaboratori e confratelli ho condiviso alcune proposte che vorrei offrire qui come spunti di riflessione.

Intanto la formazione, che coinvolge anche il formatore, va riconosciuta come processo di animazione ed esercizio di un servizio verso le persone da formare in vista di un servizio pastorale da rendere ai malati.

I cardini fondamentali – o se volete obiettivi-strumenti – per espletare il servizio di formazione (fare formazione ed educare operatori) sono così individuabili:

a) un'esperienza personale di Dio e delle relazioni che legano l'uomo con il trascendente. Questo è valido anche per i non credenti che si accostano al problema della morte, del senso della sofferenza soprattutto dei bambini e dell'incomprensibilità del dolore quali esperienze cruciali dei limiti strutturali degli uomini;

b) un esercizio di educazione interiore al riconoscimento dei significati impliciti nei valori *religiosi*. I valori assunti come fini ultimi e non come semplici mezzi da usare per alcune finalità. I valori della vita, della uguaglianza e dignità degli uomini, della paternità universale di Dio, della solidarietà, devono costituire motivo ispiratore di azione e di valutazione di effettivi risultati finali;

c) mirare a strutturare uno *stile di vita* evangelico ed evangelizzante capace di costruire comunità di ideali e di programmi concreti nel rispetto di situazioni locali e personali vissute e interpretate come momenti propizi, opportunità da cogliere per la maturazione globale delle persone. Quindi **formazione pastorale integrata** alla organizzazione e alla programmazione;

d) creare un movimento di idee aperte verso l'innovazione delle forme di accoglienza e accompagnamento che le scienze umane e sociali ci fanno scoprire come più adatte al miglioramento della **comunicazione** all'interno del sistema sanitario globalmente inteso.

e) Promuovere iniziative culturali capaci di "rimotivare" umanamente e professionalmente gli operatori sanitari, in genere e gli operatori pastorali, in modo specifico.

In altri termini dobbiamo rimotivare il cuore se vogliamo che il malato lo veda e lo senta nelle nostre mani.

La tecnologia che salva molte vite, troppe volte, per mancanza di vere **rimotivazioni** fa tacere il cuore e chi da anni opera in ospedale, in questo tempio della vita, è ben consapevole che se il cuore tace, in ospedale non si respira la speranza ma si vive solo ansietà e paura.

f) Non posso chiudere queste sintetiche proposte senza raccogliere il grido disperato delle famiglie dei malati di mente che il 4 ottobre (1996) è andato su tutte le prime pagine dei giornali invocando per i loro ammalati l'eutanasia: «Meglio morti che senza cuore» – «Eutanasia per i nostri cari». È vero che questo grido ha voluto essere una forte provocazione per i politici, ma non può lasciare indifferenti noi operatori dell'assistenza.

Questo grido di provocazione, di dolore e di paura «meglio morti che senza cuore» che giunge fino all'invocazione della eutanasia, merita comprensione e rispetto, anche se non si può condividere.

Sarebbe molto triste se qualcuno volesse incunarsi in questa dolorosa situazione per aprire la strada all'eutanasia.

Allora perché non impegnarci, nelle nostre Cappellanie o gruppi di pastorale, ad attivare un vero "Osservatorio" di appoggio ai malati di mente e alle loro famiglie?

Analoga iniziativa si dovrebbe attuare nei centri per anziani – in tutti i centri per anziani – dove l'eutanasia non è invocata ma è già vistosamente serpeggiante perché oggi non si uccide solo con le macchinette autogestite dal medico americano o con farmaci mortali: oggi si uccide – si fa eutanasia – anche somministrando male i consueti farmaci che noi chiamiamo psicofarmaci che molte volte vengono prescritti sulle cartelle cliniche e sulle consegne non con la precisazione della dose ma con la dicitura "al bisogno".

Ho parlato spesso di **maturazione morale** e di senso di responsabilità. Quando affermavo che le regole dell'etica non sono sufficienti ad inserire l'azione pastorale nel cambiamento dei sistemi politicosanitari, intendevo dire che il formalismo morale non è molla per il cambiamento.

Anzi, quel formalismo sostenuto da una certa lentezza delle leggi è spesso causa di freno per la società.

Formazione per la maturità vuol dire obbligarci, *tutti*, a passare dagli stati dell'infantilismo esecutivo e della superficiale adolescenza, ad una maturazione del senso critico.

Una formazione *maturante* va concepita come responsabilizzazione civile ed etica prima di tutto orientata alla **formazione permanente** ed alla capacità di valutazione ed autovalutazione.

La scuola, l'università, i vari corsi di aggiornamento (spesso confusi con la formazione), si sono fondati per molto tempo sul modello *normativo* che si riduce ad apprendere soltanto l'esecuzione di certe norme.

Si sa bene che il processo di formazione è molto più complesso e faticoso, imponendo sì l'apprendimento di certe conoscenze ma soltanto in funzione di un mutamento e rinnovamento di atteggiamenti e comportamenti.

La formazione come acquisizione di nuovi convincimenti, cioè vincoli interiori cui liberamente la persona lega con coerenza il suo agire.

I modelli della cosiddetta *normalità* sono stati trasmessi in quanto leggi e comandi.

Ora è opportuno, anche all'interno della Chiesa, che si costruiscano su quelle valide norme, dei nuovi comportamenti, ma si abbia il coraggio di far nascere da essi le nuove norme che regoleranno i nuovi rapporti sociali.

Il Convegno Ecclesiale di Palermo è stato un forte monito su questo percorso nuovo.

L'incontro-scontro tra le differenti culture esistenti nel mondo ci ha portato a percepire la necessità di uscire dallo stato di minorità per affrontare con coscienza responsabilmente rinnovata i compiti nuovi.

Soprattutto negli ultimi 25 anni della nostra storia, dopo i mutamenti della tecnica, della scienza biomedica e della vita sociale, abbiamo scoperto che dobbiamo assumere nuovi atteggiamenti morali e nuove competenze. Prima di tutto il saper testimoniare: non c'è formazione senza esempi parlanti e visibili.

L'anno scorso in queste stesse circostanze si trovava in mezzo a noi un mio Confratello che tanti tra voi hanno conosciuto. Credo che nei suoi 62 anni di vita ospedaliera egli non ha mai scritto nulla di formazione, fatto conferenze sul tema, eppure egli resta per l'Ordine Ospedaliero dei Fatebenefratelli un indimenticabile modello educativo. Fra Giulio Gatti, che non è mai mancato all'incontro di Colleva, è morto il 4 agosto e se lo ricordo è perché della pastorale e della formazione aveva un rispetto tutto suo e tecnicamente indicibile con le parole: era uno stile di testimonianza.

L'operatore sanitario deve prepararsi in modo da essere testimone trasferendo le sue convinzioni morali in comportamenti coerenti, trasparenti e facilmente interpretabili.

Accettando la sfida della formazione per la nuova sanità deve aprire il cuore e la mente verso una nuova idea di relazione personale io-tu. Le divisioni gerarchiche hanno tanti meriti per il successo delle organizzazioni, ma rischiano di separare tra alto e basso, tra superiore e suddito. Occorre riscoprire la comunione e rifondare uno stile di testimonianza comunitaria dei credenti e degli uomini di buona volontà.

Mirare ad una condotta matura, gioiosa, responsabile, aperta alla correlazione tra laici e religiosi non solo a parole; tra Cappellani e laici non solo a comando.

Anche qui il Convegno Ecclesiale di Palermo ha lanciato un forte richiamo e mi piace citare un breve passo che riassume queste istanze con un appello appassionante:

«I laici dunque cercheranno in tutti i modi di rispondere all'invito loro rivolto, per essere all'altezza del loro compito. Ma hanno anch'essi una richiesta da fare al clero e ai vescovi: non abbiate paura dei laici! Sentiteli davvero come parte della Chiesa. Affidate loro compiti non soltanto marginali. Lasciate che il laicato sia autonomo e si assuma le proprie responsabilità, perché possa crescere e testimoniare in modo alto la fede e mettere le proprie capacità e competenze al servizio del Vangelo e del bene comune. I credenti laici non si pongono in concorrenza con il ruolo dei sacerdoti o dei religiosi, né intendono vivere distaccati dai propri Vescovi. Sanno oggi di avere una vo-

cazione specifica, ma avvertono l'urgenza di vere guide della comunità, di grandi figure dello spirito, di persone la cui sapienza e la cui capacità di discernimento li richiama ad orizzonti impensati.»

Questo modello formativo deve ridare nella Chiesa un ruolo nuovo alla donna come **formatrice** e non generosa esecutrice di nuove sensibilità e di nuove **competenze** nella vita pastorale.

Considerando la storia una specie di continua gestazione, il principio femminile e quello maschile devono essere riconsiderati come funzione unica per fecondare un possibile futuro.

Instaurando nuovi modelli educativi nel rispetto della pari dignità uomo-donna apprenderemo forse meglio cosa vuol dire crescere e maturare nella vita dello spirito.

Una maniera originalissima per attualizzare il monito di S. Camillo: «più cuore in quelle mani»; ovvero non dimentichiamo di curare gli altri come le mani delle nostre mamme ci hanno curato.

Semplice, no?

## II, 4. ALLE DONNE CONSACRATE NEL MONDO DELLA SANITÀ\*

### Premessa

#### *Un segno dei tempi*

Il giorno 9 maggio 1988 ero stato chiamato a partecipare al Capitolo generale delle Suore del Sacro Cuore del Beato Men- ni e mi ero rivolto ad esse con una meditazione che ripropo- ngo oggi a quante sono impegnate nel servizio ai sofferenti.

Potete immaginare con quale gioia interiore indicibile e qua- li sentimenti di gratitudine accoglievo la lettera apostolica *Mu- lieris Dignitatem* che il Santo Padre Giovanni Paolo II indiriz- zava al mondo in occasione dell'anno mariano il 15.8.1988, quasi contemporaneamente al nostro storico incontro.

Più che incoraggiato, mi sentivo sorretto, sostenuto e stimo- lato dalle parole del Papa che ridisegnavano con spirito profe- tico quel profilo della dignità e vocazione della donna a cui io stesso mi ero accostato.

Segno dei tempi, anche questo, che ci porta a “rivedere” la nostra vocazione nel confronto con i temi che avevamo messi in luce pochi mesi prima.

Spero che tutte avete letto quel documento alla cui dottrina condita dalla sapienza biblica aderisco con profonda convinzione.

Ne trascrivo alcuni passaggi solo per fondare meglio la no- stra riflessione e sottolineare l'attenzione della Chiesa per la vostra dignità di donne e di donne consacrate.

---

\* Milano, 1990. A cura di Fra Pierluigi Marchesi - Edizioni Fatebenefratelli

*Radici dottrinali*

«In uno dei suoi discorsi Paolo VI disse tra l'altro: «Nel cristianesimo, infatti, più che in ogni altra religione, la donna ha fin dalle origini uno speciale statuto di dignità, di cui il Nuovo Testamento ci attesta non pochi e non piccoli aspetti (...); appare all'evidenza che la donna è posta a far parte della struttura vivente ed operante del cristianesimo in modo così rilevante che non ne sono forse ancora state enucleate tutte le virtualità».

I padri della recente Assemblea del Sinodo dei vescovi (ottobre 1987), dedicata a *La vocazione e la missione dei laici nella Chiesa e nel mondo a vent'anni dal Concilio Vaticano II*, si sono di nuovo occupati della dignità e della vocazione della donna. Essi hanno auspicato, tra l'altro, l'approfondimento dei fondamenti antropologici e teologici necessari a risolvere i problemi relativi al significato ed alla dignità dell'essere donna e dell'essere uomo.

Si tratta di comprendere la ragione e le conseguenze della decisione del Creatore che l'essere umano esista sempre e solo come femmina e come maschio.

Solo partendo da questi fondamenti, che consentono di cogliere la profondità della dignità e della vocazione della donna, è possibile parlare della sua presenza attiva nella Chiesa e nella società».

«Nella descrizione biblica l'esclamazione del primo uomo alla vista della donna creata è un'esclamazione di ammirazione e di incanto, che attraversa tutta la storia dell'uomo sulla terra.

Le risorse personali della femminilità non sono certamente minori delle risorse della mascolinità, ma sono solamente diverse. La donna dunque – come, del resto, anche l'uomo – deve intendere la sua “realizzazione” come persona, la sua dignità e vocazione sulla base di queste risorse, secondo la ricchezza della femminilità, che ella ricevette nel giorno della creazione e che eredita come espressione a lei peculiare dell'immagine e somiglianza di Dio».

*Parità tra donna e uomo*

«Si deve parlare di un'essenziale "parità": poiché tutt'e due – la donna come l'uomo – sono creati ad immagine e somiglianza di Dio, tutt'e due sono suscettibili in eguale misura dell'elargizione della verità divina e dell'amore nello Spirito Santo. Ambedue accolgono le sue "visite" salvifiche e santificanti. Il fatto di essere uomo o donna non comporta qui nessuna limitazione, così come non limita per nulla quella azione salvifica e santificante dello spirito nell'uomo il fatto di essere giudeo o greco, schiavo o libero, secondo le ben note parole dell'apostolo: "Poiché tutti voi siete uno in Cristo Gesù" (Gal 3, 28).

Questa unità non annulla la diversità. Lo Spirito Santo, che opera una tale unità nell'ordine soprannaturale della grazia santificante, contribuisce in eguale misura al fatto che "diventano profeti i vostri figli", e che lo diventano anche "le vostre figlie". "Profetizzare" significa esprimere con la parola e con la vita "le grandi opere di Dio" (At 2, 11), conservando la verità e l'originalità di ogni persona, sia donna che uomo. L'eguaglianza evangelica, la parità della donna e dell'uomo nei riguardi delle grandi opere di Dio, quale si è manifestata in modo così limpido nelle opere e nelle parole di Gesù di Nazareth, costituisce la base più evidente della dignità e della vocazione della donna nella Chiesa e nel mondo. Ogni vocazione ha un senso profondamente personale e profetico. Nella vocazione così intesa ciò che è personalmente femminile raggiunge una nuova misura: è la misura delle "grandi opere di Dio", delle quali la donna diventa soggetto vivente ed insostituibile testimone».

*Ogni donna per la sua femminilità è chiamata all'amore*

«L'amore è un'esigenza ontologica ed etica della persona. La persona deve essere amata, poiché solo l'amore corrisponde a quello che è la persona. Così si spiega il comandamento dell'amore, conosciuto già nell'Antico Testamento (Dt 6, 5; Lv 19, 18) e posto da Cristo al centro stesso dell'ethos evangelico



(Mt 22, 36-40. Mc 12, 28-34). Così si spiega anche quel primato dell'amore espresso dalle parole di Paolo nella lettera ai Corinzi: "Più grande è la carità" (I Cor 13,13).

Se non si ricorre a quest'ordine e a questo primato, non si può dare una risposta completa e adeguata all'interrogativo sulla dignità della donna e sulla sua vocazione. Quando diciamo che la donna è colei che riceve amore per amare a sua volta, non intendiamo solo o innanzitutto lo specifico rapporto sponsale del matrimonio. Intendiamo qualcosa di più universale, fondato sul fatto stesso di essere donna nell'insieme delle relazioni interpersonali, che nei modi più diversi strutturano la convivenza e la collaborazione tra le persone, uomini e donne. In questo contesto, ampio e diversificato, la donna rappresenta un valore particolare come persona umana e, nello stesso tempo, come quella concreta, per il fatto della sua femminilità. Questo riguarda tutte le donne e ciascuna di esse, indipendentemente dal contesto culturale in cui ciascuna si trova e dalle sue caratteristiche spirituali psichiche e corporali, come, ad esempio, l'età, l'istruzione, la salute, il lavoro, l'essere sposata o nubile».

### *Gratitudine della Chiesa alla donna*

«La Chiesa ringrazia per tutte le manifestazioni del genio femminile apparse nel corso della storia, in mezzo a tutti i popoli e nazioni; ringrazia per tutti i carismi che lo Spirito Santo elargisce alle donne nella storia del popolo di Dio, per tutte le vittorie che essa deve alla loro fede, speranza e carità: ringrazia per tutti i frutti di santità femminile.

La Chiesa chiede, nello stesso tempo, che queste inestimabili "manifestazioni dello Spirito" (I Cor 12, 4 ss.), che con grande generosità sono elargite alle figlie della Gerusalemme eterna, siano attentamente riconosciute, valorizzate, perché tornino a comune vantaggio della Chiesa e dell'umanità, specialmente ai nostri tempi. Meditando il mistero biblico della donna, la Chiesa prega affinché tutte le donne ritrovino in questo mistero se stesse e la loro suprema vocazione».

## 1. UNITI NELLE RADICI COMUNI: IL PROFETISMO DEI NOSTRI SANTI FONDATORI

Ripensando oggi alle vicende delle nostre famiglie religiose, si resta colpiti dal coraggio che, in epoche diverse, ha mosso i nostri Fondatori nella loro vita.

Ci sbaglieremmo a credere che tale virtù derivasse soltanto da una particolare struttura del loro carattere. C'era in loro una visione profetica della storia che soltanto il senso della fede cristiana poteva dare. Da quella fede nasce il loro coraggio e la loro storia di fondatori dell'Ordine Ospedaliero e della vostra Congregazione nel quale noi abbiamo scelto di vivere.

Come Camillo de Lellis, Giovanni di Dio, Benedetto Menni, le gloriose Sante Fondatrici e Santi Fondatori dell'era moderna e contemporanea, essi hanno raccolto la sfida del loro tempo per mutare radicalmente la concezione dell'ospitalità e il loro messaggio ci è di particolare aiuto in questo momento.

Siamo infatti tutti impegnati nello sforzo di adeguare noi stessi, le nostre comunità e le nostre opere verso il decisivo appuntamento con il Duemila, ormai alle porte, altro "segno dei tempi" da interpretare con intelligenza per poter realizzare la nostra missione nell'assistenza ai malati.

Noi non possiamo parlare di Benedetto Menni senza trepidazione. C'è infatti come un'ombra in tutti noi Fatebenefratelli per non aver saputo capire sempre la grandezza dell'uomo e del religioso.

Storie passate, per fortuna, anche grazie alla gioia della ancora recente beatificazione che ha dato ragione a lui su tutta la linea, e in maniera solenne e definitiva; ma che forse ha impedito – o frenato – quella osmosi tra le nostre due famiglie ospedalie-

re, che hanno una missione in comune e per questo hanno il dovere di ricercare una più dinamica e fraterna collaborazione. Da alcuni anni, come sapete, il nostro Ordine è attivamente impegnato in un serio sforzo di riflessione e riscoperta della propria identità, della propria missione e dei modi più efficaci per svolgerla.

Grazie alla generosa disponibilità offertami da tutti i miei confratelli, è stato possibile individuare i punti deboli di una testimonianza che talvolta non risulta – alla prova dei fatti – adeguata alle esigenze dei tempi; le incrostazioni, anche di carattere culturale, che hanno affievolito il significato della nostra presenza nel mondo della sofferenza umana; le ragioni di un disagio che era avvertito prima da tutti da noi stessi, ma anche dai destinatari della nostra azione, i malati.

E, partendo da tali riflessioni, è stato rimesso a fuoco il multiforme ruolo che noi religiosi ospedalieri dobbiamo svolgere nel campo della sanità.

Un religioso, in questo campo, deve presentarsi come: testimone della propria fede e del proprio carisma, guida morale per i suoi collaboratori, coscienza critica all'interno della società della propria comunità e del proprio ospedale, perché non venga meno la fedeltà alla propria chiamata di battezzato e di consacrato e di profeta, proteso sempre in avanti per camminare al passo coi tempi dando loro un "significato" nuovo.

Il Padre Menni, il fondatore delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore, è stato tutto questo. Una rilettura della sua esemplare vicenda in questa chiave riserva più di una sorpresa.

Egli fu innanzitutto testimone eroico. A dirlo non siamo soltanto Voi e noi; lo ha proclamato solennemente la Chiesa quando lo ha elevato all'onore degli altari. Non era ancora ventiseienne, allorché il Papa lo esortò ad andare in Spagna per restaurarvi l'Ordine ospedaliero, realizzando il grande sogno del Generale dei Fatebenefratelli italiani, padre Alfieri. L'impresa era di quelle che avrebbero scoraggiato chiunque.

Fra Benedetto sapeva che l'avventura della santità si nutre anche di utopia; sapeva di non essere solo, garantito com'era dall'appoggio ai vertici della Chiesa e del suo Ordine. Non si

tirò indietro davanti all'obbedienza: un altro al suo posto avrebbe probabilmente declinato l'invito per non rischiare brutte figure. Lui no: fedele testimone della sua vocazione accetta di rischiare anche a costo della vita.

I tempi erano duri, il momento sociologico non certo favorevole al tentativo. Ma egli intuiva che per l'Ordine ospedaliero si trattava di vita o di morte. In ogni grande svolta epocale la pura gestione di sopravvivenza, in opere come queste, porta inesorabilmente alla estinzione: occorre cambiare, rifare ex novo per assicurarsi un futuro.

E qui vorrei sottolineare le molte analogie fra quei tempi e i nostri: allora, l'ondata di anticlericalismo massonico si manifestava con violenza dissacrante contro la religione e la Chiesa, assumendo anche le caratteristiche di una aperta persecuzione; oggi, a combattere frontalmente la fede (ma senza successo, a quanto si vede) sono stati, in certi paesi, i regimi marxisti mentre da noi nell'Occidente industrializzato e consumista, il secolarismo ottiene risultati devastanti in maniera più morbida, con le armi della persuasione occulta, i mass-media.

E c'è più che mai bisogno di testimoni coerenti, coraggiosi, privi di rispetto umano, soprattutto nel campo della sanità, che vede la cultura della morte prevalere su quella della vita mediante l'aborto, la contraccezione, l'eutanasia, la droga, il suicidio, il sempre più scarso rispetto per l'esistenza umana.

Padre Menni non si spaventava davanti agli ostacoli, per ridare vita all'Ordine sceglie le fasce più povere ed emarginate della società, che sono le stesse di oggi nonostante gli straordinari progressi della scienza medica: malati di mente, bambini handicappati e anziani, e ovviamente quelli tra loro che hanno in comune il marchio della povertà (in ogni epoca, per il paziente ricco, qualunque sia la sua malattia, un letto e un medico si trovano sempre).

E quando scoppia l'epidemia di colera, non saranno i politici coi loro proclami, ma Fra Benedetto e i suoi Fatebenefratelli a mischiarsi con le vittime per assisterle, qualcuno lasciandoci anche la vita.

Guida morale, Fra Benedetto lo fu come pochi. Era non solo un forte e capace uomo di governo, ma un autentico trascinate: trascinava soprattutto con l'esempio, prendendosi le sue responsabilità, senza cedere a compromessi, attento alle grandi cose come alle piccole cose della quotidianità.

Guide morali non ci si improvvisa. Si diventa con un lungo lavoro di formazione, con la pratica di una intensa vita interiore. Non sto a dilungarmi su questo, perché non c'è migliore prova delle sue capacità di guida morale che la Vostra congregazione, da lui voluta e plasmata come una vera fraternità in cui – per usare le sue stesse parole – si vive una vita “perfettamente comune, molto povera, molto casta, molto obbediente”. Ma mi piace soprattutto sottolineare un aspetto non secondario della sua azione di Vostro fondatore e di rifondatore del nostro Ordine: la pedagogia dell'amore.

Non perdeva occasione per inviare messaggi di pace, di fraternità, di adesione convinta e amorosa a Dio. Il suo epistolario, letto in questa ottica, appare come un testo di spiritualità attualissimo. Quel suo interessarsi di tutti, quella sua sensibilità alle sofferenze e ai problemi degli altri, quel suo modo delicato e cordiale di dire grazie a quanti collaboravano con lui sono segno di uno stile che faceva di lui, più che un superiore, un Padre nel senso proprio del termine.

Sappiamo purtroppo che più di una volta fu ripagato con la disobbedienza e il disprezzo. E bellissima è quella sua risposta a chi – meravigliandosi per l'astio che alcuni confratelli gli avevano dimostrato prima e dopo le sue forzate dimissioni dalla carica di Generale dell'Ordine si aspettava da lui una reazione di sdegno e di condanna: “Sono tutti miei figli!”.

Stemperava così in quattro parole un dramma interiore che lo avrebbe portato in anticipo alla tomba.

Il segreto di questa capacità eroica di perdono stava nel suo continuo “filo diretto” con Dio. Uomo di preghiera e di contemplazione, Fra Benedetto sapeva armoniosamente conciliare l'ora et labora del santo di cui portava il nome. Che lezione per noi, presi dal ritmo vertiginoso di un modo di vivere sempre meno umano, che a volte ci mette in difficoltà come consacrati!

Noi, nei nostri centri ospedalieri, oggi, nella società di oggi, con i malati di oggi, con le loro famiglie, sentiamo l'impegno comunitario e personale di essere guide morali?

Oppure, presi dai ritmi del quotidiano siamo comunità soltanto nelle nostre cappelle, e poi non abbiamo più tempo – non sappiamo trovare più tempo – per guardarci, per stimolarci, per perdonarci?

Guai alle nostre comunità che non sanno darsi e non sanno ricevere il perdono che è radice della vera fraternità senza la quale non si può essere certamente guida morale.

Coscienza critica. A questo proposito mi viene subito alla mente il caso del giovane Angelo Ercole Menni, impiegato bancario all'inizio di una carriera che si preannunciava brillante: invitato dal capoufficio a mandare avanti una pratica dai contorni poco puliti, preferisce licenziarsi piuttosto che tradire la propria coscienza. Ineccepibile esempio di deontologia professionale, che ci rivela la statura morale del futuro santo. Ma è da superiore – prima provinciale, poi generale dell'Ordine – che questa sua rettitudine emergerà in tutto il suo significato, spesso non senza profonde sofferenze per lui.

Della cultura del suo tempo sapeva discernere con chiarezza valori e contro-valori, regolandosi di conseguenza nella propria azione di governo. Uomo di discernimento, non si sottraeva al compito, spesso ingrato, di segnalare errori o deviazioni. Era un superiore attento e perciò non gli mancarono dei nemici, sia fuori che dentro l'Ordine e nella sua congregazione di suore. E poiché era il primo a dare l'esempio di quello che esigeva dagli altri, i suoi avversari dovettero ricorrere a falsità e calunnie per contrastarlo. Ne uscì sempre pienamente assolto e riabilitato anche se profondamente ferito. Ma non rinunciò, quando era il caso, ad annunciare senza ambiguità la realtà delle cose, forte della sua coscienza pulita.

Nella nostra epoca che vede entrare nelle nostre opere, oltre la socializzazione, anche la politicizzazione della sanità, noi troviamo la forza, attraverso una costante revisione del nostro vivere personale e comunitario di essere coscienza critica, o ci lasciamo travolgere dai facili compromessi, dalle ambiguità di

comportamento e di linguaggio? È questo un interrogativo che il mondo ci pone e al quale come comunità, come congregazione dobbiamo dare risposta con trasparenza e con forza, una risposta chiara se vogliamo essere coscienza critica come sepe esserlo il Vostro Fondatore.

Infine parlare di Padre Menni come di un profeta può perfino sembrare scontato. Conoscete tutte le sue geniali intuizioni nel campo della pediatria e della psichiatria. Si deve a lui la nascita in Spagna del primo ospedale solo per bambini; e voi, Suore ospedaliere, siete nate per sopperire ad una grave discriminazione che a quei tempi vedeva le donne malate di mente praticamente prive di assistenza specialistica in quanto gli ospedali gestiti dai religiosi potevano accogliere soltanto uomini.

Noi, col nostro stile di vita, siamo profeti nel nostro mondo fatto di annunci e di immagini?

Se non sappiamo incarnare il coraggio della profezia, noi viviamo la santa perseveranza ma non viviamo l'autenticità della nostra vocazione.

Se non sappiamo incarnare il moderno martirio della profezia, difficilmente avremo nuove vocazioni, perché il mondo di oggi è abbagliato da troppi annunci, e quello della chiamata di Gesù può arrivare ai giovani attraverso il profondo silenzio e la forza della vera profezia.

Padre Menni, con la sua decisione coraggiosa, aprì la strada ad una diversa concezione della missione ospedaliera più in linea con le esigenze della nostra società.

Ho già accennato alle sue scelte preferenziali a favore dei malati mentali, dei piccoli handicappati e degli anziani. Ci accorgiamo ora di come il Padre abbia visto in anticipo sui tempi. Nei suoi ospedali, inoltre, vediamo coinvolti dei laici capaci: qualcuno magari è di fede laica, ma in possesso di una sicura professionalità e questo, accanto alla onestà personale, al Menni basta. L'importante è che le sue strutture abbiano il meglio in fatto di personale e di ultimi ritrovati della scienza. Ci penserà lui a fare da guida morale.

Questo accenno ai laici mi dà l'occasione per ringraziarvi cordialmente per aver partecipato con alcune vostre religiose

al recente convegno romano da noi organizzato per i nostri collaboratori laici sul tema “Insieme per servire”. È stata per tutti noi una preziosa occasione per rivisitare il comune carisma, nell'intento di mettere sempre più l'ammalato – e particolarmente l'ammalato povero – al centro della nostra azione e dei nostri ospedali, esattamente come il beato Menni fece e raccomandò sempre di fare. Si tratta di aiutare l'uomo infermo a cercare e ad assumere il senso della vita; si tratta di aiutarlo a vivere attraverso il nostro sforzo di comprensione, di ascolto, di servizio reso per amore.

La strategia rivoluzionaria dei nostri Fondatori è proprio stata la filosofia e la spiritualità della centralità del malato nelle opere che concepivano e fondavano.

Noi troppe volte in questa centralità poniamo la comunità, l'economia, l'organizzazione, la nostra sopravvivenza.

Noi sopravviveremo soltanto se, con Dio, sapremo creare la cultura e la dinamica della centralità del malato, con le sue ansie, le sue paure, la sua solitudine e il suo sperare.



## 2. LA DONNA “IMMAGINE” DELLO SPIRITO NELLA TRADIZIONE CRISTIANA

La ragione ed il bisogno di confidarvi i miei pensieri nasce dal profondo convincimento che la donna più di noi uomini ha senso critico e soprattutto intuizioni profonde e capacità di penetrare nell'intimo delle persone e delle situazioni.

Malgrado le vicende esteriori della Chiesa non sempre abbiano testimoniato questo ruolo della donna, noi sappiamo che il femminile ha un posto importante nella tradizione biblica in cui si radica la nostra fede (cfr. Giovanni Paolo II, *Mulieris Dignitatem*, 15.9.1988 par. 2).

La sapienza divina è spesso rappresentata come la “tensione” del femminile in Dio che si rivolge con amore alla natura, alla vita in genere ed alle creature umane in particolare come una donna che invita quanti si trovano sulle strade e nelle piazze ad entrare e prendere dimora nella sua casa. Ispiratrice dell'azione divina, la sapienza diventa ispiratrice dell'uomo che si apre alla conoscenza del mistero del mondo, della vita e della storia.

Il parallelismo che viene continuamente stabilito tra la Sapienza e lo Spirito, tra lo Spirito e il “soffio” e la parola che rappresentano Dio, per noi, ci autorizza a rappresentare lo Spirito, terza persona della Trinità, come un principio analogo a quello femminile: l'amore.

È l'amore lo Spirito Santo che introduce Cristo nel mondo, lo riconosce e svela nel Giordano come figlio prediletto di Dio, lo resuscita dalla tomba, lo rende presente nella storia. Perciò la contemplazione del femminile divino rivela nella sua gravidanza il senso del destino finale del femminile umano: essere luogo della rivelazione del volto di Dio.

Possiamo aggiungere che il “femminile è chiamato alla più alta realizzazione di Dio mediante una particolare associazione con la persona dello Spirito Santo”, nel senso che nell’effusione dello spirito nel cuore dell’uomo apre il varco al Padre e tramite il Figlio intende ristabilire in noi la sua dimora. Al dire di Ireneo (circa nel 200), cui si deve la prima elaborazione sistematica della teologia cristiana, lo Spirito Santo è l’elemento che salva e plasma la vita, è così che il femminile trova la sua piena perfezione e totale pienezza soltanto quando si concretizza questa possibilità finale di poter accogliere in forma incarnatoria lo Spirito Santo dentro di sé e prestarsi ad essere madre di Dio, modello cui si ispirano continuamente le vostre Costituzioni: particolarmente i paragrafi 8, 26, 68.

Perciò il senso della femminilità secondo la Scrittura va rimeditato e valorizzato nella nostra esperienza cristiana. Apice dell’intero processo creativo – Eva è l’ultima, la più splendente e misteriosa delle opere di Dio – la donna presentata in dono all’uomo assicura continuità alla creazione. Solo attraverso di essa le energie divine e trasfuse nell’uomo si rivelano feconde e sfidano i secoli. Il ministero della donna non è nelle funzioni, è nella sua natura. Essa è il punto d’incontro tra Dio e l’uomo a motivo della sua attitudine alla ricettività e all’interiorità. Per questo si pone come simbolo dell’integrazione religiosa della natura umana.

L’uomo supera il proprio essere, è più esteriorizzato; il suo carisma di espansione dirige il suo sguardo al di là di sé; egli riempie il mondo delle sue energie creatrici, si impone padrone e conquistatore, ingegnere e costruttore.

Riceve accanto a sé la donna. Più interiorizzata, la donna... è come uno specchio che riflette il volto dell’uomo, lo rivela a se stesso, e con ciò lo corregge. Così aiuta l’uomo a comprendersi e ad attuare il senso del proprio essere: lo completa decifrando il suo destino, perché è con l’aiuto della donna che l’uomo diventa più facilmente ciò che è (in quest’insieme di apporti va colto il senso dell’espressione biblica: un aiuto che gli sia simile, Gn 2, 18). Accanto alla fabbricazione c’è la penetrazione nelle segrete profondità dell’essere. Se la caratteristica dell’uomo è agire, quella della donna è essere: è la categoria religiosa per eccellenza.

La Bibbia indica nella donna il punto predestinato dell'incontro tra Dio e l'uomo. Si coglie la potenza salvatrice della donna, se si comprende che Eva non fu tentata in quanto "sesso debole", al contrario è stata sedotta perché è lei che rappresenta il principio dell'integrazione religiosa della natura umana; colpita al cuore, questa soccombe immediatamente. Adamo la segue docilmente senza offrire alcuna resistenza, senza formulare domanda.

Proteggere il mondo degli uomini in quanto madre e salvarlo in quanto vergine, dando a questo mondo un'anima, la propria anima: tale è la vocazione della donna, religiosa, celibe o sposa.

Destinataria e protagonista dell'esperienza religiosa per la sua attitudine alla ricettività creatrice, la donna possiede il carisma materno di generare Cristo nell'anima dell'uomo. A lei spetta il compito di raddrizzare lo zelo maschile che scivola sempre più spesso verso la profanazione dei misteri e la perdita dei valori spirituali. Nelle attuali condizioni di vita la santità è più interiore alla donna che all'uomo. Ogni donna possiede un'intimità innata quasi una complicità con la tradizione, con la continuità della vita.

In questa prospettiva potremmo pensare che esista un ministero tipico per la donna. Nella vicenda della comparsa di Maria a Betania abbiamo forse la indicazione profetica di un ministero femminile di annunzio e di compassione. Maria vi compie ciò che solo essa poteva fare, lo specifico della sua funzione in quanto donna (Marco 14, 8), e questo deve essere continuato nel mondo intero, affiancando la proclamazione delle beatitudini da parte degli apostoli: memoriale di quel gesto di compassione come l'Eucarestia è memoriale dell'amore che lava i piedi dei discepoli. In Luca 10, 41, il Signore approva che la stessa Maria lasci le molteplici diaconie per consacrarsi al ministero essenziale dell'ascolto di quella parola per il cui annuncio gli Apostoli a loro volta lasceranno il servizio delle tavole (Atti 6, 2).

Rompendo con le tradizioni giudaiche, Cristo ha conferito alle donne un posto capitale nella percezione del messaggio (Luca 1,42) come nella trasmissione profetica (Giovanni 4, 42).

Alla donna dunque spetta in priorità un carisma di compassione che dovrebbe essere riconosciuto ed esercitato nella Chiesa come un vero ministero. Nella Chiesa primitiva le diaconesse (Rm 16, 1; 1 Tm 3, 11) assumevano anzitutto un servizio di preghiera e di compassione verso poveri e malati, come pure un ruolo liturgico per il battesimo delle donne. Maria di Nazareth resta la donna, segno umile ed eterno di quella maternità nello spirito il cui profumo ha riempito tutta la casa del Re, come le pianticelle di rose (Sir 24, 14; Ct I, 12).

Ministero e carisma si rifanno, secondo S. Paolo (I Cor 12, 4), rispettivamente a Cristo e allo Spirito.

Il rapporto che intercorre fra di essi come risposta differenziata ad una identica vocazione, fu così ripreso da Giovanni Paolo II durante la veglia tenuta a Parigi, nel 1980: "l'esperienza di due millenni ci insegna che in questa opera fondamentale, la missione di tutto il popolo di Dio, non esiste alcuna differenza essenziale tra l'uomo e la donna. Ognuno nel suo genere secondo le caratteristiche specifiche della femminilità e mascolinità, diventa questo uomo nuovo, cioè quest'uomo per gli altri, e come uomo diventa la gloria di Dio. Se questo è vero, come è vero che la Chiesa nella sua gerarchia è diretta dai successori degli Apostoli e dunque da uomini, è ancora più vero che nel senso carismatico, le donne la guidano come gli uomini e forse ancora di più. Vi invito a pensare spesso a Maria, madre di Cristo".

In realtà, come osserveremo fra poco, l'assolutizzazione e la contrapposizione delle funzioni peculiari della donna e dell'uomo sono un dato che incontriamo in conseguenza della caduta originaria. Prima uomo e donna lavorano e procreano assieme.

Dio si rivolge indistintamente all'uno e all'altra. Dopo egli parla separatamente e la divaricazione dei ruoli si traduce spesso in reciproca sopraffazione.

Solo in Cristo non vi sarà né uomo né donna (Galati 3, 28) e solo in rapporto a Lui le peculiarità dell'uno e dell'altra riacquistano il loro più profondo senso religioso.

Esso supera il dato puramente sociologico o culturale, che oscilla tra opposizione e livellamento dei sessi; così ha detto il Papa.

Dopo aver riconosciuto che rimanere nell'amore si presenta come la caratteristica fondamentale del femminile, resta del tutto impregiudicato il problema della promozione della donna in quanto persona sul piano umano e della effettiva parità di capacità e di diritti/doveri nell'ambito della società.

Le considerazioni che stiamo facendo sul carisma della donna non vanno perciò strumentalizzate per giustificare una posizione di subordinate o di inferiorità da parte del cosiddetto secondo sesso.

Nell'amore e nel dono di sé per il servizio dei malati e dei bisognosi, noi donne e uomini chiamati ad una missione precisa cerchiamo la fedeltà allo Spirito che è slancio e vita, fuoco che deve espandersi.

Prima ancora di parlarVi delle mie esperienze e delle idee che animano il cammino attuale dei Fatebenefratelli, vorrei che riflettessimo un momento sul senso del nostro essere testimoni dello Spirito.

Dice un poeta: "La vita è oscurità se priva di slancio" ... ebbene io vi dico che noi religiosi e religiose, spesso perdiamo per strada il senso e il significato più profondo di questo attributo tipico dello Spirito.

Come possiamo definirci messaggeri dello Spirito, testimoni della Parola, novelli samaritani, se la maggior parte di noi si ammala di cronica frigidità e sterilità spirituale?

Ditemi voi mie care sorelle, non ci siamo imprigionati nelle reti del conformismo etico, della confusione tra spiritualismo e spiritualità, della prepotenza che ci porta a non osare, a non utilizzare a piene mani l'umano se vogliamo evocare il divino?

Non abbiamo forse tentato anche di imprigionare, per motivi differenti, i nostri santi Fondatori? Per correre dietro, invece di cercare i poveri di oggi, alla materialistica equazione: benessere = ben-essere?

Possiamo definirci religiosi se non siamo utopisti? Crediamo veramente di fare tutto il possibile, oltre l'esistente ed oltre il presente?

Mie care sorelle, se noi avessimo solo un piccolo ma significativo nucleo di vera e cristiana ispirazione, non solo avrem-

mo l'avvenire assicurato, come religiosi e come Ordine, ma sprigioneremmo energia, amore, gioia; sull'esempio di Colui che seppe spalancare a tutti gli uomini la Buona Novella, nutrendo gli affamati nella carne e nello spirito. La nostra immoralità, oggi, risiede nella incoerenza fra il dire e il fare, tra il predicare l'amore ed esercitare spesso la più squallida indifferenza, magari mascherata di attivismo, di pietà devozionale... e così via. La nostra missione ha bisogno di un risveglio, di un ritorno al prezioso ed interiore richiamo alla essenza dell'umano e del divino, di cui tutti abbiamo tanto nostalgia.

Ed a voi, donne consacrate nella Chiesa, è affidato in maniera particolare il compito di tenere desti i cuori degli uomini per saper cogliere le varie forme in cui gli uomini tentano di invocare Dio e di legarsi a Lui.

### 3. COME VIVERE L'OSPITALITÀ NEL TEMPO PRESENTE

Se dovessi dirvi quale domanda mi preme maggiormente in questa seconda metà della mia vita, tempo di bilanci della mia esistenza di religioso e superiore dell'Ordine ospedaliero, è quella che riguarda il futuro della nostra missione: quali sono nel presente le condizioni per essere profeti? Profeti, parlanti in nome del Dio Padre di misericordia che vuole salvare tutti gli uomini, che vuole aiutare tutti i bisognosi; profeti annunziatori di un regno nel quale saranno di regola la giustizia, l'amore e la pace. Riflettiamo alla nostra vocazione, cioè al senso che vogliamo dare alla nostra vita al servizio dei malati.

Voi certamente sapete che una delle imprese più difficili consiste nell'individuare il profondo segreto del nostro essere e del nostro fare.

Noi abbiamo scelto, molto o poco tempo fa, di cercare cose diverse dagli altri. Ma che cosa cercavamo e che cosa abbiamo trovato? Che cosa ci ha dato il coraggio di resistere di fronte ai piaceri del mondo, alla disperazione, ai conflitti nelle e delle comunità?

Voi sorelle spesso vi siete tenute saldamente in trincea: come quelle madri che nonostante la lontananza dai mariti, la crudeltà ed il disprezzo dei vicini hanno saputo essere portatrici di una energia e di una dignità a noi sconosciuta; la dignità della madre che per i figli, per la famiglia, per il bene delle future generazioni, cura tutti, seppellisce i morti ed in attesa dello sposo come un architrave di una casa, la sostiene perché non crolli e perché la vita resista e si affermi contro le disgrazie e la morte. Qual è questo segreto?

Io credo che esso consista nella scelta di dedicare la nostra vita per cercar di tenere accesa la luce delle tenebre che l'uomo incontra quando – ricco o povero, bianco o nero, maschio o femmina – perde la salute, quando è minacciato dalla malattia, quando l'unità biologica-biografica è messa in pericolo. Questo è il nostro ineffabile mistero e segreto, questo è il nostro compito, questo abbiamo dentro di noi come dono e come impegno: quello di illuminare la vita dell'uomo, nella sua interezza fisica, psichica, sociale, religiosa. Il dono ci è venuto misteriosamente da Dio, ad esso abbiamo aderito con slancio, non l'abbiamo tenuto per noi soli perché sapevamo di morirne.

Ma siamo sicuri che a questo segreto noi ci siamo sempre riferiti? Siamo sicuri di rispondere in modo nuovo e più complesso all'uomo che si trova nelle tenebre?

### 3.1. *La rimozione delle tenebre*

L'uomo del nostro secolo, innalzato, ma anche confuso dal progresso economico e scientifico, tende a nascondersi una penosa realtà: che il progresso non elimina la tenebra, che il male non può essere sconfitto una volta per tutte.

Questa profonda rimozione ha conseguenze incalcolabili sulla nostra vita, su quella dei malati, sulla intera umanità.

Infatti essa ci porta a pensare o che il male non sia più appannaggio della nostra realtà, oppure che, se compare, la colpa è di qualcun altro. Quante volte ho sentito dei miei religiosi affermare che nei nostri ospedali, diventati pubblici e più efficienti, non ci fosse lo spazio per *fare bene*, per svolgere la nostra missione. Come se d'incanto l'uomo avesse trovato, con il progresso, la perfetta letizia del corpo e dell'anima.

Inoltre quante volte ci dimentichiamo che, per malattie provocate dall'egoismo umano e per guerre che nascono contro i "cattivi", cioè gli altri, il nostro glorioso secolo XX ha condotto a morte prematura almeno un miliardo di esseri umani! Voi adesso capirete perché io sostenga che la vera malattia mentale della umanità non è quella che noi vediamo ogni giorno nei



nostri ospedali psichiatrici. Questi infelici, qualche milione di persone, pagano ad alto prezzo la loro sofferenza, ed hanno la nostra ammirazione, ma non fanno soffrire l'umanità quanto coloro che, "ammalati nella psiche e nello spirito", in quanto dotati di una visione unilaterale della vita e del mondo, rappresentano i veri barbari-folli del nostro secolo.

Allo stesso modo noi, quando rimuoviamo le tenebre, quando non le scorgiamo sotto forme sempre più mascherate, ma non per questo meno perniciose, noi diventiamo barbari e folli.

Pensiamo alla insensibilità verso i malati, alla superficialità nei e dei nostri rapporti, alla pretesa che siano i malati a comprendere noi, alla disumanità di certa scienza. Chi afferma che nelle nostre opere sia finita la nostra missione dice, in modo chiaro, che egli ha finito di guardare, di osservare, di cogliere il *male*, sempre in agguato. Non esiste tempo dell'uomo privo di questa possibilità, come non esiste tempo in cui il *bene* abbia raggiunto i confini del mondo, di quello geografico e di quello interno *all'uomo*. Il nostro compito, di portatori di luce, è infinitamente primario, richiesto, supplicato dall'uomo che soffre, perché la vittoria definitiva della *luce* sulle *tenebre* non è di questo mondo, anche se inizia in questo mondo. E il modo migliore di collaborare a questa futura vittoria è quello di vivere consapevoli che il male è anche dentro di noi, e che essere *buoni* è possibile quando il nostro e l'altrui "potenziale maligno", assieme a quello "benigno", è sotto osservazione, non rimosso, né tantomeno attribuito ad altri. La conversione non è fuga da sé, ovvero rimozione e occultamento delle nostre contraddizioni interiori, bensì capacità di equilibrio, senso della misura alla luce di Cristo crocifisso e risuscitato.

### 3.2. *La nostra missione ha bisogno di tutta la nostra personalità*

Voi dovete sapere che uno dei più ardui compiti che noi abbiamo incontrato per cercare di umanizzarci per poter umanizzare l'ospedale, e quindi tener accesa la nostra fiaccola, è stato quello di riaccendere il "contatto con noi stessi", con il nostro

corpo, la nostra anima, la nostra psiche. Abbiamo scoperto di avere voluto separare ciò che è unito, di rimuovere ciò che ci appartiene e rappresenta la nostra potenzialità, la nostra possibilità anche di fare il male. Avevamo voluto e creduto che il male potesse essere definitivamente allontanato da noi, che la follia o l'errore fossero solo dimensione altrui, che la bontà fosse assenza di male e non contatto intelligente ed attento con le nostre piccole e grandi malvagità. Abbiamo così spento i motori delle nostre emozioni, delle nostre passioni umane e divine, per metterci corazze che si ci impedivano gli errori ma anche di offrire i nostri più genuini sentimenti di amicizia. Abbiamo così perso fiducia nelle nostre reali possibilità, abbiamo amputato la nostra originalità, quando non abbiamo usato il potere per il potere, per compensarci del nostro vissuto di inadeguatezza.

La nostra personalità invece è sempre chiamata in causa! E se vogliamo costruire nell'ospedale il *tempio*, dobbiamo ricordarci che questo tempio è abitato da uomini e da donne, da figli di Dio, non da superuomini, non da superdonne. E nel tempio noi siamo chiamati a portare noi stessi: chi rifiuta parti di sé, chi non porta se stesso, oltre alla propria competenza, non è in linea con la missione, in quanto non offre all'altro lo "spazio affettivo" necessario per una relazione integrale di aiuto. Questo aspetto del nostro *essere totale* ci sta portando a rivoluzionare i metodi di formazione, i rapporti tra di noi, i rapporti con i laici, con gli amici che ci stanno portando a riprendere i contatti con tutto il nostro essere spirituale, biologico, religioso.

Perché infine il nostro malato entri in contatto con persone vive, capaci non solo di prescrivere o diagnosticare, ma anche di comprendere e di dialogare!

Infatti senza personalità integre e vive, senza la valorizzazione del polo maschile e femminile, come abbiamo visto nella Scrittura e come dicono gli psicologi, noi potremmo offrire ruoli sapienti ma non il farmaco per eccellenza che è la qualità e l'ampiezza della nostra persona attraverso cui si rivela l'umano e il divino. È questo, mie care sorelle, l'obiettivo che le vostre Costituzioni indicano nella conclusione della prima parte, parlando di "comunità evangelizzatrice ospedaliera".

Evangelizzare, cioè condividere e far partecipare la buona novella secondo cui Dio è Amore, Padre in Cristo di tutti gli ammalati e ci vuole comunità, Sua assemblea, Sua Chiesa, là dove lavoriamo, viviamo, amiamo e doniamo noi stessi.

Che nessuno si senta escluso dalle nostre opere di servizio e che ogni nostro ospedale diventi laboratorio spirituale dove i bisognosi si aiutino ad essere interamente ed interiormente guariti dal loro malessere: questa è la meta della nostra opera di evangelizzazione, che per essere vera e completa deve, con il malato e per il malato, saper coinvolgere tutti i membri della comunità ospedaliera.

Saper far condividere il nostro carisma, la nostra missione, il nostro operare umanistico, è evangelizzazione autentica.

#### *4. Verso nuovi orizzonti*

I nostri Santi Fondatori sono stati derisi e disprezzati perché hanno abbandonato i vecchi copioni! Ma questo, se pur con minor gloria per noi, è anche il nostro destino. Come voi sapete il nostro Ordine ha deciso da alcuni anni di non aspettare gli spintoni della storia e uno dei segni di questo indirizzo è rappresentato dal nostro documento sul *futuro* dell'Ordine. Sapete quanta sofferenza mi ha dato, quanta responsabilità mi è piombata sulle spalle quando ho cercato di trasmettere ai miei confratelli che il divenire nasce oggi, e che chi non ha un progetto può considerarsi morto. Ho indicato in quel documento alcuni ruoli necessari alla missione di persone che vogliono illuminare la vita della salute e congiuntamente quella della salvezza. Scienza e fede sembra abbiano finito di scontrarsi: l'una e l'altra possono e debbono svolgere il loro prezioso compito per umanizzare la medicina, fondare strutture manageriali efficienti, formare nuove generazioni di operatori sanitari con l'aiuto delle scienze umane.

Per lasciare copioni inutili e dannosi occorre una forte fiducia in Dio, in noi stessi, nel mondo e nella nostra capacità di ricerca dei segni dei tempi. Ai miei Fatebenefratelli ho proposto, da tem-

po, la strada della ricerca, del comprendere prima del fare, del ricercare dentro e fuori dell'Ordine il respiro della storia e i messaggi dell'uomo del nostro tempo, soprattutto del bisognoso.

Per uscire di copione è necessaria un'opera di reinvenzione della nostra formazione permanente. Ma ciò non è ancora sufficiente.

Per uscire di copione vi è un grande esercizio che noi abbiamo iniziato da poco a praticare: la costruzione di rapporti interpersonali profondi con i nostri collaboratori, oltre che con i nostri confratelli. Quanta paura ci portiamo ancora appresso, quanta ipocrita moralità andiamo ad invocare, di fronte agli inevitabili disagi di una nuova relazione preferiamo i "vecchi" sentieri della pretesa, della stima incondizionata, della adulazione, preservando il nostro narcisistico "io", ma mettendo a repentaglio la nascita di fecondi e coraggiosi incontri fra persone adulte, sincere, desiderose di raggiungere insieme, pur nella diversità dei doni e delle prestazioni, le mete di Colui che ci ha chiamati nel mondo della dedizione totale.

Nel recente incontro coi laici Fatebenefratelli abbiamo richiesto loro di aiutarci ad aprirsi, di venire incontro alla nostra umanità, di *ospitare* la nostra persona per quella che è, affinché noi non si intristisca in relazioni stereotipate e quindi sterili.

Chi non ha rapporti di autentica amicizia deve correre ai ripari, in quanto ha mancato ad un compito essenziale, e dal punto di vista umano e da quello divino. E deve "guardarsi dentro" più che cercare fuori: e se la ricerca porterà a capire perché noi non abbiamo amicizie, essa avrà raggiunto il suo scopo. Amare gli altri è un esercizio difficile quanto amare noi stessi. Servono molto cuore e molta intelligenza, oltre alla capacità di rischiare, per amare, per creare cioè rapporti validi, ricchi di significato tra noi e gli altri.

Dobbiamo essere veramente ospitanti per essere poi ospedalieri. In questi e con questi principi noi rifonderemo le nostre comunità che saranno tutte *hospitium pietatis*, saranno tutte centri vocazionali.

Con questi principi non uccideremo e non mortificheremo la caratteristica peculiare della nostra vocazione ospedaliera

che è quella della creatività. Una consacrazione alla carità senza creatività è come una grande strada immersa nel buio di una notte permanente.

Il dolore fisico e psichico dell'uomo d'oggi, vicino alla conquista della scienza medica e delle tecnologie più sofisticate, per le quali dobbiamo ringraziare il Signore, per non soffocare in una paura nuova, in una solitudine mortale che stanno aprendo negli ospedali la porta ad un tipo nuovo di eutanasia, ha bisogno di tanta carità creativa.

Consorelle, unite alla generosità della vostra consacrazione il respiro spirituale di un amore creativo e concorrerete a rifondare il vostro Istituto e a dare un sorriso di speranza al mondo intero.

Siate suore, siate ospedaliere, siate creative nell'amore. Sviluppate tre semplici "A" e trasformerete voi stesse e le vostre case:

A – come Accoglienza

A – come Accompagnamento

A – come Animazione,

e sul mondo saprete scrivere la grande "A" lanciata dal Cenacolo e dal Golgota, la grande "A" dell'Amore cristiano che ha rivoluzionato il mondo e di cui oggi si ha tanta sete e tanto bisogno.

Non siate le ostesse della parabola, siate con la vostra creatività, le samaritane che sanno fermarsi, che sanno amare.

---

## CONCLUSIONE

Nell'avvicinarmi alla chiusura sento la necessità di affermare il desiderio di vedere una più grande collaborazione, in futuro tra le nostre famiglie religiose. Forse ero venuto con la preoccupazione di dare e torno a casa convinto di aver ricevuto molto da voi: innanzitutto la vostra accoglienza, oltre il vostro invito e la vostra attenzione. Penso che l'arte del comunicare, del mettere in comune passa attraverso la capacità di ascoltare, di accogliere prima ancora di permettere agli altri di incontrare noi stessi. Le regolette in questo campo non servono: serve la lettura quotidiana della vicenda di Cristo che ha lasciato un segno nella storia.

Se vogliamo dare luce non possiamo farlo da lontano, ma "prossimi", da vicini e da uomini e donne in carne ed ossa oltre che ricchi di doni spirituali. Se il nostro essere umano è il termine principale della invisibile presenza che vogliamo annunciare al mondo, esso sarà tanto più espressivo e comunicativo quanto più umano, solidale, gioioso, capace di coinvolgere rispettosamente.

L'umanità ha bisogno di persone rinnovate: persone in grado di uscire dalla recita dei ruoli rigidi, meschini, animati soltanto dalla paura di soffrire.

Diciamoci sorelle che occorre trovare nuove forme di confronto tra noi, religiose e religiosi, come con tutti coloro che in nome del Cristo Gesù vogliono operare per aiutare chi soffre. Proclamiamo con convinzione la fine di ogni divisione ed esclusione mentale: una sola è la nostra fede, una la nostra chiamata, unico è il nostro obiettivo.

Inventiamo nuove forme di solidarietà tra noi religiosi, tra noi ed i responsabili laici delle nostre opere, confrontiamoci sui programmi di formazione. È una proposta! Osiamo come i nostri Santi Fondatori pensare a nuovi modelli di assistenza che facciano rivivere le nostre opere, preziose per la società e per gli uomini di oggi.

Ho ricevuto la grazia, da voi, di potere aprire il mio cuore, di poter parlare con voi della mia esperienza, dei problemi e dei tentativi che stiamo facendo per uscire da un inevitabile isolamento se siamo lontani e sospettosi, se non praticiamo fino in fondo ciò che vogliamo testimoniare.

Riprendiamo le iniziative dei nostri Fondatori, donne e uomini di coraggio, e proclamiamo al mondo la nostra utopia di amanti dei poveri in nome del Cristo misericordioso.

## II, 5. ATTIVITÀ PROMOZIONALE PER LE VOCAZIONI A SERVIZIO DELL'INFERMO E OPERATORI SANITARI\*

### Presentazione

Questa riflessione, acuta e documentata, di Fra Pierluigi Marchesi, già Superiore Generale dell'Ordine Ospedaliero dei Fatebenefratelli ed impegnato, sin dalla prima giovinezza, nel mondo della sanità e delle salute, muove da due consultazioni di fondo: la prima è che l'ospedale è diventato il crocevia di ogni vita umana; la seconda che il calo verticale di religiosi e religiose operanti nei luoghi di ricovero e di cura è speculare di una crisi di valori, dei quali invece la società moderna avverte con crescente consapevolezza l'urgenza di recupero.

Il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, di cui Fra P. Marchesi è membro, ha curato l'analisi del problema della presenza dei religiosi nel mondo della sofferenza e della salute, con una pubblicazione in più edizioni linguistiche (*I Religiosi nel mondo della sofferenza e della salute*, Roma 1987). Fra Pierluigi Marchesi, che attualmente è Priore dell'Ospedale psichiatrico dei Fatebenefratelli di S. Maurizio Canavese, affronta l'argomento in termini di sofferto realismo sostenendo, in buona sostanza, ciò che è mio lontano e motivato convincimento, e cioè che gli istituti religiosi maschili e femminili, e segnatamente quelli che esclusivamente o in parte si occupano di assistenza e di pastorale sanitaria non conoscono oggi crisi di vocazioni, bensì di *vocazione*. E scrive con coraggio, in tema di carismi dei religiosi, che è "importante l'aiuto e il sostegno dato al bisognoso, non l'adesione data all'Ordine Religioso: i carismi sono per il bene dei fratelli, ci ricorda San Paolo, e per l'edificazione della comunità".

---

\* Milano, 1990. A cura di Fra Pierluigi Marchesi - Edizioni Fatebenefratelli



Di qui la conclusione secondo la quale è necessario che i vocati si aprano ad un *apprendistato* che, soprattutto nel campo della assistenza ai malati, è condizione irrinunciabile sia di verifica della propria vocazione sia di sicura e permanente vocazione.

Conferendo recentemente il Diaconato a 53 giovani in un paese europeo, mi sono fraternamente rivolto all'Ordinario del luogo, invitandolo con calore a mandare i suoi seminaristi e i suoi diaconi negli ospedali, affinché a contatto del dolore umano e di fronte alla domanda di valori essenziali che sale da chi soffre, scoprano il senso della propria vocazione e missione e ne alimentino lo zelo. Tuttavia questo saggio dell'amico Fra Pierluigi Marchesi ha, tra gli altri, anche un altro pregio. Esso insiste sulla necessità inderogabile di una stretta cooperazione tra religiosi e laici, soprattutto volontari, in campo sanitario. È questo un aspetto della vita della Chiesa che nonostante le chiare indicazioni del Concilio Vaticano II, i successivi interventi del magistero della Chiesa, la presa di posizione del Sinodo dei Vescovi del 1987, fatica a tradursi in modo nuovo di intendere l'azione pastorale globale di tutta la Chiesa nel nostro tempo. I limiti indotti dalla specializzazione nell'assistenza hanno un parallelo, in campo pastorale, in quelli provocati dalla tentazione della settorialità, della difesa di particolarismi che, pur radicati in tradizioni nobilissime, sono stati tuttavia travolti dal vorticoso progresso tecnologico e dalla crescente interdipendenza tra i popoli e tra gli organismi. L'istituzione, da parte di Giovanni Paolo II, del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, ha inteso rispondere a questa esigenza di azione globale e coordinata di tutta la Chiesa in un campo – come quello della sanità e della salute – strettamente legato ad ogni attività evangelizzatrice. Una *novità* che è, nel contempo, ritorno alle origini poiché il servizio agli infermi fu l'approccio all'uomo scelto da Cristo per annunciare il suo messaggio di salvezza.

Queste pagine di Fra Pierluigi Marchesi sono un prezioso contributo per una piena e rinnovata intelligenza operativa della pastorale sanitaria.

+ *Fiorenzo Angelini*

Presidente del Pontificio Consiglio  
della Pastorale per gli Operatori Sanitari

## 1. VERSO UNA NUOVA OSPITALITÀ

Lo spirito con il quale mi sono accinto a trattare il tema affidatomi è lo stesso con il quale mi sono spesso rivolto ai miei Confratelli Ospedalieri seguaci del questuante di Granada, S. Giovanni di Dio, che da oltre 4 secoli ci ha lasciato in eredità la passione per il Bisogno.

Questa passione esprime il nostro carisma e si manifesta sorreggendo, illuminando quanti operano attorno al malato, perché sappiano testimoniare la speranza, la fiducia, l'amore verso il più bisognoso degli uomini, il malato.

L'ospitalità del futuro potrà cambiare ancora molto nelle sue forme esteriori ma non dovrà mai venir meno alla capacità di testimoniare il messaggio evangelico nelle strutture e nei servizi dedicati al sollievo della sofferenza e alla cura del dolore.

Su questa base penso si possa affermare che la promozione delle vocazioni a servizio dell'uomo malato è inscindibilmente legata con ogni attività evangelizzatrice.

Per secoli la Chiesa, con i suoi religiosi, con le sue religiose, ha vicariato le carenze delle nazioni e degli stati nel campo della salute dei propri cittadini.

Oggi nel mondo sanitario, così velocissimamente travolto dalle più alte tecnologie, è il caso di domandarci se c'è ancora spazio per i ministri della Chiesa.

Come sappiamo sono spaventosamente diminuite le presenze delle religiose e dei religiosi.

Giustificare questo vuoto con la generica scusa del calo generale che si registra nelle vocazioni sacerdotali e religiose, per-

sonalmente mi sembra non solo semplicistico, ma persino banale. Oggi manca una chiara e viva percezione degli autentici bisogni dei malati ed ancor più l'esatta visione delle necessità spirituali e psicologiche degli operatori della Sanità.

Pretendere di suscitare vocazioni senza aver chiarito il quadro reale dell'azione pastorale in Sanità, significa votarsi al fallimento. Sarebbe giusto chiedersi se certe crisi di vocazioni, oltre che dalla cecità spirituale, non siano provocate dall'incapacità di osservare la reale condizione umana che siamo chiamati a curare.

Sono entrato poco più che bambino, nel lontano 1940, nella famiglia religiosa dei F.B.F.

A 15 anni già facevo servizio notturno presso un reparto di anziani in un ospedale della Lombardia. Si era in piena seconda guerra mondiale e tutte le risorse disponibili erano impegnate a servizio dei bisognosi, col risultato di trascurare anche la nostra preparazione scolastica.

L'istituzione dell'Ordine Ospedaliero entrò così nella mia vita, nelle mie vene, ben cinquant'anni orsono.

È bello, anche se forse un po' melanconico, ricordare quel tempo e tutti questi giorni: giorni e anni mai tediosi, senza scopo, anni duri, di sacrificio ma mai senza speranza.

Ho assistito, non solo da spettatore, alla trasformazione, ad una vera e propria rivoluzione.

Ho assistito alla storia dei rivolgimenti culturali, sociali, economici, spirituali del nostro pianeta Sanità. Fui coinvolto, assieme a migliaia di religiosi e a decine di migliaia di operatori della Sanità, in scelte difficili che, grazie a Dio, ci hanno temprati: anche se abbiamo patito sofferenza, scoraggiamento, delusioni e anche se abbiamo dolorosamente accumulato ritardi.

In questi ultimi anni ho avuto l'onore e l'onere di guidare il mio Ordine per ben 12 anni; un tempo che ha costretto a rendermi conto, per restare dalla parte del mio Ordine, di come operassero i 200 ospedali del F.B.F. sparsi in Paesi diversi.

Ora, da poco più di un anno, ho intrapreso, come Priore di una struttura psichiatrica, la sperimentazione di quanto ho teo-

rizzato nei miei anni di Generalato. In quegli anni ho cercato di tenere acceso il fuoco centrale della “passione” verso il malato, nel rispetto e nella valorizzazione della complessità del mondo sanitario. Per evitare che anche i miei Confratelli cedessero alla lusinga di quanti ritenevano ormai raggiunto, con il benessere economico e il progresso della scienza e della tecnica, il massimo possibile nel campo dell’amore del prossimo.

Nella mia nuova attività ho la conferma che per qualche secolo ancora ci sarà bisogno di questa passione verso chi soffre a causa della malattia, dell’abbandono, della povertà. E che se noi Istituti cattolici falliremo non sarà certo per mancanza di “clienti”, di destinatari, bensì per nostra cecità, per pigrizia, per paura eccessiva e quindi per mancanza di fede nel Cristo Salvatore e alleato dei bisognosi.

Quando cinque anni fa, dopo avere avuto l’onore di partecipare al Sinodo della riconciliazione ed avere supplicato la Chiesa perché facesse un suo pellegrinaggio in ospedale accadde che, subito dopo il Sinodo, per cercare in esso di fare lo spazio di Dio, Sua Santità creò la Pontificia Commissione per gli Operatori Sanitari. Così pensai e sperai ad un giorno nuovo, pensai e sperai al sorgere di una nuova cultura, di una nuova teologia, della guarigione e della speranza.

Forse, per quanto attiene specificamente alla promozione vocazionale, il Pontificio Consiglio non ha potuto o dovuto fare una peculiare azione di pastorale vocazionale e le motivazioni penso non hanno bisogno di essere qui evidenziate.

Quanto, però, il Pontificio Consiglio ha seminato con i suoi operatori centrali, ha non solo scosso le coscienze, ma ha generato un movimento di informazione, di formazione e di cultura che sicuramente, nel mondo della Sanità, ha aperto una nuova strada a Dio, alla Chiesa e sicuramente tutto questo arriverà a generare o nuove vocazioni per la sanità o nuove famiglie religiose per la stessa.

Certo nel mondo degli operatori sanitari, oggi più che mai, c’è la domanda di trascendente, di etica e di moralità e questo è certamente il frutto più bello generato dal Pontificio Consiglio.

## 2. A SERVIZIO DEGLI INFERMI: NUOVI BISOGNI E NUOVI BISOGNOSI

Restituire senso di profezia alle attività promozionali per le vocazioni a servizio degli infermi deve imporre un rovesciamento radicale degli orientamenti dati finora a troppe forme di reclutamento. Dobbiamo avere il coraggio di non porre più al centro delle attività l'“economia”, la gestione dei singoli Istituti religiosi o la “sopravvivenza” delle singole famiglie religiose, ma finalmente i bisogni nuovi e diversi dei nostri fratelli malati.

Da quello che la scienza statistica ci dice sugli sviluppi degli Ordini religiosi, lasciando al Signore la bontà del miracolo, le previsioni non sono incoraggianti: tra dieci anni molti di essi non esisteranno più e fra venti scomparirà la metà delle famiglie religiose femminili.

Mai come ora quindi occorre ripensare a nuovi modelli di promozione vocazionale, sperando contro ogni speranza, come Abramo o come lo stesso Cristo vittorioso della morte, proprio nel momento della massima umiliazione, la “morte in croce”.

Dobbiamo però avere il coraggio di credere che, se mireremo dritto a curare le ferite degli uomini, a sanare le piaghe dell'anima di chi si ammala, rinunciando persino se necessario al proselitismo, noi potremo stimolare una nuova e diversa primavera di vocazioni.

Uno studioso italiano di storia della medicina, G. Cosmacini, in una recente intervista ad un quotidiano, alla domanda sulla differenza tra medicina e sanità, rispondeva: “La medicina è la salute vista dalla parte dei medici. La sanità è la medicina vista dalla parte dei malati”. Mentre “la storia della medicina è

la storia dei medici e degli avvenimenti da essi provocati, la storia della salute è la storia di un'umanità anonima in cui ciascuno tuttavia si può riconoscere”.

Per quanto ci riguarda, noi come famiglie religiose ospedaliere, non possiamo dimenticare che la storia futura delle nostre opere sarà molto breve, a meno che, oltre a criticare i medici e la medicina per avere rimosso la biografia dei pazienti sottomettendola alla biologia, non si prenda contatto con la nostra rimozione profonda.

Abbiamo rimosso l'avvento anche benefico della complessità degli operatori laici.

Abbiamo dimenticato che dopo anni di sterile competizione col “mondo”, i bisogni dell'umanità (biologici - psicologici - sociali - trascendentali) non ricevono ancora oggi tutta la nostra attenzione.

Esso è altamente impreparato, sia in corsia, sia nelle Comunità ecclesiali, al compito di assistenza umana e spirituale al malato, quando non guarda con sospetto ad alcuni pionieri nel campo della tossicodipendenza, dell'AIDS, della malattia mentale.

Sua Santità Giovanni Paolo II, invece, ci richiama in continuazione a diventare collaboratori del progetto *salute e salvezza*, distinguendo, ma non separando, i due momenti, per lasciarli sì a disposizione dell'umanità, ma dopo averli proposti con generosità e nel rispetto delle personali convinzioni dei pazienti.

Per fortuna il rimosso dalla medicina, dai religiosi ospedalieri e di troppi sacerdoti è stato portato a galla da una categoria emergente: quella del volontariato. Esso ci dà lezioni notevoli: ad esso dobbiamo guardare con attenzione per progettare meglio il nostro futuro.

Un futuro non di paura e pigra sopravvivenza, ma di ricerca e di vera profezia.

### 3. NUOVI BISOGNI DEL MALATO NEGLI OSPEDALI

Il malato, che viene ricoverato in ospedale, attende di guarire sperando che la medicina moderna porti al “recupero” della sua salute. Attende informazioni accessibili alla sua comprensione e non velate da una terminologia indecifrabile. Non vuole vedersi trattato come “il caso patologico”, ma come un individuo che soffre per una determinata malattia, come persona irripetibile.

Il malato vuole sentirsi accolto in un’atmosfera intrisa di calore umano.

Potrei qui intrattenermi per un tempo tanto ampio da fiaccare la resistenza del più allenato uditore sul tema della tecnologia sfrenata, della politicizzazione, di un sindacalismo non sempre preparato, sulla sperimentazione selvaggia, in una parola sulla imperante disumanizzazione dei centri ospedalieri ed assistenziali.

La dignità della persona umana è inviolabile.

E mi fermo qui solo per porre un interrogativo.

Questa materia che può uccidere o guarire è trattata sicuramente dal volontario, ma in che misura è parte di un’attività promozionale per le vocazioni religiose o parte integrante della formazione dei sacerdoti?

Eppure l’ospedale è diventato il crocevia di ogni vita umana.

Oggi, in particolare in un ospedale cristiano, il servizio pastorale sta acquistando valore di giorno in giorno. L’uomo di oggi, specie quando viene fermato dalle malattie e dalle sofferenze, cerca la fede e il trascendente, ma le cerca in modi diversi, nella sua parrocchia o nella sua casa.

Ma questa realtà è ansia permanente, è ricerca, è profezia nella promozione vocazionale o nella formazione dei nuovi sacerdoti?

A Roma, grazie al carisma di una famiglia religiosa e con il determinante appoggio del Pontificio Consiglio, è nata in questi anni un'apposita facoltà, il Camillianum. Ma nei seminari, nei centri vocazionali, cosa si dice, cosa si insegna in questo campo, che è il campo della vita e della morte?

Parlare dell'unità di corpo e anima serve come copertura per la manipolazione ormai senza limiti del corpo umano. In corrispondenza a questa scissione tra il dire e il fare la medicina meccanica nega l'esistenza di limiti preposti alla scienza e alla coscienza.

I confini preposti a difesa della dignità della persona umana e dell'inviolabilità del mistero del suo corpo e della sua anima vengono trasgrediti in maniera brutale.

Parlare della fede nell'immortalità dell'anima diventa una impresa arrischiata di fronte alla moderna medicina meccanica, che nega la morte ignorandola e combattendola nell'intento di annientarla.

Dovrebbe far riflettere a questo proposito una verità fondamentale espressa da Ippocrate: "Tutto ciò che l'arte medica non è in grado di guarire in accordo con la natura, guarisce alla fine la morte".

Lo ripetiamo un'altra volta: la moderna medicina meccanica corre il rischio di non sentire e "vedere" più il "grido sommerso" dell'anima dell'uomo. È il paziente che è in questione, la persona concreta nella situazione limite chiamata malattia. Ed è proprio questa situazione limite ad esigere la nostra solidarietà e la nostra presenza al suo fianco.

Qualora noi aprissimo il nostro orizzonte oltre l'ospedale generale, per inoltrarci in settori del vivere del soffrire speciali o emergenti, troveremmo dei grandi vuoti che, profeticamente, dovrebbero chiamare la promozione vocazionale religiosa e sacerdotale.

Voglio brevemente fare accenno a due di questi settori, uno sconosciuto – la psichiatria – l'altro emergente, la vecchiaia.



## 4. NELLA PSICHIATRIA

La persona colpita da una malattia psichica ha il bisogno di essere riconosciuta come persona malata, come paziente, come essere umano tormentato, come persona che patisce il dolore.

Il malato psichico “sperimenta” così spesso gli incubi, le angosce e i tormenti di un mondo immaginario crudele. Come paziente ha dunque un forte desiderio d’amore, attenzione e comprensione. Al suo desiderio, “matto”, di comprensione, si potrà rispondere soltanto se si è disponibili ad accogliere il suo tormento in quella dimensione e in quella complessità che egli ci comunica astenendoci da ogni tentativo di valutare razionalmente il suo vissuto dal proprio punto di vista.

Compatire significa allora affacciarsi nel mondo dei vissuti personali del malato, avventurarsi nella sua follia, lottare assieme al malato contro la sua follia partendo dal suo mondo allucinato e contrapporre un senso autentico a questo mondo. Soltanto in questa maniera è anche possibile rispondere al suo bisogno di concepire la propria malattia psichica come guaribile, come malattia con cui (e non contro cui) si può vivere.

Altre considerazioni sui bisogni specifici dei malati psichici: non si cela forse dietro la paura dei rischi incalcolabili dei farmaci – soprattutto se somministrati costantemente – il bisogno del paziente di ricevere una dose ridotta al minimo possibile di farmaci e medicinali per avere cure alternative che nascono, in parte, dalla scienza ma le quali vengono sorrette da cuori liberi e da anime generose? Messaggi vocazionali appropriati sono urgenti, perché un’eutanasia senza volto è già presente dove vive l’uomo malato di mente.

## 5. NEI CENTRI PER GLI ANZIANI

Il centro per anziani può divenire uno degli scenari della storia della persona umana, può entrare a far parte di questa storia soltanto se cerca di rivivere e di comprendere la storia personale dell'anziano nei suoi momenti vissuti e non vissuti, nelle sue situazioni limite (malattia, dolore, morte), nelle sue mortificazioni psichiche (traumi della guerra), nelle sue delusioni, nelle sue speranze e attese vane, nelle sue aspirazioni, nei suoi desideri realizzati, nelle sue gioie e nei suoi momenti felici. Se il centro per anziani non riconosce l'indissolubilità che lega l'individuo alla sua storia personale, rimarrà un corpo alieno nella vita dell'anziano (tanto più che l'individuo è da considerarsi un essere invisibile anche e soprattutto in riferimento al suo passato, presente e futuro). Una comprensione della situazione attuale e reale dell'anziano è possibile soltanto sulla base della sua storia personale.

Nella sua attività interiore l'anziano continua a sviluppare la propria idea della felicità coltivata per decenni, ad approfondire il proprio desiderio immanente della felicità e inizia a sognare della vita dell'aldilà. La passività intesa correttamente è una cosa molto creativa, progettuale e viva. La passività non produce alcunché di concreto, fisso o tangibile, ma da essa nasce l'umano e l'interpersonale. Soltanto un centro per anziani, che non è soggetto a coartazioni pedagogiche o terapeutiche, saprà accogliere e valorizzare "il movimento verso l'interno" dell'anziano.

Il problema dell'anziano, così fortemente evidenziato proprio dal Pontificio Consiglio, sta divenendo il problema di tutti i paesi. È anche un problema ignorato dalle attività promozionali vocazionali e nelle formazioni religiose e sacerdotali.

Non voglio poi parlare del lavoro di accoglienza e di accompagnamento ed ancor più dell'esistenza di nuovi bisognosi, quali tossicodipendenti, malati di AIDS o malati terminali, per i quali il Pontificio Consiglio ha messo delle fondamenta su cui è necessario ed urgente costruire l'edificio di una carità giovane, di una carità profetica.

Nell'ottica di una rigenerata e rinnovata promozione vocazionale, non si possono trascurare e ignorare i bisogni degli operatori sanitari.

Per questo abbiamo bisogno di ridefinire i vari ambiti dell'azione apostolica dei religiosi per stimolare nuove vocazioni e dare, nello stesso tempo, la spinta decisiva ad una svolta nella concezione della vita religiosa.

Sarebbe auspicabile una maggior collaborazione con gli altri Dicasteri preposti alla guida dei religiosi nei Paesi sviluppati ed in quelli in via di sviluppo per aprire nuovi orizzonti.

## 6. I BISOGNI DEGLI OPERATORI SANITARI

Un'altra crisi preoccupa oggi il mondo della sanità in molti paesi, si tratta della mancanza di personale infermieristico.

È questo un problema che, pur avendo motivazioni socio-politiche ben gravi, per certi versi si associa al problema vocazionale delle famiglie religiose, specie in quei centri sanitari in cui le stesse operano.

In un volumetto sulla *Ospitalità nel 2000*, nel quale cercavo di indicare le linee guida dell'ospitalità nel futuro, ricordavo che se S. Giovanni di Dio fosse con noi, oggi, si occuperebbe della formazione permanente degli operatori sanitari, oltre che dei suoi religiosi. Avrebbe preso sul serio, oltre che i bisogni del malato, quelli dei nostri collaboratori: un vero e proprio servizio al servizio di coloro che ogni giorno devono trasmettere competenze e umanità. In quel documento dicevo ai miei confratelli che era finito il tempo di chiudersi in arroganti "fortezze vuote"!

Noi che predichiamo l'amore del prossimo, dimentichiamo che il primo gradino dell'amore è rappresentato dalla comprensione del mondo dei nostri collaboratori laici.

È una delle mete formative da conquistare, il legame tra laici e religiosi. In occasione di un congresso internazionale dei laici che operano nei nostri ospedali dicevo che noi F.B.F. diventeremo figure tragiche, manichini della sanità e della salvezza, se non saremo capaci di rapporti interpersonali significativi con i nostri collaboratori.

È infatti indispensabile che tutti gli operatori di salute si integrino il più possibile in un rapporto di reciproca ricerca, anche se ciò può ferire e mettere in discussione inutili certezze.

Il malato, il bisognoso, non cerca l'onniscienza nei medici né la perfezione nei religiosi: egli vuole un'ospitalità integrale e integrata. Non importa al malato che la costruzione di un edificio invisibile, ma potente: la casa dell'alleanza tra laici e religiosi, in nome di una visione moderna della scienza e della tecnica e di quell'Alleanza dei bisognosi, il quale, duemila anni fa, insegnò e visse la vera alleanza.

Il Duemila è vicino: e la speranza è che attraverso un lavoro permanente di crescita personale e professionale le nostre pregevoli istituzioni sappiano evitare il rischio quotidiano di arrivare ai confini del loro sapere e della loro stessa capacità di espansione.

*«Dacci oggi la nostra crescita personale e professionale».*

Questa potrebbe essere un'invocazione quotidiana: oltre al pane del corpo, il nostro sviluppo quotidiano è un bene di prima necessità per gli stessi operatori laici oltre che per i malati. In modo che scienza e tecnica, passione e ragione, personalità professionali e umanizzate, tutto ciò che appartiene all'umano e al divino, confluisca per il benessere dell'umanità, la quale ha ancora, e sempre avrà, bisogno di operatori veramente capaci: aperti e quindi in grado di accogliere il bisogno dell'altro.

Un'accorta pastorale vocazionale deve attirare l'attenzione verso una nuova forma di collaborazione apostolica che miri alla testimonianza e all'integrazione dei carismi.

Forse è questa la forma migliore di promozione delle vocazioni che nascerebbe dalla condivisione di un unico ideale.

## 7. QUALE FUTURO PER LA PROMOZIONE VOCAZIONALE

Se hanno avuto la pazienza di seguirmi fino a questo punto, posso enunciare più succintamente quale modello di promozione vocazionale ritengo attuabile.

Come il Concilio e l'insegnamento dei Papi ci hanno predicato, dobbiamo mettere in atto dei modelli che coinvolgano tutta la comunità dei credenti, il popolo di Dio. È la comunità intera che prende coscienza dei bisogni dei suoi membri e cerca di risolverli con amore.

Per quanto riguarda la sanità, sappiamo che esiste una crisi di vocazioni infermieristiche come di religiosi!

Non è forse perché, spinti dal tecnicismo galoppante, sono stati smarriti i valori umani che sono tipici di ogni professione?

Bisogna ricominciare a parlare in forma convincente e a testimoniare in maniera visibile di quei valori che la tradizione cristiana ha posto da sempre alla base della sua predicazione.

La vocazione al servizio può nascere soltanto in seno ad una comunità la quale vive realmente e profeticamente la solidarietà con i poveri e con i bisognosi e che si occupa dei più piccoli, in tutte le forme possibili.

Mi sia permesso di ricordare quanto il Concilio Vaticano II afferma della vocazione sacerdotale, intesa come chiamata del Signore: "Ma si badi che questa voce del Signore che chiama non va affatto attesa come se dovesse giungere all'orecchio del futuro presbitero in qualche modo straordinario. Essa va piuttosto riconosciuta ed esaminata attraverso quei segni di cui si serve ogni giorno il Signore per far capire la sua volontà ai cristiani prudenti" (Presbiterorum Ordinis, II).

Analogamente quindi l'ascolto della voce dello Spirito di Dio deve essere sostenuta, preparata, seguita da un atteggiamento psicologico, sociale e diremmo materiale di tutta la comunità.

In particolare le comunità religiose che grazie al Concilio Vaticano hanno rinnovato le loro costituzioni, devono aprirsi ad accogliere i giovani e anche gli adulti desiderosi di compiere un'esperienza di vita religiosa.

Ancora un volta mi domando se non sia giunto il tempo di rivoluzionare un sistema che era atto maggiormente al proselitismo che alla promozione vocazionale. Parlo della complicata struttura dei vari postulanti, studentati e noviziati, i quali rendono macchinosa la formazione e difficile il discernimento dei candidati alla vita religiosa.

Vorrei chiedere se non fosse opportuno che ogni comunità religiosa ospedaliera aprisse uno spazio di apprendistato vero e proprio per tutti coloro i quali vogliono dedicarsi ai malati.

Tale periodo dovrebbe servire ad ogni singolo candidato per apprendere, innanzitutto, a vivere quei valori umani che riteniamo base dell'assistenza ai bisognosi.

Vivendo in comunità un uomo può anche capire e riconoscere il senso della vita religiosa dedita al servizio di chi soffre.

La formazione tradizionale nella spiritualità del proprio Ordine deve essere innestata in un senso di appartenenza alla missione. Si dovrebbe appartenere prima al malato, vero Cristo incarnato sofferente, poi all'Ordine religioso cui ci si vuole affiliare.

I carismi dei religiosi e in particolare di coloro i quali si dedicano al servizio dei sofferenti, devono essere considerati come punti di vista sull'insieme dei bisogni della Chiesa.

Il carisma deve aiutare a capire un bisogno cui Dio vuole che io risponda, ma ciò che è importante è l'aiuto e il sostegno dato al bisognoso, non l'adesione data all'Ordine religioso.

Perciò parlo di apprendistato.

La formazione religiosa deve essere innestata in seguito sul terreno che ne ha generato l'esistenza: il terreno dell'umanità sofferente vista nella sua attualità storica e ambientale.

In tale addestramento bisognerà privilegiare:

1. la sensibilità alla persona malata: ogni malattia è un evento personale, quindi la comunità dovrà affinare le capacità psicologiche del futuro religioso. La terapia senza la cura dell'anima non è soltanto incompleta, ma pensiamo che possa essere in certi casi inefficace;

2. la capacità di vivere in comunità e lavorare in gruppo. Per troppo tempo l'ideale religioso è stato un rifugio per egoismi di massa: chi vuole servire i malati sarà entusiasmato dal condividere soluzioni e inventare strategie insieme agli altri;

3. evidenziare le capacità gestionali e manageriali: una preparazione ai valori deve far passare lo spirito nell'organizzazione e nelle strutture, dove spesso la persona è stritolata, dimenticata.

Concludendo, vorrei dire che senza questi cambiamenti di orientamento è impossibile forse rinnovare la vita religiosa, ma soprattutto temo che insieme ai religiosi scompariranno dagli ospedali gli ideali di umanizzazione cristiana che noi professiamo.



## II, 6. RELIGIOSI E LAICI IN COLLABORAZIONE PER UN CRISTIANESIMO ADULTO\*

### Premessa

Non è un caso che ci sforziamo di ripensare il nostro carisma dell'ospitalità in occasione del III centenario della Canonizzazione di S. Giovanni di Dio. Mi permetto di far notare che sarebbe un grave errore identificare l'anniversario, con una commemorazione formalistica. Penso che il carisma dell'ospitalità, svelatoci con S. Giovanni si iscriva nella perennità della incarnazione di Dio per cui Dio si è fatto uomo, ha dato un nuovo corso alla storia umana, ha mediato e meritato l'invio dello Spirito di Dio come nuovo motore delle vicende umane.

È l'azione dello Spirito Santo che permette l'esistenza di tutti i carismi che sono suoi doni e quindi sono sempre presenti come azione permanente di animazione della Sua Chiesa e di ogni singolo cristiano.

Celebrare la canonizzazione del nostro Fondatore vuol dire, quindi, fundamentalmente rendere grazie per quanto lo Spirito di Dio ha manifestato nella sua vita e nelle sue opere che continueranno solo se mantengono fedeltà allo Spirito.

Questa è l'unica attualizzazione possibile del carisma: il maggior radicamento nella fede e la crescita nell'adempimento della vocazione nella quale siamo stati chiamati.

Celebrazioni, e commemorazioni, per cogliere occasioni per analizzare a fondo il senso della nostra fedeltà di religiosi e la coerenza delle nostre opere con il carisma ricevuto.

Occasione felice che ci permette anche di valutare le condizioni reali, spazio-temporali, del nostro operare per sapere co-

---

\* Milano, 1991. A cura di Fra Pierluigi Marchesi - Edizioni Fatebenefratelli

gliere i segni dei tempi dalla cui interpretazione dipende l'e-  
vangelizzazione nel mondo della sanità che è il nostro compi-  
to. Provvidenzialmente uno di questi segni è la crescente pre-  
senza e l'elevata qualità di laici nelle nostre opere. Sul modo  
in cui andremo a condividere la comune missione con i laici,  
si giuoca la sfida del nostro Ordine verso il terzo millennio che,  
guerre permettendo, è alle porte.

Trovare sempre nuovi modelli di condivisione tra laici e re-  
ligiosi, far crescere lo spirito di collaborazione è un impegno  
di tutto l'Ordine dal quale dipende il futuro dell'Ospitalità.

# 1. IL CARISMA DELL'OSPITALITÀ

## *1.1. Una cultura della condivisione e dell'unità*

I ministeri secondo la tradizione nel Nuovo Testamento, sono legati al sacerdozio di Cristo. Tutti i credenti, innestati nel Cristo risorto sono in primo luogo “stirpe eletta, sacerdozio regale, nazione santa” (I Pietro, 2, 9). Nell'unicità della fede e nell'annuncio della venuta di Cristo, il Nuovo Testamento lascia ogni libertà alla Chiesa locale perché organizzi e gestisca la struttura dei ministeri.

*Così il Concilio Vaticano ci ha ricordato che il laico esercita il suo sacerdozio regale:*

- a) *ricercando la giustizia nello spirito e nelle leggi;*
- b) *lottando contro le malattie;*
- c) *servendo la verità;*
- d) *annunziando un'etica evangelica;*
- e) *amministrando le risorse umane e materiali con saggezza evangelica.*

Malgrado queste cose vengano dette e scritte, non possiamo dimenticare quanto spesso vengano misconosciute o ignorate proprio all'interno della Chiesa stessa. La nostra missione di religiosi ospedalieri “laici” non è più pensabile senza considerare l'unità della chiamata di tutto il popolo di Dio. Noi attingiamo tutti alle stesse risorse che costituiscono la base del nostro servizio ecclesiale:

- vita spirituale nutrita dalla Bibbia e dalla liturgia;
- apostolato nel servizio dei malati;
- evangelizzazione del mondo della sofferenza.

Queste sono le strutture portanti del nostro Carisma dell'Ospitalità che altrimenti rischia di essere un termine privo di riferimento e una parola priva di contenuti.

In questa luce, ogni nostra azione a sollievo della sofferenza è, e deve essere, un servizio reso a Dio. Ricordiamoci delle parole di Gesù: "...ogni volta che voi avete fatto queste cose (nutrire, dissetare, visitare) a uno dei più piccoli di questi miei fratelli, l'avete fatto a me" (Mt. 25, 31-40).

Servire, come ha detto il Papa, vuol dire nella Chiesa "mantenere il legame dinamico del mistero della Redenzione con ogni uomo" (Redemptor hominis).

Questa concezione del servizio nella Chiesa ci impone di pensare alla Chiesa come assemblea di comunione tra discepoli definiti eguali. Il cristianesimo primitivo fonda la propria originalità nell'istituzione di una comunità di seguaci che si considerano tutti uguali.

*Chi non ricorda la bellezza dei primi capitoli degli Atti degli Apostoli con la loro fresca descrizione della idilliaca/eroica comunità che si veniva formando intorno agli Apostoli? Cito semplicemente:*

a. ...Quelli che accolsero la sua parola furono battezzati e quel giorno si unirono a loro circa tremila persone. Erano assidui nell'ascoltare l'insegnamento degli apostoli e nell'unione fraterna, nella frazione del pane e nelle preghiere... Tutti coloro che erano diventati credenti stavano insieme mettendo ogni cosa in comune, chi aveva proprietà e sostanze le vendeva e ne faceva parte a tutti, secondo il bisogno di ciascuno" (Atti 2, 41-45).

b. "Quand'ebbero terminato la preghiera, il luogo in cui erano radunati tremò e tutti furono pieni di Spirito Santo e annunciavano la parola di Dio con franchezza. La moltitudine di coloro che eran venuti alla fede aveva un cuore solo e un'anima sola e nessuno diceva sua proprietà quello che egli apparteneva, ma ogni cosa era loro comune" (Atti 3, 31-33).

La Sacra Scrittura intera, ed in particolare i passi citati mentre rinforzano la nostra fede, ci fanno capire quanto diversi siano i nostri tempi. Nell'immensa complessità della società contemporanea, la ricerca di un modello di servizio cristiano deve

compiersi tenendo presente la duplice tensione del nostro servizio che consiste nell'ospitare Dio nell'uomo e l'uomo in ogni uomo come servizio reso a Dio. Liturgia!

Il nostro ideale che vogliamo e dobbiamo condividere con i laici è la diaconia. Se non c'è diaconia non c'è fede in Dio. Questa è la legge su cui si fonda la comunità cristiana.

### *1.2. Carisma, corresponsabilità e storicità*

Dobbiamo assumere con più convinzione la verità che non possiamo fare la storia se non assumiamo la tensione all'uguaglianza che esiste nella nostra società.

Ricordiamoci che il carisma di S. Giovanni di Dio fu da lui ricevuto in quanto laico e dopo la sua morte venne esercitato dai suoi discepoli come laici per diversi decenni.

Quindi lo Spirito Santo può inviare questo prezioso dono del carisma dell'ospitalità a tutti.

Così, si riafferma la verità tradizionale secondo cui la scelta di vita religiosa è una scelta di dedizione a Dio, dal quale proviene ogni Grazia, per la Sua lode e per la Sua gloria. I principi della vita religiosa non derivano da elementi di questo mondo, né possono essere considerati effetto di una decisione di certi uomini, ma vanno situati sul piano della Grazia. Tali principi sono: la consacrazione con cui i credenti rinunziano alla logica del mondo, al denaro, al potere, ai piaceri; e la comunione con i fratelli per realizzare un modello ideale di comunità che viva in assoluto secondo precise linee operative verso cui si muove la testimonianza propria della famiglia religiosa e dei suoi singoli membri.

In particolare, per noi, l'ospitalità si presenta come determinazione costitutiva della missione e del carisma. Secondo le Costituzioni, infatti, è l'Ospitalità che trasforma la nostra esistenza e fa sì che, attraverso di essa, si renda manifesto l'amore speciale del Padre verso i più deboli che noi cerchiamo di salvare secondo lo stile di Gesù. Mediante questo carisma, manteniamo viva nel tempo la presenza misericordiosa di Gesù di Nazareth. In altri termini, il carisma tipico della vita religiosa, è quel dono di

vivere assolutamente ed unicamente alla ricerca di Dio in comunità con i confratelli; mentre quello del laico è di vivere nella realtà secolare per farne materia dell'offerta sacerdotale.

Per quanto riguarda il carisma dell'Ospitalità, sento di dover dichiarare che noi tutti, religiosi e laici, senza alcuna distinzione, tranne le capacità personali, ne siamo partecipi e ne condividiamo la responsabilità per la gioia ed il tormento.

*Il progetto di un'alleanza tra religiosi e laici si deve attuare su questo piano di eguaglianza dinanzi a Dio e dinnanzi ai bisogni umani. In questa alleanza, i laici portano il contributo della loro azione insostituibile e noi ci proponiamo come testimoni e guide di animazione morale.*

Preferiamo a questo punto che si parli di "corresponsabilità" non soltanto per sottolineare la comune risposta al carisma dell'ospitalità. Ai frati occorrerà educarsi al discernimento delle doti personali dei laici e ad uno stile di rapporto in grado di cogliere con sensibilità le idee altrui per trasferirle in progetto chiaro e flessibile. Il futuro potrà essere gestito soltanto da chi potrà adattarsi a vivere nel mutamento e nell'evoluzione, non da chi starà immobile ad aspettare che la storia, in un modo o nell'altro, lo spinga e lo faccia muovere a forza. Condividere vuol dire rendersi corresponsabili o compartecipi alla programmazione ed allo studio-ricerca di un progetto. Tale progetto non potrà non tenere conto delle singole specializzazioni nelle quali i laici hanno raggiunto delle prestazioni ineguagliabili, sapendo orientare sempre le diversità verso l'unità del fine comune che consiste nel "creare" nuovi modelli per l'ospitalità del Terzo Millennio.

*1.3. Carisma e vocazione al servizio dei malati, l'impegno principale dell'Ordine e dei laici è quindi quello di suscitare nuove vocazioni per il servizio ai malati*

*A servizio degli infermi: nuovi bisogni e nuovi bisognosi.*

Restituire senso di profezia alle attività promozionali per le vocazioni a servizio degli infermi deve imporre un rovesciamento radicale degli orientamenti dati finora a troppe forme di reclu-

tamento. Dobbiamo avere il coraggio di non porre più al centro delle attività l'“economia”, la gestione dei singoli istituti religiosi o la “sopravvivenza” delle singole famiglie religiose, ma finalmente i bisogni nuovi e diversi dei nostri fratelli malati.

*Da quello che la statistica ci dice sugli sviluppi degli Ordini Religiosi, lasciando al Signore la bontà del miracolo, le previsioni non sono incoraggianti: tra 10 anni molti di essi non esisteranno più e fra 20 scomparirà la metà delle famiglie religiose femminili.*

Mai come ora quindi occorre ripensare a nuovi modelli di promozione vocazionale, sperando contro ogni speranza, come Abramo o come lo stesso Cristo vittorioso della morte, proprio nel momento della massima umiliazione, la “morte in croce”.

*Dobbiamo però avere il coraggio di credere che, se mireremo diritto a curare le ferite degli uomini, a sanare le piaghe dell'anima di chi si ammala rinunciando persino se necessario al proselitismo, noi potremo stimolare una nuova e diversa primavera di vocazioni.*

Uno studioso italiano di storia della medicina, G. Cosmacini, in una recente intervista ad un quotidiano, alla domanda sulla differenza tra medicina e sanità, rispondeva: “La medicina è la salute vista dalla parte dei medici”.

La sanità è la medicina vista dalla parte dei malati. Mentre “la storia della medicina è la storia dei medici e degli avvenimenti da essi provocati, la storia della salute è la storia di un'umanità anonima in cui ciascuno tuttavia si può riconoscere”.

Per quanto ci riguarda, noi come famiglie religiose ospedaliere, non possiamo dimenticare che la storia futura delle nostre opere sarà molto breve, a meno che, oltre a criticare i medici e la medicina per avere rimosso la biografia dei pazienti sottomettendola alla biologia, non si prenda contatto con la nostra rimozione profonda.

Abbiamo rimosso l'avvento anche benefico della complessità degli operatori laici. Abbiamo dimenticato che dopo anni di sterile competizione col “mondo”, i bisogni dell'umanità (biologici, psicologici, sociali, trascendentali) non ricevono ancora oggi tutta la nostra attenzione.

L'operatore è altamente impreparato, sia in corsia, sia nelle Comunità ecclesiali, al compito di assistenza umana e spirituale al malato, se non addirittura guarda con sospetto ad alcuni pionieri nel campo della tossicodipendenza, dell'AIDS, della malattia mentale.

*Sua Santità Giovanni Paolo II, invece, ci richiama in continuazione a diventare collaboratori del progetto salute e salvezza, distinguendo, ma non separando, i due momenti, per lasciarli sì a disposizione dell'umanità ma dopo averli proposti con generosità e nel rispetto delle personali convinzioni dei pazienti.*

*Per fortuna il rimosso dalla medicina, dai religiosi ospedalieri e di troppi sacerdoti è stato portato a galla dalla categoria emergente: quella del volontariato. Esso ci dà lezioni notevoli: ad esso dobbiamo guardare con attenzione per progettare meglio il nostro futuro.*

*Un futuro non di paura e pigra sopravvivenza, ma di ricerca e di vera profezia.*

### *I bisogni degli operatori sanitari*

Un'altra crisi preoccupa oggi il mondo della sanità in molti Paesi, si tratta della mancanza di personale infermieristico.

È questo un problema che, pur avendo motivazioni socio-politiche ben gravi, per certi versi si associa al problema vocazionale delle famiglie religiose, specie in quei centri sanitari in cui le stesse operano.

In un volumetto sulla Ospitalità nel 2000, nel quale cercavo di indicare le linee guida dell'ospitalità nel futuro, ricordavo che, se S. Giovanni di Dio fosse con noi, oggi, si occuperebbe della formazione permanente degli operatori sanitari, oltre che dei suoi religiosi. Avrebbe preso sul serio, oltre che i bisogni del malato, quelli dei nostri collaboratori: un vero e proprio servizio al servizio di coloro che ogni giorno devono trasmettere competenze e umanità. In quel documento dicevo ai miei confratelli che era finito il tempo di chiudersi in arroganti "fortezze vuote"!



Noi che predichiamo l'amore del prossimo, dimentichiamo che il primo gradino dell'amore è rappresentato dalla comprensione del mondo dei nostri collaboratori laici.

È una delle mete formative da conquistare, il legame tra laici e religiosi. In occasione di un congresso internazionale dei laici che operano nei nostri ospedali, dicevo che noi Fatebenefratelli diventeremo figure tragiche, manichini della sanità e della salvezza, se non saremo capaci di rapporti interpersonali significativi con i nostri collaboratori.

È infatti indispensabile che tutti gli operatori della salute si integrino il più possibile in un rapporto di reciproca ricerca, anche se ciò può ferire e mettere in discussione inutili certezze.

Il malato, il bisognoso, non cerca l'onniscienza nei medici né la perfezione nei religiosi: egli vuole un'ospitalità integrale e integrata. Non importa al malato se non la costruzione di un edificio invisibile, ma potente: la casa dell'alleanza tra i laici e religiosi, in nome di una visione moderna della scienza e della tecnica e di quell'Alleanza dei bisognosi, il quale, duemila anni fa, insegnò e visse la vera alleanza. Il Duemila è vicino: e la speranza è che attraverso un lavoro permanente di crescita personale e professionale le nostre pregevoli istituzioni sappiano evitare il rischio quotidiano di arrivare ai confini del loro sapere e della loro stessa capacità di espansione.

Dacci oggi la nostra crescita personale e "professionale". Questa potrebbe essere un'invocazione quotidiana: oltre al pane del corpo, il nostro sviluppo quotidiano è un bene di prima necessità per gli stessi operatori laici oltre che per i malati. In modo che scienza e tecnica, passione e ragione, personalità professionali e umanizzate, tutto ciò che appartiene all'umano e al divino, confluisca per il benessere dell'umanità, la quale ha ancora, e sempre avrà, bisogno di operatori veramente capaci: aperti e quindi in grado di accogliere il bisogno dell'altro.

Un'accorta pastorale vocazionale deve attirare l'attenzione verso una nuova forma di collaborazione apostolica che miri alla testimonianza e all'integrazione dei carismi.

Forse è questa la forma migliore di promozione delle vocazioni che nascerebbe dalla condivisione di un unico ideale.

### *Quale futuro per la promozione vocazionale*

Se avete avuto la pazienza di seguirmi fino a questo punto, posso enunciare più succintamente quale modello di promozione vocazionale ritengo attuabile.

Come il Concilio e l'insegnamento dei Papi ci hanno predicato, dobbiamo mettere in atto dei modelli che coinvolgano tutta la comunità dei credenti, il popolo di Dio. E la comunità intera che prende coscienza dei bisogni dei suoi membri e cerca di risolverli con amore.

Per quanto riguarda la sanità, sappiamo che esiste una crisi di vocazioni infermieristiche come di religiosi!

Non è forse perché, spinti dal tecnicismo galoppante, sono stati smarriti i valori umani che sono tipici di ogni professione?

Bisogna ricominciare a parlare in forma convincente e a testimoniare in maniera visibile di quei valori che la tradizione cristiana ha posto da sempre alla base della sua predicazione.

La vocazione al servizio può nascere soltanto in seno ad una comunità la quale vive realmente e profeticamente la solidarietà con i poveri e con i bisognosi e che si occupa dei più piccoli, in tutte le forme possibili.

Mi sia permesso di ricordare quanto il Concilio Vaticano II afferma della vocazione sacerdotale, intesa come chiamata del Signore: "Ma si badi che questa voce del Signore che chiama non va affatto attesa come se dovesse giungere all'orecchio del futuro presbiterio in qualche modo straordinario. Essa va piuttosto riconosciuta ed esaminata attraverso quei segni di cui si serve ogni giorno il Signore per far capire la sua volontà ai cristiani prudenti" (*Presbiterorum Ordinis*, II).

Analogamente quindi l'ascolto della voce dello Spirito di Dio deve essere sostenuta, preparata, seguita da un atteggiamento psicologico, sociale e diremmo materiale di tutta la comunità.

In particolare le comunità religiose che grazie al Concilio Vaticano hanno rinnovato le loro Costituzioni, devono aprirsi ad accogliere i giovani ed anche gli adulti desiderosi di compiere un'esperienza di vita religiosa.

Ancora una volta mi domando se non sia giunto il tempo di rivoluzionare un sistema che era atto maggiormente al proselitismo che alla promozione vocazionale. Parlo della complicata struttura dei vari postulanti, studentati e noviziati, i quali rendono macchinosa la formazione e difficile il discernimento dei candidati alla vita religiosa. Vorrei chiedere se non fosse opportuno che ogni comunità religiosa ospedaliera aprisse uno spazio di apprendistato vero e proprio per tutti coloro i quali vogliono dedicarsi ai malati. Tale periodo dovrebbe servire ad ogni singolo candidato per apprendere, innanzitutto, a vivere quei valori umani che riteniamo base dell'assistenza ai bisognosi.

Vivendo in comunità un uomo può anche capire e riconoscere il senso della vita religiosa dedicata al servizio di chi soffre.

La formazione tradizionale nella spiritualità del proprio Ordine deve essere innestata in un senso di appartenenza alla missione. Si dovrebbe appartenere prima al malato, vero Cristo incarnato sofferente, poi all'Ordine religioso cui si vuole affiliare.

I carismi dei religiosi ed in particolare di coloro i quali si dedicano al servizio dei sofferenti, devono essere considerati come punti di vista sull'insieme dei bisogni della Chiesa.

Il carisma deve aiutare a capire un bisogno cui Dio vuole che io risponda, ma ciò che è importante è l'aiuto e il sostegno dato al bisognoso, non l'adesione data all'Ordine religioso.

Perciò parlo di apprendistato.

La formazione religiosa deve essere innestata in seguito sul terreno che ne ha generato l'esistenza: il terreno dell'umanità sofferente vista nella sua attualità storica e ambientale.

*In tale addestramento bisognerà privilegiare:*

*1. La sensibilità alla persona malata: ogni malattia è un evento personale, quindi la comunità dovrà affinare le capacità psicologiche del futuro religioso. La terapia senza la cura dell'anima non è soltanto incompleta, ma pensiamo che possa essere in certi casi inefficace;*

*2. La capacità di vivere in comunità e lavorare in gruppo. Per troppo tempo l'ideale religioso è stato un rifugio per egoismi di massa: chi vuole servire i malati sarà entusiasta dal condividere soluzioni e inventare strategie insieme agli altri;*

3. *Evidenziare le capacità gestionali e manageriali: una preparazione ai valori deve far passare lo spirito nell'organizzazione e nelle strutture, dove spesso la persona è stritolata, dimenticata.*

Concludendo, vorrei dire che senza questi cambiamenti di orientamento è impossibile forse rinnovare la vita religiosa, ma soprattutto temo che insieme ai religiosi scompariranno dagli ospedali gli ideali di umanizzazione cristiana che noi professiamo.

#### 1.4. *Il senso di appartenenza*

Mi pare che sia opportuno a questo punto riflettere su un tema che mi pare importante tanto per il religioso quanto per i laici che operano nella sanità: il senso di appartenenza. Esso costituisce il nodo centrale per la fondazione della motivazione professionale e rappresenta anche i valori di riferimento cui ci ispiriamo.

Prima di tutto quando si parla di senso di appartenenza non si deve pensare al tipo di appartenenza-proprietà dei giocatori di calcio o dei corridori automobilistici che “appartengono a questa o quella ditta, sigla o scuderia”. Gli operatori sanitari e in genere gli uomini sappiamo che non possono “*appartenere*” a nessuno... neppure ai propri genitori. Quindi nessun senso di proprietà, o di paternalismo ambiguo.

In secondo luogo l'appartenenza particolare degli operatori nel mondo della salute, non può che esser *libera* quasi una vocazione che risponde alle esigenze della propria personalità, ai desideri di ogni individuo, alle aspirazioni di ogni persona libera.

In terzo luogo, il cristiano *sa* che il fondamento della sua azione nel mondo non è quello di attaccarsi al carro delle istituzioni o delle funzioni sociali, ma quello di realizzare la solidarietà nella carità.

“Se l'amore del prossimo – come afferma il Card. Martini (Educare al Servizio, 1978 pag. 101) – non si esaurisce in una

disposizione interiore affettiva o emotiva, ma esige di farsi carico responsabilmente dei bisogni umani concreti, il credente si deve necessariamente preoccupare e occupare delle strutture e istituzioni sociali”.

Io credo di individuare in questa “preoccupazione delle strutture e istituzioni sociali” un sinonimo esplicito per esprimere il senso di appartenenza. Infatti le Istituzioni per il servizio ai malati hanno proprio lo scopo di rendere viva ed efficace quella solidarietà con i bisognosi e i poveri sofferenti nel corpo e nella psiche, che la carità efficacemente impone. Le Istituzioni hanno il dovere di verificare la loro coerenza e credibilità e quindi esplicitare le proprie finalità ai cosiddetti dipendenti.

Nel comunicare la propria filosofia e spiritualità una Istituzione trasmette il senso di appartenenza. Quindi definirei, per chiarezza, il senso di appartenenza come *“la capacità di appropriarsi delle finalità umane cliniche, sociali, spirituali e culturali profonde delle Istituzioni sanitarie, integrandole nel proprio agire professionale e nelle motivazioni che guidano la propria vita in società”*.

Il primo obbiettivo quindi “nell’appropriarsi” delle finalità delle istituzioni è quello di ridurre la distanza tra cittadini e istituzioni, tra religiosi e laici, tra utenti e operatori. Il senso di appartenenza è molla che spinge ad intervenire efficacemente perché le strutture servano il cittadino e non viceversa.

Nella nostra società gli operatori non possono mirare soltanto ad essere buoni, ma devono diventare buoni “agenti di cambiamento permanente verso l’efficacia terapeutica e l’efficienza gestionale”.

Per ottenere questo obbiettivo, è necessaria – come ho scritto in questo stesso testo e ripeto – un’attenzione particolare verso processi costanti e verificabili di formazione permanente.

Senza formazione non si può realizzare nessun progetto di cambiamento per migliorare il servizio ai malati.

Senso di appartenenza significa allora essenzialmente intendere come “propri” quei rapporti sociali tra uomini che vogliono costruire quella relazione di *“prossimità”* in cui trova senso la questione della personale identità e del destino individuale.

Come dice ancora il Cardinal Martini “risulta obiettivamente difficile avvertire il bene comune come criterio sovraordinato all’interesse particolare, senza subire come mortificazione soggettiva quelle priorità”. Solidarietà vuol dire dunque superamento dell’egoismo.

Il senso di appartenenza mi porta verso gli altri, soprattutto i più bisognosi e i sofferenti, come ad essere “solidali cui appartiene il mio saper fare, e soprattutto il mio saper essere”.

Forse non è esagerato dire che senza un tale senso di appartenenza è *impossibile qualunque riforma* la stessa umanizzazione di cui parliamo e l’esercizio dell’Ospitalità Cristiana cui ci ispiriamo nelle nostre Istituzioni di Sanità con le quali, in fedeltà al carisma di S. Giovanni di Dio, vogliamo portare al mondo la salute e la salvezza intese in senso cristiano.

## 2. UN CRISTIANESIMO ADULTO PER PENSARE IL FUTURO

*Mi avete proposto di parlare delle sfide dell'Ordine in previsione del 2000. Vorrei dire subito che il 2000 è già iniziato.*

Non dobbiamo illuderci che le scadenze epocali (p. es. la Rivoluzione Americana) o la più recente Guerra Civile Spagnola, o le Guerre Mondiali siano fatti o eventi isolati. Tutta la storia costituisce un cammino, un fluire che solo per comodità dividiamo in periodi. Il tempo è la materia stessa di cui siamo impastati e quindi il 2000 è soltanto una misura, non è un luogo diverso, ma la indicazione contabile di un fluire inarrestabile.

Mi pare che sia giusto prendere coscienza del fatto che non si possa ridurre il futuro a rottura con il presente. Questo presente va vissuto come futuro possibile.

Pertanto le sfide del futuro sono quelle del presente.

Per quanto riguarda il servizio ai malati e bisognosi è necessario considerare i sistemi sanitari integrati nel più ampio sistema socio-economico-politico. Infatti soluzioni dei problemi di salute di una popolazione non potranno essere neppure lontanamente affrontati se non c'è una solidarietà umana nei progetti politici ed una coerente utilizzazione dei piani economici e finanziari (cfr. Giovanni Paolo II, Centesimus Annus, 1991).

*La lotta all'Aids costituisce oggi un terreno significante di questa ineliminabile interrelazione. E non ci saranno soluzioni efficaci se non si costruisce una rete capace di migliorare le condizioni di vita delle persone con comportamenti devianti.*

Affrontare la complessità dei sistemi è impossibile con la mentalità dogmatica e con la semplice buona intenzione; oc-

corrono nuove mentalità e nuove culture che diano spazio alle capacità personali ed aprano vie di comunicazione nuove.

E in particolare una forte comunicazione tra etica e sapere scientifico, tra umanizzazione e pratica medica, tra coscienza privata e professioni, tra fede e militanza nelle istituzioni.

A questo processo rivoluzionario di sintesi tra teoria e prassi si deve collegare la ricerca della pace e l'integrazione di tutti gli uomini in un movimento ecumenico che costruisca l'unità dell'umanità.

Abbiamo bisogno di cristiani adulti capaci di progettare il futuro.

### *2.1. Maturazione morale e senso di responsabilità*

Per pensare il futuro gli uomini hanno bisogno di crescere moralmente. Questo vuol dire obbligarsi tutti a passare dagli stadi dell'infantilismo esecutivo e dell'adolescenza superficiale, ad una maturità critica, responsabile civilmente, eticamente e politicamente.

Non pensate che stia delineando l'immagine di un super-uomo (super-man) per il terzo millennio. Niente miti!

Parlo della maturazione, come processo di autoformazione ed autoeducazione permanente.

La scuola, le Università, le scuole professionali e i vari corsi di formazione si sono fondati per secoli sul modello "normativo" che si riduce all'esecuzione o alla trasgressione delle norme.

In tal modo i modelli di "normalità" si sono trasmessi in quanto leggi e comandi. Ora è giunto il momento, anche nella Chiesa, di costruire su quelle norme dei nuovi comportamenti che facciano nascere nuove norme.

L'incontro-scontro tra le differenti culture esistenti nel mondo, ci ha portato a percepire la necessità di uscire dallo stato di minorità per affrontare con una nuova coscienza i compiti nuovi.

Soprattutto la scienza e la tecnica che hanno dominato gli ultimi 30 anni della nostra storia ci portano ad assumere atteggiamenti morali nuovi.



Prima di tutto nella vita privata. Anche se occorre salvaguardare la sfera intima della propria esistenza personale, noi sappiamo che ogni uomo non è più un'isola. Quindi la nostra vita privata è elemento di testimonianza.

L'operatore sanitario, a qualunque livello, ha l'obbligo di trasferire le sue convinzioni morali in un comportamento coerente.

La deontologia, per il cristiano, non è il punto di arrivo della sua vita professionale, ma il punto di partenza.

Nelle istituzioni sanitarie ispirate dai religiosi la cooperazione non è possibile senza l'assicurazione di responsabilità comuni.

La testimonianza comune e comunitaria è la più forte ed è quella che si aspettano gli uomini di oggi da parte dei cristiani.

## 2.2. *Etica ed ospitalità*

1. Non sembri provocatorio, ma è spontaneo chiedersi se possa esistere Ospitalità senza Etica.

Forse avremmo dovuto aprire un dibattito sull'ospitalità come fondamento dell'etica.

I due termini, come costitutivi del Carisma dell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio, sono inscindibili. Anzi trovano giustificazione nella nostra vita se si fondano l'uno nell'altro.

2. In questi ultimi tempi, proprio nell'autunno 1990, un quotidiano italiano, organo della Confindustria, "Sole 24 ore", ha pubblicato dodici articoli sull'Etica.

Evento culturale inusuale, operazione astuta di immagine, per me "segno dei tempi" da esaminare attentamente e da valutare.

Nel primo articolo, gli autori – due ricercatori della cattolicissima Fondazione Lanza vicina alla Diocesi di Padova – citano anche l'impegno della fondazione Fatebenefratelli nella formazione etica dei medici e degli operatori in sanità.

Motivo certo di orgoglio e di incoraggiamento.

Vogliamo quindi riaffermare il nostro modo di vivere l'etica in fedeltà al nostro carisma.

3. La fine del sec. XX ci sorprende con una richiesta di etica che proviene proprio dagli ambienti culturali che sembravano ormai irrimediabilmente sganciati dal riferimento a valori e norme. Si fa strada l'acuta consapevolezza che la tecnica non basta.

Proprio il successo di quest'ultima, mettendo in mano all'uomo potenzialità prima impensate (divisione dell'atomo ed intervento sulla struttura genetica della cellula vivente) ha aperto il nuovo fronte di domanda.

La stessa crescita di domanda dell'etica fa fiorire un pullulare di scuole etiche, alle volte contrastanti, così come sono, alle volte, contrastanti le stesse definizioni sull'etica.

Per noi operatori della sanità l'etica ha trovato forte resistenza perché era sentita come una ingerenza indebita nella medicina. Le argomentazioni sono varie. Poi le leggi sull'aborto, il prolungamento artificiale della vita, la genetica, richiamano i principi dell'etica che, per noi operatori sanitari viene chiamata bioetica.

Una prima definizione dell'etica, che tra le tante mi pare la più precisa, è dettata appunto dalla prima Enciclopedia della Bioetica americana che così recita: "L'etica è lo studio sistematico della condotta umana, nell'ambito della scienza, della vita e della sanità, in quanto questa condotta è esaminata alla luce dei valori e dei principi morali".

La definizione è importante perché distingue Etica da Morale: etica è lo studio del comportamento di chi opera nella sanità; la morale rappresenta il valore cui deve far riferimento il comportamento.

La struttura intima della richiesta contemporanea di etica è familiare al credente, perché ha un ritmo identico a quello della morale, che deriva dalla Parola rivelata.

Quest'ultima converge strutturalmente sui due poli della fedeltà e della responsabilità. Il cristiano, nel suo agire morale, vuoi essere essenzialmente fedele al Cristo, in quanto nella sua persona riconosce il Figlio di Dio ed il Fratello universale, e responsabile nei confronti delle richieste concrete che la storia rivolge alla sua vocazione.

Anche l'etica, di cui si sente oggi una diffusa nostalgia, nasce intorno alla fedeltà e alla responsabilità. Ci si domanda, infatti, a quali condizioni l'uomo resta ancora uomo.

Gli interrogativi antropologici sono particolarmente forti nel campo bio-medico; nel prolungamento artificiale della vita, nelle tecnologie applicate alla riproduzione, nella manipolazione farmacologica del comportamento e nella prassi psichiatrica, nell'uso degli individui per la ricerca e la sperimentazione, nelle manipolazioni genetiche.

*Si avverte un senso del limite, oltre il quale si tradisce l'uomo.*

*Sul fronte della responsabilità, la questione etica esige che ci si interroghi sulla quantità morale dell'azione, riferendola non solo al modello dell'uomo a cui si vuoi restare fedeli, ma anche alla progettazione di un futuro.*

La prima esigenza è ovviamente che, per quanto sta nell'uomo, ci sia futuro.

Il filosofo Jonas ha riformulato l'imperativo kantiano per l'agire morale in questi termini: "Agisci in modo tale che le conseguenze del tuo agire siano componibili con la sopravvivenza di una vita veramente umana sulla terra".

Oggi siamo in grado di distruggere sia la vita, sia la qualità umana della vita.

La richiesta etica si identifica con l'assunzione della propria responsabilità, rinunciando alle deleghe e al ruolo di spettatori marginali del processo storico.

Essere soggetto ed essere protagonista sono due esigenze equivalenti.

Il concetto di fedeltà ai valori umani, protetti da un autentico e non polveroso cristianesimo, si basa su una costante attenzione alla coerenza tra azione sanitaria e richiesta del paziente.

Il concetto di responsabilità, senza la quale la fede diviene corpo contundente o alibi, implica, se leggiamo bene la parola stessa, un'Abilità a Rispondere in modo globale, olistico, puntuale. E implicito quindi, nel concetto della responsabilità, la capacità di una Risposta. Una capacità che nessun diploma di laurea, nessun scapolare, nessuna carriera sanitaria ed ecclesiale ci possono regalare.

Questa capacità è una conquista; esige pertanto una crescita professionale e spirituale a livello personale ed una capacità di collaborazione, di integrazione dello specifico sapere con gli altri saperi, e l'integrazione tra molteplici agenti di salute.

La duplice esigenza di fedeltà e di responsabilità rende la ricerca etica dell'uomo contemporaneo affine, pur nella diversità, a quella di chi nel proprio agire morale si ispira alla fede in Gesù di Nazareth.

La fede non fornisce al cristiano o al religioso un territorio privilegiato o protetto, al riparo dalle aggressioni che tutti gli uomini subiscono per il fatto di vivere nel tempo e nello spazio.

Lo sperimentiamo nel campo della sanità nel quale si svolge in modo privilegiato il nostro impegno evangelico e umanitario. Ci rallegriamo certamente per la domanda di etica, che mette in crisi il modello di medicina "scientifica", cioè positivista, che si pretendeva dispensata dal compito di porsi problemi di ordine antropologico ed etico. Soprattutto là dove è in gioco la salute, come coagulo di valori che investono l'uomo nella sua totalità, il semplice rispetto delle regole di procedimento non basta.

Mentre i nostri contemporanei rivalutano l'etica nell'ambito delle scienze della vita e della salute, ci rendiamo conto che noi, in quanto credenti e religiosi, non siamo in grado di fornire "la" risposta. Siamo fieramente consapevoli che la fede in Cristo a cui aderiamo ci fornisce uno stimolo creativo per cercare, insieme agli altri uomini, credenti e no, regole di condotta fedele e responsabile. Ma, proprio per la trascendenza della fede, non abbiamo un modello storico concreto da proporre (tanto meno da imporre).

Il passato può esserci depresso su di noi come polvere, o magari anche come una crosta; per il Vaticano II, i credenti hanno una certa responsabilità per l'ateismo, causato da una presentazione fallace della dottrina o dai difetti della propria vita religiosa, morale e sociale (*cf. Gaudium et spes, 19*).

Qualcosa di analogo può essersi verificato per quanto riguarda la "controtestimonianza" sul piano dell'etica (mancanza di rispetto per la coscienza dell'altro, strumentalizzazione

delle cure del corpo in vista delle preoccupazioni spirituali, preferenza data alla “legge del sabato” – regole morali – piuttosto che all’uomo concreto).

*Una nuova situazione di dialogo si è creata nel campo dell’etica: l’umanista è chiamato a parteciparvi con la sua “fede” (che è quanto meno fede nell’uomo; fede che l’uomo è la medicina per l’uomo...); il religioso è chiamato a parteciparvi con la “buona volontà “. Questa inversione dei ruoli tradizionalmente attribuiti all’uno e all’altro è indice del rivoluzionamento avvenuto nell’etica, ma anche del cammino all’interno della coscienza cristiana, soprattutto a seguito della riflessione conciliare sulla teologia della Chiesa e della Storia.*

4. Questo che dico e che credo profondamente, può apparire ancora generico. Il richiamo ad un’etica anche di ispirazione cristiana, rischia di apparire una vaga invocazione verso astratti obbiettivi ideali.

L’ospitalità, la nostra ospitalità è invece quanto di più concreto possa esistere. Si tratta di istituire uno spazio, anche fisico, per gli uomini indeboliti dalle malattie, feriti nel loro desiderio di vivere, incerti a volte del loro stesso destino.

*Il primo nome dell’etica è dunque la deontologia.*

*Quella che è nota come scienza del dovere viene ricordata e utilizzata spesso unicamente come spauracchio per i professionisti.*

*È bene ricordare che l’aspetto di difesa della professione è qualificante l’esercizio dell’ospitalità perché ne definisce la dignità, l’identità e l’ambito delle competenze.*

A qualcuno che pensasse l’ospitalità non come una professione, ma come una più generale virtù, risponderei che prima di essere esercizio di un’arte, di un mestiere più o meno nobile, il termine professione indica “testimonianza” e dedizione.

Chi ha scelto di lavorare in sanità, laico o religioso, fa appunto professione-testimonianza di ospitalità.

In quanto relazione con gli altri, intervento pubblico nelle strutture sanitarie, l’ospitalità ha una sua deontologia.

In questo senso essa rappresenta un aiuto per discernere ciò che invece la contraddice in modo inconciliabile.

Riconoscere l'esatta entità del bisogno di un malato, rendersi disponibile ad incontrare la persona bisognosa, mettersi in posizione di donazione del proprio essere e del proprio fare, sono precetti per individuare una deontologia dell'ospitalità che, insieme, laici e religiosi, dovremmo formulare e praticare, come imprescindibile obbligo di coscienza.

Per questo sono convinto che umanizzare la nostra coscienza, il nostro rapporto non è un di più, non è una moda, non è una dissacrazione dell'ospitalità.

L'albero secolare dell'ospitalità sia dei Fatebenefratelli che degli operatori sanitari di tutti i tempi, non può rivolgersi alla falsa spiritualità del credente che diviene onnipotente (in competizione con Dio), ma deve trarre nutrimento dallo studio di condotte "guidate" dalle reali e concrete necessità del malato.

5. Ma l'essenza del rapporto tra etica e ospitalità sta proprio nella comprensione del termine "coscienza". Ogni idea di norma, regolamento o legge di qualsiasi tipo sia giuridico che morale, non potrebbe "funzionare" senza l'aggancio alla coscienza.

L'ospitalità trova una giustificazione etica soltanto nella misura in cui noi facciamo abitare – ospitiamo – nella nostra coscienza, la coscienza di sé che l'altro ci pone davanti come ostacolo, o, spesso soltanto come interlocutore.

Tutta la storia della morale ebraico-cristiana costituisce un itinerario accidentato, epico e drammatico delle vicissitudini del rapporto io-tu.

Se non chiariamo ognuno come soggetto, il nostro modo di concepire il rapporto con l'altro soggetto, noi non possiamo stabilire alcun legame tra etica e ospitalità.

Lo *spirito* che anima l'*ospitalità* richiede un *rapporto io-tu* una *condotta*, un'*etica del rapporto io-tu* che sfugge a qualsiasi regola preconstituita.

L'incontro *io-tu* è l'*essenza della ospitalità*. È la *premessa indispensabile di un rapporto terapeutico*. Esso implica il coin-

volgimento, il rapporto magari con i familiari, con figure spirituali, con altri professionisti. Ma *l'essenza della azione sanitaria rimane l'incontro, il rapporto tra due persone.*

Solo da questo rapporto si può comprendere se il bene che pare a noi, fa bene al paziente. Solo in questo magico e complesso andirivieni di due persone si possono ridurre i *maltrattamenti* che, a fin di bene noi operiamo; anche quando crediamo di aver fatto il massimo.

Non credo di dover addentrarmi nei meandri delle argomentazioni filosofiche o teologiche. Non ne ho i titoli.

Sento però fortemente il bisogno morale di affermare – qui, e ora – che ogni riferimento all'etica è puramente verbale se non prende in considerazione:

- a) l'idea di coscienza personale;
- b) l'idea di solidarietà/estraneità dell'altro da noi;
- c) il concetto di responsabilità del destino personale ed altrui.

Su questi concetti si può fondare la possibile valutazione dell'agire morale nell'esercizio/professione dell'ospitalità.

Il primo atto *d'amore*, il primo gradino dell'amore è la comprensione dell'altro. Dalla quale discende la vera solidarietà, non quella agitata dai vari partiti come parola ormai consumata e che, inerte, serve solo per dar la colpa a qualcun altro di non essere solidale.

L'operatore sociale è Homo politicus, pieno di caritas, è responsabile, ha una dignità incredibile quando coglie nel rapporto col malato lo spessore che compete un'azione sanitaria; sono in relazione soggetti, persone e non cose, od organi malati e basta. Il primo comitato etico lo tenne, qualche secolo fa, S. Giovanni di Dio a Granada. Quando capì che i malati abbandonati avevano bisogno di qualcosa e di qualcuno; *l'etica della ospitalità* è, e deve essere, la nostra ansia permanente, la nostra continua ricerca spirituale e sociale.

6. La valutazione etica del lavoro in ospitalità si fonda su tre principi che cito dal Nuovo Dizionario di Teologia Morale (Edizioni Paoline, Milano 1990).

6.1. Ricercare il vero giudizio nelle azioni da compiere impegnandosi a pensare prima la bontà di tutti gli atti necessari per realizzare un fine.

Con parole povere non agire mai senza una coscienza illuminata e informata, sapendo utilizzare gli strumenti delle scienze umane e sociali oltre che mediche.

6.2. Verificare le condizioni di possibilità delle azioni da compiere e dei fini da realizzare.

L'ospitalità non è un comodo modello mentale individuale, ma per essere sistema etico-operativo deve diventare calcolo – non vi scandalizzate – delle probabilità.

Non è più accettabile pensare solo di fare il bene come pare a noi, ma valutare se esistono le “possibilità” che il nostro modello di ospitalità funzioni per il bene altrui.

6.3. Formulare il giudizio etico a partire dalle conseguenze dell'azione, prima tra tutte l'attuazione dell'amore verso gli altri.

Quello che vale e resta è la validità, il valore di ciò che resta dopo avere compiuto un gesto, un'azione, un intervento.

*L'ospitalità diventa così esercizio di costruzione della solidarietà con un obiettivo, dei contenuti e un riferimento uguali per tutti alla responsabilità.*

*La responsabilità morale è definibile e valutabile all'interno del rapporto tra coscienza e struttura, tra individuo e società. Il che comporta, da un lato attenzione alla riduzione della responsabilità individuale, là dove sono in causa fenomeni che trascendono la semplice volontà dei soggetti o ne limitano e ne attenuano lo spazio di intervento; ma comporta anche, dall'altro, esaltazione e dilatazione della stessa responsabilità, in quanto essa non deve unicamente confrontarsi con gli effetti sociali delle proprie scelte e dei propri comportamenti, ma farsi anche seriamente carico del mutamento delle strutture, che esercitano un peso negativo sulla storia degli uomini. La responsabilità morale assume perciò sempre più i connotati di una responsabilità politica ed è chiamata a svilupparsi nell'ottica di un impegno teso alla liberazione totale dell'umano; a creare, in altri termini, le condizioni per un esercizio effettivo della libertà di ogni uomo e di tutti gli uomini.*



*Nella prospettiva cristiana, questo diventa possibile grazie al dono dello Spirito del Signore: un dono che libera di continuo la nostra libertà, ma che, nello stesso tempo, alimenta la nostra responsabilità, perché l'accoglimento della grazia si traduca nella produzione di frutti reali di liberazione.*

7. Può questo tipo di ospitalità essere oggetto di formazione? In altri termini può l'etica della responsabilità venire insegnata?

Io credo di sì. Se per insegnamento si intende la guida ad un'esperienza dei valori dell'ospitalità nell'ambito di un cammino interiore verso una maturazione del giudizio, del gusto e della responsabilità del proprio esistere di uomini.

Certo tutto ciò può essere oggetto di formazione, ma non con i metodi tradizionali. Altri metodi, altre tecniche pedagogiche si richiedono nella Formazione Permanente degli adulti, portatori di una professionalità o di titoli accademici. Chi entra nel mondo dell'Ospitalità non può non ospitare dentro di sé, *una condotta, un'etica dello sviluppo della propria personalità professionale e religiosa per i consacrati.*

Lo sviluppo della persona, grande strumento della relazione *io-tu*, si può favorire, anche se mette in crisi per un certo tempo il sapere professionale.

Ma *una condotta* matura, gioiosa, responsabile, pluralistica, di laici e religiosi non può essere insegnata se non in un clima di libertà dal pregiudizio e dalle paure di perderci. Chi non si perde non ha capacità di ritrovarsi.

E l'augurio che io rivolgo a tutti è quello di perdersi un poco, di perdere tempo, di preoccuparsi anche del valore delle nostre azioni, del valore per noi e per l'altro, per il quale decidiamo di spendere la nostra vita.

Essere eticamente ospitali nei confronti degli altri, e dei malati in particolare, sarà allora obbiettivo di una maturità morale che darà senso a tutta la vita.

Personalmente, sono anche convinto e vivo drammaticamente questo convincimento, che solo se sapremo essere eticamente ospitali onoreremo davvero il terzo centenario del meraviglioso nostro carisma, poiché se è vero che il carisma è dono di

Dio, io sono profondamente convinto che se chi lo ha ricevuto non lo sa vivere, con il Dio della sua storia, può infrangere questo meraviglioso dono che Dio ci ha dato per la vita e per la speranza dell'uomo che soffre!

### 2.3. Ricerca della pace

(Semplici note sotto le bombe!)\*

Se dovessi indicare oggi quali sono le condizioni per garantire la convivenza futura nella pace, penserei a tre dimensioni della condizioni umana:

- a. la pace tra uomo e donna;
- b. la riconciliazione tra le generazioni;
- c. l'ecumenismo culturale e religioso.

Mi sforzerò di delineare quale riflessione portare avanti perché a partire dall'esperienza di servizio che noi compiamo negli Ospedali, si possa realizzare una base per diffondere nuovi comportamenti e nuova cultura di solidarietà.

Indico con il termine "pace" non soltanto l'assenza di guerra o di battaglie cruente. La pace è un atteggiamento dello spirito che orienta la nostra maniera di pensare, giudicare ed operare. Come tutti i grandi valori spirituali essa è un dono dello spirito. Una fede che non ispira pace è una fede falsa.

Serva di monito a tutti, quanto affermato dal profeta Isaia:  
 "Voi... partirete con gioia,  
 sarete condotti in *pace*.

...  
 Ciò sarà a gloria del Signore,  
 un *segno* eterno che non scomparirà".

(Isaia 55, 12 e 13)

Il Messia promesso come liberatore del Popolo di Dio è un segno di pace che viene dall'alto. Non è difficile riaffermarlo oggi, quando la sordità degli uomini e i conflitti di interesse si dimostrano incapaci di assicurare condizioni di tolleranza e di pace.

---

\* Si allude alla 1ª Guerra del Golfo in corso di svolgimento

La speranza di pace è un moto dello spirito che non può scendere a patti con gli interessi razziali od egoistici che dividono gli uomini.

Dunque questa pace deve fondersi su valori costitutivi di ogni possibile relazione tra uomini considerati non come esseri “singoli” e isolati ma come “genere umano” solidale e indivisibile unitario.

#### *A. La pace tra uomo e donna*

Mi pare fondamentale ricordare che la frontiera della futura umanità passa all'interno della pace tra i generi.

Noi dobbiamo auspicare un cristianesimo che valutando le differenze della corporeità femminile e maschile ne sottolinei l'assoluta uguaglianza di diritti e doveri.

Eliminata la donna come oggetto sessuale inferiore, la medicina, l'assistenza e tutti i comportamenti sociali devono orientarsi a considerare la donna come soggetto originale, autonomo e libero nel processo di costruzione della società.

In uno dei suoi discorsi Paolo VI disse tra l'altro: “Nel cristianesimo, infatti, più che in ogni altra religione, la donna ha fin dalle origini uno speciale statuto di dignità, di cui il Nuovo Testamento ci attesta non pochi e non piccoli aspetti (...); appare all'evidenza che la donna è posta a far parte della struttura vivente ed operante del cristianesimo in modo così rilevante che non ne sono forse ancora state enucleate tutte le virtualità” ... “Si deve parlare di un'essenziale «parità»: poiché tutt'e due – la donna come l'uomo – sono creati ad immagine e somiglianza di Dio, tutt'e due sono suscettibili in eguale misura dell'elargizione della verità divina e dell'amore nello Spirito Santo. Ambedue accolgono le sue «visite» salvifiche e santificanti”.

Il fatto di essere uomo o donna non comporta qui nessuna limitazione, così come non limita per nulla quella azione salvifica e santificante dello spirito nell'uomo il fatto di essere giudeo

o greco, schiavo o libero, secondo le ben note parole dell'apostolo: "Poiché tutti voi siete uno in Cristo Gesù" (Gal 3, 28).

Questa unità non annulla la diversità. Lo Spirito Santo, che opera una tale unità nell'ordine soprannaturale della grazia santificante, contribuisce in eguale misura al fatto che "diventano profeti i vostri figli", e che lo diventano anche "le vostre figlie".

"Profetizzare" significa esprimere con la parola e con la vita "le grandi opere di Dio" (Atti 2, 11), conservando la verità e l'originalità di ogni persona, sia donna che uomo. L'egualianza evangelica, la parità della donna e dell'uomo nei riguardi delle grandi opere di Dio, quale si è manifestata in modo così limpido nelle opere e nelle parole di Gesù di Nazareth, costituisce la base più evidente della dignità e della vocazione della donna nella Chiesa e nel mondo.

Ogni vocazione ha un senso profondamente personale e profetico. Nella vocazione così intesa ciò che è personalmente femminile raggiunge una nuova misura: è la misura delle "grandi opere di Dio", delle quali la donna diventa soggetto vivente ed insostituibile testimone".

Considerando la storia una specie di continua gestazione, il principio maschile e femminile devono essere pensati e considerati come "funzione" unica per la fecondazione del futuro.

Instaurando nuovi modelli educativi che rivelino la profonda novità del rapporto uomo-donna.

Impegnamoci a garantire nel lavoro pari dignità agli uomini e alle donne. Consideriamo la grande e insostituibile creatività della donna nel mondo moderno senza la cui voce saremmo più poveri e tristi!

Le funzioni all'interno delle organizzazioni, della famiglia, della distribuzione del lavoro, non vengano attribuite con discriminazione tra i sessi.

L'etica umana del futuro deve essere scritta a due mani perché "Dio creò l'uomo a sua immagine, a immagine di Dio lo creò, maschio e femmina li creò" (Gen 1, 26).

### B. *La riconciliazione tra le generazioni*

Parlando da anziano, non rimpiango la mia giovinezza ma voglio confidarvi quanto amo i giovani e desidero il loro inserimento nella vita degli adulti.

Non mi dilungo, ma penso che se non si eliminano i conflitti tra le generazioni, gli anziani non troveranno il loro posto in un mondo che sta invecchiando e i giovani perderanno le loro radici. Il cristianesimo adulto deve superare i conflitti generazionali offrendo modelli concreti di rivalutazione delle persone in ogni età e in ogni situazione.

### C. *L'ecumenismo culturale e religioso*

In ultimo mi permetto di accennare a quello che sempre è causa di guerra: il razzismo.

Il razzismo ha radici profonde, ma è soprattutto frutto delle distanze nelle quali abbiamo vissuto. Distanza genera ignoranza.

Dobbiamo cogliere l'opportunità dell'accresciuto livello di comunicazione che c'è nel mondo.

Accogliere lo straniero vuol dire accettare la sua diversità.

– Religiosamente:

Riaffermiamo la tolleranza nello studio e rispetto delle tradizioni. Tentiamo forme di preghiera "ecumenica".

– Culturalmente:

Abbattiamo le diffidenze facendoci conoscere e permettendo agli altri di farsi conoscere. Le nostre istituzioni devono diventare "cenacoli" di civiltà inter-etnica che è la società del futuro.

## II, 7. EFFICIENZA E PIETAS NELL'AIUTO AL BISOGNOSO: IL VALORE DELLE TECNICHE E LA POLITICA DEI VALORI\*

### Premessa

Accettare di parlare sulle tematiche che mi avete assegnato, me ne sono accorto dopo, è stato segno di grande presunzione<sup>1</sup>.

Forse mi può venire incontro e farmi scusare, la considerazione che vivendo in ambiente ospedaliero, da religioso per oltre mezzo secolo, non posso esimermi dal dovere di confrontarmi con chi si occupa di sanità, di persone malate e di salute. Soprattutto ora che sono stato chiamato a lavorare in un ospedale di Milano, in un momento in cui per parlare di valori bisogna essere pazzi o profeti, oppure l'uno e l'altro.

Accetto la provocazione del titolo e come primo passo invito a scoprire i trabocchetti non solo linguistico-verbali che gli amici dell'organizzazione hanno voluto benevolmente tendermi.

In breve, l'aver posto in coppia "efficienza e pietas", come provocare il confronto di tecnica e politica con il mondo dell'etica e dei valori, è un vero trabocchetto non solo per un frate ospedaliero, ma credo anche per qualunque serio professionista. A meno che non si voglia ricorrere a facili slogan o alle frasi "fatte" per omogeneizzare tutti i temi in questione e servirli come un cibo predigerito, come se ne possono trovare tanti nei supermercati chiamati mass-media o da essi ispirati. Non credo sia il nostro obiettivo e per questo ho accettato la sfida.

---

\* Milano, 1992. A cura di Fra Pierluigi Marchesi - Edizioni Fatebenefratelli

<sup>1</sup> Il testo di questo intervento è stato presentato l'11 luglio 1992 a Lavarone, al Convegno "La Sanità italiana tra centralismo e regionalizzazione" organizzato dall'Istituto per l'analisi dello stato sociale (I.A.S.S.).

### *1. Efficienza e Pietas*

Il pensiero disgiuntivo, o per meglio dire, la moda culturale delle opposizioni terminologiche appare da molto tempo in crisi. Da quando ci si è resi conto che la divisione delle facoltà dell'uomo, la separatezza tra le varie scienze, l'exasperazione delle specializzazioni nelle professioni – in particolare quelle medico ospedaliere – hanno costruito un impero delle classificazioni esasperate. Così, un metodo che doveva servire per comprendere meglio la natura degli uomini e delle cose, o definire meglio gli oggetti per “capire” l'unità del mondo, ha contribuito invece a tagliare i ponti tra l'uomo e le cose. Più precisamente ha provocato una parcellizzazione all'interno della persona umana ridotta, secondo i punti di vista, a semplice aggregato di funzioni biologiche, ora a spirito disincarnato e mente senza corpo, ora ad un fascio di sensazioni consumabili nella relazione puramente corporale con il mondo sensibile esterno.

Senza voler fare il critico della scienza, che non è il mio mestiere è facile però notare che da quelle premesse è derivato il disorientamento e il disagio nel quale siamo immersi almeno da una ventina d'anni.

Un disagio che crea difficoltà gravi nel rapporto educativo tra genitori e figli, tra istituzioni e società; impotenza nel progettare riforme che considerino i valori dell'uomo nel loro insieme inscindibile; crisi nei rapporti tra vari gruppi sociali; perdita delle identità culturali storicamente giustificate e fuga verso un consumismo senza progetto.

Molti politici, amministratori e responsabili pubblici capiscono e vedono i risultati ma non hanno tempo per risalire alle cause.

A me sembra che sarebbe onesto fermarsi, come noi stiamo facendo, per capire se non sia giunto il momento di aprirci ad una nuova visione della realtà. Con una parola che ha trovato di recente largo uso anche tra la gente comune, vorrei chieder vi se non sia meglio parlare della complessità e di una cultura della complessità.

Per affrontare i problemi che riguardano i valori, non basta infatti limitarsi a “distinguere”, ma occorre saper prendere in mano gli insiemi, considerare il più ampio spettro di orizzonte, insomma allargare il punto di vista.

Vorrei insistere. Non si tratta di ideologia da sostituire a ideologia, ma di una diversa cultura, di un diverso modo di fare scienza, di esercitare le professioni, di pensare le istituzioni e di costruire rapporti sociali.

La complessità, in generale, può essere definita appunto come l'insieme dei punti di vista sotto cui si può considerare il rapporto tra uomo e istituzioni, tra scienza e salute, tra politica e valori.

Consentitemi di leggervi alcuni brani del noto saggio di Edgar Morin, “Scienza con coscienza” edito da Angeli Milano 1987.

Il problema della complessità si gioca su numerosi fronti e terreni. Il pensiero complesso deve soddisfare a numerosissime condizioni per essere tale: deve collegare l'oggetto al soggetto e al suo ambiente; deve considerare l'oggetto non come oggetto ma come sistema/organizzazione che pone i problemi complessi dell'organizzazione; deve rispettare la multidimensionalità degli esseri e delle cose; deve lavorare/dialogare con l'incertezza, con l'irrazionalizzabile; non deve più disintegrare il mondo e i fenomeni ma tentare di renderne conto mutilandolo il meno possibile.

Ciò che vale per le scienze naturali è ancor più valido per quelle sociali e politiche e per i sistemi sanitari.

Inoltre, per tutti i campi della scienza applicata non bisognerebbe prendere come ideale, l'ideale riduttore/disgiuntore/qualificatore della scienza classica, ideale ormai distrutto dai progressi stessi di questa scienza in fisica (ciò è evidente) e biologica (cosa che sarà evidente, e che dovrebbe ormai essere evidente). Direi che persino in materia sociale, umana, politica la visione riduttrice/disgiuntrice/unidimensionalizzante è demenza e criminalità. In effetti, essa è incapace di vedere attori/soggetti, esseri, individui; è incapace di vedere che l'essenziale si gioca nelle inter-retroazioni, che gli effetti delle azioni



sono spesso “perversi” rispetto alle loro intenzioni, che essi rimbalzano a boomerang per colpire la testa degli attori che credevano di dover colpire il nemico; è incapace di vedere che, nel divenire, i fini si trasformano in mezzi, i mezzi in fini, i sottoprodotti diventano prodotti principali e i prodotti principali sottoprodotti.

Qui, non posso – scrive ancora Morin – che indicare il legame vitale che deve associare lo sviluppo di una scienza nuova, fondata su un metodo di complessità, lo sviluppo della riflessività del ricercatore e la riflessione del cittadino, lo sviluppo dell’intercomunicazione scienza-filosofia (che non si limita affatto alla “filosofia della scienza”) e il necessario sviluppo delle scienze sociali, umane e politiche. Non dico affatto che l’azione politica sarà deducibile da queste scienze. L’azione politica, più della conoscenza complessa, dipende essa stessa dalla strategia, quindi dall’arte. Tutto deve contribuire alla nuova arte del pensiero e dell’azione politica. Ciò che diceva Saint Just rimane vero: «Tutte le arti hanno prodotto le loro meraviglie; soltanto la politica non ha prodotto che mostri».

Non esiste evidentemente nessun “paradigma di complessità” sul mercato. Ma ciò che si vede qua e là, nelle scienze, è una problematica della complessità; fondata sulla coscienza della non-eliminabilità di ciò che era eliminato nella concezione classica della intelligibilità; questa problematica deve animare una ricerca di modi d’intelligibilità adeguati a questa congiuntura. Io formulo l’ipotesi che un paradigma di complessità potrebbe essere costituito nella, e per mezzo della, congiunzione dei seguenti principi d’intelligibilità:

- principio di causalità complessa, che comporta causalità reciproca interrelazionata, inter-retroazioni, ritardi, garbugli, sinergie, deviazioni, ri-orientamenti;

- principio di distinzione ma non di disgiunzione tra l’oggetto o l’essere e il suo ambiente. La conoscenza di ogni organizzazione fisica richiama la conoscenza delle sue interazioni con il suo ambiente. La conoscenza di ogni organizzazione biologica richiama la conoscenza delle sue interazioni con il suo eco-sistema;

– bisogna pensare in maniera dialogica e per macroconcetti, legando in maniera complementare nozioni eventualmente antagoniste.

È un paradigma portatore di metodo, perché vi ricorda di non dimenticare alcun termine. Ciò non vieta affatto di studiare soltanto uno degli aspetti, ma nel momento in cui volete costruire il concetto dell'organizzazione dell'essere vivente, dovete raccogliere tutti questi aspetti.

Fin qui la lunga citazione. La proposta che io faccio è di applicare il modello di ricerca appena indicato, con i suoi punti di vista modellati sul sistema sanitario al fine di trovare un quadro di riferimento teorico nuovo e stimolante.

Nessuna organizzazione o progetto di organizzazione potrà e dovrà fare a meno nel futuro delle nozioni di complessità organizzazionali che devono costituire la trama di tutti i nostri pensieri sulle organizzazioni umane ivi comprese quelle riguardanti i servizi sociali e sanitari.

### *1.a Efficienza e bisogni in sanità*

Nella pianificazione di qualunque servizio, particolarmente di uno così complesso come quello sanitario, l'efficienza costituisce uno dei parametri fondamentali della qualità. Possiamo affermare che l'efficienza è il punto di vista secondo il quale una struttura è capace di stare in piedi in maniera funzionale al proprio obiettivo, utilizzando al meglio le risorse che le sono affidate.

Per rispondere ai bisogni della sanità, l'efficienza deve essere programmata a due livelli, uno è il livello della organizzazione, l'altro è il livello della partecipazione. Se noi identifichiamo meglio gli obiettivi del sistema sanitario come risposte ai bisogni e non soltanto ai bisogni “sociologicamente ed economicamente” definiti, ci accorgiamo come sia necessario complessificare anche il concetto di efficienza.

Perché, dietro alla richiesta di aiuto ci sono i volti di persone umane concrete e dentro l'organizzazione ci sono uomini che si portano dietro destini personali, vocazioni professionali, mis-

sioni socio-politiche. L'efficienza che non è centrata sulla presa in carico da persona a persona, nel rispetto delle funzioni rispettive, nell'accettazione di ruoli funzionali definiti, non può che rappresentare una velleità aziendalistica destinata al fallimento. Invece, al contrario, l'efficienza programmata in maniera umanistica e umanizzata cerca di tenere insieme il progetto, la maturità-maturazione degli operatori, il controllo-valutazione del rapporto interpersonale operatore-malato, istituzione-paziente.

Per questi temi rinvio allo studio recente a cura dell'On.le Garavaglia: "Gestione politica del sistema sanitario", Milano 1992.

Vorrei insistere su questo aspetto del coinvolgimento delle persone che operano in sanità come esseri umanamente solidali con altri esseri a loro simili. Secondo la più corrente interpretazione della qualità nel servizio sanitario, l'assistenza, o l'aiuto al bisognoso, devono tenere in conto due dimensioni, quella tecnica e quella interpersonale.

La dimensione tecnica riguarda l'applicazione della scienza e tecnologia medica ad un problema di salute, mentre la seconda considera la gestione efficiente – non efficientista – dell'interazione sociale e psicologica tra utente e operatore.

In questa concezione possiamo individuare tre aspetti che il progetto di efficienza deve tenere in conto per la dimensione interpersonale:

- a) gli aspetti interpersonali per struttura;
- b) gli aspetti interpersonali per processo;
- c) gli aspetti interpersonali per esiti.

Li possiamo meglio definire:

a) presenza di meccanismi adeguati a raccogliere i suggerimenti e le lamentele dei cittadini; opportunità di partecipazione degli utenti alla conduzione della struttura; presenza di strutture e strumenti che favoriscono la comunicazione tra operatori sanitari e tra operatori sanitari e cittadini/utenti; presenza di strumenti che permettono la circolazione delle informazioni; partecipazione alle procedure di verifica e revisione di qualità;

b) comportamento dei medici e degli altri operatori sanitari verso i pazienti; circolazione delle informazioni e loro com-

prensibilità; interesse, cortesia, rispetto della volontà del malato, disponibilità a fornire chiarimenti, ecc.; impiego di quantità di tempo sufficiente nei rapporti con utenti e parenti; astensione dall'esprimere giudizi sul paziente, sulla sua malattia o sul suo comportamento;

c) livello di comprensione della malattia da parte del paziente; osservanza del regime di cura; cambiamenti nelle modalità di ricorso ai servizi in seguito all'esperienza terapeutica all'interno della struttura; accettazione di protocolli.

Nel governo, nella utilizzazione e riconversione delle risorse per la politica sociale, rapporto costi-benefici deve essere considerato con primario riferimento alle esigenze della persona.

L'ottica economicistica propria della produzione dei beni di consumo non si adatta alla valutazione dei costi e dei benefici nei servizi sociali.

Qui bisogna verificare anzitutto l'efficacia dei servizi con riferimento non solo alle esigenze (bisogni) della persona, ma anche alla sua effettiva possibilità di scelta, ai rapporti professionali, ai livelli di autonomia, alla eliminazione o riduzione della causa del malessere, con controlli periodici e programmati.

A tal fine è urgente predisporre indicatori sociali capaci di rilevare i "costi umani" delle scelte effettuate e il livello qualitativo dei risultati raggiunti.

A tale proposito vorrei che ci chiedessimo se le riforme non debbono soprattutto centrarsi sulla ri-organizzazione del lavoro e sulla formazione capace di motivare le persone più che sul rinnovo delle funzioni.

Dove sono andate a finire le richieste per studiare e determinare i carichi di lavoro degli operatori sanitari?

### *1.b Pietas e aiuto al bisognoso (pietas, religio, humanitas)*

Il termine pietas è per noi diverso dai significati assunti comunemente dall'italiano pietà assimilato spesso a compassione, o a commiserazione. La sua radice più antica ci riporta alla stessa radice di religione, perché è pio l'uomo che riconosce alla divinità – al suo Dio – una priorità ed una trascendenza da

venerare e da invocare, da propiziare e da contattare, appunto attraverso la religione. Pio, al contrario dell'empio è chi attesta la sua umanità come "significativa e significante" per il rapporto con Dio da benedire e lodare, da riconoscere e amare.

In questo riferimento alla pietà religiosa, l'*humanitas* acquisita i caratteri non di una astrazione teorica, ma di un insieme esistente, individuabile e sperimentabile di persone umane autonome ma legate e sostenute dalla trascendenza.

Se dico uomo e umanizzazione intendo dire trascendenza, intelligenza e spiritualità, cioè collegamento strutturale con il mondo del divino. Non posso riconoscere un Dio se non riconosco la dignità dell'uomo, soprattutto del bisognoso.

Mi avete provocato in quanto frate a ricordare che Giovanni di Dio, fondatore dei frati ospedalieri, ha individuato in questo legame costitutivo tra *humanitas* e *pietas*, la base per una diversa attenzione religiosa verso i malati e la motivazione per la costruzione di un suo ospedale.

La rivoluzione evangelica, da lui condotta fino alle estreme conseguenze, consiste proprio nell'identificare i destini dell'uomo, i suoi bisogni, i suoi errori e turbamenti, i suoi desideri, i suoi programmi, il suo corpo sano o malato, come obiettivi di un progetto in cui è implicato Dio stesso. L'amore di Dio a cui corrisponde la *pietas* che ci lega a Dio e agli uomini.

Umanizzazione per me significa dunque *pietas*, ma anche misericordia, promozione dell'umanità dell'uomo in tutte le strutture del sociale e nella vita civile organizzata, trasformazione continua delle strutture al servizio della dignità dell'uomo soprattutto ammalato e perciò intrinsecamente bisognoso. E questo come "servizio" a Dio.

Umanizzare l'ospedale non equivale a stendere una mano di vernice sulle pareti di una casa; significa intervenire in modo radicale sulla struttura stessa della casa.

L'umanizzazione dell'ospedale non è qualcosa da fare in più, in aggiunta. È un'azione che ribalta i rapporti, le comunicazioni, il potere, la vita affettiva nell'ospedale, in quanto rapporti, potere, comunicazione e sentimenti sono rivolti al malato, al suo benessere: il malato è al centro dell'ospedale umaniz-

zato, e finalmente può ricevere risposte non solo scientifiche o tecniche, ma anche umane. Un ospedale che non sappia dare tutte queste risposte, nel rispetto della libertà, della verità, dell'amore, non ha nessun diritto di definirsi tale.

Per essere davvero umanizzato l'ospedale deve presentare le seguenti caratteristiche:

1. *Deve essere spalancato*, vale a dire aperto, trasparente. Tutti lo possono non solo frequentare, nel rispetto della sua efficienza, ma lo devono anche vedere e criticare, attraverso suggerimenti che rendano sempre più puntuale il servizio.

Alcuni ospedali tenuti da religiosi hanno già trasformato in questo senso strutture e comportamenti. Certo, un ospedale spalancato mette in difficoltà, almeno all'inizio, perché rende impossibile praticare certi "giochi", mascherare pigrizie, ingiustizie, inefficienze. È impossibile, in un ospedale spalancato, non seguire con attenzione il malato adducendo la scusa di non avere tempo, e un religioso non può più sostenere di essere troppo occupato!

L'ospedale spalancato chiama attorno al malato i parenti, gli amici, gli infermieri, i medici, l'ambiente, il territorio, la Chiesa locale: non soltanto per ottenere consensi ed aiuti economici, ma soprattutto per ricevere suggerimenti, per creare all'interno un flusso di umanità davanti alle sofferenze del mondo, senza filtri o false prevenzioni.

Tutto questo non è possibile se l'ospedale resta chiuso, diventando luogo di dolore, di rassegnazione, di puro e semplice inferno terreno.

Vedere l'umanità pulsare nelle sue molteplici manifestazioni permette al religioso di restare aderente a questa umanità.

Non è facile spalancare l'ospedale quando i cuori sono chiusi.

L'ospedale spalancato esige operatori coraggiosi, in grado di collegarsi alla realtà esterna dell'ospedale e a quella interna del malato. L'ospedale "umanizzato-spalancato" esige nell'operatore ampi spazi mentali ed emotivi, capacità di vivere con il parente, oltre che con il malato, capacità di apprendere e di educarsi in continuazione.

2. L'ospedale deve presentare una *mappa del potere ben precisa*, trasparente a tutti i livelli.

È, questo, un processo particolarmente importante per garantire efficacia, efficienza, soddisfazione dei bisogni del malato.

Usato in modo occulto, o in modi non corrispondenti alle esigenze di ruolo, il potere diventa minaccioso e improduttivo. Il cristiano, quando è in ospedale, è il primo a rispettare le regole del gioco, non usa mai il suo abito per arrogarsi poteri diversi da quelli stabiliti.

Con un comportamento rispettoso del proprio e dell'altrui potere egli comunica a tutti gli operatori questa verità: senza una forte disciplina dei ruoli e dei mezzi l'ospedale non può funzionare in modo adeguato.

Il potere di un cristiano, in un ospedale umanizzato, è quello di svolgere bene il proprio lavoro e di sostenere l'autonomia, l'assunzione del potere delegato da parte di tutti gli operatori.

La chiarezza dei ruoli favorisce soluzioni tempestive nei casi di sovrapposizione di comportamento, di "bypass", di invasione di campo. In questo modo, la mappa del potere, chiaramente modellata secondo le effettive necessità, rappresenta un efficace mezzo per lavorare in modo organizzato e convergente, in un'atmosfera di lucidità, di responsabilità e di valorizzazione del ruolo di tutti.

3. *L'ospedale deve credere nel lavoro di gruppo*. Una caratteristica dell'ospedale umanizzato è rappresentata dal lavoro di gruppo. Dal direttore all'infermiere, dal medico all'amministrativo, tutti gli operatori utilizzano questa tecnica per rendere sempre più ricca l'attività, e per mantenere elevata la propria prestazione professionale.

Nell'ospedale umanizzato non si temono le riunioni di gruppo né il lavoro di équipe; anzi, si fa di tutto per favorirli, per migliorarli.

Il direttore, in un ospedale umanizzato, non ha paura di ascoltare opinioni che contrastino con il suo punto di vista, non teme di "perdere la faccia" se nel gruppo emergono indicazioni operative migliori di quelle da lui sostenute.

Un ospedale umanizzato disporrà di molte sale di riunione, di ambienti attrezzati appositamente per il personale, di luoghi di svago, di lettura, di incontro, per creare il gusto di comunicare, di camminare assieme, di sostenersi a vicenda, nel convincimento che tutti gli operatori, assieme, sono umanizzati.

4. *L'ospedale deve attuare la formazione permanente.* Tale formazione interessa tutti i collaboratori, in particolare i religiosi.

Non si entra nei tempi nuovi senza formazione permanente. Non si crea un ospedale umanizzato se la formazione permanente non garantisce a tutti un costante punto di riferimento per mantenersi aggiornati, ma anche pronti, sempre pronti all'appuntamento con il malato, con i colleghi.

L'usura indotta dalla struttura ospedaliera è altissima: secondo alcuni esperti, senza formazione permanente l'obsolescenza tecnica ed umana colpisce il novanta per cento degli operatori nel giro di cinque anni.

Non è mia intenzione approfondire i modelli di “formazione permanente” a nostra disposizione; quello che mi preme sottolineare è che tutti – giovani e vecchi – siamo in divenire e tutti, nel rispetto dei ritmi e dei tempi personali, possiamo agire per rallentare il nostro invecchiamento umano e professionale.

Per coloro che sono chiamati a stare al fianco di persone malate, è determinante non entrare in “routine”, ma rimanere freschi anche in età avanzata; oggi scienza e tecnica ci possono aiutare a imparare sempre, a impedire la sclerosi culturale e relazionale.

5. *L'ospedale deve essere una casa familiare.* L'ospedale umanizzato è una comunità che affronta con serietà il dolore, che non teme la sconfitta, che produce e induce nelle persone la speranza. È la “domus” nella quale l'uomo si trova a casa sua, accettato così come è, compreso e aiutato nei suoi bisogni fondamentali.

Quando qualcuno mi dice che non c'è più nulla da fare negli ospedali moderni, io rispondo: “Il giorno in cui avrete garantito ai malati non solo la casa, ma anche un “hospitium pietatis”, allora lasciate pure l'ospedale”.



Ma come si può garantire al malato questa possibilità se non c'è collegamento e sostegno reciproco fra tutti i collaboratori dell'ospedale?

## *2. Etica e politica in sanità*

### *2.a Il valore delle tecniche*

Nessuno può negare oggi che l'impresa tecnico-scientifica è venuta a trasformare radicalmente non solo l'organizzazione sanitaria nel suo insieme, ma soprattutto l'esercizio delle singole prestazioni mediche ospedaliere e non.

La tecnica, la quale attraverso la tecnologia si coniuga con la scienza, è venuta a costituirsi come un insieme di sistemi autonomi che si affermano in maniera autonoma da altri sistemi come quelli sociali, etici, economici.

L'essenza del metodo tecnico-tecnologico è quello di realizzare l'effetto voluto con il massimo di efficacia.

In quanto tale, noi dobbiamo riconoscere che l'uomo mette in giuoco i valori delle conoscenze e della creatività nelle invenzioni e applicazioni della tecnica.

Riferendosi alla presenza umana nel campo della distribuzione dei beni, il Papa ha scritto nella *Centesimus Annus*: "Ma un'altra forma di proprietà esiste in particolare nel nostro tempo: è la proprietà della conoscenza, della tecnica e del sapere. Organizzare un tale sforzo produttivo, pianificare la sua durata nel tempo, procurare che esso corrisponda in modo positivo ai bisogni che deve soddisfare, assumendo i rischi necessari... Così diventa sempre più evidente e determinante il ruolo del lavoro umano disciplinato e creativo e – quale parte essenziale di tale lavoro – delle capacità di iniziativa e di imprenditorialità" (C.A. IV, 32).

Basterebbe commentare questo testo per vedere il valore delle tecniche.

Ma credo che si possa rovesciare anche qui la prospettiva e chiederei se ci debba essere un rapporto tra etica e tecnica e quindi parlare di valori nella tecnica.

Infatti se è vero che la tecnica è un modello creativo di trasformazione della natura, deve essere vero che il mondo della tecnica è imputabile a noi operatori tecnici, a tutti i livelli.

Dinanzi alle capacità della tecnica che sono sempre più efficaci e “invasive” come si dice in medicina, dobbiamo renderci conto che la previsione dei rischi e la memoria del futuro devono essere inscindibilmente riconosciuti come principi da rispettare nell'agire medico-tecnologico.

Si individua a questo punto il ruolo della politica in sanità con la sua capacità di mettere a confronto i bisogni reali della gente con le realizzazioni della tecnica per tentare di stabilire le responsabilità esistenti tra sistemi tecnico-sanitari e sistemi antropo-sociali.

Nasce il problema del controllo delle scelte tecnologiche che si delinea ad un altro livello di responsabilità, quello della costituzione definitiva delle tecniche come entità operatrici a se stanti. Per il futuro si dovrà decidere se dare lo spazio delle decisioni operative alle macchine o garantirne l'assoluta proprietà all'uomo.

Infatti bisogna prendere coscienza che gli usi possibili di una certa tecnica, già iscritti nelle strutture delle tecnologie dette pesanti, rischiano di spingere l'uomo verso obiettivi non esattamente previsti e non propriamente morali.

Nel costituire quindi una certa linea di produzione tecnologica, ecco l'importanza del ruolo politico di previsione e di indirizzo, l'operatore deve essere cosciente delle potenziali finalità del prodotto tecnico e rifiutare quelle tecnologie che potrebbero produrre dei disastri.

Pertanto sono da criticare, o come qualcuno preferisce “negoziare”, quelle tecnologie che per le loro esigenze di funzionamento e protezione implicano un ricorso costante e onnipresente allo stato, perché in tal modo viene sovrapposta la struttura della società politica ai bisogni e alle capacità della società civile, mettendo in opposizione sistema politico e sistema culturale. Altrettanto si deve dire delle tecnologie in cui il controllo dipende da uno strettissimo gruppo di esperti che verrebbero ad escludere le opzioni collettive, limitando le libertà dei cittadini.

Ma, soprattutto, sono da prendere in esame con profonda conoscenza di causa quelle tecnologie che impegnano irreversibilmente l'avvenire di una società e definiscono oggi le costrizioni che dovranno subire le generazioni a venire e il cui concatenarsi può portare alla distruzione stessa dell'uomo. A quel punto le correzioni saranno difficili, o impossibili, e si sarà chiuso tragicamente il ciclo: le macchine avranno distrutto l'uomo oppure l'uomo, costretto a distruggerle per un improbabile ritorno indietro, provocherà la propria morte.

Perciò si va parlando sempre più del "rischio tecnologico maggiore", nel quale viene centrato il dibattito sulle nuove dimensioni planetarie dei rischi della tecnologia.

Perché mentre l'incidente meccanico che uccide o menoma gravemente un uomo rimane limitato, la novità radicale del rischio tecnologico sta nel suo carattere di ineluttabile catastrofe. La catastrofe diventa attentato all'integrità dell'umanità e, in certi casi, la distruzione della possibilità futura di vita sulla terra.

L'uomo è così pervenuto alla possibilità razionalmente perseguita e diligentemente preparata della sua propria autodistruzione, proprio perché i sistemi complessi da lui realizzati, per quanto perfetti, non possono mai garantirci dall'imprevisto tecnico, dal guasto, o dall'imprevidenza dell'uomo, l'errore, la responsabilità dell'uomo è implicata di fatto in tutti i disastri tecnologici, perché mentre la macchina e l'artefatto sono affidabili, l'uomo, per sua fortuna o disgrazia, rimane imprevedibile e inaffidabile.

### *2.b Politica dei valori.*

Penso di interpretare correttamente il tema affidatomi, chiarendo un concetto fondamentale: la politica non costituisce l'origine e la sorgente dei valori, come lo Stato non è la suprema autorità morale. Ancora una volta occorre complessificare il concetto stesso di politica che è nel contempo arte del possibile, scienza e tecnica responsabile della gestione ed organizzazione della cosa pubblica, ispira le norme giuridiche che governano le istituzioni pubbliche e regolano i servizi necessari

alla vita civile associata. La politica, di per sé, non impone dei valori, ma contribuisce a definire gli ambiti in cui si possono aspirare i valori tipici del rispetto delle libertà, dell'affermazione dell'autonomia, della garanzia dei diritti. Insieme ad altri sistemi, quello economico-finanziario, quello culturale e sociale, il sistema della politica contribuisce alla strutturazione di una società in cui i valori siano attuati in comportamenti pubblici verificabili e controllabili.

Per limitarci strettamente alla politica sanitaria, mi pare che sia da rinvenire un significato più ampio della politica non riducibile alla semplice gestione del budget ed all'analisi costi-benefici. La politica, in una visione che definiamo sistematica deve tenere conto come valori di riferimento della programmazione per un'equa distribuzione delle risorse, della integrazione del sistema sanitario con lo stato sociale, della salvaguardia della dignità umana, della coerenza con i sistemi culturali = valori espressi dalla comunità nazionale.

In altri termini io propongo alla nostra riflessione un necessario ritorno all'etica politica. Si parla molto di rinnovamento etico della politica e dell'amministrazione pubblica.

Questo non può avvenire senza una riproposta seria ed una rivalutazione della responsabilità contro i guasti ed errori provocati sia dallo scientismo psicologico, per cui tutto è giustificabile, che dalle ambiguità prodotte dalla civiltà dell'immagine per cui vale soltanto ciò che appare.

Permettetemi una piccolissima critica contro i moralismi vecchi e nuovi che riducevano l'etica alle norme prescrittive e quindi hanno prodotto il rifiuto dell'etica che non impegnava l'uomo come soggetto capace di autodeterminazione e di scelte responsabili. Nel più vasto campo della vita pubblica l'appello all'etica della responsabilità investe il rinnovamento etico della concezione della vita sociale. Sarebbe l'ora di sanare quel dissidio che oppone etica e politica.

Non ritengo sia questa la sede per affrontare tale problematica, ma si deve comunque dire in maniera definitiva che la politica del terzo millennio, in un orizzonte che oltre all'Europa ingloba solidalmente tutta l'umanità, deve riprende-

re i contatti con l'etica. È giunto il momento che la politica – i politici – e i governi – i governanti – assumano le loro responsabilità per garantire, insieme all'esecuzione delle leggi, il rispetto della esistenza di tutti gli individui, la pari dignità tra donna e uomo, la libertà di scelte religiose e morali.

Dallo Stato paternalistico che provvede a tutto e controlla tutto, dallo Stato di polizia che pretende perfino di violare le coscienze, occorre passare allo Stato-progetto che si orienti verso l'autentico esercizio dei diritti istituendo spazi idonei per la crescita di tutti. L'etica deve essere praticata e inventata dall'autonoma convergenza delle singole professioni, associazioni, istituti – sanità, stampa, radio, televisione, scuola – che costituiscono i fili e la trama dello Stato civile moderno.

Riproporre la centralità della persona umana nell'agire politico non significa annunziare un principio onto-teologico sul quale si fonda la rivelazione cristiana per la quale un Dio-persona crea un uomo-persona.

Quella centralità per i cristiani è il nucleo del rinnovamento etico stesso che possiamo meglio definire in due valori-orientamenti che tendono a definire oggi lo spazio minimo di esistenza per l'uomo.

Il primo è la volontà di vivere in buona salute, il secondo è il desiderio di una diminuzione del dolore e miglioramento della qualità di vita.

Un'etica che riconsideri il suo fine primario costituito dal perseguimento della promozione umana come "bene", si fa carico della salute del cittadino, della sua educazione, dell'ambiente per costruire storicamente un futuro, delle condizioni di crescita per lo spirito. Quindi i valori minimi appena indicati mostrano la loro validità ben oltre l'apparente "materialità" che li caratterizza, giacché essi indicano degli spazi concettuali ben più ampi del loro enunciato.

Per attuare praticamente il rinnovamento etico, penso che sia necessario fare dei progetti pensati in vista di una possibile realizzazione. Per fare un semplice esempio: l'idea etica che nessun uomo debba patire la fame rimane astratta se non si pensa, approfondendolo sotto ogni aspetto, il problema del sostenta-

mento non solo in quanto problema dei popoli sottosviluppati e in quanto problema della possibile uguaglianza tra paesi ricchi e poveri dal punto di vista politico, ma in quanto problema di come si possano scoprire con l'aiuto della scienza nuove fonti di sostentamento e di sollievo delle sofferenze.

L'intenzione etica va quindi mediata con la politica e con la scienza. Ma vale anche il contrario: la scienza e la politica devono far ricorso all'etica. In altre parole, l'idea del benessere psico-fisico è un'idea regolativa, che ci riguarda in quanto esigenza morale.

La politica sanitaria non sfugge a questa logica se vuole ancora avere diritto di intervento in una realtà che rischia fortemente di diventare preda di un capitalismo di ispirazione mercantile. La sanità deve mutuare i modelli della sana e corretta gestione aziendale, ma non diventare "affare" da regolare tra investitori privati.

La politica sanitaria dovrebbe farsi più attenta al ruolo del privato-sociale ed agli apporti positivi del volontariato organizzato soprattutto giovanile.

Parlare in questi termini significa riprendere il dibattito aperto sul ruolo del privato-sociale in sanità, di quel privato che non ha scopi di lucro ma ha vocazione sociale.

Non c'era bisogno della tremenda crisi che scuote il sistema economico italiano per rendersi conto della necessità di integrare questo tipo di privato al sistema sanitario nazionale.

Si pensi a questo riguardo agli Ospedali religiosi classificati, all'area del volontariato e della O.N.G. dove si concreta lo sforzo di ricerca dei risultati al di fuori dei lacci e delle limitazioni della burocrazia. Il privato-sociale rappresenta un patrimonio di valori, di opere, di sacrifici che si è guadagnato consensi e forza sociale nell'opinione pubblica e in atti legislativi ormai patrimonio dello stato italiano.

Bisogna quindi che i responsabili della politica sanitaria abbandonino nei confronti del privato-sociale gli atteggiamenti che in passato avevo indicati come *pubblicismo acritico*, *laicismo*, *conflittualità formalistico-legale*, per riconoscergli il ruolo di "nuovo oggetto" politico-amministrativo che rende servi-

zio alla società civile. Ritengo quindi che vada ridefinito il quadro dialettico e istituzionale nel quale chiarire il rapporto tra pubblico e privato sociale.

Con buona pace dei detrattori tra professione che vedono solo il ruolo nel privato, conferendo tutte le forme di privato, una politica sanitaria dei valori deve scoprire il privato sociale in quanto organizzazione senza finalità di lucro:

a) che realizza una reale integrazione con il Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'aspirazione a migliorare e che perciò rifiuta ogni concezione statica della sua presenza;

b) che stabilisce relazioni con la pubblica amministrazione mature e perciò fondate sul diritto e la collaborazione e non ideologizzate;

c) che ha diritto a chiedere certezze finanziarie ed economiche anche per *programmare nuovi investimenti tecnologici*;

d) che ha gli spazi normativi per gestire una moderna politica del personale che valorizza le nuove figure professionali e le nuove tecnologie sulla base dei rapporti di lavoro di diritto privato, espressione dell'autonomia contrattuale;

e) che possa esercitare in una limitata area, anche a rischio, la sperimentazione di nuovi presidi sanitari, di nuove tecnologie, delle innovazioni organizzative, delle nuove professionalità.

## Conclusioni

### *Proposta formativa per una nuova cultura dei valori*

Per la politica, come per la sanità, non possono nascere l'attenzione ai valori e i comportamenti coerenti, senza una formazione.

Le buone intenzioni espresse nei programmi o nelle leggi di riforma rimangono inattive e bloccate se non vengono accompagnate e sostenute dal cambiamento di mentalità degli operatori a diversi livelli (politico, gestionale, tecnico, amministrativo).

La formazione va programmata e dimensionata nei vari ambiti della sanità nella prospettiva di produrre cambiamento e qualificare e umanizzare i servizi.

La formazione va rivolta a tutti gli operatori, privilegiando da un lato l'integrazione delle professionalità e delle risorse, dall'altro il servizio alle persone nella loro complessità e unicità.

Per questo vanno rivalutati tutti i tentativi di investimento nei progetti di formazione.

Soprattutto la formazione al rapporto interpersonale medico-paziente, operatore-utente che costituisce la base della umanizzazione in sanità.

Nella mia vita ho avuto il bene di affrontare i più svariati contesti formativi, da quello del grande Ospedale Psichiatrico degli anni 50, al moderno Ospedale degli anni 90. Ho visto una riforma psichiatrica e due riforme sanitarie in Italia, oltre duecento progetti ospedalieri nel mondo intero.

Ho avvertito in questi ultimi 40 anni che dopo aver privilegiato, di volta in volta, le tecniche, la farmacologia, la scienza biomedica, le scienze manageriali, mai nessun progetto è stato realizzabile senza il coinvolgimento di un personale motivato e solidale con il progetto.

La politica dei valori deve diventare strategia di formazione abbandonando le illusioni di gestire tutto, mirando a stimolare e provocare nuove motivazioni.

Perciò, la convinzione che l'umanizzazione in sanità non passa senza la formazione.

Chiudo citando il documento presentato recentemente al nuovo Parlamento dalla Caritas Italiana, dalle Associazioni di Volontariato e dalla Fondazione Zancan.

Riconoscendo la necessità di rivedere la Legge 833, tra i criteri ispiratori delle riforme si chiede attenzione al metodo di programmazione, al ruolo delle Regioni, ma soprattutto "alla formazione permanente, professionale ed etica, del personale di ogni categoria e grado. Formazione che riguarda anche i politici e gli amministratori, i quali devono riconoscere l'adempimento dei loro compiti istituzionali come un servizio alla comunità che richiede specifici approfondimenti culturali e



quella sensibilità sociale che deriva anzitutto dalla conoscenza diretta dei problemi della gente” (Roma, 9 giugno 1992).

Politica dei valori dunque come strategia di formazione e responsabilizzazione di tutti i cittadini senza voler tutto gestire e amministrare, ma sapendo delegare e motivare le persone e le istituzioni per una nuova coscienza civile che miri a non impossessarsi di porzioni di Stato a profitto di pochi, ma costruire uno Stato come progetto di tutti i cittadini.

## II, 8. SFIDE DELL'ORDINE OSPEDALIERO DI FRONTE ALL'OBIETTIVO SALUTE PER TUTTI NELL'ANNO 2000\*

### Premessa

Da almeno un decennio siamo stati investiti dall'idea fissa che il nostro millennio si sta concludendo e occorre prepararsi al terzo millennio.

Questa tensione – comprensibile per certi aspetti – è *rischiosa* se mira unicamente a celebrare la propria *esistenza-sopravvivenza* dentro il fluire del tempo.

Invece, dobbiamo prendere coscienza che l'epoca in cui si vive prepara il successo delle epoche future, a patto che si considerino importanti, i *valori*, i *contenuti*, le *motivazioni* e non le mode che rappresentano gli aspetti superficiali della storicità.

Se non vogliamo diventare dei sopravvissuti, o dei residui di altri tempi, estranei al cammino divino-umano della storia, dobbiamo accettare la *sfida spirituale* della umanità futura fondata sul rispetto della dignità dell'uomo sulla tolleranza e convivenza dei modelli culturali più diversi, sulla umanizzazione dei servizi e la cura dell'ambiente naturale.

Questo è sicuramente un impegno per chi vive la vita e non la subisce ma è un dovere fondamentale per chi nella sua vita ha accettato la sfida di vivere una vocazione religiosa.

Gli insegnamenti del Concilio Vaticano II, e dei vescovi di questi ultimi anni ci invitano proprio a lasciarci mettere in discussione dal mondo per trovare risposte adeguate e risolutive ai problemi che tormentano l'uomo.

---

\* Milano, 1992. In "P. Mosé Bonardi. Religioso Ospedaliero Fatebenefratello" (1912-1967) Lettere e testimonianze. A cura di Fra Pierluigi Marchesi.

Nel mondo della salute, e quindi nella definizione del ruolo di un glorioso operatore sanitario come l'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, l'obiettivo della "salute per tutti" si presenta come un *modo di intervenire originale* e integrale nei programmi, nelle amministrazione e nella ospitalità.

Sono i valori, cioè i pilastri fondamentali della convivenza umana, che noi andiamo a toccare quando parliamo della sfida epocale che ci attende, nel 3000.

## 1. LA RIVOLUZIONE ETICO-MORALE PER UNA NUOVA IDEA DI SALUTE

Le grandi organizzazioni internazionali – ONU, UNESCO, UNICEF, FAO, OMS – ci hanno abituati a guardare i problemi dell'umanità intera come cose che riguardano noi tutti.

Ma sistematicamente, per ammissione degli stessi responsabili, si deve constatare che i vari obiettivi sono difficili da raggiungere o restano disattesi.

L'ultimo esempio viene dalla campagna UNICEF per dare acqua pulita ai bambini di tutto il mondo entro il 1990! Il colera del Perù, la distruzione causata dall'inquinamento, gli sconvolgimenti politici e le guerre ci hanno fatto capire quanto restiamo lontani dai nostri obiettivi!

Con un poco di presunzione che viene dalla nostra fede in un Dio trascendente e nei valori ad essa ispirati, possiamo affermare che ogni progetto e qualunque obiettivo non si realizzeranno senza una *conversione-rivoluzione etico morale*.

La salute è valore complesso che non può essere trattato con i semplici strumenti della tecnica e della scienza medica.

Essa deve essere promossa, mantenuta e supportata da azioni complesse miranti sia ad evitare le malattie, sia a produrre salute.

L'uomo deve essere preso in considerazione nella totalità dei suoi bisogni e considerato dal sistema sanitario politico ed economico come soggetto principale da coinvolgere a corrispondere nel mantenimento della salute.

Ma è bene anche proclamare che non ci sarà salute per tutti nel 2000 se non c'è una *nuova politica dei valori*.

*Politica dei valori*

Penso di interpretare correttamente il tema affidatomi, chiarendo un concetto fondamentale: la politica non costituisce l'origine e la sorgente dei valori, come lo Stato non è la suprema autorità morale.

Ancora una volta occorre complessificare il concetto stesso di politica che è nel contempo arte del possibile, scienza e tecnica responsabile, della gestione ed organizzazione della cosa pubblica, ispira le norme giuridiche che governano le istituzioni pubbliche e regolano i servizi necessari alla vita civile associata.

La politica, di per sé, non impone dei valori, ma contribuisce a definire gli ambiti in cui si possono esprimere i valori tipici del rispetto delle libertà, dell'affermazione dell'autonomia, della garanzia dei diritti.

Insieme ad altri sistemi, quello economico finanziario, quello culturale e sociale, il sistema della politica contribuisce alla strutturazione di una società in cui i valori siano attuati in comportamenti pubblici verificabili e controllabili.

Per limitarci strettamente alla politica sanitaria, mi pare che sia da rinvenire un significato più ampio della politica non riducibile alla semplice gestione del budget e all'analisi costi-benefici. La politica, in una visione che definiamo sistemica, deve tenere conto come valori di riferimento, della programmazione per un'equa distribuzione delle risorse, della integrazione del sistema sanitario con lo stato sociale, della salvaguardia della dignità umana, della coerenza con i sistemi culturali; valori espressi dalla comunità nazionale.

In altri termini io propongo alla nostra riflessione un necessario ritorno all'etica politica. Si parla molto di rinnovamento etico della politica e dell'Amministrazione pubblica.

Questo non può avvenire senza una riproposta seria ed una rivalutazione della responsabilità contro i guasti ed errori provocati sia dallo scientismo psicologico, per cui tutto è giustificabile, che dalle ambiguità prodotte dalla civiltà dell'immagine per cui vale soltanto ciò che appare.

Permettetemi una piccolissima critica contro i moralismi vecchi e nuovi che riducevano l'etica alle norme prescrittive e quindi hanno prodotto il rifiuto dell'etica che non impegnava l'uomo come soggetto capace di autodeterminazione e di scelte responsabili. Nel più vasto campo della vita pubblica l'appello all'etica della responsabilità investe il rinnovamento etico della concezione della vita sociale. Sarebbe l'ora di sanare quel dissidio che oppone etica e politica.

Non ritengo sia questa la sede per affrontare tale problematica, ma si deve comunque dire in maniera definitiva che la politica del terzo millennio, in un orizzonte che oltre all'Europa ingloba solidamente tutta l'umanità, deve riprendere i contatti con l'etica. È giunto il momento che la politica, i politici e i governi, governanti assumano le loro responsabilità per garantire, insieme all'esecuzione delle leggi, il rispetto della esistenza di tutti gli individui, la pari dignità tra donna e uomo, la libertà di scelte religiose e morali.

Dallo stato paternalistico che provvede a tutto e controlla tutto, dallo Stato di polizia che pretende perfino di violare le coscienze, occorre passare allo Stato-progetto che si orienti verso l'autentico esercizio dei diritti istituendo spazi idonei per la crescita di tutti.

L'etica deve essere praticata ed inventata dall'autonoma convergenza delle singole professioni, associazioni, istituti – sanità, stampa, radio, televisione, scuola – che costituiscono i fili e la trama dello stato civile moderno.

Nessuno deve sottrarsi a questo dovere ed ancora meno coloro che operano dove l'uomo nasce e dove l'uomo muore.

Riproporre la centralità della persona umana nell'agire politico non significa annunziare un principio onto-teologico sul quale si fonda la Rivelazione cristiana per la quale un Dio-Persona crea un uomo-persona.

Quella centralità per i cristiani è il nucleo del rinnovamento etico stesso che possiamo meglio definire in due valori-orientamenti che tendono a definire oggi lo spazio minimo di esistenza per l'uomo. Il primo è la volontà di vivere in buona salute, il secondo è il desiderio di una diminuzione del dolore e

miglioramento della qualità della vita. Un'etica che riconsideri il suo fine primario costituito dal perseguimento della promozione umana come "bene" si fa carico della salute del cittadino, della sua educazione, condizione di crescita per lo spirito.

Quindi i valori minimi appena indicati mostrano la loro validità ben oltre l'apparente "materialità" che li caratterizza. Giacché essi indicano degli spazi concettuali ben più ampi del loro enunciato.

Per attuare praticamente il rinnovamento etico, penso che sia necessario fare dei progetti pensati in vista di una possibile realizzazione. *Per fare un semplice esempio*: l'idea etica che nessun uomo debba patire la fame rimane astratta se non si pensa, approfondendolo sotto ogni aspetto, il problema del sostentamento non solo in quanto problema dei popoli sottosviluppati e in quanto problema della possibile uguaglianza tra paesi ricchi e poveri dal punto di vista politico, *ma in quanto problema* di come si possano scoprire, con l'aiuto della scienza, nuove fonti di sostentamento e di sollievo delle sofferenze.

L'intenzione etica va quindi mediata con la politica e con la scienza. Ma vale anche il contrario: la scienza e la politica devono fare ricorso all'etica. In altre parole, l'idea del benessere psico-fisico è un'idea regolativa, che ci riguarda in quanto *esigenza morale*.

La politica sanitaria non sfugge a questa logica se vuole ancora avere diritto d'intervento in una realtà che rischia fortemente di diventare preda di un capitalismo di ispirazione mercantile. La sanità deve mutuare (copiare) i modelli della sana e corretta gestione aziendale, ma non diventare "affare" da regolare tra investitori privati. Questo è un progetto che già si è intromesso in molte legislazioni sanitarie anche in Europa e se non troverà vigilanza ma soprattutto se non troverà un vero rinnovamento etico e progetti concreti e realizzabili sarà il terreno naturale di una eutanasia senza volto – senza voce che produrrà solo dolore – solitudine e morte.

La politica sanitaria dovrebbe farsi più attenta al ruolo del privato-sociale ed agli apporti positivi del volontariato organizzato, soprattutto giovanile.

## 2. SIGNIFICATO DELLA PRESENZA DELL'ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO NELLA SANITÀ DEL 2000

Come abbiamo letto nel recente Documento del Governo Centrale “Insieme per servire e promuovere la vita”. Le nostre Comunità hanno una collocazione originale nel mondo sanitario: “Annunciare il vangelo ai poveri e bisognosi” (n. 78).

Se la salute è un bene prezioso, occuparsi di essa è uno dei compiti umanitari più elevati consigliati dal vangelo.

In merito alla rivoluzione etico-morale annunciata in precedenza noi dobbiamo considerare la nostra presenza in un Centro sanitario e assistenziale come servizio al Regno di Dio nei poveri, ammalati e bisognosi.

Ridare il senso salvifico al “sistema salute” vuol dire proprio ricollegare i bisogni dell'uomo in una unità psico-fisica morale che non può essere realizzata senza l'equilibrio tra sanità e “salute/salvezza”.

All'interno dei nostri Ospedali e nei rapporti con gli altri sistemi ospedalieri pubblici o privati che si occupano di salute, noi dobbiamo portare uno “stile” di donazione e di solidarietà.

Richiamo, come fa il Documento stesso, quegli scritti che durante il mio servizio di Priore Generale ho discusso con Voi.

A distanza di qualche anno mi pare di poter dire che non hanno perso il loro tempo quanti hanno lavorato su quei documenti.

Ridare ai centri ospedalieri una missione che vada oltre gli interessi finanziari e tecnici e che interpreti la giusta preoccupazione per la salute degli uomini, imponere una dedizione “religiosa” in tutti noi.

Solo così possiamo diventare modello del servizio alla salute.

Per noi vuol dire innanzitutto *essere testimoni e guide morali*.



Fondati nella fede in Cristo uomo-Dio salvatore dell'uomo, noi dobbiamo costruire le possibilità perché venga riconosciuto e rispettato il valore della dignità, il senso e il destino trascendente di ogni persona umana. La nostra testimonianza diventa quindi segno di speranza per gli ammalati e motivo di impegno per i sani che "apprendono" per mezzo nostro come Dio ci vuole vivi e felici.

*Essere guide morali* ne è una logica conseguenza.

Perché senza coerenza di vita nei comportamenti quotidiani e nell'espletamento dei propri compiti, non c'è efficacia della testimonianza.

Essere guide morali non può significare soltanto esercitare la correzione nei confronti di comportamenti errati.

Dobbiamo diventare punti di riferimento *positivi e propositivi* nei confronti dei sistemi sociali e sanitari dei Paesi nei quali operiamo.

Se non c'è spazio nel nostro vivere religioso e nel nostro vivere di operatori sanitari per essere riferimento positivo e propositivo è solo perché si è spenta la vocazione e la primaria caratteristica della professione sanitaria.

Non basta più giudicare il male che accade attorno a noi, ma occorre presentare i nostri Centri come modelli con cui "moralmente" si devono confrontare le competenti autorità sanitarie.

Dobbiamo sentirci chiamati a proporre un nuovo modo di amministrare la sanità e fare degli Ospedali, punti di riferimento educativo e preventivo per tutti.

Se ciò non facciamo siamo fuori dalla storia ed usufruiamo un posto nella geografia sanitaria dei Paesi dove operiamo.

Un migliore rapporto, anche di amicizia, con i nostri collaboratori laici, può accrescere il clima di fiducia necessario perché il nostro messaggio venga accolto.

Crederci in Cristo, vuol dire diventare anche segno di contraddizione.

La nostra vocazione ci chiama a promuovere la difesa di tutti i diritti di tutte le persone umane. Convinti noi stessi della necessità di difendere la vita sotto qualunque forma, dobbiamo spingere gli operatori sanitari ad agire di conseguenza.

La nostra presenza in una società secolarizzata va interpretata come stimolo per suscitare energia spirituale spesso latente, riproporre la questione della vita come dono di Dio, e l'interrogativo sulla esistenza di Dio come Padre, creatore e salvatore.

### *Essere formatori*

Per evitare di restare nelle proposte teoriche e astratte consentitemi di fare un ulteriore passo verso un programma attuabile entro il 2000.

La corsa al denaro ed al successo o al vacuo senso di sicurezza che alle volte prende anche la comunità religiosa, ha fatto della società contemporanea una specie di gabbia dorata dove si uccide lo spirito pur di "possedere" qualcosa.

In questi ultimi anni l'Ordine è stato il pioniere dell'umanizzazione dell'assistenza.

Ebbene, continuiamo a predicare l'importanza dell'umanizzazione ma cominciamo a pensare almeno *nuovi modelli di formazione* per noi religiosi per gli operatori sanitari perché vengano individuate strategie e metodi validi a cambiare l'esistenza del malato in ospedale e nella società.

Una formazione che metta in luce i principi necessari non solo ad aiutare il malato, ma a dare un ruolo positivo nella protezione della salute, fare cioè formazione per la medicina del giorno prima non del giorno dopo.

Dobbiamo disegnare nuovi profili professionali perché dentro e fuori dall'Ospedale si attuino concretamente iniziative, azioni e programmi di educazione, di prevenzione e di riabilitazione.

Convinti che la salute è uno stato di equilibrio tra esigenze del corpo e dell'anima, dobbiamo *formare formatori* capaci di andare oltre la tecnica e le singole scienze, per individuare obiettivi formativi più completi.

Nessuno come noi, ha oggi la possibilità di lavorare ad un progetto formativo che dia un "cuore nuovo" alle persone im-

pegnate nelle professioni infermieristiche e nella sanità. Se ciò non riusciamo a fare o a progettare, la nostra testimonianza non è autentica e la tanto predicata alleanza con i collaboratori laici non ha visto ancora la sua aurora.

Ricorrendo alla nostra tradizione e utilizzando quanto in ogni Continente si è fatto o sperimentato, noi possiamo lanciare verso il nuovo millennio una campagna di educazione alla salute che includa l'esigenza "sanitaria" insieme ai valori umanistici.

I nostri ospedali si dovrebbero però trasformare in autentici "laboratori spirituali" in cui attraverso la cura delle malattie, si dovrebbe affrontare un più ampio progetto di promozione della salute e della vita.

*Strategie per il futuro promuovere la salute per tutti costituendo dei centri di riferimento*

Essere profeti costituisce l'ideale morale e il limite dell'impegno spirituale che mi pare ancora proponibile anche in tempo di crisi.

Anzi, personalmente, nella crisi storica che viviamo penso che senza un coraggio profetico, che significa non avere paura di avere coraggio, sacrificando le nostre sicurezze – quello che pensiamo di avere – ci poniamo in una posizione che non ci consente di fare il futuro.

Noi dobbiamo rispondere ai bisogni della salute per tutti non soltanto con l'efficienza e con l'economia. È giunto il momento di provocare un vasto confronto su quello che intendiamo fare a livello planetario e su come vogliamo collocarci nelle sfide che abbiamo dinanzi.

Vista la situazione numerica delle nostre comunità, non è assurdo pensare che senza l'aiuto di Dio siamo destinati ad una lenta scomparsa.

Con noi, però, non possono scomparire quei valori che hanno fatto crescere nei secoli il nostro Ordine. Quindi tutti insieme, ed ognuno in particolare, dobbiamo assumere le nostre responsabilità di eredi di un tesoro che deve essere trasmesso al futuro.

Le iniziative individuali dovrebbero essere messe a confronto e servire da stimolo per ritrovare in ogni contesto concreto il modo di assicurare la giusta audience ai nostri messaggi.

In quanto ordine Ospedaliero penso che una particolare attenzione dovrebbe essere rivolta alla costituzione di alcuni "Centri di riferimento ospedalieri" e non. Questi centri dovrebbero essere i portatori, a livello nazionale e internazionale, di progetti specifici o provocatori per il mondo della salute e della assistenza. Ritengo che questa sarebbe la vera risposta che una vocazione all'ospitalità e un Ordine Ospedaliero devono essere impegnati a dare al rapido evolversi della medicina e della sociologia che intorno ad essa nasce.

Il primo grande nodo da sciogliere per assicurare salute a tutti deve essere *un centro di educazione e prevenzione* per l'infanzia e l'adolescenza.

Siamo in condizioni oggi, grazie alle scienze biomediche, di individuare tante malattie minacciose per l'adulto nei primi anni di vita dell'uomo.

Non possiamo e non dobbiamo più limitarci a curare i malleseri quando si manifestano in tutta la loro violenza.

Dobbiamo tentare di mettere in atto tutte quelle strategie che le scienze e la tecnologia ci mettono a disposizione per le analisi e le diagnosi precoci delle malattie.

Troppo spesso nei nostri discorsi, convegni e riflessioni, parliamo dei pericoli e delle minacce che si nascondono dietro le nuove tecnologie mediche.

Bisogna che in questo campo si sviluppi un confronto più attento e impegnato tra noi e la ricerca scientifica.

Non possiamo più farci guidare dal complesso di inferiorità nei confronti della scienza.

Anche qui una profonda riflessione bioetica ed etica ci deve portare a salvare l'energia creatrice che è contenuta nei poteri della grande impresa bio-medica e tecno-scientifica.

Un centro di riferimento per l'educazione alla paternità responsabile e la prevenzione delle malattie infantili è il miglior servizio che si può rendere alla famiglia del futuro soprattutto guardando alle persone povere, gli immigrati e il terzo mondo.

### 3. CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA PREVENZIONE E LA RIABILITAZIONE PER LE PERSONE ANZIANE

Già nel 1982 l'ONU aveva lanciato a Vienna l'allarme sui problemi sanitari e sociali dell'invecchiamento della popolazione.

Nel 2020, oltre il 40% della popolazione europea avrà superato i 60 anni. Se non educiamo i giovani oggi ad un diverso rispetto per la salute avremo un'Europa malata.

Così, la salute del 2000 diventerà la peggiore delle malattie, cioè la vecchiaia.

Dobbiamo impegnarci fin da oggi in programmi di educazione alimentare, in ricerche farmacologiche serie, in azioni di *riabilitazione* che rendano migliore la qualità di vita dell'umanità.

Se i giovani di oggi riusciranno a stabilire un diverso rapporto con le persone anziane, forse potranno aiutarle meglio e potranno prepararsi un avvenire più vivibile.

Pensare ad un Centro di "riferimento" per questi problemi significherebbe progettare una nuova "medicina per gli anziani".

Troppo spesso la terza età viene a costituirsi come un peso per la società e per la famiglia proprio per una mancanza di educazione, prevenzione e riabilitazione sanitaria.

Tra i bisogni emergenti che siamo chiamati a curare c'è questo che ci sta scoppiando in mano come una bomba.

Noi dobbiamo lavorare fin da ora perché non si costituiscono "case" soltanto per "anziani" come "lager nazisti".

Pensiamo e lottiamo per attivare studi, ricerche sociali e farmacologiche perché non solo si sommino anni alla vita, ma si aggiunga vita agli anni.

---

#### 4. CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA PREVENZIONE E LA RIABILITAZIONE NELLE MALATTIE MENTALI

Com'è nella nostra tradizione – 30% delle nostre opere sono a carattere psichiatrico – dobbiamo impegnarci perché venga preso in considerazione un altro modo di considerare il malato di mente come persona.

Non abbiamo timori ad andare contro corrente in questo campo. Il 4% della popolazione mondiale soffre di schizofrenia. È nostro preciso compito congiungere tutte le nostre forze perché vengano stabiliti limiti più chiari alla definizione di malattia mentale.

Dobbiamo lavorare perché i mali dell'anima non vengano ridotti soltanto a disfunzioni biochimiche, ma venga riconosciuta la natura spirituale di ogni malessere.

Molti dei nostri Centri stanno sperimentando dei metodi di cura e riabilitazione che meritano di essere valorizzati ed elevati nel dibattito politico e scientifico per aiutare tante persone afflitte da queste malattie circondate ancora da tanto buio e da tante sofferenze.

## CONCLUSIONE

Concludendo, vorrei dirvi con tutta la passione di cui mi sento capace che se non avviamo questo processo di riorganizzazione del nostro servizio all'uomo, non vedremo nessun miglioramento della salute nel 2000 e manchiamo ad un appuntamento tra i più significativi con la storia, con l'uomo, con Dio.

Sarebbe meglio allora, che sensibili al richiamo del mondo in via di sviluppo, cedessimo le nostre opere e ci recassimo in America Latina, Asia o Africa.

Non per portare ancora una volta le nostre idee sulla salute, ma per riapprendere con popoli giovani quali sono le loro idee sulla salute, confrontarci con loro e collaborare perché si "salvi" ciò che ancora si deve salvare nel Nuovo Mondo.

Dio ci illumini per le strade che ci attendono oltre il 2000 e per le nuove iniziative che saremo costretti a prendere se vogliamo ancora chiamarci Fratelli di San Giovanni di Dio.

## II, 9. UMANIZZAZIONE SANITARIA\*

### 1. Il Concetto di Umanizzazione

Il Concetto di Umanizzazione in ambito sanitario appartiene – come riflessione teorica con notevoli conseguenze pratiche – sia all’antichissima che alla recente storia della medicina e della salute. Ma sono stati alcuni Ordini religiosi a occuparsi in modo originale e al contempo semplice – per vocazione e per devozione – dei poveri di umanità. In particolare l’Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, detto dei Fatebenefratelli e l’Ordine dei Camilliani di S. Camillo de Lellis: due istituzioni che, nel cinquecento, diedero inizio ad una vera e propria riforma dell’assistenza alla *persona*. Nacque così la cura globale al malato, ripresa ogni giorno da quanti non si stancano mai di attualizzare l’antica e mai compiuta rivoluzione religiosa, antropologica, teologica e scientifica necessaria, fino alla fine dei secoli, alla *salute* e alla *salvezza* del genere homo.

Il connubio di Salute e Salvezza operato dai due Santi della Sanità rappresenta pertanto sia il ritorno allo spirito delle origini del messaggio evangelico che la valorizzazione moderna del grande e misterioso intreccio di corpo ed anima: un intreccio che *anima* ogni essere umano dal grembo materno fino alla eternità; senza il quale nulla avrebbero da aggiungere, al Sapere umano e scientifico, la Sapienza e la Parola del Redentore cristiano, “verace homo et verace Dio”.

Per meglio comprendere la portata della Umanizzazione basta scendere al livello giusto, quello del paziente in stato di bisogno. Una frattura ben ricomposta da un ortopedico restituisce la salute fisica al malato. Si dice, in termini tecnici, che vi è stata una *restitutio ad integrum*, una guarigione dello stato

---

\* In “Dizionario di Pastorale Sanitaria”, Edizioni Camilliane, Roma 1992.



morboso specifico. Se lo stesso malato è una persona sofferente dal punto di vista psicologico perché afflitta da solitudine, la *restitutio ad integrum* ne guarisce l'osso ma non ne lenisce l'intima e nascosta sofferenza. Se l'ortopedico di turno si degna di chinarsi anche su questo aspetto della salute – del ben-essere psicologico oltre che biologico – offre, utilizzando la propria umana sensibilità, una risposta affettiva e terapeutica di grande utilità; una risposta che può confluire in una azione sociale, quale ad esempio di suggerire al soggetto isolato alcuni rimedi pratici per vincere l'abbandono e le conseguenze negative di una vita separata dal mondo. Se infine lo stesso ortopedico, intuita la profonda religiosità della persona, ne rispetta valore, direzione e comportamento fatto di ritmi di preghiera o di desiderio di partecipazione alla liturgia celebrata presenti nel luogo di ricovero, ecco che noi ci troviamo di fronte ad un medico veramente umanizzato e perciò umanizzante. In altre parole ci troviamo di fronte ad un medico bravo e completo in quanto ha ospitato la persona intera e non solo il suo femore: ha dato *ospitalità* anche al bisogno umano di comprensione e al sentimento religioso del suo paziente.

Come si può facilmente arguire da questo esempio, Salute e Salvezza non sono in contraddizione. È ben vero che a seconda dello stato di bisogno del paziente l'operatore sanitario stabilirà la priorità degli interventi. Nel nostro caso, prima si prenderà cura dell'osso sbrecciato e poi della solitudine. C'è un tempo per il corpo, uno per la psiche, uno per la vita sociale, uno per l'anima: il tutto nella rispettosa attenzione di quel che il paziente riesce a far passare al medico e non solo viceversa. Infatti nessuno può generare salute e salvezza da solo, trascurando di indagare il microcosmo biologico, psicologico, sociale e spirituale dell'altro. Ragione per cui la centralità del malato – condizione non sempre riconosciuta nella pratica sanitaria dei tempi passati e anche di quelli recenti – è premessa indispensabile all'utilizzo di scienza, tecnica, umanità.

Per cercare a questo punto di definire l'"Umanizzazione": cosa oltremodo complessa a parole e più semplice invece nell'azione, si può tentare a questo punto una prima, fra le tante, for-

mulazioni. Essa consiste in un *atteggiamento mentale, affettivo e morale* che obbliga l'operatore a *ripensare continuamente ai propri schemi mentali e a rimodellare abitudini di intervento*, e sistemi terapeutici ed assistenziali perché si orientino al *bene del malato* che è, e rimane, una persona in difficoltà e perciò vulnerabile, anche perché non sempre in grado di formulare in modo corretto e diretto il proprio autentico bisogno.

Molto più articolata e stimolante appare la definizione di Papa Giovanni Paolo II in un celebre convegno "Umanizzazione della Medicina" tenutosi a Roma nel 1987:

a) «Nell'ambito del rapporto individuale, ove umanizzazione significa apertura a tutto ciò che può predisporre a comprendere l'uomo, la sua interiorità, il suo mondo la sua cultura. Umanizzare questo rapporto comporta insieme un dare e un ricevere, il creare cioè quella comunione che è totale "partecipazione"».

b) «Sul piano sociale l'istanza dell'Umanizzazione si traduce nell'impegno diretto di tutti gli operatori sanitari a promuovere, ciascuno nel proprio ambito e secondo la sua competenza, condizioni idonee per la salute, a migliorare strutture inadeguate, a favorire la giusta distribuzione delle risorse sanitarie, a far sì che la politica sanitaria nel mondo abbia per fine soltanto il bene della persona umana».

In questo modo l'intelligenza e la razionalità del popolo di Dio sono chiamati ad attuare l'Umanizzazione come modo di relazionarsi con il malato. Il modo migliore per umanizzare la medicina consiste sinteticamente nel trattare i pazienti come persone, rispettare la loro dignità, renderli partecipi delle decisioni che riguardano la loro vita e la loro salute.

## 2. La scoperta della persona

Nel volume *Per un ospedale più umano* (1986) Marchesi, Spinelli e Spinsanti ricordano al lettore, fin dalle prime battute, che la Buona Novella è il messaggio che solleva l'uomo, il povero, il debole, il malato ad un rango mai raggiunto prima. L'umanità diventa un valore per Cristo, un valore religioso.

L'umanità diviene divina nel momento in cui il Divino si fa Uomo. Il cristianesimo elabora poi nei secoli una visione particolare del genere homo, lo specifico dell'essere vivente più nobile comparso sulla terra: la qualità di persona. Il progetto di ogni uomo è quello di crescere, di espandersi, di divenire persona: una realtà unica e irripetibile (*Redemptor hominis*) ed irriducibile a criteri oggettivi di interpretazione e di senso.

Nessuno nasce persona; anzi, quanta fatica per divenire tale. Basta riflettere un attimo sulla cristiana e profonda concezione del divenire umano per renderci conto che essa non è il frutto di una visione spiritualistica o di una restaurazione metafisica. È una concezione complessa e moderna, quella della persona, dove biologia e biografia, corpo e anima, materia e spirito, senso e significato, eventi interni ed esterni, soggetto e contesto ambientale si intrecciano in modo misterioso a determinare lo specifico dell'uomo, la sua *qualità di persona*. Un essere – quello umano – capace di vivere nel mondo, in rapporto con sé e con gli altri, cercando di divenire quel che può essere: una persona che gioisce e soffre la stessa sorgente della sua felicità, attraversato da una inquietudine insopprimibile in quanto abitato da un bisogno di completarsi, mai soddisfatto del tutto su questa terra.

Ora il progetto di ogni uomo può essere ostacolato in mille modi: dalla malattia, dalla sopraffazione, dalla corruzione, dalla paura, dalla povertà. La malattia per esempio, non è solo un affronto alla fisiologia del corpo e della mente umana, ma un ostacolo tremendo al ben-essere della persona soprattutto quando renda la mente incapace di riordinare le proprie immagini, sentimenti e pensieri come nelle forme più gravi di sofferenza psichica. Ma il progetto umano – divenire persona – è sempre in pericolo, anche quando le società dispongano di innegabili progressi tecnici e scientifici. La felicità umana massima aspirazione di ogni essere vivente, contenuta nel messaggio evangelico molto più di quanto non venga trasmessa dagli interpreti della Parola, è un diritto-dovere, anche e soprattutto quando la persona non sia in grado di procurarsela da sola, per cui ha bisogno di un altro essere che si curi di lui, lo riattivi, lo rappre-

sentì. La consapevolezza di qualità e blocchi della persona – di assistente ed assistito – e una solida concezione del progetto umano secondo la visione cristiana, ridurranno di molto sia gli effetti deleteri della peste del nostro secolo – l'indifferenza affettiva e spirituale – come le forme infantili e pietistiche della solidarietà d'assalto.

### 3. *L'Umanizzazione e il suo rapporto con la psicologia e la fede*

Ogni giorno siamo informati della malasanià, della disumanizzazione del malato nella nostra società. La stessa Medicina viene accusata da più parti di andare oltre la persona, i suoi bisogni, in particolare il bisogno di essere preso in carico in modo totale: corpo, sentimenti, emozioni, aspettative. L'ospedale, anche il più attrezzato, non è sempre un luogo di cura, di attenzione. E ciò perché il sistema terapeutico è sovente scisso in più parti, o reparti, e tende ad alimentare la routine, il disbrigo degli interventi necessari senza quella visione di centralità dell'ospite che invece il progetto di umanizzazione prevede, privilegiando il risparmio di risorse. Del resto anche il rapporto medico-paziente, e più in generale assistente-assistito, non è ritenuto terapeutico nelle Università stesse della medicina scientifica. Invece noi sappiamo che un farmaco importantissimo – per la salute del paziente – e sempre a disposizione del medico, dell'infermiere, dell'assistente sociale e spirituale, è quello rappresentato dalla *personalità* di chi si prende cura di un altro. Si dice, in chiare e semplici parole, che un bravo medico è anche un bravo psicologo. Ciò, vale anche per un genitore, un leader, un animatore. Il medico che voglia restare accanto alla persona che soffre non può, e non deve, limitarsi alla fuga nel corpo. Deve essere capace di acquistare una competenza nuova, ed antica, al prezzo di andar oltre la medicina scientifica e la terapia medica. E ciò non perché la medicina scientifica sia contro l'uomo, tutt'altro; ma perché non risponde alle numerose *malattie dell'uomo* (le malattie del

vivere), alle sofferenze psicologiche, sociali, morali, spirituali. La medicina scientifica non è completa, onnisciente, onnipotente come non sono complete, onnipotenti ed onniscienti le scienze umane e sociali. Per fortuna il bravo medico – ve ne sono molti – ricorre non solo alla medicina scientifica e alla terapia medica, ma tratta assieme alla malattia la persona malata.

La psicologia – dalla neuropsicologia alla psicoanalisi – è la disciplina che si è andata sviluppando a partire dal XIX secolo, cercando di acquistare una certa autonomia e, con grandi difficoltà, di acquisire una propria identità. Sul piano della ricerca e della prassi la psicologia ha avuto costantemente difficoltà a definire i propri limiti e quelli nei confronti della medicina e della religione. Perciò anch'essa ha commesso l'errore – nelle sue varie correnti – di isolarsi in una specie di torre d'avorio quando ha ritenuto di doversi configurare come la risposta a tutti i problemi umani come una ideologia. Sappiamo invece che la Psicologia intesa come disciplina che si avvicina più di ogni altra all'animo umano alla "quota divina" iscritta in ogni essere vivente – ha in sé, e nell'oggetto-soggetto dei suoi studi e delle sue applicazioni, la propria forza e il proprio limite. Ciononostante tutti quei movimenti che rientrano nella cosiddetta psicologia scientifica e che, scaturendo dalla psicoanalisi, cercano di affiancarsi alla medicina scientifica, si propongono di capire l'uomo nella sua integrità, e perciò sono scienze umanizzanti, oltre che umane, quando riescono ad allargare la conoscenza e la terapeuticità degli operatori sanitari, medici e non.

Ora la psicoanalisi non è una branca della medicina e non è una fede, ma all'una e all'altra ha portato il "contagio", introducendo concetti e modelli relativi alla struttura della mente, alla dinamica e alla patologia dell'animo umano che erano ritenuti territori esclusivi della medicina e della religione. *La scienza aveva bisogno di ritrovare l'uomo.* Un bisogno messo in pericolo non dalle nuove discipline (psicologia, sociologia, antropologia, bioetica, ecologia, informatica, ecc..) ma dalla incomunicabilità fra le varie scienze, dal procedere a compar-

timenti stagni del sapere. Questa è la vera tragedia dei nostri tempi, dove accanto ad una moltiplicazione delle scienze e della scienza l'uomo perde la bussola, l'orientamento, e sopra ogni cosa la capacità di riflettere sulla scienza stessa.

E veniamo ora alla fede e al suo ruolo nella prassi di ogni attività umanizzante oltre che in quella di custode della vita e dei diritti umani. Essa nasce e si sviluppa dall'incontro tra il desiderio umano (inconscio) di liberarsi dalle sofferenze e la Rivelazione di un Dio che, divenuto uomo, pronuncia parole forti, e al contempo ardite per la logica umana, di beatitudine, di misericordia, di salvezza, di eternità per quanti sono "poveri", esclusi e sofferenti. La vita e la morte sono pertanto riscattati, alla luce della fede, dalla mancanza di senso e di significato. L'uomo avverte sempre, soprattutto quando vede minacciato il suo progetto di vita, che al di là delle forme in cui esprime la propria tensione religiosa – sia che si professi ateo o credente – possiede l'insopprimibile sentimento di appartenere ad una sfera differente rispetto agli altri viventi. Perciò si dispone ad accogliere una Sapienza che nessuna scienza e nessun possesso materiale possono donargli. Ed è questa la Sapienza che ha illuminato i Santi e i martiri della Ospitalità e che illumina ogni giorno milioni di uomini e donne che sacrificano tempo e denaro per ospitare il bisogno di persone anziane, malate, inguaribili, morenti. Sovente con un rispetto sacrale verso chi da solo non può più sostenersi che rasenta l'eroismo e che deriva da un sentimento umano e di fede in Colui che ha donato se stesso per annunciare la Buona Novella. E di questa Sapienza che non sostituisce la scienza ma la illumina, di questa Sapienza ha bisogno – e lo avverte sempre più la gente del nostro tempo sempre più ricco di mezzi e sempre più povero di fini – chiunque abbia un minimo coraggio di guardare intorno e di scorgere che la vita di ognuno di noi ha bisogno di un supplemento di fede. Un supplemento di fede, magari a scapito di frenetiche attività professionali e pastorali troppo spesso disgiunte da ciò che dà veramente da vivere anche all'uomo contemporaneo.

L'Umanizzazione allora sembra poter costringere il mondo sanitario ed assistenziale, quasi per incanto, alla salutare unità

di intenti; chinando a raccolta, per ispirazione filantropica e religiosa, tutte le discipline sorte dalla mente e dei desideri umani: le scienze umane, le scienze naturali, le scienze religiose. Compiendo un specie di miracolo, impossibile alla vanità e alla mancanza di nuovi codici etici e morali. Il miracoloso ritorno all'uomo in spirito di umiltà e di ricerca comune, alla vera salute e alla salvezza, di un essere originale, il *genere homo specie persona*.

#### 4. I più poveri di Umanità

Nel corso della Storia povero è sinonimo di malato. E se la povertà stimolava la filantropia di religiosi e laici, non era infrequente la situazione di grande sfruttamento dei malati poveri e dei poveri ammalati. Addirittura veniva meno, da parte di chi doveva assisterli, il primo passo dell'amore: il *rispetto* del bisognoso, del debole, *dell'infirmitas*, dell'invalido. D'altro canto la ricchezza e l'agiatezza, dote di pochi uomini fino a poco tempo fa, non sempre veniva posta al servizio degli umili e dei poveri, nonostante che Dio avesse mandato tra i poveri e gli ammalati il suo Figlio ricco di umanità, di pietà, di poteri tau-maturgici e spirituali.

Tuttavia già nell'alto Medio Evo, forse anche perché epoca carente di mezzi tecnici, il malato veniva preso in cura tutto intero: non v'era separazione tra una causa corporale ed una spirituale con prevalenza della seconda sulla prima.

Mentre il passaggio dalla carità alla ospitalità fu fin da allora intrapresa e condotta in porto soprattutto dai due santi maggiori della moderna Ospitalità. I quali erano sì dotati della virtù della bontà verso il prossimo, ma soprattutto furono capaci di fare bene il bene, cioè di prendersi cura dell'altro semplicemente per amore.

Questa visione del malato fu spesso accolta da medici ed infermieri. Basta riandare a qualche decennio fa e precisamente al medico di famiglia, quello con il cosiddetto "occhio clinico", per confermarci sul fatto che questi dottori non facevano

nessun sforzo per tenere insieme la carne con lo spirito; col risultato straordinario di soddisfare i bisogni affettivi oltre che quelli biologici dei malati. Per restare al nostro tempo più vicino, è successo invece che con l'esplosione delle scoperte mediche e delle successive applicazioni in campo sanitario si è rotto questo equilibrio. Come se la cura dell'uomo come persona dovesse necessariamente finire sullo sfondo a favore di una primaria attenzione – importante e spesso decisiva ma non sufficiente al ben-essere del malato – verso la malattia. Col bel risultato di stabilire gerarchie di valori e di interpreti sanitari – di serie A e di serie B – non sempre utili a chi cerchi riparo dalla sofferenza provocata dalla disumanità dei rapporti e dalla perdita dei veri significati, antichi e moderni, intorno alla vita, la morte, la felicità, la sofferenza. E come spesso accade, ogni conquista sembra comportare una perdita. Si pensi alla grande conquista degli antibiotici. Non è il caso qui di elogiarne la portata storica nel campo della prassi medica. Tuttavia essa ha insinuato nel medico un atteggiamento di disimpegno clinico ed umano.

Lo stesso succede con le nuove apparecchiature scientifiche. Il malato viene sezionato, fotografato, indagato fino allo spasimo e alla ricerca delle più minute disfunzioni e poi lasciato solo nella povertà intima procurata dall'angoscia, dalla incertezza sugli esiti di tali minuziose ricerche e dalla solitudine tipica di chi mancando di una visione della esistenza umana si smarrisce in un oceano di aspettative illusorie; la più grave di tutte che la salute sia sempre a portata di farmaco e il benessere una faccenda del medico e non anche un dovere personale e sociale.

La nobile arte della medicina sembra allora venire meno a quell'amore per la filosofia – amore per la conoscenza di sé e del mondo – utile per imparare un poco la difficilissima arte del vivere; un'arte indispensabile quando si sta bene e quando ci si ammala. Mai dimenticando che non solo ogni malattia comporta uno squilibrio generale, non solo esistono malattie della psiche e dell'anima, ma molte malattie si offrono alla indagine medica con sintomi fisici pur in presenza di cause esi-



stenziali: addirittura molte malattie sono generate da uno stile di vita assurdo e perciò esso stesso patogeno anche se nessuna indagine meccanica o biochimica è in grado di visualizzare tali agenti morbosi.

I poveri di umanità ci saranno sempre, finché esisterà sul pianeta un essere umano; anche nel nostro glorioso secolo che volge al termine e che ci schiuderà, fra poco, il terzo millennio dell'era cristiana. Essi stanno aumentando sempre più anche se sovente, non sapendo rivolgere al mondo sanitario la domanda giusta, debbono ricorrere ad un linguaggio medicale per esprimere la loro povertà esistenziale; col rischio di essere accolti solo perché portatori di una disfunzione fisica e perciò fraintesi e di conseguenza sbattuti sulle catene di montaggio di infiniti e costosissimi accertamenti. E così succede che in un'epoca ad altissima offerta di salute il paziente si lamenti sempre più della Sanità, i medici rischino sempre più di essere incriminati e la sofferenza psichica dilaghi sotto forma di depressione e di perdita dell'istinto di vita da parte di molti adolescenti di oggi, molto più istruiti e nutriti di ieri.

Poveri di umanità siamo un po' tutti quando non siamo più visibili agli altri, ascoltati, capiti; sommersi dal mutismo o dalla logorrea, privi di speranza autentica nella vita, incapaci di sopportare le sofferenze inevitabili del vivere perché illusi – per malefica *corruptio mentis* – dalla facilità delle conquiste materiali e dalla potenza benefica in sé – delle scienze naturali. *Corruptio* che va combattuta perché è la più grave malattia di questo finale di secolo, anche se l'antigene patogeno non è stato ancora visto al microscopio elettronico; un agente patogeno molto virulento oggidi, presente in malati e sani, in assistiti ed assistenti, e che ha effetti devastanti nella vita individuale come in quella di relazione fra gente dello stesso paese, fra popoli simili come fra diverse etnie.

Così da autorizzarci a capovolgere un detto saggio ed antico in questa nuova formulazione: *corpus sanum in mente sana*. Dove con il termine “mente malata” non ci si riferisce a chi sia affetto da malattia mentale, evenienza purtroppo diffusa a tutte le latitudini del pianeta.

Ma ad una *concezione disumana della vita*: priva cioè di quel senso profondo della vita, della morte, delle stagioni terrene, della felicità, di quel sapere che diviene Sapienza col concorso del vero esperto di salute e di salvezza che giace in dormiveglia nell'erba della nostra presunzione di ipocondriaci onniscienti; presunzione che impedisce di fare tesoro della Tradizione, dei Valori e delle Virtù di riferimento immortali, della Luce dello Spirito di cui furono testimoni e portatori – tra molti altri – Giovanni di Dio e Camillo de Lellis.

#### *4.1. Il Vecchio: un povero, e un ricco, di umanità*

In un Convegno di Milano Medicina del 1985 sono state ipotizzate alcune cifre impressionanti per il Duemila ormai alle porte: in Italia, ad esempio, avremo 131 anziani ogni 100 bambini. Ci troveremo dunque di fronte ad una vera esplosione demografica delle terza o quarta età se si pensa che all'inizio del secolo in Italia vi erano appena 28 ultra sessantenni ogni cento bambini. La situazione si presenta identica in tutti gli Stati tecnologicamente sviluppati.

La scienza, che si era proposta il grande compito di aiutare l'umanità a vivere di più, ora si è prefissa il traguardo di fare vivere meglio la stagione della vecchiaia. Per di più sta addirittura insinuando l'idea, non solo nella medicina, di accelerare la morte del paziente anziano qualora cadesse in una penosa situazione di sopravvivenza fisica.

La società dinanzi a questo problema è giunta impreparata e si comporta un po' ipocritamente. Nella stampa si usa un linguaggio sostitutivo delle "brutte" parole "vecchio", "vecchiaia" "anziano". Come se questo nominalismo potesse cambiare la sostanza delle cose. Molti giovani dicono, in modo superficiale, che non desiderano diventare vecchi.

Certa medicina, che ha il grande merito di avere allungato e migliorato la qualità della vita di giovani ed anziani, sembra a volte dimenticare che la vecchiaia non è una malattia ma *norma della evoluzione fisica*; col rischio di operare una rimozione di tale norma, e di obbligare a strutturare nel vecchio una

personalità distorta, priva di valore e di serena consapevolezza del proprio divenire. Né valgono a mascherare o a rimuovere la parente prossima della vecchiaia – la morte – le sperticate lodi sul giovanilismo di certi famosi vecchi, costretti a scimmiettare una età che non hanno più oppure a sopportare pesanti etichette di raggiunta e stabile bontà; come a voler negare che i vecchi possono essere anche cattivi, anche perché non bastano i capelli bianchi e gli inevitabili acciacchi di stagione per entrare nel mondo dei buoni. Insomma: da una parte, la vecchiaia, viene negata nei suoi valori, dall'altra esaltata. Il tutto a scapito di una reale comprensione dei problemi, delle necessità e della ricchezza della persona anziana.

Condizione necessaria per una azione attenta, caso per caso e senza colpevolizzare nessuno; cosicché tutti – anziano compreso – siano ben disposti alla ricerca del ben-essere possibile di chi ha raggiunto tale meta. Altrimenti il vecchio diventa di volta in volta: un relitto, uno che si deve accontentare per aver vissuto tanto a lungo, uno svogliato perdigiorno, un nostalgico cantore dei bei tempi passati, un saggio noioso e tetro, un peso da sopportare per famiglia e società, un avido custode di patrimoni materiali da ereditare al più presto con l'aiuto di una buona morte, possibilmente rapida e da cancellare al più presto nella memoria dei sopravvissuti. Tutte queste considerazioni debbono pertanto tenere all'erta coloro che sono a contatto, per ragioni sanitarie e familiari, con la vecchiaia altrui.

Si sa che i vecchi si comportano un po' come i bambini. Hanno un grande bisogno di risposte affettive, di comprensione, di sostegno emotivo oltre che di assistenza per le questioni pratiche della vita che non sanno più affrontare in prima persona. In altre parole, il lato umano della loro personalità è particolarmente esposto ai venti glaciali della indifferenza, dell'abbandono, della fretta di chi li assiste. Hanno una gran sete di attenzione, di tempo da parte del prossimo, ma congiuntamente hanno bisogno di dare, di offrire parole a volte piene di saggezza e di speranza, a volte piene di paura del nuovo, a chi sappia ascoltare ed apprezzare l'accumulo di esperienze vissute, belle o brutte che siano, da tramandare alle future generazioni.

#### 4.2. *Un grande povero di umanità: il malato terminale*

Una caratteristica del nostro tempo è che si muore sempre più raramente nel proprio letto; si preferisce l'ospedale, sia per necessità di cure specializzate che spesso esigono attrezzature non trasportabili a domicilio, sia per una disassuefazione al rapporto diretto con la morte: quella vera, non quella televisiva che può essere guardata con distacco per l'interpretazione degli attori che la fingono.

L'evoluzione subita dalla famiglia rende praticamente impossibili certi compiti di assistenza. Nel passato, le famiglie numerose erano in grado di suddividere meglio – rendendolo sopportabile – il peso di una lunga presenza quotidiana a fianco del degente; v'era anche in tutti i suoi componenti una preparazione psicologica ad una tale evenienza spesso condizionata da una limitata fetta di tempo libero di cui disporre.

È altresì cambiata l'immagine tradizionale del morente. Sovente è una specie di *mostro* prigioniero in un groviglio di tubi di plastica, di flebo, di elettrodi, di catetere, di sondini. È l'immagine di questa civiltà, la rappresentazione iconografica di un'epoca che esprime, nel momento del trionfo degli strumenti, una realtà di emarginazione e di solitudine interiore. È passato il tempo in cui il moribondo parlava alla famiglia dolente e compunta, ma attenta a quella voce grave che raccomandava e spesso benediceva. La morte era un rito di dolore che aveva la cornice di una solida speranza. Oggi, tale cornice è quasi del tutto scomparsa nella nostra cultura.

La riscoperta della morte, invece, è importante non solo nella prospettiva dell'aldilà, ma anche in quella del presente. Si dice: *se vuoi la vita, prepara la morte*. Oppure: si muore come si è vissuti. Ma non secondo la logica dell'orrore e nemmeno seguendo il meccanismo del rifiuto, che fanno presentire e sperimentare in modo drammatico ed angoscioso il momento del distacco.

La medicalizzazione della morte, dove il malato diviene dominio della medicina, è una forma di rifiuto del grande passo. Per questo oggi la morte migliore è da molti ritenuta quella repentina e improvvisa, che invece era così temuta nel Medio Evo.

Anche il lutto è rifiutato, venendo spesso meno un autentico dolore interiore e quindi non avendo senso il segno esterno; anzi, chi si lascia andare ad una forte commozione è guardato addirittura con sospetto.

Ma questi sono palliativi che non cambiano la sostanza. È ora che la morte – la quale è una cosa sola con la vita – esca dalla clandestinità; come pure esca dalla clandestinità il cristiano che teme di guardare con coraggio e speranza la croce sulla quale un Uomo figlio di Dio ha inchiodato, e per sempre, la dolorosa ma salutare conquista degli umani: la *coscienza della morte*, e di conseguenza del limite e dei confini dell'umana natura. Ecco perché la morte per chi ha fede, e pur rappresentando un mistero antico quanto l'uomo, non può essere assegnata in dotazione esclusiva al medico, alla tecnica, alla sperimentazione.

Purtroppo di fronte al malato grave, spesso perdiamo anche noi le speranze, ci sentiamo inutili e lo abbandoniamo in attesa dell'inesorabile momento. In questo modo, assuefatti ad un ruolo – di tecnici, di familiari, di amici – dimentichiamo che il termine salute significa anche “salvezza”, cioè vita dell'anima.

Per questo oggi l'Ospedale – che un tempo ospitava l'uomo intero – è diventato il luogo della morte solitaria. Un cuore che si ferma non fa rumore; eppure in noi dovrebbe suscitare una vasta eco. La morte, come la vita, non è un atto esclusivamente individuale. Anche quella degli altri ci tocca in qualche modo da vicino. Ora c'è un'altra considerazione da fare. Nella fase “terminale” il malato si trova a risolvere delicatissimi enigmi, è tormentato da dubbi angosciosi, scosso da qualche vaga speranza e distrutto dal decadimento. Lo invade la paura, mentre si ritrova solo con se stesso, cosciente forse per la prima volta della sua unicità. Nei momenti lucidi rivede la vita come in un film e col rischio di perdersi definitivamente nell'incubo, sommerso da sensi di colpa, da rimpianti, da aspre malinconie, dal disperato attaccamento alla vita, dal bisogno inevaso di comunicazione e di affetto. In lui si innescano delicati meccanismi psicologici che occorre saper riconoscere e dominare. L'uomo morente è un malato difficile che richiede molto tempo e molte attenzioni. Raramente egli può raggiungere da solo una

accettazione e una maggiore serenità se non viene aiutato da tutti coloro che lo assistono e dalla stessa famiglia. Non servono discorsi, ma una presenza affettuosa; il malato percepirà allora che non sarà solo ad affrontare quel momento.

La dignità della morte risiede anche nel modo sereno di affrontarla. E richiede una preparazione anche umana da parte di chi assiste questo grande povero che è il malato terminale; un essere umano che sta perdendo tutto quello che fino a quel momento ha ritenuto di possedere magari in eterno. Ecco perché la persona ricca di beni materiali teme la morte oltre ogni cosa; mentre l'annuncio della Resurrezione e della vita eterna sembra non arrivare in modo incisivo e salvifico ad un animo che viva la morte solo come angoscioso fallimento dei progetti terreni.

È probabile che l'Ospedale continuerà ad essere il luogo terminale del malato in vicinanza del decesso. È e sarà luogo di elezione per il malato grave, un luogo dove gli potrà essere garantita una assistenza sempre più integrale ed integrata. Affinché egli veda allontanato lo spettro della solitudine e dell'orrore, così da dare spazio sia alla umana rassegnazione che alla speranza cristiana. Il senso della vita, e della morte, dovrà essere comunque riscoperto in tutti gli operatori di salute e di salvezza. In modo da ospitare con umanità e scientificità il morente, perché possa a sua volta riscoprire – non è mai troppo tardi per la Grazia – quel profondo sentimento di unione con la Terra che accoglierà il suo corpo, con le persone care che lo onoreranno per molto tempo, con il Cielo che rappresenta la Terra Promessa per quanti si saranno riconciliati, in una atmosfera di riscoperta della affettività ricevuta e donata, con la natura immortale del proprio Sé finalmente liberato dall'angoscia della morte.

##### *5. L'Umanizzazione è una vera e propria rivoluzione*

A prima vista l'Umanizzazione in campo sanitario sembra ridursi alla introduzione di un comportamento più umano verso il malato. Ciò è vero, ma non esaurisce la portata di tale movimento, anzi lo riduce a poca cosa; a qualcosa più affine al sentimentale

lismo che al sentimento autentico che deve invece animare chiunque si appresti a divenire umanizzante e perciò umanizzato.

Il richiamo al sentimento e alla compassione – *primum movens* del buon samaritano di ieri, di oggi e di domani – non deve farci dimenticare che alla rivoluzione del cuore dei portatori di salute e di salvezza deve aggiungersi immediatamente quella del sistema ospedaliero, della professione sanitaria, delle comunità religiose ed ecclesiali, degli organismi del volontariato. Nessuno nasce maestro nell'arte di stabilire rapporti umani e salutari; e nessuna struttura pubblica o privata, laica o cristiana – di salute – è per definizione immune dalla tremenda possibilità di erogare disumanizzazione, disattenzione, barbarie vere e proprie; col bel risultato di ferire ancora più – nel corpo e nell'anima – chi dice di voler medicare e curare.

Prendersi cura di un bisognoso infatti è tutt'altro che cosa semplice; sovente è più facile guarirlo. Infatti le cure mediche e chirurgiche a nostra disposizione sono lì a dimostrarci quanta soddisfazione si possa ricavare dalla pronta guarigione del paziente che... può guarire. Più complessa è la faccenda non solo quando il paziente è inguaribile – e pertanto ancora più bisognoso di cure – ma quando lo stato morboso si cronicizza, come in molte malattie psichiche e in quelle del sistema endocrino, nervoso, muscolare; per non parlare degli handicap fisici già presenti alla nascita. Curarsi di un altro esige una forte dose di *ars curandi*. Un'arte che prevede, per essere esercitata, talento e tecnica, amore del prossimo e della scienza, fede in Dio e fiducia negli uomini, ma soprattutto una grande dose di umiltà.

Coloro che ostacolano il cambiamento-arricchimento dell'*ars curandi* sono invece dei presuntuosi; credono cioè di sapere e di avere fatto il massimo possibile, mentre non si accorgono di praticare una routine spaventosa; nel contempo il loro volto si sfigura quando debbono, inevitabilmente, indossare la maschera di impassibilità e di staticità, utile per frenare ogni movimento, la ricerca di nuove strade, lo studio e i progetti di umanizzazione. Il vero scienziato come l'esperto di umanizzazione, è invece abitato da una profonda consapevolezza del limite, da un sentimento autentico di parziale ed incerta potenza; e tiene a freno

i desideri di onnipotenza per non divenire prepotente e quindi incapace di utilizzare la potenza altrui, magari dei suoi stessi collaboratori di salute e di salvezza.

La prima rivoluzione della Umanizzazione è una conversione della mente e del cuore degli operatori di salute e di salvezza. Un traguardo mai raggiunto, ma che merita il viaggio per una causa così mirabile, anche se “costosa” in termini personali oltre che professionali.

In modo da espandere il mutato atteggiamento verso scienza, tecnica, fede in una conversione dei comportamenti relazionali, sanitari, pedagogici, religiosi ancora troppo lontani da una qualità accettabile.

### *5.1. Il sistema “ospedale” cambia radicalmente se al suo centro torna il malato*

Col tempo ogni organismo creato dagli esseri umani – anche quello nato con lo scopo dichiarato, e nobile, di mettersi al servizio del prossimo – tende a posporre le proprie finalità ultime al sistema, alla struttura, agli organigrammi, ad abitudini di comportamento inutili, inefficienti, dannosi.

Niente di nuovo sotto il sole. Tuttavia è scandaloso che si rimanga inerti di fronte a tali fenomeni “morbosi”. Ancora più scandaloso se a non provvedere per tempo a tali degenerazioni siano organismi religiosi o a forte ispirazione cristiana.

Se invece si rimette al centro colui per il quale è nato l'*hospitium pietatis*, diventa facile, almeno a livello concettuale, capire l'importanza eversiva della Umanizzazione: per la dimensione strutturale del sistema sanitario come per quella comportamentale e professionale degli operatori.

Umanizzare l'ospedale nel senso sopra descritto non equivale quindi a stendere una mano di vernice sulle pareti di una casa; significa intervenire in modo radicale sulla struttura stessa della casa. L'Umanizzazione dell'ospedale non è qualcosa da fare in più, in aggiunta. È una azione invece – ponderata e pensata a lungo prima di venire decisa – che ribalta i rapporti, le comunicazioni, il potere, la vita effettiva di tutti in ospeda-



le; in quanto rapporti, potere, comunicazioni sono rivolti al malato, al suo benessere. Il malato è al centro dell'ospedale umanizzato, e finalmente può ricevere risposte non solo scientifiche e tecniche, ma anche umane.

*5.1.1.* Deve essere spalancato, vale a dire aperto e trasparente. Tutti lo possono non solo frequentare, nel rispetto della sua efficienza, ma lo devono anche potere criticare, per potergli suggerire modifiche puntuali e costruttive.

Un ospedale spalancato mette in difficoltà, almeno all'inizio, gli operatori – non il paziente – perché rende più difficile praticare certi “giochi”, mascherare pigrizie, ingiustizie, inefficienze.

È impossibile, in un ospedale spalancato, non seguire con cura il malato adducendo la scusa di non avere tempo...

L'ospedale trasparente chiama attorno al malato i parenti, gli infermieri, i medici, gli amici, l'ambiente circostante, la Chiesa locale, i volontari, in modo che si crei un costante flusso di umanità necessario al sofferente, senza troppi filtri o false precauzioni. L'igiene affettiva intorno al paziente è importante quanto quella sanitaria in senso stretto; pure come l'igiene dell'anima per chi abbia fede.

Come si può arguire facilmente, l'ospedale umanizzato-spalancato esige negli operatori ampi spazi mentali ed emotivi, capacità di vivere con il parente oltre che con il malato, capacità di apprendere e di educarsi in continuazione. Nessuno può tirare a campare: o cambia, evolvendosi, oppure rimane schiacciato dall'attività stereotipate o magari altamente specializzate ma senza il gusto di offrire quel soffio vitale che si espande benefico da ogni movimento umanizzante ancorché confuso e disturbante.

*5.1.2.* L'ospedale umanizzato presenta una mappa del potere ben precisa; trasparente a tutti i livelli.

Solo quando usato in modo occulto il potere diviene minaccioso ed improduttivo. Il cristiano, quando opera in ospedale è il primo a rispettare le regole del gioco, non usa mai abito o au-

torità di qualsiasi natura per arrogarsi poteri diversi da quelli stabiliti e condivisi. Con un comportamento rispettoso del proprio e dell'altrui potere egli comunica a tutti gli operatori una realtà semplice ed efficace: senza una forte disciplina dei ruoli l'ospedale non può funzionare in modo adeguato.

Il potere di un operatore cristiano, in un ospedale umanizzato, è quello di svolgere bene il proprio lavoro e di sostenere l'autonomia, l'assunzione del potere delegato da parte di tutti gli operatori.

Egli considera i collaboratori non come coloro che stanno dall'altra parte, ma come persone capaci di diventare umanizzanti a loro volta.

La chiarezza dei ruoli favorisce soluzioni tempestive nei casi di sovrapposizione di comportamento, di by-pass, di invasione di campo. In questo modo la mappa del potere, chiaramente modellata secondo le effettive necessità, rappresenta un efficace mezzo per lavorare in modo organizzato e convergente, in una atmosfera di lucidità, di responsabilità e di valorizzazione del ruolo di tutti.

Nella realtà italiana è molto carente la *molecola della Organizzazione*, quasi che essa non avesse valenza terapeutica. In realtà nulla viene insegnato ai futuri medici circa questo potente farmaco; indispensabile invece per il malato quando entra in un'organizzazione complessa e complicata come l'Ospedale. Mentre l'organizzazione del potere e dei comportamenti – l'introduzione della molecola organizzativa – di tutti gli operatori dà forza alla terapeuticità del sistema e impedisce quei comportamenti settoriali che non fanno certo bene al malato.

5.1.3. Una caratteristica dell'ospedale umanizzato è rappresentato dalla costante valorizzazione del lavoro di Gruppo.

Dal direttore all'infermiere, dal medico all'amministrativo, tutti gli operatori utilizzano questa tecnica per rendere sempre più ricca l'azione sanitaria, e per mantenere elevata la propria preparazione professionale.

Nell'ospedale umanizzato non si temono le riunioni di gruppo né il lavoro di équipe; anzi, si fa di tutto per favorirli, per

migliorarli. Chi ha la responsabilità finale del servizio non ha paura di ascoltare non solo lodi e lusinghe, ma non teme di perdere la faccia se nel gruppo di lavoro emergono indicazioni operative migliori di quelle da lui sostenute.

Un ospedale umanizzato dispone di molte sale di riunione, di ambienti attrezzati per il personale, di luoghi di svago, di lettura, di incontro, per creare il gusto di comunicare – mettere in comune – di camminare assieme, di sostenersi a vicenda, nel convincimento che tutti gli operatori possono – e debbono – stabilire rapporti umani più ricchi tra di loro oltre che con il paziente. Solo in questo modo l'ospedale può divenire una comunità terapeutica a misura d'uomo, una casa familiare.

5.1.4. Nell'ospedale umanizzato si pratica la Formazione Permanente. Il "rischio incompetenza" – tecnica, manageriale, umana – non risparmia nessuno, neanche il professionista della sanità. Oggi occorre più metodo, una professionalità più articolata e più raffinata. Non bastano il buon senso, la laboriosità e l'improvvisazione.

Ciascuno è sempre più di fronte alle proprie responsabilità, senza tutele e misure preventive.

Occorre una vasta cultura per fare bene il proprio mestiere in campo sanitario come in quello della assistenza religiosa; a nessuno è concesso di ignorare sia le nuove conoscenze che gli atteggiamenti corretti da tenere nei confronti di quell'universo – fatto di pensieri, di sentimenti, di attese – che è la persona.

Non basta inoltre l'esperienza per conservare un livello professionale decente. Perciò un metodo utile per mantenere tale livello è l'analisi sistematica e virile della esperienza professionale individuale e gruppale assieme a quella del funzionamento organizzativo; da realizzare dentro e fuori l'ospedale, in gruppo e in privato e con le metodologie adatte. Si propone una "summa" sintetica, e per punti, della Formazione Permanente (FP) in quanto sono troppo frequenti gli investimenti in Formazione Apparente (FA), quella cioè che non tocca la sfera profonda dell'essere umano e della personalità dell'operatore. Formazione questa che al massimo prepara buoni tecnici.

a) Per Formazione Permanente (FP) si intende quella rivolta a persone adulte già in possesso di una professionalità. Di norma, questa, è acquistata sia attraverso gli studi accademici che con la pratica lavorativa. Ne consegue che la FP ha poco a che vedere con la pedagogia e molto con *l'andragogia*: la formazione degli adulti. L'andragogia reclama atti educativi specifici. Tempi, struttura del gruppo discente, metodi e tecniche sono differenti da quelli usualmente predisposti per l'insegnamento ai bambini e agli adolescenti.

b) La FP non solo integra l'iter formativo autonomamente intrapreso – professionale ed umano – degli operatori. Ma fornisce un modello e un progetto adatti a coinvolgere tutti gli operatori. Secondo il detto: “Si può imparare ogni giorno ad essere meno ignoranti, meno incapaci, meno immaturi”.

c) La FP aiuta non solo ad aumentare il bagaglio di conoscenze e di abilità, ma anche a lavorare insieme, all'interno di una cittadella complessa come un ospedale.

Imparare a lavorare per il malato, e perciò con altri collaboratori, non è un dono del cielo, ma una faticosa ed esaltante conquista. Che non si raggiunge in solitaria ascesa ma attraverso un lavoro sul “suolo” – personalità – degli operatori e con il gioco di squadra.

d) La FP non si può imporre ad un adulto. Essa, inoltre, non garantisce né diplomi né automatici balzi in avanti di carriera. Essa è un dovere più che un diritto. E studiare, o rimettersi a studiare e soprattutto a pensare, per evitare la paralisi del cervello, è molto più faticoso che lavorare. Tuttavia se la FP diviene un po' gioco – divertente, creativo, solidale – e un po' abitudine, trasforma in modo benefico e percettibile lo stile di vita e non solo quello professionale degli operatori.

e) *La FP è incontro fra persone ancor prima che tra ruoli*. Discenti e docenti si incontrano in modo informale e quindi più completo rispetto ai modelli di comportamento gerarchicizzati e verticali. La FP, quando efficace, tende a spezzare l'asse di dipendenza – sudditanza nei discenti, nei subordinati, nel paziente – che si instaura invece nei rapporti di dominanza di tipo tradizionale. Incontrarsi in modo umano, e fuori dai circuiti abituali connessi

alla funzione, è tuttavia esercizio di prima elezione per chi poi debba rapportarsi con umanità – e con amicizia – al malato.

f) La FP richiede discenti dotati di un Io capace di mettere in discussione atteggiamenti e comportamenti, e non solo conoscenze ed ignoranze. In particolare richiede un forte coinvolgimento emotivo di discente e docente: il primo desidera apprendere per cambiare in senso evolutivo, il secondo mostra il proprio reale amore per il lavoro di educatore e la fiducia nella capacità di apprendimento del discepolo. La motivazione ad apprendere e ad educare è indispensabile per la riuscita di un Progetto di FP.

g) La FP ha di mira *il miglioramento continuo della qualità delle persone e delle organizzazioni* in cui opera. Pertanto utilizza non solo le sedi classiche della formazione – come le aule scolastiche – ma la sua sede preferita è il *lavoro sul campo*, quello sui problemi emersi; vale a dire sui disturbi organizzativi, tecnici ed umani che possono e debbono essere rimossi con nuove forme di pensiero, di progettazione, di applicazione. Si impara molto sul campo, nella FP, purché i leader sanitari siano persone capaci e desiderose non tanto di ergersi di fronte agli altri – perché in posizione di autorità – influenzandone la condotta, ma come persone che incoraggiano gli altri ad agire; in particolare i veri leader mobilitano le persone ad affrontare i problemi e solo così legittimano la loro funzione di capi.

h) La FP quando si materializza in progetti di medio e lungo respiro all'interno dei quali tutti gli attori di salute e di salvezza sono protagonisti, è una prospettiva originale e dinamica, ricca di empatia e sempre collegata allo scopo, alla Missione dichiarata. Che deve essere costantemente richiamata alla attenzione del personale e ridefinita con pazienza, in modo che l'istituzione sanitaria che ha la responsabilità di proteggere la salute mantenga la propria "produttività". Ciò può avvenire con la FP quando orientata a tenere elevato e ricco l'importante deposito di risorse, di conoscenze, di competenze e di umanità necessarie presente in ogni struttura.

Come si può notare non si entra nei tempi nuovi senza Formazione Permanente. Senza una coltivazione continua, fatico-

sa e gioiosa, della materia prima della umanità: intelligenza e cuore. Una coltivazione che deve trovare pronti soprattutto coloro che in nome di Cristo hanno deciso per volontà propria ed ispirazione umanitaria di rendere sempre più fecondo l'incontro con il fratello malato e bisognoso.

6. *Il punto debole e disumanizzante della prestazione sanitaria: la relazione medico-paziente e assistente-assistito*

La relazione medico-paziente è in ogni cultura il momento più importante di cura: nella medicina di famiglia come in quella ospedaliera e/o specialistica. Tuttavia l'area che appartiene all'uomo, ma che non viene presa in considerazione dalla medicina è enorme. E ciò è dimostrato ancora oggi dalla assenza nelle aule universitarie di una specifica e generale trasmissione, ai futuri medici, del fine ultimo della medicina: *il bene del paziente*. Questo vuoto – antropologico, etico, psicologico, spirituale – poggia su una erronea concezione della Medicina. Questo è il falso culturale: essere cioè la medicina una scienza. Invece *la Medicina è una prassi* che appartiene all'atto medico individuale, e che si basa su alcune scienze naturali oggettivabili e su alcuni fondamenti scientifici. Infatti l'atto medico non è immune da incertezze, discrezionalità, interpretazioni, da componenti soggettive estranee all'atto scientifico: ogni giudizio clinico non è immune dalla personalità del clinico, dalla sua cultura, dalla sua visione del bene ultimo del paziente, dai suoi codici etici oltre che dalle sue conoscenze e dalla sua abilità tecnica. Ciò nonostante l'incontro medico-paziente – architrave dell'edificio terapeutico – non è ancora entrato negli studi e nell'addestramento sistematico del medico; e così viene lasciato alla *bontà* dell'operatore sanitario anche se, almeno a livello logico, senza tale struttura, da creare in due e con molta pazienza e capacità di ascolto, non v'è relazione terapeutica ma fuga nel paternalismo – esercizio autoritario della professione – cui si contrappone spesso una posizione autarchica del paziente; col bel risultato di sfuggire entrambi al ne-

cessario coinvolgimento, affettivo oltre che intellettuale. E ciò determina molti fallimenti e il ripresentarsi di casi “ostinati”; con la perdita di ogni reale potenza della medicina anche se tale perdita è mascherata da continui tentativi farmacologici, suggerimenti, imposizioni. La lotta tra medico e paziente è il sintomo più evidente di carenza della relazione terapeutica e costa alla società, e ai contendenti, moltissimo anche in termini economici. Basti pensare ai milioni di cittadini che ricorrono; per esempio, al sonno chimico non solo perché stressati da una vita magari intensa e produttiva, ma anche perché frettolosamente “serviti” da medici compiacenti e in fuga da una diagnosi non solo sintomatica ma globale del paziente, che tenga cioè in conto abitudini di vita, ansie, eventi dolorosi non attribuibili alla sfera biologica.

Quali sono i fattori terapeutici, quello che fa bene al paziente? Detto in termini più scientifici tali fattori terapeutici sono tanti e appartengono a più scienze. Sono quei fattori che i medici – e gli infermieri – mettono più o meno consapevolmente in atto quando stabiliscono un rapporto umano col paziente. Essi sono:

1. La diagnosi e la terapia.
2. L'assistenza al malato durante la malattia e/o la degenza in ospedale.
3. La corretta e tempestiva informazione al malato circa l'andamento della forma morbosa sotto cura.
4. La natura delle ripercussioni della malattia sulla vita attiva e di relazione.
5. La tipologia dei controlli da effettuare una volta lasciato l'ospedale o conclusa la fase acuta.
6. Il coinvolgimento dei familiari.
7. *L'infusione della speranza* (il fattore umano-terapeutico più importante).
8. La identificazione di situazioni psicologiche e sociali che possono influire negativamente sul recupero del paziente.
9. L'adeguato rapporto ospedale-paziente.
10. L'adeguato rapporto medico di famiglia-medico di ospedale.

### 11. Il rispetto verso i valori religiosi e/o laici del paziente.

Da questo elenco si comprende che ciò che è terapeutico per il paziente non sempre ha a che vedere con ciò che la medicina scientifica intende per terapeutico. È qualcosa di più della diagnosi e della terapia. L'atto terapeutico, ciò che "fa bene" al paziente, non si conosce a priori e non si raggiunge solo prescrivendo. Va selezionato con cura, magari ascoltando ciò che il paziente non sa dire se non con le parole della medicina e dei sintomi offerti: al di là dei quali invece esiste una realtà di sofferenza e di bisogno da indagare attraverso uno strumento prezioso – e poco usato – come la personalità del medico, quando egli abbia imparato ad usare se stesso – emozioni e sentimenti compresi – per capire l'altro. Altrimenti l'atto medicale diventa un atto meccanico, e l'ospedale somiglia ad una officina di riparazione, un albergo, oppure un luogo di paura e di sofferenza.

L'umanizzazione del rapporto è pertanto, solo terapeutico in sé, ma facilita l'alleanza di lavoro tra due persone finalmente consapevoli: da soli non andranno molto lontano. Pertanto:

a) umanizzare il rapporto – mettendosi nei panni dell'altro – non vuole dire essere più buoni, ma dare ospitalità ai bisogni molteplici del malato;

b) la medicina scientifica da sola non può realizzare questo incontro pieno, umano, fra personale sanitario e paziente;

c) la preparazione universitaria o professionale del personale sanitario, almeno in Italia, non sviluppa le capacità umane presenti in ogni essere umano;

d) la formazione alla comprensione degli aspetti umani del paziente incontra ancora notevoli difficoltà nel personale sanitario;

e) l'addestramento costante al rapporto umano – risultato di esperienza intellettuale ed affettiva – è poco praticato anche perché impone una modifica, seppure piccola ma significativa, della personalità dell'operatore.

Tuttavia, la strada della Umanizzazione ora mai è tracciata. È un percorso scientifico, umano, etico, filosofico, culturale. Sta soprattutto nei seguaci del buon samaritano portare a frutto



i talenti umani verso il loro continuo e produttivo commercio, anche se esso non è privo di rischi per creare quell'incontro fatto di *ascolto e di parola* che costituisce l'essenza di ogni relazione umana e perciò tanto più necessaria se essa vuole essere anche terapeutica, vale a dire al servizio di chi soffre.

### 7. *La responsabilità del cristiano nel processo di Umanizzazione della Sanità*

Per realizzare gli ideali proposti dalla Chiesa occorre misurarsi con le questioni oggi poste dalla richiesta di maggior efficienza ed efficacia provenienti dal sistema sanitario e individuare l'Umanizzazione anche come virtù cristiana pratica.

Insisto sulla necessità di *responsabilizzare* gli operatori e coinvolgerli in una efficienza programmata umanisticamente. Ciò significa che bisogna organizzare la sanità tenendo insieme l'attenzione ai progetti, alla *formazione-maturazione*, degli operatori e al costante controllo del rapporto interpersonale tra operatori e malati.

La soddisfazione del paziente, vero fondamento di un servizio di qualità, si ottiene se funziona il *vincolo di solidarietà umana che deve legare malati ed operatori*.

Essere umani e umanizzati nel servire il prossimo vuol dire riconoscere all'altro il valore che ha come figlio di Dio.

In questo riferimento alla pietà religiosa, l'*humanitas* acquista i caratteri non di una astrazione teorica, ma di un insieme esistenziale, individuabile e sperimentabile di persone umane autonome ma legate e sostenute dalla trascendenza.

Se dico uomo e umanizzazione intendo dire trascendenza, intelligenza e spiritualità, cioè collegamento strutturale con il mondo del divino.

Non posso riconoscere un Dio se non riconosco la dignità dell'uomo, soprattutto del bisognoso.

Come hanno fatto i santi Giovanni di Dio e Camillo de Lellis individuando in questo legame costitutivo *tra humanitas e pietas*, la base per una diversa attenzione religiosa verso i ma-

lati e la motivazione per la costruzione di ospedali propriamente cristiani. La rivoluzione evangelica, condotta dai santi fino alle estreme conseguenze, consiste proprio nell'identificare i destini dell'uomo, i suoi bisogni, i suoi errori e turbamenti, i suoi desideri, i suoi programmi, la sua corporeità sana o malata, come obiettivi di un progetto in cui è implicato Dio stesso.

L'amore di Dio a cui corrisponde la *pietas* che ci lega a Dio e agli uomini!

*Umanizzazione per il popolo di Dio significa dunque pietas*, ma anche misericordia, promozione dell'umanità dell'uomo in tutte le strutture del sociale e nella vita civile organizzata, trasformazione continua delle strutture anche scientifiche al servizio della dignità dell'uomo soprattutto ammalato e perciò intrinsecamente bisognoso. E questo come "servizio" a Dio.

L'arte sanitaria richiede oggi più che mai un supplemento di conoscenze, di eticità, di fede. L'uomo malato è qualcosa di più di un "orologio guasto" da riparare. Tale consapevolezza non rientra solo nella nobile presa di posizione etica del buon cristiano, ma deve diventare la *regola* del rapporto medico-paziente, assistente-assistito, ospedale-malato, sacerdote-fedele. Tutte le discipline chiamate in causa dall'uomo-persona minacciato nel proprio benessere fisico, psichico, sociale, spirituale non possono più ignorarsi; né tantomeno vantare, a priori, una superiorità di cui non dispongono se non di volta in volta e sempre con lo sguardo rivolto agli "universali" della scienza pura, ai particolari di quella applicata e ai profondi cambiamenti sociali e culturali causati dal progresso scientifico e tecnico.

L'evoluzione concettuale e pratica del mondo sanitario investe in pieno anche il cristiano, la sua azione e la sua responsabilità di portatore del ben-fare e di ben-essere

La liceità morale di procedimenti biologici e medici d'avanguardia è oggetto, come giusto, di dibattiti molto vivaci. Si parla sempre più di regolamenti legislativi in proposito. E se ciò è buona cosa, non va dimenticato che il progetto di umanizzazione della medicina o dell'arte sanitaria più in generale, non passa attraverso i tribunali del malato ma attraverso l'assunzione, da parte degli operatori, di un atteggiamento e di una

cultura di altro profilo scientifico e di profonda “umanità”. Le doti umanizzanti, contrariamente al comune sentire, richiedono un esercizio intelligente ed una verifica costanti attraverso gruppi di addestramento alla pratica della relazione: non bastano infatti gli insegnamenti teorici per imparare a “nuotare” fra le onde, non sempre placide, del mare “umano” agitato da sentimenti ed emozioni spesso ignoti ai pazienti stessi.

Il cristiano che opera nella sanità ha una grande e nuova responsabilità. Quella di orientare scienze umane e naturali al rispetto dell’uomo e dei suoi bisogni; attingendo ad una Tradizione – ben interpretata dai Santi della Ospitalità degli infermi – che lo autorizza a diventare sempre più deciso co-protagonista del “progetto salute e salvezza” di cui l’umanità ha, ed avrà, sempre una enorme necessità.

III.

ETICA  
E UMANIZZAZIONE,  
IL RUOLO  
DELLA FORMAZIONE

(1992-2001)

*a cura di P. Quattrocchi*

## *Introduzione*

*1. Gli scritti e le conferenze che coprono gli ultimi anni della vita di Fra Pierluigi Marchesi, sembrano racchiudere le ansie e i desideri di tutta una vita di Fatebenefratello impegnato nella sanità in prima persona. La modalità in cui egli vive questo periodo, è caratterizzata da quell'ansia di futuro sempre presente in lui e che lo rende vigile interprete degli eventi che sempre più velocemente trasformano il mondo sanitario. Il suo modo di intervenire, con articoli conferenze e dibattiti, lontano dai toni tipici delle Lettere-Documento scritte dall'uomo di governo per i Confratelli, è ora caratterizzato dalla retorica del suo stile irruento e provocatorio che mira a coinvolgere direttamente gli interlocutori. Egli infatti tenta di porre a se stesso, ed agli interessati, questioni radicali dalle cui risposte dipende un cambiamento della realtà e non un semplice innocuo scambio di idee. La sua passione lo porta sempre al confronto, al dialogo continuo con tutti i soggetti sociali che in qualche modo hanno a che fare con la sua vocazione di frate ospedaliero. Soprattutto nel campo della formazione. Con questa chiara apertura, il suo discorso diventa intervento politico, nel senso più alto del termine, e si rivolge a quanti, in ogni condizione e funzione, dirigono e gestiscono la grande e complessa impresa sanitaria.*

*Anche per questa ragione diventa attuale la rilettura del suo pensiero, con tutti i limiti propri della lettera del testo e alcune connotazioni ambientali che possono talvolta disturbare i contemporanei, ma che la nostra generazione ha il dovere di raccogliere per tentare, se non di attuarne i contenuti, almeno di trasmetterne il messaggio.*

2. Tra i temi da sottolineare, il primo consiste nella ricerca di una tipicità esemplare della sanità religiosa da proporre all'interno di nuove forme più partecipate di gestione con gli operatori laici, ma anche da indicare a tutti per i valori della promozione umana – l'umanizzazione – su cui principalmente essa si fonda. Devono leggersi in questo spirito le attenzioni alla problematica intrigante dei rapporti tra etica e gestione di un Ospedale.

Il rispetto della vita non può consentire a nessuno di utilizzare la malattia come semplice occasione per fare profitti. Il tema della qualità della vita viene utilizzato per correggere, dal punto di vista della tradizionale dottrina cristiana, gli eccessi provocati da chi vorrebbe ignorare la sacra dignità di ogni vita umana. Il valore della vita, il principio di equità delle cure e il rispetto dei diritti devono entrare a far parte dei criteri di decisione per le scelte anche economiche in sanità.

Anche i non addetti ai lavori apprezzeranno il richiamo ad un autore come Amartya Sen (Il tenore di vita tra benessere e libertà, 1993) citato da Marchesi a proposito del dovere di assicurare a tutti, compresi i malati più gravi, opportunità sufficienti per realizzare le proprie aspirazioni.

Pertanto, l'impresa sanitaria deve rendersi credibile agli occhi di tutti, non soltanto come impresa dei sanitari ma come strumento decisivo per la promozione della salute attraverso programmi di educazione sanitaria, miglioramento della qualità dei servizi e attenzione alle persone più deboli. E qui si richiede il ricorso alla formazione di tutti gli attori della sanità perché acquisiscano e interiorizzino i principi dell'etica e si abituino a ragionare eticamente nella concretezza delle singole situazioni, per riuscire a prendere decisioni corrette da tutti i punti di vista.

3. Altro tema da rilevare, nella rilettura e attualizzazione dei valori connessi con la Sanità religiosa, è quello della problematica intorno alla questione del senso delle professioni sanitarie, prima tra tutte quella del medico, smarrita tra le esigenze

*ze della medicina basata sulle evidenze e l'originaria vocazione umanistica che riescono difficilmente a convivere nella medicina contemporanea, anche in ambiente confessionale dove si è chiamati al rispetto dei valori di un'Istituzione cattolica. Riaffermando il valore delle professioni sanitarie come indispensabili servizi alla persona, negli scritti di Marchesi viene messo in rilievo la costitutiva immaterialità dei bisogni del malato che lo rendono dipendente, ma non soltanto fisicamente, dall'azione sanante delle pratiche mediche ed assistenziali. Tutti, quindi, sono chiamati a porsi di fronte ai malati, da uomini, affinché nel loro incontro possano esprimere la reciproca umanità e permettere che si attui un principio di autonomia solidale che spesso viene dimenticato. Il progetto racchiuso nell'invocazione "umanizzarsi per umanizzare", già ricordato nell'Introduzione, è rivolto a chiunque si occupa di sanità e consiste essenzialmente in un movimento di interiorizzazione dell'impegno con l'uomo malato assunto quale fine operativo dell'agire morale personale. Gli interessi dell'altro, la salute, devono diventare fini della mia azione.*

*La formazione quindi non può ridursi ad accumulare nuove abilità pratiche, considerate come necessarie ma non sufficienti per le professioni sanitarie; essa è opera continua di affinamento dell'intelligenza e dei sentimenti per arrivare a cogliere e prendere in carico i bisogni molteplici del malato, al di là delle patologie per le quali si invoca la Medicina.*

*La formazione alla comprensione dell'umana soggettività di ogni persona malata, per quanto trascurata nei percorsi abituali dell'istruzione universitaria, viene qui indicata quale caratteristica ineliminabile dal profilo professionale di un operatore sanitario se si vuole attuare un'alleanza terapeutica per cui un malato assume un ruolo positivo nella cura della propria salute.*

*La vera umanizzazione dell'assistenza sanitaria non consiste nel fare "cose", ma nell'istituire nuovi modelli di relazione tra i due soggetti in gioco, paziente e terapeuta, integrando questa medicina-con-l'uomo e le discipline scientifiche che contribuiscono a definirne la complessità.*

4. Ed ecco emergere il tema centrale: la formazione come impegno etico, che impone necessariamente l'inclusione della dimensione etica delle professioni sanitarie nella gestione dei rapporti e nell'organizzazione sanitaria stessa. Le risorse che compongono le strutture sanitarie, viene affermato con convinzione, sono regolate nel loro funzionamento dalle leggi dell'economia, ma assumono senso etico-politico in quanto erogano un servizio alla salute in nome e per conto dello Stato, secondo leggi che devono tutelare i diritti della persona umana e garantire il raggiungimento del bene comune, in questo caso la salute di tutti.

La base ideale di questa visione etica della missione della Sanità, oggetto a sua volta della formazione continua dei professionisti della salute, viene individuata nell'etica della reciprocità. Un modello molto semplice che, riconoscendo la varietà delle componenti il sistema sanitario, suggerisce di considerarli tutti in interazione senza mai privilegiare l'astrettezza dei principi rispetto alle motivazioni personali, o preferire il raggiungimento di obiettivi di bilancio contro la presa in carico globale del bisogno di chi soffre.

Saper essere infermiere o medico non significa esercitare un potere/sapere, ma mettere le proprie competenze e il proprio essere in relazione con le altre parti del sistema di servizi che possono risultare veramente efficaci quando operano in reciprocità.

Senza prendere posizione sulle diverse teorie dell'apprendimento, il modello di formazione pensato da Marchesi per i professionisti della salute invoca semplicemente l'educazione ad una forma di coerenza che nella Sanità religiosa o in quella pubblica rimette al centro la questione della responsabilità che le strutture, e le politiche sanitarie, sembrano confinare nel puro ambito dell'efficietismo economico-finanziario.

Volendo ristabilire uno stile umanizzante della Medicina, sarà necessario riprendere i suoi messaggi, sempre attuali, per conciliare l'efficienza dei percorsi assistenziali con l'efficacia dei risultati qualitativamente soddisfacenti per la persona curata e per l'istituzione curante.



*I temi che abbiamo appena sfiorati, sono trattati con maggiore competenza nei singoli lavori di questa raccolta, malgrado la frammentarietà e l'incompletezza dell'argomentazione: conseguenza, a volte, del proprio carattere, stile e situazioni in cui l'Autore si trovava a lavorare.*

*Nel raccogliere i suoi Scritti i Fatebenefratelli rendono omaggio ad un Confratello e offrono alla riflessione di chi legge, il pensiero di un testimone del nostro tempo animato dalla speranza. La sua memoria, e la sua irripetibile vicenda, in un mondo così mutevole come quello sanitario, possono ancora generare esperienze innovatrici e soluzioni adeguate al miglioramento della Sanità, tentando nuove strade con fedeltà creativa alla propria storia e coraggio profetico nei confronti del tempo in cui viviamo.*

Pietro Quattrocchi

### III, 1. ETICA E GESTIONE DI UN OSPEDALE CATTOLICO\*

#### Introduzione

Nella varietà delle competenze rappresentate attorno a questo tavolo si può vedere la complessità dei problemi che agitano l'intero mondo della sanità.

Per il mio breve intervento ho scelto di sottoporre all'attenzione degli illustri professionisti presenti la necessità, quando si tratta di sanità, di concludere, forse, la fase delle analisi dettagliate.

Ormai sappiamo tutto sui costi della sanità, sul suo impatto sul Welfare, sui disagi dei cittadini del mondo intero. Occorre, ora, avere una visione d'insieme e disegnare strategie locali per passare dalle teorie analitiche astratte alle realizzazioni concrete che migliorino la sanità a favore delle persone malate.

Nel binomio salute e sanità è rappresentato, a mio parere, proprio il nesso che corre tra i bisogni concreti della persona malata e i problemi strutturali dei sistemi sanitari.

In tutte le nostre riflessioni non può mancare, infatti, il riferimento sostanziale al bisogno di salute che fonda e invoca il ricorso alle strutture ed al sistema sanitario.

Da tutte le parti ci viene detto che il servizio sanitario, e non solo nei Paesi industrializzati, ha incominciato a confrontarsi con i vari sistemi economico-sociali esistenti. In particolare, a causa del contenimento dei costi e nell'intento di incrementare l'efficienza dello Stato, ci si è trovati a dover ripensare l'intera organizzazione sanitaria.

Dal Nord al Sud della Terra corre un'unica parola d'ordine: «Razionalizzare la spesa sociale».

---

\* Editto in lingua italiana e spagnola nel 1994. Il testo è stato poi pubblicato in "Dolentium Hominum" 41, 1999, n. 2.

Questo vuol dire, senza mezzi termini, cambiamento radicale della gestione amministrativa, dell'organizzazione ed erogazione dei servizi, della distribuzione delle risorse umane e finanziarie.

Da qui nascono alcuni problemi che sottopongo rapidamente alla Vostra attenzione:

*Ripensare la qualità della vita, misurare i costi, rispettare la giustizia.*

*Garantire l'accessibilità dei servizi a tutti i cittadini: l'informazione.*

### *1. Misurare i costi e rispettare la giustizia*

Non vi sembri eccessivo, in questo nostro incontro, richiamare l'insegnamento in materia di economia di Papa Giovanni Paolo II.

Nell'Enciclica *Centesimus Annus* del 1991, il Santo Padre riafferma l'importanza dell'internazionalità nell'economia di mercato. Attraverso l'accesso al mercato internazionale è possibile consentire lo sviluppo a tutte le economie nazionali, soprattutto valorizzando le risorse umane insieme a quelle naturali.

Il Papa non trova contrario all'insegnamento tradizionale della Chiesa il fatto che il libero mercato venga riconosciuto come lo strumento più efficace a collocare le risorse e rispondere efficacemente ai bisogni. Riferendo quel pensiero alle nostre problematiche, riconosciamo che l'ingresso del mercato nella sanità può costituire un valido aiuto per evitare sprechi ed indirizzare la spesa. Ma proprio per la sanità va fatto un discorso complementare che deve unire le esigenze di controllo della spesa con il rispetto dei bisogni di tutte le persone malate.

Infatti, opportunamente, il Santo Padre distingue il ruolo del libero mercato in rapporto alle diverse aree dei bisogni e dice: «Ciò, tuttavia, vale solo per quei bisogni che sono "solvibili", che dispongono di un potere d'acquisto, e per quelle risorse che

sono “vendibili”, per le quali, cioè, è possibile stabilire un prezzo adeguato. Ma esistono numerosi bisogni umani che non hanno accesso al mercato. È stretto dovere di giustizia e di verità impedire che i bisogni umani fondamentali rimangano insoddisfatti e che gli uomini che ne sono oppressi periscano» (C.A. 34).

Il bisogno di salute, che viene configurato in certe Costituzioni addirittura come ambiguo diritto alla salute, è chiaramente un bisogno non monetizzabile. Per tale ragione sarebbe l'ora di scindere il costo reale per le prestazioni dal plus-valore dell'assistenza al malato, che andrebbe valutata in termini di qualità globale e perché no, anche “pagata in sovraggiunta”.

L'impresa sanitaria, infatti, non può essere ridotta a semplice azienda basata sul profitto, anche se il profitto indica il buon andamento di un'azienda sanitaria.

Nel caso specifico il profitto, ci suggerisce il Papa, non può essere l'unico indice per giudicare l'efficienza di un'azienda.

«Scopo dell'impresa infatti conferma il Papa – non è semplicemente la produzione del profitto, bensì l'esistenza stessa dell'impresa come comunità di uomini che, in diverso modo, perseguono il soddisfacimento dei loro fondamentali bisogni e costituiscono un particolare gruppo al servizio dell'intera società» (C.A. 35)

In altri termini, la contabilizzazione dei costi deve includere il costo di quel bene incommensurabile che è la dedizione dei professionisti che, ripeto, deve essere pagata come un servizio di qualità che non sarebbe tale senza la dedizione degli operatori sanitari.

In tutti i Paesi del mondo, i problemi sanitari hanno posto al centro la questione della misurabilità della qualità di vita.

Infatti, per gli economisti, anche la spesa sanitaria deve adeguarsi a criteri di efficienza-efficacia tipici del sistema produttivo industriale.

Ciò presuppone che vi siano uomini la cui vita valga di più e altri la cui vita valga meno e quindi persone di cuore e altre no.

Per i cristiani questo è inaccettabile, proprio perché, per noi, il fondamento dell'etica consiste nel considerare ugualmente

importanti tutti gli esseri umani la cui vita ed interessi devono essere trattati equamente senza distinzioni di sorta. Pensiamo alle disastrose conseguenze cui andremmo incontro se considerassimo, come qualche legislatore propone, meno importante la qualità di vita di un anziano o di un disabile psichico, o riducessimo all'utilitarismo i criteri per l'attribuzione degli aiuti ai popoli in via di sviluppo.

Non si possono, per semplici ragioni economiche, escludere dai criteri di decisione quelli riguardanti:

- il valore della vita;
- il principio dell'equità nelle cure;
- il rispetto dei diritti civili. Tentando di applicare alla sanità il concetto di qualità di vita di A. Sen qui possiamo soltanto accennare alla complessità di concetti che questo acuto economista, di origine indiana, mette in giuoco parlando dell'attenzione che il governo collettivo dovrebbe porre proprio sul livello di benessere e qualità di vita cui aspirano i cittadini.

Cercando di capire a fondo le ragioni per le quali una persona possa essere soddisfatta del proprio stato, A. Sen afferma:

“Vi sono molti modi fundamentalmente diversi di considerare la qualità della vita e un certo numero di essi possiede una certa plausibilità immediata. Si potrebbe essere agiati senza stare bene. Si potrebbe stare bene senza essere in grado di condurre la vita che si era desiderata. Si potrebbe avere la vita che si era desiderata senza essere felici. Si potrebbe essere felici senza avere molta libertà. Si potrebbe avere molta libertà senza avere molto. E così via”. (A. Sen, *Il tenore di vita tra benessere e libertà*, Venezia, 1993).

Vediamo che da questa prospettiva possiamo opporre all'utilitarismo ingenuo una concezione molto problematica.

In questa, l'autodeterminazione individuale che passa anche attraverso il giuoco delle “preferenze” diventa un percorso costellato di ostacoli.

Tale percorso diviene un fatto culturale complesso con cui possono interferire tutta una serie di condizioni “inabilitanti” spesso solo parzialmente sormontabili (si pensi alla malattia, all'handicap fisico e mentale, alla vecchiaia).

Alla rassicurante prospettiva utilitaristica, secondo cui l'uomo è così com'è, viene opposta un'idea inquietante: "l'uomo è quel che gli viene permesso di essere".

Il problema eticamente rilevante della giustizia sociale così come interessa la bioetica, non è soltanto quello di assicurare a tutti un ammontare di risorse sufficiente a soddisfare le proprie preferenze e aspirazioni date, quanto piuttosto quello di *assicurare a tutti opportunità sufficienti a realizzare un pieno e compiuto progetto di sviluppo delle proprie aspirazioni e potenzialità.*

La risorsa veramente scarsa è quella che si potrebbe definire "opportunità di sviluppo umano"; è il mancato rispetto dello sviluppo dell'uomo a creare le condizioni materiali per l'ingiustizia. L'ingiustizia di chi soffre la privazione di beni o di salute non costituisce per la bioetica una ragione per essere privato delle cure necessarie a cogliere la propria "opportunità" di vivere.

Non pare ci possa essere di grande aiuto l'indicatore di Sviluppo Umano elaborato dal programma per lo sviluppo dell'ONU (Undp), perché i valori da esso considerati non ci sembrano sufficienti a garantire il rispetto della persona umana nelle più svariate situazioni esistenziali e condizioni di vita.

Per l'ONU lo sviluppo di una popolazione risulta dalla valutazione di quattro fattori: prodotto interno lordo pro-capite, tasso di alfabetizzazione e scolarizzazione media, speranza di vita.

Il termine "speranza di vita" non è sinonimo di qualità di vita, ma tende ad introdurre una certa dipendenza materiale e misurabile tra l'attesa di vita, le condizioni di salute, la dipendenza permanente da aiuti esterni. In questa prospettiva risulterebbe un peso mantenere quelle persone inabili che a diverso titolo, sarebbero incapaci di produrre reddito.

Da un punto di vista personalista la cura globale della persona umana non riconosce come valore la parzialità del calcolo economico basato sull'analisi del rapporto costo-efficacia e propone un recupero del ruolo del ricercatore biomedico, del medico e dell'infermiere come difensori della vita e garanti dei diritti di ogni persona umana.

## 2. Il rispetto della persona e il valore della vita umana

Seguendo un certo filo storico, vorrei ricordare la grande lezione del Concilio Ecumenico Vaticano II, che nella Costituzione Pastorale sulla Chiesa nel mondo contemporaneo, *Gaudium et Spes*, disegnò un grande quadro di riferimento per la vita del credente impegnato nel mondo.

A quell'insegnamento si deve sempre ritornare se si vuole attualizzare la dottrina della Chiesa sul rispetto della persona umana e sull'accordo tra amore umano e dignità della vita. (G.S., 51)

Ricordiamo esemplarmente un passaggio:

“Inoltre tutto ciò che è contro la vita stessa, come ogni specie di omicidio, il genocidio, l'aborto, l'eutanasia e lo stesso suicidio volontario; tutto ciò che viola l'integrità della persona umana, come le mutilazioni, le torture inflitte al corpo e alla mente, le costrizioni psicologiche; tutto ciò che offende la dignità umana, come le condizioni di vita subumana, le incarcerazioni arbitrarie, le deportazioni, la schiavitù, la prostituzione, il mercato delle donne e dei giovani, o ancora le ignominiose condizioni di lavoro, con le quali i lavoratori sono trattati come semplici strumenti di guadagno, e non come persone libere e responsabili: tutte queste cose, e altre simili, sono certamente vergognose. Mentre guastano la civiltà umana, disonorano coloro che così si comportano più ancora che quelli che le subiscono e ledono grandemente l'onore del Creatore” (G.S., 27).

Ma nel contesto più attuale della globalizzazione dei mercati europei e mondiali, mi sembra di grande interesse il richiamo con cui l'Enciclica *Centesimus Annus* lega i delitti contro l'uomo all'ateismo. Il Papa afferma che la soggettività sociale non può essere mai disgiunta dalla soggettività personale che garantisce l'autonomia dell'individuo dinanzi alle istituzioni.

L'ateismo, dice il Papa, aveva annullato la persona e ridotto l'uomo ad un prodotto di ingranaggi sociali (C.A., 13).

Dalla rottura tra Dio e l'uomo nasce la perdita del rispetto per la dignità della vita umana e forse quel relativismo etico attaccato e respinto dalla più recente Enciclica *Evangelium Vitae*.

Da questi frammenti del Magistero confrontati con quello che viviamo tutti i giorni, si nota come il concetto di persona è diventato oggetto di contese.

Malgrado le apparenze quel concetto, così condivisibile a prima vista, viene interpretato in modo sempre più riduzionistico.

Scienza e società in convulsa evoluzione, proiettate verso traguardi sempre più sorprendenti, in possesso di tecnologie efficaci, si scoprono estranei ai lacci della morale e cercano alibi per una più ampia e incontrollata libertà di azione.

In tale situazione di rispetto formale per la persona e allo stesso tempo di frenesia libertaria, la concezione cristiana della persona, costituisce un ostacolo proprio a causa della sua assolutezza, che di qualunque “individuo umano” fa qualcosa di praticamente “intangibile”.

Nell'Enciclica *Evangelium Vitae* si mette in discussione proprio la cultura di morte che come una struttura di peccato “condiziona” le scelte valoriali e operative nella vita umana.

Contrariamente al passato, questo documento punta il dito contro le minacce alla vita che vengono sia dalla situazione di violenza generatrice di omicidi e uccisioni di deboli, sia dalla “iniqua distribuzione delle ricchezze”. Mai come ora il Magistero ha inteso equilibrare l'affermazione dei principi ideali con il richiamo alle contraddizioni pratiche che i credenti stessi devono tentare di superare.

Alla “miseria” il Papa – come Suor Teresa di Calcutta attribuisce un'enorme responsabilità per quanto riguarda il disprezzo della vita. Perché il valore della vita umana si eclissa tanto più quanto più crescono i conflitti razziali, le guerre tribali, lo scandaloso commercio di armi, la criminale diffusione della droga. Tutti definiti come veri e propri attentati alla dignità della vita.

Ed ecco il testo del Papa nella sua stringente logica:

“Come s'è potuta determinare una simile situazione? Occorre prendere in considerazione molteplici fattori. Sullo sfondo c'è una profonda crisi della cultura che ingenera scetticismo sui fondamenti stessi del sapere e dell'etica e rende sempre più difficile cogliere con chiarezza il senso dell'uomo, dei suoi di-



ritti e dei suoi doveri. A ciò si aggiungono le più diverse difficoltà esistenziali e relazionali, aggravate dalla realtà in una società complessa, in cui le persone, le coppie, le famiglie rimangono spesso sole con i loro problemi. Non mancano situazioni di particolare povertà, angustia o esasperazione, in cui la fatica della sopravvivenza, il dolore ai limiti della sopportabilità, le violenze subite, specialmente quelle che investono le donne, rendono le scelte di difesa e di promozione della vita esigenti a volte fino all'eroismo.

Tutto ciò spiega, almeno in parte, come il valore della vita possa oggi subire una specie di 'eclissi', per quanto la coscienza non cessi di additarlo quale valore sacro e intangibile, come dimostra il fatto stesso che si tende a coprire alcuni delitti contro la vita nascente o terminale con locuzioni di tipo sanitario, che distolgono lo sguardo dal fatto che è in gioco il diritto all'esistenza di una concreta persona umana". (*E. v., 11*)

Su questo sfondo nasce la bioetica che vuole valutare nelle loro implicanze etiche il fenomeno dell'aborto, la pratica della contraccezione, le tecniche più sofisticate di riproduzione artificiale, il rifiuto delle cure o l'accanimento terapeutico sulle persone anziane o inguaribili.

La bioetica di ispirazione cristiana è un'invocazione al rispetto delle dignità dell'uomo, soprattutto perché la vita umana è un dono di Dio.

Ed è in questo collegamento tra il "senso di Dio" e il significato della vita che si deve insistere per fondare la bioetica.

Al di là delle sottili discussioni scientifico-filosofiche, che hanno un loro valore, quello che conta è ridefinire la natura trascendente della vita umana che è insieme misteriosa manifestazione della creatività di Dio e prodigioso accumulo di energia organizzata.

Ricordiamolo come fa il Papa, con le parole del Concilio Vaticano II: "La creatura senza il Creatore svanisce. Anzi, l'oblio di Dio priva di luce la creatura stessa" (*G. S., 36*). L'uomo, chiuso nel ristretto orizzonte della sua fisicità, si riduce in qualche modo ad una cosa e non coglie più il carattere trascendente del suo esistere come uomo. Così la vita che nasce o che muore

non ci interpella più sul significato del nostro essere, ma si impone come evento da trattare solo medicalmente per risolvere più efficacemente un certo problema sanitario.

Il valore della vita umana deve essere ricercato e affermato proprio per riportare l'uomo al suo destino di creatura di Dio contro il materialismo pratico che genera individualismo, utilitarismo ed edonismo.

La relazione con Dio dà un senso diverso alla corporeità, alla sessualità, alla salute e alla malattia.

Perché la vita possa essere vissuta come impegno etico e non soltanto come evento naturale "casuale" o come frutto della manipolazione degli uomini.

"È nell'intimo della coscienza morale – afferma il Papa – che l'eclissi del senso di Dio e dell'uomo, con tutte le sue molteplici e funeste conseguenze sulla vita, si consuma. È in questione, anzitutto, la coscienza di ciascuna persona, che nella sua irripetibilità si trova sola di fronte a Dio". (E. v., 24)

La vita umana assume così valore e consistenza originalissimi che non possono essere traditi senza tradire la nostra fede stessa in Dio.

Ristabilire questo legame è compito dei cristiani per il terzo millennio.

### *3. Ruolo del manager cattolico e leadership*

Per essere testimoni efficaci, gli ospedali cattolici devono essere affidati ad una leadership coerente e competente.

Quali sono i ruoli degli amministratori? La risposta non è semplice.

Certo vi sono dei criteri per disegnare la mappa dei ruoli che non coincide con gli organigrammi, perché essi al massimo indicano la posizione di questo o quel livello gerarchico. Uno di tali criteri consiste nel comprendere *qualità e quantità dei bisogni sanitari*, il livello di competenza e maturità del personale, la natura della tecnologia disponibile e di quella inseribile nei nostri ospedali; ma importante altresì è comprendere quan-

to, di *personale* (il fattore P) nel singolo ruolo è utile all'esercizio del medesimo e quanto invece dannoso. Sappiamo infatti che ognuno di noi "interpreta" un ruolo e ciò è inevitabile; ma è necessario, perché lo stile personale risulti positivo, che di quando in quando *la struttura direttiva metta in discussione* anche questa interpretazione, in modo da rendere gli attori rispettosi *sia della parte che della propria natura ed inclinazione*.

Di una cosa sono sicuro: noi non potremo recitare bene la nostra parte se non metteremo in atto dei sistemi correttivi, e periodici, del nostro modo di procedere, al fine di rimodellare attività, atteggiamenti, stili d'esercizio del potere, nel rispetto *dei doveri di competenza e del diritto di mutare* – a fin di bene e in piena trasparenza organizzativa – il nostro quotidiano operare.

*Si parla molto di leadership al giorno d'oggi*. Essa, è tanto più necessaria quanto più complesso si fa il sistema in cui operiamo. È la stessa società che ha bisogno di leader.

Ma leader si diviene solo dopo aver acquistato una visione complessiva dei nostri Centri e sviluppato un'attitudine alla *comprensione* di ciò che avviene, di ciò che serve, di ciò che è essenziale per i nostri collaboratori (che dobbiamo guidare e sostenere) e per i malati (che dobbiamo curare per dar loro salute e salvezza).

Pertanto non si diviene leader, e forse neanche Manager, rimanendo chiusi e corazzati nelle nicchie operative, pronti a colpire – di spada o di fioretto – coloro che tentano di avvicinarsi al nostro posto di comando e nemmeno sparando dall'alto ordini senza senso.

Invece si diviene leader se la molecola dell'organizzazione accanto a quella inserita nel farmaco "personalità" del dirigente – è studiata, applicata, migliorata. Ciò obbliga gli amministrativi non solo ai conti economici e finanziari, ma anche a quelli con la qualità dell'organizzazione. Perché anche l'organizzazione ammalata, degenera, muore... a meno che non incontri "dottori" attenti a metterla sul lettino per diagnosi tempestive e veritiere e per le terapie del caso.

Come comprendere lo stato di salute dei ruoli direttivi nei nostri ospedali?

Come definire i ruoli auspicabili per ogni singolo Centro e in un determinato momento storico e sociale?

Come passare dai ruoli esistenti – ove carenti o inadeguati – a quelli possibili ed *auspicabili*?

*Da chi* debbono partire le iniziative necessarie alla identificazione dei nuovi ruoli e delle nuove funzioni all'interno del vecchio ruolo?

Esiste l'intenzione, e la convinzione, all'interno dei nostri Centri di ospitare anche la rotazione dei ruoli direttivi?

Ci sono le condizioni per evitare la nostalgia del presente, o del passato e per avvicinarci tutti insieme nella medesima direzione?

Per quanto possa servire la mia esperienza, debbo dirvi che non c'è arricchimento e/o allargamento di ruolo senza fatica e sofferenza, della persona e della organizzazione.

*Nasce a fatica il dirigente*, anche nei nostri Centri.

Una conquista è dunque l'assunzione di un nuovo ruolo che, lo ripeto, nessuno ci può regalare.

C'è tuttavia un amico prezioso che vi può sostenere nel lungo ed affascinante viaggio nella complessa gerarchia dei nostri ospedali. Esso ha un nome semplice: la *vostra coscienza* di cittadini, di professionisti, di intelligenti osservatori della realtà sociale e sanitaria, di *cattolici impegnati ogni giorno* nel 'sanitario'. Essa, la coscienza, conosce bene le nostre ignoranze e la nostra immaturità, ma non si abbatte per questo in quanto i limiti umani ci appartengono.

La nostra coscienza, conosce anche le pesanti debolezze di chi soffre, di quanti hanno la "pelle troppo sottile" per cui sono incapaci di resistere agli urti della vita esterna ed interna. E perciò essa – la nostra coscienza – ispirata anche da secoli di impegno umano e spirituale dei religiosi, sa che una vera città della terapeutica è una realtà che ci sfida e ci sprona: siamo importatori di una personalità e di una funzione.

Ma divenire persone e professionisti di sanità e di amministrazione nei nostri Centri non è possibile senza una coscienza e vigile attenzione alla nostra formazione permanente: quella formazione che sviluppa non solo le nostre doti manageriali e

tecniche, ma anche quelle umane: il coraggio, la creatività, la collaborazione, l'umanità. Purtroppo le doti umane non ricevono molta attenzione neanche nei nostri Centri. Sono considerati, i talenti personali, come ininfluenti o addirittura controproducenti nella vita lavorativa e nei percorsi di carriera.

Lo sapete che i dirigenti di tutto il mondo dedicano anni di studio per acquisire doti tecniche e manageriali e pochissimo tempo per coltivare quelle umane, presenti in ogni essere e indispensabili per una vita civile, umana, solidale?

Ma se così stanno le cose, niente paura.

Oggi esistono metodi collaudati anche per crescere come persone. A condizione di essere coscienti che formarsi, dare forma e vita ai nostri talenti significa mettersi in discussione, imparare a pensare e a sentire, significa saper esprimere pensieri e riconoscere i nostri sentimenti, in modo da capire prima di agire.

Le riforme sanitarie, la comparsa di nuovi bisogni, le vicende future dell'ospedale cattolico, la ricerca di benessere dei nostri collaboratori, le crisi economiche e morali, tutto ciò che succederà nel prossimo futuro, potrà rappresentare un'occasione favorevole per *nuovi progetti* miranti alla qualità totale dei nostri Centri.

Questi non sono né immutabili né amministrabili solo dai cattolici.

Essi sono per i bisognosi del nostro tempo e di quello futuro, perciò soggetti al divenire, alla ricerca, al mutamento.

Il più grande peccato che noi possiamo commettere è non fare ciò che invece è possibile fare.

Il "possibile" si scontra sempre con l' "esistente": questo è molto più rassicurante di quello.

Perciò il "possibile" richiede un impegno in più, la sopportazione di critiche e confusione, l'assunzione di forti carichi di responsabilità e di utopia.

L'utopia non è l'opposto della concretezza, anzi è la concretezza del domani, quella non prevista e non pensata anche da dirigenti e superiori. Essa non trascura passato e presente ma li reinterpreta per disporli meglio al futuro e al possibile. Perso-

nalmente ho sposato l'utopia da molti anni, sorella della vera ospitalità e non me ne pento. L'ospitalità cattolica del futuro avrà bisogno di ruoli adeguati, ben interpretati da persone capaci di idee, progetti ed entusiasmo e non solo di prestazioni manageriali.

Tocca anche a voi amministrativi, custodi magari gelosi dell'archivio ospedaliero, inventare e custodire quello delle idee, dei progetti, e delle persone generose.

L'archivio delle idee si costruisce con paziente attenzione a tutte le idee. Per raccogliere le idee bisogna riunirsi, a tutti i livelli, perché il vento delle idee soffi ovunque e non solo nelle stanze della direzione.

Possiamo anche domandarci: è possibile, in sanità, insegnare l'etica?

La risposta nasce da un certo sentimento di scetticismo specie per quell'operatore che pretende di operare tecnicamente o amministrativamente senza mai un contatto con la complessità e con il contenuto umano della sua area di incidenza e di riflesso.

Non si può certo, specie in sanità, accettare l'affermazione di moda che dice: più etica uguale più profitto.

Noi affermiamo che l'etica è essenziale per chi vuole operare in sanità ma se costui opera senza l'anima dell'ospitalità cammina decisamente verso la disumanizzazione della medicina e dei Centri assistenziali.

Da tutto ciò ancora una volta emerge con prepotenza l'esigenza fondamentale di un certo tipo di formazione di base e la necessità irrinunciabile della formazione permanente.

Non voglio fare qui una disquisizione su quale formazione in generale sia migliore e sul modo di organizzarla.

Certo è che, se vogliamo parlare di etica senza un progetto formativo concreto, continuato, partecipativo e vivo, corriamo il rischio di vivere una vita solo nella dimensione del tramonto.

La finalità formativa assume un'importanza superiore a quella che potrebbe essere attribuita ai diversi codici deontologici e di autoregolamentazione. O meglio, questi saranno efficaci, solo se i destinatari saranno capaci di interiorizzare i valori morali da essi richiamati.

Come? Attraverso opportunità formative che accompagnino l'esperienza professionale.

L'obiettivo è acquistare la capacità di ragionare eticamente soprattutto in quei casi che sfuggono inevitabilmente alla regolamentazione.

Per risolvere il problema bisognerebbe immergersi nelle problematiche morali specifiche di ogni professione e attività.

Un'operazione che però potrebbe generare un equivoco: far ritenere che vi siano diverse etiche speciali: l'etica dell'imprenditore, del sindacalista, del medico, dell'avvocato, e così via con principi, valori e norme morali del tutto differenti, riguardo ai quali alla fin fine avrebbero diritto di esprimersi solo i diretti interessati.

È ragionevole supporre, invece, che nonostante si possa ammettere la legittimità di alcune attenzioni e sottolineature morali proprie di ciascuna professione e attività, vi siano delle costanti e dei valori comuni; come pure è immaginabile l'esistenza di dilemmi etici molto simili, che ciascuno per la sua parte e per il compito che gli spetta è chiamato a vagliare criticamente.

Per questo motivo si può ipotizzare che la formazione morale abbia il medesimo fondamento e che un eventuale insegnamento di etica, e in specie di etica applicata, possa crescere su un terreno comune.

Formazione etica dunque e formazione morale fatte crescere su un terreno comune per formare una vera sensibilità e *vibrazione* della propria coscienza.

Una coscienza morale matura è in grado di valutare con molta attenzione quelle che possono essere le possibili conseguenze delle proprie scelte. In altri termini, per usare la celeberrima distinzione di Max Weber, non è sufficiente agire secondo l'etica della convinzione, ossia secondo principi universali, ritenuti giusti in sé, a prescindere dalle loro conseguenze: all'etica della convinzione deve accompagnarsi l'etica della responsabilità, in base alla quale il soggetto agente giudica, con senso appunto di responsabilità, riguardo agli effetti del proprio agire. La formazione morale non potrà quindi che ricercare un

equilibrio tra etica della convinzione ed etica della responsabilità. Come infatti ricorda Weber, le due etiche non sono “antitetiche ma si completano a vicenda, e solo congiunte formano il vero uomo”.

In altri termini, una personalità matura, un “vero uomo”, sa ragionare eticamente adottando principi universali e coerenti ma è capace anche, di fronte al dilemma etico e di fronte al conflitto tra valori ugualmente meritevoli di considerazione, di scegliere trovando la migliore sintesi di valore possibile.

Una formazione che miri all’acquisizione e all’interiorizzazione dei principi fondamentali e che contemporaneamente abiliti a ragionare eticamente nella concretezza delle situazioni di vita, non può certo essere accusata di astrattismo o di genericità. Permetterà piuttosto di allontanare rischi dell’indottrinamento e di moralismi falsi che alla fine distruggono la coscienza.

Senza questo lavoro sarà difficile servire e promuovere la vita *come* noi vogliamo.

#### *4. Alla ricerca di linee-guida*

Non vorrei che le mie parole venissero lette come un attacco alla sanità del mondo industrializzato. Devo però dire con franchezza che il sistema sanitario mondiale, così come è ridotto, è esso stesso un problema. Prima di tutto perché si è venuto sempre più isolando dal resto della società, avendo affidato il proprio successo alle prestazioni spettacolari di illustri medici e chiudendosi in una specie di labirinto dove possono entrare solo gli iniziati. Contro questa chiusura deve intervenire una nuova cultura umanizzante della medicina e una nuova formazione dei professionisti.

L’impresa sanitaria deve rendersi credibile agli occhi di tutti non più come impresa “dei sanitari” ma come strumento decisivo per la promozione della salute attraverso programmi di educazione sanitaria, miglioramento della qualità dei servizi, attenzione alle persone più deboli.



Tutto questo comporta un nuovo modello informativo che impegni le istituzioni sanitarie a rendersi più vicine alla gente, a tutti gli utenti potenziali. Occorre ravvicinare la sanità ai cittadini, spiegando a tutti in un linguaggio accessibile cosa si può ottenere dal servizio sanitario del proprio Paese.

L'accessibilità dei servizi sanitari non è soltanto una questione di barriere architettoniche, ma soprattutto di cultura del servizio.

Se le persone non sono aiutate a riconoscere quali sono e come funzionano le istituzioni sanitarie, non possono neppure orientare le loro domande ed avere risposte adeguate.

Interviene in questo delicato passaggio il nuovo ruolo che può e deve svolgere il volontariato cattolico ospedaliero.

La timidezza che ha animato i primi passi di tale movimento deve essere messa da parte per fare posto invece ad una programmatica attività di collegamento, nel doppio senso, tra cittadini e istituzioni sanitarie.

Uscendo dalla situazione di supplenza che spesso ha ritagliato per sé, il volontariato deve dirigere i suoi passi verso la costruzione di una società civile più equa e solidale, garantendo ai cittadini la possibilità di trovare soddisfazione ai propri bisogni come esercizio di un diritto.

Professionisti sanitari e volontari ospedalieri cattolici devono assumere il compito di ridisegnare un nuovo patto di solidarietà tra istituzioni e cittadini, se non si vuole rischiare di distruggere l'unità della società umana.

Concludendo non posso tacere su quello che deve essere, in questo futuro prossimo, il ruolo degli ospedali cattolici: "cattolici" cioè *universali* per loro vocazione.

I nostri ospedali devono trovare il modo per esprimere l'unicità e originalità della loro vocazione. Un ospedale cattolico, ispirato dalla carità di Dio per l'uomo, deve poi riconoscere quello stile di comunione che curando i corpi si preoccupa della salvezza delle persone, per costruire la comunità dei salvati.

Da qui dobbiamo essere incoraggiati a trovare delle linee comuni di azione che, riprendendo alcune riflessioni sull'identità cattolica sviluppate in altri settori, vorrei sintetizzare come se-

gue: la cattolicità di una struttura fa perno, in maniera critica, sull'impegno del suo personale a concepire l'assistenza sanitaria come ministero. *In questa prospettiva sono vitali tre fattori: la cura della qualità, la ricerca della giustizia sociale e l'attenzione ai poveri.*

– La qualità dell'assistenza medica fornita nelle strutture cattoliche non può essere inferiore a quella assicurata dalle corrispondenti istituzioni non cattoliche o laiche. Tuttavia, una struttura cattolica assiste l'intera persona – corpo, mente e spirito. Una tale assistenza sanitaria globale richiede che ci si dedichi non solo alla qualità scientifica dell'assistenza medica che si presta, ma al modo in cui la si presta.

Per quanto non vi sia niente di esclusivamente cattolico nell'attenzione alla qualità, un'opinione diffusa distingue le strutture cristiane da quelle secolari in virtù di questo tratto personale.

– La credibilità della proclamazione del Vangelo da parte della Chiesa è scalfata alla base quando la sua vita interna, che include quella delle sue strutture di assistenza sanitaria, non rispecchia la giustizia che essa predica. Bisogna che le strutture cattoliche siano attente alle domande di giustizia sociale quando prendono decisioni sui servizi da offrire e sull'allocazione delle risorse. Queste decisioni dovrebbero essere prese alla luce dei reali bisogni di assistenza sanitaria delle comunità che le strutture cattoliche servono, piuttosto che alla luce di considerazioni meramente finanziarie. L'insegnamento sociale della Chiesa deve improntare in queste strutture anche i rapporti di lavoro con impiegati e datori di lavoro.

– Nel prossimo futuro le pressioni del mercato potranno impedire alle strutture cattoliche di incrementare sostanzialmente la quota di assistenza da fornire agli indigenti. Nondimeno, esse possono rispettare la dignità dei pazienti poveri che assisteranno, riservando loro la stessa qualità di cura e la stessa attenzione personale che prestano ai più ricchi. Possono anche invocare, con forza, politiche pubbliche che assicurano equità nell'accesso dei poveri al sistema dell'assistenza sanitaria seguendo gli inviti pressanti del Santo Padre.

Le decisioni sulle localizzazioni delle strutture, sui tipi di servizio da fornire o da sospendere, e sul genere di attrezzature da acquistare, dovrebbero essere prese alla luce del loro impatto sui poveri. (Cfr. in particolare J. Baul in *Concilium* N. 5, 1994, pagg. 115-119)

Forse non è una ricetta, ma è un modo decisivo di porre il problema della coerenza morale che il Vangelo chiede a tutti gli operatori sanitari.

### III, 2. SAN GIOVANNI DI DIO, PROFETA DELL'UMANIZZAZIONE\*

L'umanizzazione è diventata una parola laicizzata al punto che le *stesse* leggi civili l'utilizzano a proposito di servizi sociali e le campagne per i diritti umani ne fanno una loro bandiera.

Quello che interessa l'uomo contemporaneo nella rivalutazione di questo termine è la rinnovata attenzione nei confronti dei valori umanistici.

Sinteticamente per umanizzazione in ambito sanitario intendiamo l'apertura e *la comunicazione integrale verso ciò che predispone a comprendere l'uomo, la sua interiorità e la sua corporeità, mettendo in rapporto diretto utenti e operatori in quanto essere umani.*

Questo valore è tipicamente cristiano, in quanto rappresenta il centro del messaggio evangelico che lega il riconoscimento di Dio padre al riconoscimento della uguaglianza tra uomini.

San Giovanni di Dio è profeta che annunzia e pratica questa forma di carità militante e cura i malati con passione.

La sua comprensione è una forma di pietas che ci conduce alle fonti stesse della religiosità.

È pio l'uomo che riconosce al suo Dio una priorità ed una trascendenza da venerare e da invocare attraverso le virtù di religione (pietas); è chiunque attesta la sua umanità come "significativa e significante" per il rapporto con Dio da benedire e lodare, da riconoscere e amare.

In questo riferimento alla pietà religiosa l'umanizzazione/humanitas acquista i caratteri di un insieme esistente individuale e sperimentale di persone umane autonome ma legate e sostenute dalla Trascendenza. Se dico uomo e umanizzazio-

---

\* Dicembre 1995. Intervento al V centenario della nascita di S. Giovanni di Dio.

ne, intendo dire trascendenza, intelligenza e spiritualità, cioè collegamento strutturale con lo spazio di Dio. Riconosco un Dio se riconosco la dignità dell'uomo, soprattutto del bisognoso (Lettere di Giacomo 2, 15-17).

Giovanni di Dio, fondatore dei religiosi ospedalieri, ha individuato in questo *legame costitutivo* tra *humanitas e pietas* la base per una diversa attenzione *religiosa* verso i malati e la motivazione per la costruzione di un suo ospedale, segno tangibile dell'anima del carisma di ospitalità.

La rivoluzione evangelica, da lui condotta, consiste proprio nell'identificare i destini dell'uomo, i suoi bisogni, i suoi errori e turbamenti, i suoi desideri, i suoi programmi, il suo corpo sano e/o malato, come obiettivo di un progetto in cui è implicato Dio stesso: l'amore di Dio a cui corrisponde la pietas che ci lega a Dio e agli uomini.

Nella nostra tradizione, dunque, umanizzazione significa pietas, misericordia, promozione dell'umanità dell'uomo, orientamento delle istituzioni alla promozione della dignità umana: e tutto come "servizio" a Dio.

La mia riflessione vuole essere metodo logicamente orientata come meditazione di tipo religioso.

S. Giovanni di Dio è ispirato da una maniera precisa di servire Dio nei malati, egli propone un modello coerente di ospitalità capace di ispirare altri modelli di umanizzazione, ma inspiegabile senza il riferimento al Dio "Padre di Nostro Signore Gesù Cristo".

### *Umanizzarsi per umanizzare*

Giovanni Ciudadé, uomo del suo tempo in senso pieno, ha percorso l'itinerario comune a quanti cercavano di "sistemarsi" in un mondo in cui soltanto i nobili avevano la garanzia di certi diritti. Il suo cammino verso la scelta definitiva del servizio ai malati, è graduale e progressivo. Il suo primo biografo Francesco de Castro nel 1585, mostra una cura particolare nel documentare questo processo.

Tre momenti di esso rivelano il primo livello di quello che ho indicato come il travaglio dell'umanizzazione, che si perfezionerà nel servizio ai malati.

La tesi del Castro è molto chiara: l'inquietudine di Giovanni è un sentimento, un "desiderio" profondo che non riesce ancora a trovare il proprio oggetto.

Infatti, pur avendo un onesto lavoro di pastore dopo aver lasciato le armi egli voleva servire i poveri. Con tale stato d'animo lascia il lavoro intrapreso e parte per Ceuta, in Marocco, dove lavora per aiutare la famiglia di un esule portoghese in difficoltà.

Con una disponibilità assoluta verso il "prossimo", Giovanni appare privo di progetti: la cosa che gli interessa è quella di portare i pesi degli altri, della miseria e della sofferenza degli altri.

Il soggiorno a Ceuta entra nel vortice del confronto con l'Islam. Giovanni, a causa della defezione di un compagno, avverte il rischio di cedere alla tentazione e interrompe bruscamente la sua missione. Commenta, ispirato, il Castro: «Ma nostro Signore che teneva lo sguardo su di lui, lo scosse» (op.cit. p. 55).

Gli rimane nel cuore la preoccupazione per le persone che deve lasciare e il proposito di vivere del suo lavoro.

Come seconda attività libero-professionale Giovanni si inventa il lavoro di libraio ambulante per il quale è considerato anche il patrono dei librai e la sua effigie illumina il premio Bancarella di Pontremoli (Italia).

Gli obiettivi di tale attività sono tutti umanizzanti.

In primo luogo vi si coglie l'impegno di coltivarsi spiritualmente maggiormente che nel passato: iniziare quel lavoro di affidamento dell'anima che si può ricevere dal contatto con i libri. Il travaglio di umanizzazione del proprio esistere prelude necessariamente a delle scoperte interiori, a delle vere e proprie crisi di coscienza.

Sorge un interrogativo provocatorio.

Se ci siamo accostati al concetto vero di umanizzazione, abbiamo fatto le nostre scoperte interiori, abbiamo vissuto vere e proprie crisi di coscienza?

Se ciò non è accaduto convinciamoci che non siamo stati agenti dell'umanizzazione: abbiamo solo sventolato una parola per fare moda!

Giovanni risulta tanto esperto in questo lavoro da riuscire a consigliare gli avventori con tanto buon garbo ed amore.

La vicenda si conclude con un'attività fissa a Granada in una casa-negozio che diventa la dimora di Giovanni.

Proprio a Granada lo ritroviamo il 20 gennaio 1539 giorno indicato come determinante per il risolutivo cambiamento interiore.

Questi due dati ci incoraggiano nell'interpretare questo periodo come quello più proficuo per la sua maturazione secondo quanto si può dedurre dal seguito della vicenda.

Prima di soffermarci sull'evento della cosiddetta conversione, ricordiamo che durante la crisi interiore provocata dall'incontro con Giovanni di Avila, Giovanni prese a distruggere la propria immagine spogliandosi e rotolandosi nel fango e a distruggere il proprio passato strappando le immagini dei libri che prima vendeva.

Non tutti però: «quelli, che trattavano della vita dei santi e della buona dottrina, li dava volentieri gratuitamente al primo che glieli chiedesse per amor di Dio» (op. cit. p. 65).

Dunque egli ha avuto in questo periodo, tra il ritorno da Ceuta e il gennaio 1539, il tempo per conoscere e valutare quelle opere che più servivano a coltivare l'anima e conoscere la buona dottrina.

Un tempo non molto lungo, ma intensissimo, come è intensa, inquietante la ricerca di Dio, dedicato a quella che possiamo vedere come un'opera di umanizzazione di sé, di sensibilizzazione nei confronti delle scelte che vengono dopo.

La conversione di Giovanni non consiste semplicemente in un'illuminazione improvvisa, è un processo che una volta iniziato passa attraverso fasi successive e dura fino alla morte.

Sotto queste linee, la follia che lo condurrà all'Ospedale Reale di Granada rappresenta il momento supremo di questo processo di avvicinamento all'uomo sofferente di cui *egli diventa simbolo prima di essere servitore.*

Siamo tutti convinti della lucidità con cui osserva gli altri malati e della violenza che subisce coscientemente in questo periodo della sua vita che dura all'incirca 5 mesi.

Qui la discesa verso l'uomo, il processo di umiliazione e di caduta verso l'abisso delle sofferenze morali e materiali conseguenti al suo "costituirsi malato di mente", è completa. Tanto che un biografo attuale parla di "annullamento" di sè. Egli da questo momento non parlerà più dei suoi peccati come colpe se non per riconoscere la misericordia di Dio e, soprattutto, per condividere la sorte di tutti coloro che a causa del peccato soffrono nel corpo e nell'anima e domandare di pregare con e per lui.

Va tenuto presente sempre in tutte le riflessioni e le riletture della sua vicenda il fatto che Giovanni, "convertito", cercherà sempre di far il bene del corpo e dell'anima di quanti vorrà assistere.

L'idea tipica dell'umanesimo cristiano secondo cui la salute è il risultato di un equilibrio fisico e morale, incomincia a farsi strada in lui e lo porta alla costruzione di quel modello assistenziale che noi abbiamo riscoperto sotto il termine di umanizzazione. Per lui questo significa esattamente: «Confidate nel Signore, perché egli provvederà a tutto, come si suol fare con quelli che da parte loro fanno quel che possono» (op. cit. p. 91).

Come unica conferma di questa sua ricerca per un ospedale a misura di uomo, ecco uno dei testi più drammatici del periodo.

Siamo intorno al 1547-48, forse subito dopo la ripresa dell'attività ospedaliera nella nuova sede di calle los Gomèles. Si tratta della II lettera a Gutierre Lasso scritta per fargli conoscere il suo stato di afflizione e necessità.

«Essendo questa una casa per tutti, vi si ricevono indistintamente (persone affette) da ogni malattia e gente d'ogni tipo, sicché vi sono degli storpi, dei monchi, dei lebbrosi, dei muti, dei matti, dei paralitici, dei tignosi e altri molto vecchi e molto bambini, senza poi contare molti pellegrini e viandanti che vengono qui e ai quali si danno fuoco, l'acqua, il sale e i recipienti per cucinare il cibo da mangiare. Per tutto questo non vi è rendita alcuna, ma Gesù provvede a tutto. Il giorno in cui le ele-



mosine non bastano per provvedere a quello che ho detto, io prendo a credito, altre volte si digiuna. E così mi trovo indebitato e prigioniero solo per Gesù Cristo; devo più di duecento ducati per le camicie, le zimarre, le scarpe, le lenzuola, le coperte e per molte altre cose che occorrono in questa casa di Dio, come pure per il mantenimento dei bambini che qui abbandonano».

Il modello assistenziale umanistico è tanto valido che ben presto viene esteso da Giovanni a tutti i bisogni della città.

L'ospedale diventa così il centro di irradiazione di quella umanizzazione che dovrebbe caratterizzare tutti i servizi e che trasformerebbe il personale ospedaliero in operatori di carità e lo stesso ospedale in laboratorio spirituale, oltre che *Hospitium pietatis*.

### *L'umanizzazione è una rivoluzione*

Per rendere attuale il messaggio di S. Giovanni di Dio vorrei invitarvi a riflettere sul senso attuale della umanizzazione.

A prima vista l'Umanizzazione in campo sanitario sembra ridursi alla introduzione di un comportamento più umano verso il malato. Ciò è vero, ma lo riduce a poca cosa; a qualcosa più affine al sentimentalismo che al sentimento che deve invece animare chiunque si appresti a divenire umanizzante e perciò umanizzato.

Il richiamo al sentimento e alla compassione, *primum movens* del buon samaritano di ogni tempo, non deve farci dimenticare che alla rivoluzione del cuore dei portatori di salute e di salvezza deve aggiungersi immediatamente quella del sistema ospedaliero, della professione sanitaria, delle comunità religiose ed ecclesiali, degli organismi del volontariato.

Nessuno nasce maestro nell'arte di stabilire rapporti umani e salutari; e nessuna struttura pubblica o privata, laica o cristiana è per definizione immune dalla tremenda possibilità di erogare disumanizzazione, disattenzione, barbarie vere e proprie, col bel risultato di ferire ancora più, nel corpo e nell'anima, chi dice di voler medicare e curare.

Anche l'operatore che si crede ispirato da una vera vocazione, quando vuole imporre la sua assistenza – senza prima averne capito – può generare disumanizzazione.

Prendersi cura di un bisognoso infatti è tutt'altro che cosa semplice; sovente è più facile guarirlo.

Infatti le cure mediche e chirurgiche a nostra disposizione sono lì a dimostrarci quanta soddisfazione si possa ricavare dalla pronta guarigione del paziente che... può guarire. Più complessa è la faccenda quando il paziente è inguaribile e quando lo stato morboso si cronicizza, come in molte malattie psichiche e in quelle del sistema endocrino, nervoso, muscolare; per non parlare degli handicap fisici già presenti alla nascita. Curarsi di un altro esige una forte dose di ars curandi.

Un'arte che prevede talento e tecnica, amore del prossimo e della scienza, fede in Dio e fiducia negli uomini, ma soprattutto una grande dose di umiltà. Coloro che ostacolano il cambiamento-arricchimento dell'ars curandi sono invece dei presuntuosi, credono cioè di sapere e di avere fatto il massimo possibile mentre non si accorgono di praticare una routine spaventosa; nel contempo il loro volto si sfigura quando debbono, inevitabilmente, indossare la maschera di impassibilità e di staticità, utile per frenare ogni movimento, la ricerca di nuove strade, lo studio e i progetti di umanizzazione.

Il vero scienziato è invece abitato da una profonda consapevolezza del limite, da un sentimento autentico di parziale ed incerta potenza; e tiene a freno i desideri di onnipotenza per non divenire prepotente e quindi incapace di utilizzare la potenza altrui, magari dei suoi stessi collaboratori di salute e di salvezza. La prima rivoluzione della Umanizzazione è una conversione della mente e del cuore degli operatori di salute e di salvezza.

Un traguardo mai raggiunto ma che merita il viaggio per una causa così mirabile.

Il punto debole e disumanizzante della prestazione è infatti: la relazione medico-paziente e assistente-assistito.

La relazione medico-paziente è in ogni cultura il momento più importante di cura. Tuttavia l'area che appartiene all'uomo,

ma che non viene presa in considerazione dalla medicina è enorme. E ciò è dimostrato ancora oggi dall'assenza nelle varie aule universitarie di una specifica e generale trasmissione del fine ultimo della medicina: il bene del paziente.

E questa formazione e cultura è assente nelle scuole infermieristiche e mi auguro non sia assente nelle case di formazione per gli aspiranti alla sequela di Giovanni di Dio. Questo vuoto poggia su una erronea concezione della Medicina. Questo è il falso culturale: essere cioè la medicina una scienza.

Invece la *Medicina è una prassi* che appartiene all'atto medico individuale, e che si basa su alcune scienze naturali oggettivabili e su alcuni fondamenti scientifici.

Infatti l'atto medico non è immune da incertezze, discrezionalità, interpretazioni, da componenti soggettive estranee all'atto scientifico. Ciò nonostante l'incontro medico-paziente architrave dell'edificio terapeutico, non è ancora entrato negli studi e nell'addestramento sistematico del medico; e così viene lasciato alla bontà dell'operatore sanitario anche se, senza tale struttura non v'è relazione terapeutica ma fuga nel paternalismo – esercizio autoritario della professione – cui si contrappone spesso una posizione autarchica del paziente; col risultato di sfuggire entrambi al necessario coinvolgimento, affettivo oltre che intellettuale. E ciò determina molti fallimenti.

La lotta tra medico e paziente è il sintomo più evidente di carenza della relazione terapeutica e costa alla società moltissimo. Basti pensare ai milioni di cittadini che ricorrono, per esempio, al sonno chimico non solo perché stressati, ma anche perché frettolosamente “serviti” da medici compiacenti e in fuga da una diagnosi globale del paziente, che tenga cioè in conto abitudini di vita, ansie, eventi dolorosi non attribuibili alla sfera biologica.

Quali sono i fattori terapeutici, quello che fa bene al paziente.

Essi sono:

1. La diagnosi e la terapia.
2. L'assistenza al malato durante la malattia e/o la degenza in ospedale.
3. La corretta e tempestiva informazione al malato circa l'andamento della forma morbosa sotto cura.

4. La natura delle ripercussioni della malattia sulla vita attiva e di relazione.

5. La tipologia del controllo da effettuare una volta lasciato l'ospedale o conclusa la fase acuta.

6. Il coinvolgimento dei familiari.

7. *L'infusione della speranza* (il fattore umano-terapeutico più importante).

8. La identificazione di situazioni psicologiche e sociali che possono influire negativamente sul recupero del paziente.

9. L'adeguato rapporto ospedale-paziente.

10. L'adeguato rapporto medico di famiglia-medico di ospedale.

11. Il rispetto verso i valori religiosi e/o laici del paziente.

12. Fare lo spazio di Dio e del Trascendente (pastorale).

Da questo elenco si comprende che ciò che è terapeutico per il paziente non sempre ha a che vedere con ciò che la medicina scientifica e l'organizzazione ospedaliera intende per terapeutico.

L'atto terapeutico, ciò che "fa bene" al paziente, non si conosce a priori e non si raggiunge solo prescrivendo: ma ascoltando ciò che il paziente non sa dire se non con le parole della medicina e dei sintomi offerti. Altrimenti l'atto medicale diventa un atto meccanico, e l'ospedale somiglia ad una officina di riparazione, un albergo, oppure un luogo di paura e sofferenza.

L'umanizzazione del rapporto è pertanto non solo terapeutico in sé, ma facilita l'alleanza di lavoro tra due persone finalmente consapevoli che da soli non andranno molto lontano, pertanto:

a) Umanizzare il rapporto, mettendosi nei panni dell'altro, vuole dire dare ospitalità ai bisogni molteplici del malato e non solo alla sua patologia.

b) La medicina scientifica da sola non può realizzare questo incontro pieno, umano, fra personale sanitario e paziente.

c) La preparazione universitaria o professionale del personale sanitario, almeno in Italia, non sviluppa le capacità umane presenti in ogni essere umano.

d) La formazione alla comprensione degli aspetti umani del paziente incontra ancora notevoli difficoltà nel personale sanitario che si aggiorna sulle tecnologie ma non sempre cura la crescita della formazione professionale e della propria personalità.

e) L'addestramento costante al rapporto umano è poco praticato anche perché impone una modifica, seppure piccola ma significativa, della personalità dell'operatore.

f) L'organizzazione così detta tanto impropriamente alberghiera e logistica fatta per i pazienti non solo per gli operatori o unicamente sulle leggi o la moda del mercato.

Tuttavia, la strada della Umanizzazione oramai è tracciata. Sta nei seguaci del questuante di Granada portare a frutto i talenti umani per creare quell'incontro fatto di ascolto e di parola che costituisce l'essenza di ogni relazione umana e perciò necessaria se vuole essere anche terapeutica, vale a dire al servizio di chi soffre.

*“Sarà bene che ci facciamo forza gli uni gli altri”*

Vorrei dedicare questa breve riflessione conclusiva ai miei confratelli direttamente impegnati nel reincarnare la missione di S. Giovanni di Dio.

La comune battaglia per l'umanizzazione e la nuova ospitalità per la nuova evangelizzazione non può essere più considerata opera di pionieri. Per le più diverse ragioni, le nostre sfide oggi sono state raccolte da tanti laici, credenti e non credenti, i quali con obiettivi propri le portano avanti.

In un'epoca di rapidi mutamenti socio-economici, noi religiosi ospedalieri forse non siamo riusciti a rappresentare un nostro modello autorevole ed autonomo per cause esterne ma anche per una stanchezza che spesso ci blocca.

L'erosione numerica che abbiamo subita è effetto che nel breve periodo non si riesce ad analizzare e valutare, anche se non proprio e soltanto quello che ci ha messo in difficoltà.

Ma appunto per questo è forse giunto il momento di rimetterci alla ricerca di quell'ispirazione che ha condotto alla fon-

dazione del nostro Ordine e dell'Ospedale moderno, instaurando un clima di sincera e intensa collaborazione, fermi nelle nostre scelte e aperti al colloquio con tutti gli operatori. I documenti dell'Ordine devono nutrire le nostre riflessioni e guidare le decisioni in proposito.

Come diceva ancora S. Giovanni di Dio a Gutierre Lasso «dato che tutti miriamo a un medesimo traguardo, sarà bene che ci facciamo forza gli uni gli altri».

Ci sono tra noi molti fratelli che, accettando difficili condizioni di vita, lavorano da soli. Incoraggiamoli con ogni mezzo perché non si sentano abbandonati. Aiutiamoci con l'intelligenza pratica che ha distinto il nostro Ordine nella storia, a formulare piccoli progetti per operare una rifondazione, non soltanto spirituale, delle nostre istituzioni, coinvolgendo i credenti laici che collaborano con noi.

Tentiamo di condurre iniziative coerenti che nel breve periodo offrano dei risultati visibili, che servano nelle nostre opere come momento di dialogo con il pubblico e come incoraggiamento per tutti noi e per la nostra comunità religiosa e ospedaliera. Non aspettiamoci tutto dai superiori e non attribuiamo sempre ai limiti altrui i nostri scarsi successi o le nostre difficoltà.

Nuove strategie di umanizzazione possono nascere se testimonieremo la nostra umanità in quanto servitori dei sofferenti e non soltanto amministratori di una nobile eredità.

### III, 3. LA CHIESA E I MALATI DI MENTE\*

Nessuno può mettere in discussione l'attenzione ai bisogni ed ai malati di mente che ha sempre avuto la Chiesa. Ma, a parte il ruolo accertato dei religiosi, spesso la Gerarchia, il Clero e gli stessi credenti non hanno esercitato nei secoli passati la loro carità nei confronti di questi loro fratelli considerati spesso "irrecuperabili" o posseduti dal maligno.

Ma proprio per l'opera di alcuni Ordini Ospedalieri da quasi 50 anni si sta lavorando per ridare i diritti di persona umana anche ai più diseredati con programmi di riabilitazione e di cura più appropriate.

Se dobbiamo individuare un ruolo preciso della Chiesa in psichiatria lo possiamo indicare in due momenti:

- a) nella difesa dell'uomo o umanizzazione e del malato.
- b) nel riconoscimento che la follia, in senso biblico, possa essere una manifestazione del progetto di Dio che confonde i sapienti della terra con la "follia" della croce.

#### *Umanizzazione in psichiatria*

La Chiesa, negli ultimi venti anni, sia a livello di episcopato, di Pontificati e di operatori cristiani, ha impegnato la sua missione apostolica nel migliorare la concezione del malato di mente e il rapporto tra operatori e malati.

Papa Giovanni Paolo II, che nella sua ansia di pacificare il mondo e riappacificarlo con la Chiesa, ha chiesto perdono ai malati di mente, è un segno dei tempi che deve essere valutato nel suo significato storico e spirituale.

---

\* Testo di una Conferenza tenuta a Madrid nel 1995. Inedito

In difesa del malato mentale il primo tentativo della Chiesa è stato quello di denunciare i possibili abusi delle tecniche farmacologiche e della segregazione violenta, per affermare la dignità dell'uomo in ogni stadio della sua esistenza ed in ogni stato di salute; richiamare al rispetto della sofferenza e della morte, ridefinendo la dignità del corpo dell'uomo. Nel senso tipicamente moderno l'umanizzazione è il movimento nato in seno alla Chiesa, anche per opera dell'Ordine dei Fratelli di San Giovanni di Dio, per riaffermare il valore dell'uomo come oggetto specifico e ideale normativo della medicina.

Sentiamo come lo ha descritto ampiamente Papa Giovanni Paolo II in un celebre convegno intitolato proprio "Umanizzazione della medicina", tenutosi a Roma nel 1987:

*“Una prassi veramente umanizzata della medicina non può restare indifferente di fronte a una ricerca scientifica che si ponga fine a se stessa, ignorando le esigenze di un autentico servizio all'uomo. Anche lo studio della vita deve tradursi in servizio alla vita. Gli interrogativi sollevati dalla sperimentazione, dal rapporto popolazione-risorse, dalla malattia irreversibile, si sono fatti più incalzanti da quando il progresso della tecnica ha facilitato il ricorso a soluzioni e strategie che offendono la dignità della vita e della persona umana.*

*Per resistere alla suggestione di simili prospettive è indispensabile disporre di riferimenti antropologici adeguati, alla cui elaborazione molto potrà contribuire il dialogo interdisciplinare e, in modo particolare, la riflessione sui dati della Rivelazione cristiana”.*

E ancora: *“La medicina, in quanto avvicina l'uomo nel momento cruciale della sofferenza, quando egli avverte acuto il bisogno di salvaguardare la propria salute, deve fare di colui che l'esercita, a tutti i livelli, un esperto di grande sensibilità umana. Ciò vale, ovviamente, nell'ambito del rapporto individuale, ove umanizzazione significa, tra l'altro, apertura a tutto ciò che può predisporre a comprendere l'uomo, la sua interiorità, il suo mondo, la sua psicologia, la sua cultura. Umanizzare questo rapporto comporta insieme un dare e un ricevere, il creare cioè quella comunione che è totale partecipazione. Sol-*



*tanto così il servizio diventa anche testimonianza, ed essendo servizio alla vita, si trasforma in incentivo ad amarla, a cogliere il più vero e profondo significato in ogni sua manifestazione.*

*Questo, però, ha una sua verità anche sul piano sociale: qui l'istanza della umanizzazione si traduce nell'impegno diretto di tutti gli Operatori sanitari a promuovere, ciascuno nel proprio ambito e secondo la sua competenza, condizioni idonee per la salute, a migliorare strutture inadeguate, ad eliminare le cause di tante malattie, a favorire la giusta distribuzione delle risorse sanitarie, a far sì che la politica sanitaria nel mondo abbia per fine soltanto il bene della persona umana.*

*L'umanizzazione della medicina risponde a un dovere di giustizia, il cui assolvimento non può mai essere delegato interamente ad altri, richiedendo l'impegno di tutti”.*

*E il Papa concludeva: “La Chiesa, che considera la sollecitudine per chi soffre parte integrante della sua missione (Dolentium hominum, 1), e che guarda all'uomo come a «propria via» (Salvifici doloris, 3), è vicina – come ha giustamente rilevato e ribadito il Sinodo – ai laici che, personalmente o associativamente, si adoperano per una crescente umanizzazione della medicina. Essa, attraverso individui e istituzioni, è direttamente impegnata nel mondo della sofferenza e della salute, con la collaborazione illuminata e generosa di tutti gli Operatori sanitari. Qui emerge infatti una particolare e decisiva sfida del nostro tempo: noi non possiamo assistere inerti al permanere di una situazione in cui intere popolazioni soffrono per mali, che la scienza medica è ormai in grado di affrontare e di sconfiggere.*

*Umanizzare la medicina è raccogliere questa sfida e adoperarsi generosamente per l'edificazione di un mondo nel quale ad ogni essere umano siano assicurati i mezzi necessari per la piena valorizzazione di quel fondamentale talento della vita che ha in Dio «amante della vita» (Sap 11, 26) la sua origine e il suo ultimo destino”*

Questa lunga citazione inquadra il modo in cui la Chiesa chiama a umanizzare l'assistenza, anche quella dei malati mentali. Siamo a livello di quei principi in cui si esercita il magistero, ma

anche l'intelligenza e la razionalità del popolo di Dio. Attraverso la dialettica tra l'insegnamento dottrinale e la pratica concreta, arriviamo a capire che la Chiesa concepisce l'umanizzazione innanzitutto come un modo di relazionarsi con il malato.

Si tratta della cosiddetta "terza dimensione" della medicina, che va oltre il farmaco e la tecnica e consiste nel saper amare il malato. Semplicissimo!! Il modo migliore per umanizzare la medicina, nella concezione della Chiesa, consiste nel trattare i pazienti come persone, valorizzare la loro dignità farli sentire partecipi alle decisioni che riguardano la loro vita e la loro salute.

Infatti, rifiutando le false aspettative dell'onnipotenza scienziata, la Chiesa accorda grande importanza alla cura integrale dell'uomo più che al semplice rimedio guaritore. In coerenza a questo insegnamento, il primo tentativo che è stato incoraggiato è consistito nel dividere i vari tipi di pazienti non per catalogarli come vuole una certa scienza, ma per scoprire in ognuno il suo proprio modo di essere malato.

Se vogliamo applicarci veramente a umanizzare il mondo della psichiatria abbiamo imparato a guardare il malato come persona. In quanto tale il malato psichiatrico può superare il suo "disagio-malattia" soltanto se viene sostenuto nella riabilitazione delle sue potenzialità ancora vive, anche quelle più nascoste.

L'uomo è un essere complesso e complicato dall'interrelazione tra il suo corpo e la sua anima, quindi non può essere considerato come un meccanismo rotto o come un oggetto inutilizzabile. Reinserito in un nuovo contesto e sostenuto dalla speranza dei suoi curatori, il malato di mente, nella strategia di umanizzazione secondo la Chiesa, può migliorare la sua condizione.

Come ha detto un teologo, al Congresso sull'Umanizzazione già citato: "Abbiamo imparato e dobbiamo insegnare che anche la salute mentale significa più che l'assenza di malattia. Essa è vista come un rapporto armonioso ed equilibrato di benessere fisico, mentale, spirituale, economico e sociale, in una persona in armonia con gli altri, con l'ambiente naturale e con Dio. In termini biblici, questo stato è noto come *shalom*, uno stato di relazioni giuste. Abbiamo imparato che è molto importante che esista un rapporto giusto tra la persona e i mem-

bri della sua comunità, tra la persona e Dio, tra la persona e la natura. Il disordine in uno di questi rapporti può provocare la malattia. Riconciliazione e speranza sono elementi chiave e hanno un ruolo importante nel processo di guarigione. Abbiamo imparato che c'è un rapporto tra corpo, mente e spirito e che questi sono inseparabili. Ciò che succede a una di queste tre parti coinvolge le altre. Ne consegue il concetto di totalità di approccio nelle cure per la salute”.

Siamo entrati nell'era delle cure mediche, in cui la salute e lo sviluppo avranno un ruolo inseparabile e complementare. Quindi anche le diocesi e le chiese hanno assunto la responsabilità delle cure basilari, per rendere la salute accessibile a tutti, soprattutto ai poveri ed a coloro che ne hanno necessità, come i malati di mente.

Perciò dobbiamo mettere a fuoco i bisogni della gente piuttosto che gli interessi professionali e trattare l'intera comunità come un malato, affinché i servizi per la salute siano più attenti ai bisogni presenti e futuri, prevedendo ed educando.

La celebrazione della giornata mondiale del malato è da considerare seriamente come un momento di sensibilizzazione di tutta la famiglia umana verso la cura dei malati. Umanizzare la psichiatria, curare la riabilitazione del malato mentale diventa vero servizio a Dio di cui noi siamo. anche nella sofferenza, l'immagine.

### *La malattia mentale nella Bibbia*

Ho affermato prima che uno dei meriti della Chiesa è stato quello di riconoscere nella tradizione biblica della follia un segno anche conturbante e controverso del progetto di Dio. Immagino che ognuno di Voi, a questo proposito, abbia in mente invece quella interpretazione brutale della follia che si confonde con gli indemoniati e con le stregonerie.

Non sta a me qui rifare la storia di certe vicende che hanno travisato il senso della Bibbia. Nessuno mai avrebbe dovuto sentirsi autorizzato a sopprimere un fratello o una sorella per-

ché “folle”. Ma ciò è accaduto e forse anche per questo Papa Giovanni Paolo II ha chiesto il perdono ai malati mentali.

Quello che mi pare giusto sottolineare è la fede della Chiesa nella possibilità che Dio si manifesti anche nella contraddizione, nell’anomalia, nella follia umana.

Perché la Bibbia non è un trattato scientifico ma la narrazione della storia della salvezza, o meglio la narrazione della storia umana vista dalla parte di Dio.

La follia viene vista nella sua drammatica ineluttabile dimensione di disordine e disturbo. Ma Dio promette salvezza e offre speranza anche al folle. La malattia mentale è presente nella Bibbia come perdita della ragione dovuta a gelosia e a paura. Da questa solo Dio protegge come protesse Davide dalla pazzia di Saul (1 Samuele: 18,8-16)

Ma la follia è anche privazione di saggezza, demenza e stoltezza. Da questa ci difenderà la Sapienza di Dio (Qoelet 10, 1-3) che però non deve essere confusa con la saggezza dell’uomo. Infatti insegna con autorità San Paolo che Dio ha scelto ciò che nel mondo è stolto per confondere i sapienti. Vale la pena rileggere questo testo interamente per una osservazione conclusiva di questa parte del mio intervento.

*“La parola della croce infatti è stoltezza per quelli che vanno in perdizione, ma per quelli che si salvano, per noi, è potenza di Dio. Sta scritto infatti:*

*Distruggerò la sapienza dei sapienti e annullerò l’intelligenza degli intelligenti.*

*Dov’è il sapiente? Dov’è il dotto?*

*Dov’è mai il sottile ragionatore di questo mondo? Non ha forse Dio dimostrato stolta la sapienza di questo mondo? Poiché infatti nel disegno sapiente di Dio il mondo, con tutta la sua sapienza, non ha conosciuto Dio, è piaciuto a Dio di salvare i credenti con la stoltezza della predicazione. E mentre i Giudei chiedono i miracoli e i Greci cercano la sapienza, noi predichiamo Cristo crocifisso, scandalo per i Giudei, stoltezza per i pagani; ma per coloro che sono chiamati, sia Giudei*

*che Greci, predichiamo Cristo potenza di Dio e sapienza di Dio. Perché ciò che è stoltezza di Dio è più sapiente degli uomini, e ciò che è debolezza di Dio è più forte degli uomini. Considerate infatti la vostra vocazione, fratelli: non ci sono tra voi molti sapienti secondo la carne, non molti potenti, non molti nobili. Ma Dio ha scelto ciò che nel mondo è stolto per confondere i sapienti, Dio ha scelto ciò che nel mondo è debole per confondere i forti, Dio ha scelto ciò che nel mondo è ignobile e disprezzato e ciò che è nulla per ridurre a nulla le cose che sono, perché nessun uomo possa gloriarsi davanti a Dio. Ed è per Lui che voi siete in Cristo Gesù, il quale per opera di Dio è diventato per noi sapienza, giustizia, santificazione e redenzione, perché come sta scritto: Chi si vanta si vanti nel Signore” (I Corinzi 1, 18-31).*

La Chiesa mantenendo viva la cultura e il culto della Parola di Dio ha orientato le persone più coerenti ad agire come figli di Dio e quindi solidali con tutti.

Non in nome di una scienza umana che è patrimonio di pochi, ma in nome della dignità di creature salvate e amate dal Padre come figli sempre.

Si tratta di un rovesciamento culturale epocale di grande valore che quando viene veramente messo in atto nella realtà anche sanitaria sconvolge tutto. Pensiamo alla vicenda di S. Giovanni di Dio, di cui ricorre il 5° Centenario della nascita: per lui la metafora della follia per amore di Dio diventa paradigma di vita e modello di riferimento consentendo di attuare quella rivoluzione dell’assistenza sanitaria che pone il malato-fratello al centro del sistema.

La testimonianza di questo santo andrebbe riletta con maggiore attenzione.

### III, 4. POTERI DELLA MEDICINA E IMPOTENZA DEL MEDICO: ELOGIO DELL'UMILTÀ\*

#### Premessa

Sono lieto di intervenire sul tema della *potenza* e della **umiltà** del medico in quanto, al di là del mio limitato potere di influenzare l'uditorio qui raccolto, posso finalmente uscire dalle trappole dei troppi Convegni che parlano molto della Qualità della Medicina del 2000 e poco, o nulla, della **Qualità del Medico** del prossimo futuro.

E per chi come me, e il mio Ordine, tuona da più di un decennio sulla necessità di Umanizzare gli operatori Sanitari, è invitante e gratificante l'argomento assegnatomi.

E di ciò ringrazio a cuore aperto gli ispiratori e gli organizzatori del presente Convegno.

La medicina contemporanea ci ha abituati, come l'impresa tecnoscientifica, alle meraviglie delle conquiste quotidiane da essa raggiunte.

E con lo stesso martellante ritmo della incessante comunicazione dei *mass-media*, siamo purtroppo abituati a scoprire le sconfitte della stessa medicina, ridotte col freddo linguaggio delle statistiche, ad un certo numero di morti precoci, di interventi non riusciti, di farmaci inefficaci.

Credo di non dovermi arruolare nell'esercito numeroso di coloro che cercano sterilmente i capri espiatori responsabili di mali sociali che domandano analisi più attente e riflessioni più responsabili. Ritengo invece più giusto da un punto di vista mo-

---

\* Milano, 1995. Intervento svolto alla IX conferenza internazionale *Homo vivens est gloria Dei*. Convegno presieduto dal Card. Fiorenzo Angelini in data 24-25-26 novembre 1994 alla presenza del Santo Padre.

rale, quindi professionale e razionale, individuare i nodi problematici intorno ai quali si è intessuta, e complicata, la crescita della medicina con l'emergere di un nuovo tipo di medico.

Se, alla specializzazione e tecnicizzazione della medicina, il medico vuole rispondere vestendo gli abiti dello scienziato formalisticamente neutrale che domini il suo oggetto, l'uomo, come quello della fisica, della chimica o della biologia, egli si vota al fallimento.

A mio parere il medico deve richiamarsi ad un modello di intervento *sui generis* da costituirsi come azione di aiuto all'uomo malato in un processo di promozione dell'autonomia e di reciproca umanizzazione.

Solo così potremo parlare di dialettica fra professione medica, organizzazione dei sistemi sanitari efficienti e sviluppo tecnico scientifico della medicina.

---

# 1. LA COMPLESSITÀ DELLA MEDICINA ARTE DI CURARE E IMPRESA TECNOSCIENTIFICA

La medicina di oggi è la medicina universitaria ed ospedaliera. Se consideriamo accanto ad essa l'immenso campo della ricerca biomedica e farmacologica dobbiamo riconoscere che la pratica medica si è molto allontanata dalla sua configurazione tradizionale umanistica.

Si avverte da più parti la scomparsa di una scienza medica "filosofa" che considerava l'individuo nella sua interazione psico-fisica con l'ambiente e nelle sua intima e originale complessità.

Vediamo di conseguenza affermarsi una concezione della medicina frammentaria e prevalentemente analitica dei processi patologici e dei suoi rimedi.

L'ospedale va sempre più riscuotendo successi, e consensi presso il grande pubblico dei malati e dei familiari in tutti i paesi del mondo sviluppato.

Nei paesi in via di sviluppo esso appare come il miraggio per affrontare i problemi della salute pubblica spesso incontrollabili.

Collegandosi agli sviluppi rapidi della scienza medico-biologica e alla rivoluzione tecnologica, l'ospedale accentua le differenze e le separatezze tra le varie specializzazioni e mira a diventare "fabbrica della salute".

Gli ospedali, anche per le malattie minori, appaiono come luoghi preziosi per le persone di tutte le età e la tecnica invade sempre più il campo di azione della medicina ospedaliera qualificandone il ruolo nella società avanzata (si veda per esempio la chirurgia video-endoscopia, etc...).



Gli aspetti negativi del modello ospedaliero di assistenza sono oggi al centro di un dibattito interessante che gli oppone il ritorno alle cure domestico-familiari con una figura di medico più prossimo ai bisogni ed ai bisognosi.

Per mio conto, non ci sarà nessun ritorno verso il passato e l'unica scelta su cui si può intervenire è la formazione del personale sanitario, infermieri, medici e assistenti sociali.

Il medico soprattutto, che deve uscire dalla situazione di inferiorità in cui lo ha collocato la tecnologia diventata fine a se stessa, lo specialismo, il positivismo scienziato e il burocratismo.

*Liberandosi dal riduzionismo scienziato, l'arte medica deve ritornare ad essere scienza dell'uomo con un suo statuto epistemologico post-scientifico che ponga al centro della sua ricerca la relazione umana medico-paziente.*

La prima tesi che vorrei sostenere è quella dell'originalità della professione umanistica del medico.

La struttura delle decisioni cliniche come modello di argomentazione etico-scientifica risulta da una complessità di elementi che non sono soltanto empirici, ma anche trascendentali quali i valori della dignità della persona e della originalità del corpo proprio di ogni uomo, quindi del suo nascere e del suo morire.

Spieghiamo meglio. I valori da tenere presenti nella decisione del medico sono di due tipi, astratti – quelli dell'etica – e concreti – quelli della medicina.

La virtù del buon medico consiste nel coniugare i valori astratti e quelli concreti in un'unica strategia che esprima la sua convinzione tecno-scientifica – valore pratico – con il convincimento etico di fare sempre e comunque il bene della persona.

Se consideriamo il rispetto della dignità della persona umana come valore da salvaguardare assolutamente, stabiliamo una gerarchia nella quale i valori scientifici della professione appartengono ad una gerarchia di valori strettamente correlata, benché non subordinata, alla prima.

Sentiamo spesso dire che è impossibile conciliare valori come quelli dell'efficacia clinica con quelli della corretta integrale informazione del paziente.

Ebbene, è lecito pensare che il paternalismo medico abbia avuto molti meriti, ma nel modo di concepire la medicina dell'uomo contemporaneo non possiamo più fare affidamento soltanto sulla scienza del medico, perché il desiderio di guarire del paziente deve far parte delle risorse della medicina e del medico perché egli possa essere "curato". Per questo c'è bisogno di veracità nella relazione terapeutica.

In altri termini, fermo restando che le due gerarchie di valori, quella empirico-sperimentale della scienza e quella psicosociale dell'etica, sono distinte, le norme morali e professionali cui si deve ispirare la condotta del medico, devono essere capaci di mettere in relazione le due serie di valori sotto il principio dell'autonomia di ogni persona umana, come vedremo in seguito.

L'azione medica – come per certi aspetti l'azione infermieristica – deve collegarsi ad un tipo di decisione che tenga conto delle due finalità proprie della strategia clinica, il fine dell'opera, il risultato efficace, ed infine dell'operatore, ovvero l'intenzione del compiere una azione buona.

L'atto medico non può ridursi a semplice prestazione più o meno originale e brillante ma deve farla coincidere con l'originaria-intenzionale volontà di aiutare il malato in tutta la sua estensione, esistenza spirituale e corporale di membro della famiglia umana.

Se l'intenzione che orienta l'operatore è quella di permettere all'uomo di pervenire alla guarigione nei modi adeguati al suo stato fisico e psichico sarà difficile cadere negli abusi e negli accanimenti terapeutici che spesso feriscono la dignità degli uomini, tradendo la vocazione stessa della medicina.

Vorrei ribadire con lo storico italiano G. Cosmacini: *«L'innovazione tecnologica in biologia e in medicina ha lo scopo di aumentare non tanto la produttività della tecnica, quanto le possibilità di soddisfacimento dei bisogni dell'uomo; perciò la cultura di supporto dovrebbe essere più ampia della sola tecnologia, ampliata a un'antropologia della salute in una società tecnologicamente avanzata e umanamente complessa. La cultura che si viene formando ha bisogno, più che mai, del buon me-*

*todo: il fatto è che il metodo vigente, che si instaura più che mai, è quello che spinge il medico, ineluttabilmente, a impiegare il suo intuito unicamente nel calcolo matematico attraverso procedure che ricalcano la logica del calcolatore e non richiedono, o richiedono in misura molto limitata, l'intervento creativo dell'intuito del medico, il quale può fare del tutto a meno, è l'amara conclusione, nel colloquio con il paziente», Storia della Medicina e della Sanità nell'Italia contemporanea, Roma 1994, pag. 281.*

Ritorna il richiamo della medicina classica alla nozione di arte che è il modello più complesso di quello scientifico, perché implica un ricorso permanente alla creatività e alle vocazioni in una professione ridotta spesso banalmente a puro e semplice trasferimento meccanico di pratiche proprie della fisica-chimica sul corpo dell'uomo il cui senso è irriducibile alla fisica, alla chimica ed alla stessa biologia.

## 2. DIALETTICA TRA PROFESSIONE MEDICA E ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Il medico del futuro non può più considerarsi il vertice di una piramide di funzioni, ma deve tenere presente – come indicano tutte le teorie del management moderno – due dati:

1. Egli è il membro di un'équipe sanitaria solidale e interagente, non soltanto il portatore di un certo potere;
2. la sua azione esce dallo stretto orizzonte della pratica medica per inserirsi in un processo organizzativo che ne garantisce l'efficienza e la qualità.

Perché il ruolo del medico curatore sia efficace non basta soltanto il sapere ma occorre umilmente riconoscere il valore delle nuove competenze gestionali, comunicative, etiche e psicologiche che animano i sistemi sanitari.

Nell'ospedale del futuro il “come” operare del medico sarà connesso e condizionato dal “dove” e dal “quando” operare.

Perciò occorre coinvolgersi nello stabilire obiettivi comuni di tutto il personale, definendo progetti e percorsi da seguire.

Si parla di equa distribuzione delle risorse disponibili, controllo della qualità, valutazione dei risultati. E questo non soltanto per gli aspetti finanziari e amministrativi, ma anche per gli aspetti clinico-sanitari del sistema. Se l'ospedale deve essere produttore di salute globale e quindi Istituzione Pubblica capace di migliorare le condizioni di salute dei cittadini, l'agire del medico deve entrare come componente organica in questa organizzazione per permettere al meglio il suo funzionamento.

La mia seconda tesi consiste nel dimostrare che il sistema ospedale o un sistema sanitario in generale richiede una logica della reciprocità, che si fonda sulla seguente legge: «Nessuno degli atti compiuti resta isolato, ma produce effetti misu-

rabili in tutto il sistema ». Sapere fare il medico non è un potere separato, ma una parte del sistema che funziona se, e solo se, è *correlato* alle altre parti. A questo livello di responsabilità la dialettica tra professione e organizzazione ci richiama alla funzione della deontologia professionale. Occorre ricordare quali sono i doveri del medico, secondo il suo codice di deontologia?

Lo facciamo se, e solo se, questo richiamo forte al diritto, viene orientato alla migliore comprensione del ruolo – e della responsabilità – sociale dell'operatore sanitario.

Innanzitutto la difesa della dignità della professione stessa. Se le professioni sono il “sale” della società, esse devono promuovere, esercitare e valutare continuamente un esercizio “competente della medicina”. La professione è competenza. Chi non è competente non può appartenere ad una professione.

Si può addirittura pensare che la crisi di competenza tecnoscienza, organizzativa ed etico-morale, sia all'origine della crisi dei sistemi dei Paesi economicamente più sviluppati.

**– La tutela dei diritti del cittadino malato con il conseguente rispetto della sua volontà e della sua vita in tutte le sue fasi, soprattutto durante i ricoveri nelle strutture sanitarie.**

**– Il rispetto della giustizia del richiedere compensi “proporzionati” alle prestazioni effettuate ed adeguate alle reali possibilità finanziarie del paziente: senza cadere nella tentazione di richieste commisurate alle proprie attese di guadagno.**

In questo contesto e in conseguenza delle affermazioni della tesi precedente, mi pare giunto il momento di chiedersi se l'arte medica possa essere esercitata come un mestiere liberale ancora regolata dalle leggi del mercato.

Ma vorrei fare un passo in avanti, per identificare meglio l'intreccio delle relazioni tra medico e sistemi sanitari che risulterebbero inefficaci se non ci fosse la mediazione dell'etica.

Intendiamo dire l'etica di un'organizzazione non orientata soltanto all'efficienza e al profitto, ma alla qualità totale.

Ad un livello più pratico di responsabilità, l'etica deve mirare nell'Ospedale a *definire il bene comune; indicare princi-*

*pi per l'equa distribuzione delle risorse disponibili; stabilire meccanismi per il controllo del funzionamento dei programmi; individuare modelli per la valutazione dei risultati.*

Ogni medico responsabile ed ogni operatore sanitario, cosciente di essere parte di un sistema, si fa carico del funzionamento dell'organizzazione-ospedale rendendolo capace di produrre salute, secondo la sua **missione**. L'etica dell'organizzazione impone che si guardi l'ospedale come bene comune dove il medico si assume umilmente la sua parte di responsabilità.

Le quattro componenti fondamentali dell'ospedale: le risorse umane (medici, infermieri ed amministrativi), l'albergo, le risorse finanziarie, le risorse tecniche, costituiscono un sistema la cui regolamentazione e funzionamento dipendono dalle leggi dell'economia, ma assumono senso etico-politico in quanto "servizio globale" da far funzionare per la salute dei cittadini cui è orientato lo Stato. Ma con spirito vigile bisogna superare la stessa teoria sistemica:

"Un sistema è più della somma delle sue parti", perché l'impegno etico di produrre salute non è di nessuna struttura (alberghiera, tecnica, economica, clinica) ma è di tutto insieme l'ospedale. L'impegno etico che ne fonda il funzionamento si basa sul principio della reciprocità. Perciò posso riaffermare: «Nessuno degli atti compiuti da un operatore rimane isolato, ma produce effetti quantificabili e misurabili su tutto il sistema».

L'etica dell'organizzazione dunque consiste:

- a) nell'inventare strumenti analitici e strategie coerenti per misurare gli effetti di ogni azione intrapresa;
- b) responsabilizzando e motivando tutte le componenti ad assumere lo stesso modello funzionale;
- c) calcolando equamente gli investimenti per rapporto ai fini della Società-Stato e alle risorse disponibili;
- d) valutando i risultati per adeguare periodicamente (forse continuamente) i mezzi ai fini.

L'impresa non è facile, ma senza queste altissime sfide e senza una formazione coerente del personale non avremo possibilità, per il futuro, di governare i sistemi sanitari e di produrre la salute per tutti nel 2000.

### 3. ETICA DELLA SOLIDARIETÀ E UMILTÀ DEL MEDICO

Se si accettano le premesse che ho cercato di illustrare fino a questo punto dobbiamo convenire che si impone un elogio dell'umiltà del medico.

La tesi che cercherò di sostenere è presto detta: *il potere reale del medico non è tanto nelle mani della tecnica a sua disposizione quanto in quelle del suo potenziale di umiltà.*

E se riuscirò a dimostrare che l'umiltà non è sintomo di bassezza, di inferiorità o di modestia, bensì una **paroletta che indica una grande virtù** – una virtù che siede a fianco, ma un po' troppo discosta, dell'artista della salute che è il medico – allora sarò appagato. Un po' come immagino sia successo al famoso umanista Erasmo da Rotterdam, autore dell' "Elogio della Follia", quando si diletta a scoprire il gioco della vita, guardando non solo il diritto ma anche il rovescio delle cose, e a cercare lo spicchio di verità e della potenza umana nel dialettico confronto tra saggezza-follia, miseria-grandezza, fra superbia-umiltà...

Lungo il cammino vissuto nei miei 50 anni di vita ospedaliera... alla ricerca dell'umiltà del medico, oltre che della mia, ho fatto alcune scoperte.

La prima: il medico ospedaliero interrogato sul *fine ultimo dell'ospedale* risponde in genere così: guarire, curare con i farmaci, diagnosticare le malattie, lenire il dolore, etc...

Nessuno di questi è il fine ultimo dell'ospedale anche se esso sovente guarisce, cura, diagnostica, abbatte il dolore fisico, etc.

L'ospedale è al mondo per aiutare persone che soffrono; per aiutare persone che hanno smarrito, o temono di smarrire, la

salute, vale a dire il ben-essere fisico, psichico, sociale e spirituale secondo la classica definizione di salute dell'OMS.

Tale scoperta, ove accettata dal medico, lo rafforza nell'assunzione della consapevolezza – straordinariamente utile al paziente – che i mezzi della medicina – spesso potenti – risultano insufficienti se il medico non ha di mira la *globalità dei bisogni del malato*. Ma la “digestione/accettazione” del fine ultimo sopra accennato è solo apparentemente facile.

Il medico infatti, che ha studiato molti anni e con fatica per raggiungere uno status di prestigio indiscusso legato all'idea onnipotente di salvare degli esseri umani, elabora con sofferenza che l'ospedale deve occuparsi anche di coloro che guarire non possono più, di quelli che soffrono nel corpo per disturbi dell'inafferrabile e pervasivo mondo delle emozioni, degli anziani che perdono memoria e speranza, e così via. (Si pensi all'attuale esempio dell'ex presidente degli Stati Uniti Ronald Reagan colpito da Alzheimer).

A tal punto da indurlo sovente alla fuga. Nella specializzazione, nella ricerca spasmodica dei responsi di laboratorio, addirittura nella psicologia o nei gorgghi di una sensazione di tradimento da parte dell'Università in quanto la pratica gli risulta troppo diversa dalla grammatica.

Tutti riconosciamo, è vero, che il medico durante gli anni accademici non è orientato alla visione olistica della persona portatrice del sintomo; col risultato di ritenersi potente quando abbatte il sintomo e quasi impotente qualora si occupi della persona che soffre e che magari ha un bisogno profondo di un dottore che non si limiti a combattere il segno manifesto che è il sintomo.

A proposito di potere, di potenza, di impotenza e di **prepotenza** del medico, si deve constatare che il potere del medico è enorme. È l'unica professione che permette ai suoi adepti di accedere al corpo e all'animo altrui; di prescrivere sostanze a scopo terapeutico, di formulare sentenze di vita e di morte. Il tutto in aura di potenza reale, e di superiorità, se vista dalla parte del sanitario e di indiscussa inferiorità del paziente. In tale relazione di potere-influenzamento col massimo utilizzo della



potenza dei mezzi della medicina e dei suoi strumenti, il medico raggiunge l'apice della sua arte; e ciò è un bene per il malato; la sua è una superiorità benefica. Diverso quando egli si trova di fronte ai bisogni del malato che non sa affrontare o che non può affrontare con l'armamentario della tecnica e delle conoscenze acquisite sui libri. A questo punto può giocare un grande ruolo l'umiltà; *quella virtù che dà forza di ammettere le proprie ignoranze, le proprie debolezze o semplicemente i propri limiti: "...sunt certi denique fines"*. Essere umili in questo caso ha come effetto quello di collegarsi con altri professionisti e con altre discipline, in modo da donare al paziente il massimo di risposta anche se non in prima persona.

Pre-potente è invece chiunque, medico compreso, voglia a priori, cioè pre-tenda, la palma di una vittoria che si ottiene sempre post... Pre-potente è l'atleta che dall'alto dei suoi precedenti record si ritenga già trionfatore prima di correre, di entrare nell'agone. Un po' come certi medici che non posseggono l'umiltà e la *pazienza necessaria per ascoltare: oltre al paziente, l'infermiera, il collega, il parente*.

Non accettando l'idea che le proprie informazioni siano spesso carenti. Mentre basta a volte non rifiutare la potenza altrui, magari quella di persone cosiddette umili. In sintesi: **il potere reale del medico** – guarito dalle ferite giornaliere al proprio narcisismo – è molto grande anche nel momento di minore potenza. Purché l'ammetta come realtà umana; solo così può coinvolgere altri poteri. Anche se dobbiamo riconoscere che noi vogliamo essere approvati piuttosto che aiutati...

Una seconda scoperta è alla portata del medico dotato di umiltà. *L'ospedale non è un grande ambulatorio privato*. È un luogo complesso, sovente una cittadella attraversata da centinaia di persone, da umori imprevedibili, da gioie e dolori immensi. In essa succedono eventi in continuità e la tentazione di arrogarsi la qualifica di "puri tecnici del sistema" è forte; anche perché dipende dai rapporti con altre figure professionali, magari ritenute a torto inferiori. In questo modo la cittadella della collaborazione non nasce mai, per restare uno stabilimento di reparti separati o in conflitto tra di loro; col bel risultato che il

suo prodotto finale, il ben-essere del paziente, rimanga un orizzonte irraggiungibile. Quanti ospedali difettano della *molecola della Organizzazione*, quanti primari non sanno cosa sia la Gestione di un reparto, quanti medici si sottraggono al diritto-dovere di colloquiare, con umiltà e passione, con i problemi umani, economici, etici, e finanziari di una realtà così complessa come l'ospedale. Per cui solo la consapevolezza di non conoscere, o coscienza della ignoranza, della dimensione Organizzativa, può generare Progetti di Formazione Permanente in ogni ospedale, in grado di inserire tale preziosa molecola nell'assetto mentale ed operativo del corpo medico. "*Quel che non si sa ci servirebbe e non ci serve quel che si sa*" scriveva Goethe.

Costruire un sistema terapeutico efficace ed efficiente non è un'impresa necessaria e gratificante? A chi tocca questa incombenza? Dobbiamo forse aspettare delle norme esterne per realizzare tale indispensabile opera? È abbastanza umile e forte il medico per chiedere a se stesso, prima che agli altri, un nuovo comportamento organizzativo?

Una terza scoperta, molto utile per la "causa", può realizzare il medico. Essa è da sempre patrimonio del paziente; e giace viva e vitale nell'immaginario individuale e collettivo di ogni cittadino. Si tratta della scoperta che il **lavoro in équipe** del personale sanitario è cosa buona e necessaria, e non solo quando c'è di mezzo il "caso clinico interessante".

Anni fa ho avuto la fortuna di osservare, quasi per caso, un esperimento sconvolgente nel corso di un Seminario di Formazione riservato ai medici ospedalieri. Il docente di turno invitò il ristretto gruppo di medici ad ascoltare la relazione di un loro collega circa il caso, molto semplice, di una persona affetta da ipertensione essenziale. Alla fine della esposizione, e dopo una fase di domande e risposte tra l'uditorio e il presentatore del caso, i partecipanti furono invitati a scrivere su di un foglio, a livello individuale e... senza copiare dal vicino, terapia (tipologia dei farmaci e loro posologia) e prognosi del caso. Dopo un inizio allegro e disinvolto, i dodici medici incominciarono a sudare... e non per la calura dell'ambiente. Credo che Voi possiate indovinarne il motivo: mentre vergavano il fo-

glio intuirono, come poi si verificò puntualmente, che dodici “ricette”, una diversa dall’altra, avrebbero fatto la gioia dell’astuto docente proteso a dimostrare che **l’arte della medicina è interpretata da artisti** in carne ed ossa; da persone cioè dotate di uno stile personale, unico.

Dopo lo sbigottimento del gruppo, i partecipanti unirono le loro forze, e le loro debolezze, per definire col metodo del consenso la terapia più adatta. Nacque così, dopo una lunga discussione la ricetta numero 13! Con grande sollievo, sono sicuro, dell’ignaro iperteso.

Che dire ancora di questa scoperta? **Il vero scienziato è un uomo inquieto**, tormentato, insicuro, sempre alla ricerca di qualcosa e di qualcuno che lo confermi o lo disconfermi nelle proprie azioni. È un uomo che possiede **l’autentico sentimento di dover viaggiare tra i pari**, facendo appello più al codice fraterno che a quello paterno o paternalistico.

Un’ultima riflessione prima di concludere l’intervento. Quante volte mi domando: ma **che vita fa il medico?** Qual’è, in parole semplici, la qualità della sua vita? Che cosa insegue, quando lo vedo affannato ed affamato di carriera, di denaro e di successo? Corre dietro a quel che gli dà da vivere o quel che gli dà veramente da vivere è dietro di lui, per cui il suo agitarsi lo allontana sempre più da quel che veramente vale, come ci ricorda Martin Buber?

Egredi scienziati, operatori sanitari, dottori, la **qualità dei medici** – come persone oltre che come professionisti – è la risposta ai problemi della umanità che soffre. Al paziente non interessa la Medicina, ma il Medico. Nessuno però nasce artista della salute e nessuno può vivere di rendita neanche se assiso sugli elevati sgabelli della sapienza.

Per rimanere eterni discenti – condizione basica per produrre opere degne della vostra arte – bisogna possedere *un grande principio di conoscenza*: la conoscenza delle nostre ignoranze, delle nostre immaturità, dei nostri limiti.

*Questa coscienza è figlia dell’Umiltà.*

Una dote pertanto indispensabile a chi, come il medico, affronta ogni giorno situazioni complesse, in particolare la sog-

gettività del paziente. L'umiltà ci indica la direzione verso cui orientare i nostri sforzi. Coraggio, ne avete bisogno. Infatti, nel viaggio verso il ben operare sanitario dovrete abbandonare con coraggio i sogni di onnipotenza e sopportare la depressione connessa a simile rinuncia; col vantaggio ineguagliabile di accedere, finalmente, al *vostro potere reale* che è enorme; per poi aumentarlo giorno dopo giorno con limpida e gioiosa applicazione. Potenza della Umiltà.

Spero di averVi anche mostrato, e ho concluso, la sottile e spesso ignorata differenza tra modestia e umiltà. Per cui non mi resta che salutarVi con una esortazione che rivolgo, ogni giorno, a me "medesimo": **"Umili sempre, modesti mai"**.

### III, 5. RUOLO DELLA CHIESA NEL TRATTAMENTO DEI MALATI MENTALI\*

#### Introduzione

Gli *ordini* religiosi come porzione di Chiesa impegnati nei vari servizi all'umanità si sono distinti nel passato per la loro capacità di andare incontro ai bisogni degli uomini in tutti i contesti storici.

Oggi essi guardano al presente nel tentativo di rendere sempre più attuale la ricchezza dei carismi di fondazione difendendo la propria peculiarità e spesso lottando con sistemi giuridico-amministrativi lontani dalla sensibilità cristiana. Tra le iniziative più meritevoli vanno considerate quelle rivolte agli incurabili, ai malati poveri, ai lebbrosi ed appestati, ai bambini esposti perché giudicati anomali o indesiderati.

Tra le persone più bisognose di oggi i religiosi con l'aiuto di molti volontari si occupano di malati oncologici in fase terminale, di persone malate di AIDS o tossicodipendenti e di persone con disagio mentale grave. Devo dire, con mio grande rammarico, che non mi è stata concessa la possibilità di raccogliere dati sulle molteplici presenze di chiesa in questi settori dell'assistenza.

Ad una lettera da me inviata nello scorso mese di maggio, in tal senso, a parecchi istituti religiosi non ho ricevuto alcuna risposta.

Colgo questa opportunità per inviare le varie Conferenze Episcopali e lo stesso Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari a lanciare una campagna di informazione sui modelli assistenziali praticati in questi settori dalle religiose, dai religiosi

---

\* In "Dolentium Hominum" 34, 1997, n. 1.

e dalle innumerevoli organizzazioni del volontariato cattolico nel mondo. Un censimento di queste iniziative potrebbe servire anche da richiamo a quanti desiderano consacrare la loro vita totalmente al servizio dei malati più dimenticati.

### *1. Uno sguardo al passato*

Per restare nell'ambito in cui ho consumato la mia esperienza all'interno dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio dei Fatebenefratelli, vorrei parlare dell'Assistenza ai malati mentali. Nel passato già i Fatebenefratelli avevano fatto la precisa scelta di campo del metodo di dolcezza da applicarsi al trattamento dei malati di mente.

Avevano compagni esemplari che vogliamo ricordare.

Già nel 1632 San Vincenzo de' Paoli aveva fondato a Parigi la Casa di San Lazzaro – da cui il nome di Lazzaristi – vero modello di carità, addirittura di tenerezza e amore per i malati mentali che vi trovavano un pietoso asilo. Soltanto nella Francia del 1600 furono 10 i pensionati dove i Fatebenefratelli raccoglievano questi ammalati abbandonati. Ad essi si affiancarono Francescani, Fratelli delle Scuole Cristiane e Maristi per i maschi. Per le donne, invece, si prodigarono le Suore del Buon Pastore, le Orsoline di Santa Pelagia e le Penitenti.

L'opera dei Fatebenefratelli fu opera pratica ispirata alla stessa azione di San Giovanni di Dio, il quale, per prova personale, ebbe a sperimentare le cure riservate, all'epoca, ai malati di mente o a quelli ritenuti tali. Ritroviamo intorno al 1700 il convincimento scientifico, fatto proprio dagli stessi ospedalieri, secondo cui la follia fosse una offesa organica del cervello. Ragion per cui si cominciava a pensare che tali malati potessero essere curati. Si usciva dall'identificazione follia-possessione demoniaca.

Vi prego di sottolineare questo passaggio, perché con presupposti diversi è un convincimento analogo che fonda la moderna riabilitazione neuropsichiatrica.

San Giovanni di Dio, come poi San Camillo de' Lellis e San

Vincenzo de' Paoli, avevano tentato di umanizzare l'assistenza restituendo il dovuto rispetto ai malati poveri e abbandonati.

Come ha notato lo storico italiano Cosmacini, l'assistenza ospedaliera era considerata, intorno al 1500 in Europa, una pratica ambigua oscillante tra zelo e distacco. Spesso gli infermieri e i medici vedevano nel malato un diverso. Diverso dal normale e da sé. Da qui derivava un comportamento assenteista e prevaricatore che generava incuria e violenza aggiungendo sofferenza alla malattia. A fronte di quella pratica assistenziale emerge un San Giovanni di Dio che volle un ospedale dove curare i malati a modo suo, reagendo all'oscurantismo e guardando nel malato il simile e non il diverso.

Si afferma, per suo tramite, un modello di antropologia relazionale per cui il simile cura il suo simile, l'infermiere, l'infermo e l'uomo un altro uomo malato o meno fortunato di lui.

La follia di San Giovanni di Dio assume allora un valore simbolico di inestimabile interesse spirituale perché innesca un processo di recupero di poveri folli considerati a pieno titolo uomini recuperabili.

Il movimento di attenzione e di cura verso gli ammalati di mente che venne fuori da Fatebenefratelli porta alla luce uno schema di servizio ospedaliero che ha guidato per secoli le istituzioni cattoliche per aiutare gli ammalati.

Fissiamone brevemente le linee guida.

1. Servire il malato è un'opera che discende direttamente dai principi della fede quale l'amore universale di Dio Padre e la dignità dell'uomo.

2. Il servizio è quindi un diritto dovere della Chiesa nel rispetto delle diverse realtà culturali come annuncio di salvezza davanti alla malattia.

3. Ogni opera ospedaliera è opera di Evangelizzazione e quindi testimonianza dell'amore misericordioso di Cristo.

Dalla Rivoluzione Francese ad oggi molti cambiamenti hanno trasformato i sistemi sanitari ma i religiosi, seppur numericamente ridotti, non hanno mai smesso di servire i malati con spirito di abnegazione e con lo sguardo fisso alla loro missione evangelizzatrice.

## 2. *Le nuove frontiere dell'assistenza ai malati mentali*

I Fatebenefratelli, come tanti altri religiosi, hanno guidato istituzioni per malati mentali che per molti decenni hanno esercitato un ruolo di supplenza nei riguardi dello Stato stesso. Col tempo hanno riconosciuto, spesso con anticipo sul pubblico, la necessità di limitare i ricoveri a qualunque costo e di mettere al centro di un'assistenza multidisciplinare il paziente psichiatrico almeno in Italia. Ma lo stesso potrei dire per il Portogallo, la Spagna, l'Irlanda o la Colombia. L'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio ha catalizzato una serie di studi e di ricerche per richiamare i cultori della materia e mettere in comune i loro saperi non solo per esigenze metodologiche ma umanistiche. Una vera battaglia culturale è stata impegnata dentro e fuori l'Ordine per capire come prevenire la malattia mentale, evitare la cronicizzazione e rinvenire modelli flessibili di riabilitazione.

Un figlio di San Giovanni di Dio, Padre Benedetto Menni, recentemente proclamato Beato dal regnante Pontefice, fondò una Congregazione religiosa femminile che finalizza il suo cammino in special modo ed eroicamente nella assistenza ai malati di mente. E lo stesso Padre Menni nella Restaurazione dell'Ordine in Spagna privilegiò l'assistenza psichiatrica fondando numerosi istituti psichiatrici.

Riprendendo quel modello terapeutico, che fu detto dagli storici *metodo di dolcezza*, noi abbiamo reinterpretato la riabilitazione come strumento di vera umanizzazione e non soltanto tecnica esecuzione di protocolli. Abbiamo corso il rischio, come diciamo da dieci anni, di credere al passaggio possibile dalla custodia alla riabilitazione psichiatrica centrata su quattro pilastri fondamentali:

- a. utilizzare le potenzialità umane di ogni disabile mentale;
- b. insegnare al malato come sviluppare le proprie abilità e il senso di autodeterminazione;
- c. umanizzare i programmi terapeutici tramite la formazione continua degli operatori;
- d. cambiare l'ambiente di vita e costruirlo a misura d'uomo.



La riabilitazione, insomma, come nuova visione del disagio psichico e demedicalizzazione del contesto terapeutico. Le varie scuole di riabilitazione hanno oggi il merito di aver scoperto le infinite vie per aiutare il cosiddetto folle a poter rientrare nella cosiddetta normalità. Ma resta un pericolo. In quanto religiosi e credenti dobbiamo sentirci chiamati ad evitare di perdere e soffocare la soggettività del malato mentale. Presi dalle convinzioni teoriche dei modelli riabilitativi dobbiamo evitare di omologare tutti i pazienti in storie parallele o sovrapponibili seguendo maggiormente le devianze individuali più che le nostre proprie ricette tecnico-scientifiche.

L'uomo, anche il folle, è fatto ad immagine di Dio e va rispettato proprio per la sua debolezza estrema che ne costituisce la vulnerabile originalità.

L'uomo è sempre fatto ad immagine di Dio soprattutto quando vengono in lui smarrite le tracce fisiche e spirituali di quell'intelligenza sublime che ci ha creati proprio *ad imaginem et similitudinem suam*.

Oserei dire che se manca questa fede nel Dio debole e ferito, capace di soffrire nelle sue creature, viene a mancare il presupposto stesso della uguaglianza e della solidarietà tra uomini.

Se mi è consentito rivolgere un appello finale agli uomini di scienza ed ai politici interessati al tema, vorrei dire che il malato mentale oggi ha soprattutto bisogno di questo riconoscimento di Dio ferito che cammina in mezzo a noi.

Formiamo persone umane capaci di cogliere il suo grido e comprendere il suo gesto. Dio è in mezzo a noi nei folli, nei poveri diseredati, nella sofferenza così come nelle conquiste della scienza e nella gioia di vivere.

La sofferenza rivela crudelmente agli uomini i limiti stessi dell'opera di Dio, le ferite aperte di un mancato patto di alleanza fra la natura e Dio, il segno di una contraddizione tra l'amore del creatore e la durezza impenetrabile del creato.

Qui si rivela la debolezza del nostro Dio che ci ama tanto da compatire con noi.

Dio non deve essere l'oggetto delle nostre lamentazioni perché egli stesso soffre e l'alleanza con l'uomo culmina in una

partecipazione all'abbassamento del suo figlio, il Cristo, che si fa uomo sofferente. Che Dio sia fragile perché è amore è l'unica metafora che lo protegge dalle accuse di insensibilità o ingiustizia come scrive Paul Ricoeur, uno dei più grandi filosofi credenti contemporanei.

## Conclusione

Tutta la società e soprattutto la comunità ecclesiale è chiamata a compiere un salto di qualità nell'esercizio delle professioni sanitarie, l'organizzazione dei servizi alle persone e la costruzione microstrutture abitative capaci di supportare lo sforzo delle famiglie di malati mentali. Dalle famiglie, proprio in un momento in cui da tante parti viene l'invito a chiudere i manicomi, si leva un grido disperato che invoca provocatoriamente l'eutanasia piuttosto che l'abbandono dei propri cari sulle strade. Tutti i cristiani e gli operatori di assistenza in particolare siamo chiamati a creare punti di riferimento e gruppi di appoggio per le famiglie. Diamo spazio al volontariato che può svolgere una missione educatrice di grande civiltà cristiana proponendosi anche come attiva impresa di solidarietà sociale.

Il malato di mente, in cui risplende a modo suo la lucerna dello Spirito del Creatore, va protetto con ogni mezzo dal vento della paura e della cattiveria perché sia ancora possibile parlare oggi di carità.

### III, 6. “CREARE IL FUTURO CON SPERANZA”\*

#### 1. Le sfide del presente

Nella riflessione sul futuro, più propriamente sul rapporto tra creatività e temporalità, dobbiamo registrare e superare una contraddizione: il tempo che vogliamo indagare non è uno spazio mentale astratto e lontano, ma è una determinazione del nostro presente. È l'epoca in cui si vive che prepara il futuro: nei valori fondanti la nostra testimonianza risiede il seme dell'avvenire. Perché l'impegno e la testimonianza non devono essere continuamente trasferiti in un ipotetico futuro che ci priverebbe continuamente dell'assunzione delle nostre responsabilità presenti e attuali.

Occorre entrare nel terzo millennio con il coraggio vocazionale e profetico di nuovi ruoli e di nuove testimonianze.<sup>1</sup> Nel mondo dell'Ospitalità, la speranza come annuncio di salvezza crea un possibile futuro solo se genera strutture di salute che accolgano l'uomo sofferente di oggi. Creare vuol dire istituire e promuovere processi in grado di fecondare il tempo in maniera da produrre iniziative fedeli al volere di Dio e ai segni in cui esso si manifesta nel tempo.

Creare in ospitalità significa generare e testimoniare costantemente un amore vivo, operante, costruttivo, per il fratello nel dolore. Fermarsi costantemente a *progettare e pensare* il futuro senza creare il NUOVO può mettere l'Ordine fuori dalla storia.

Il cambiamento epocale che stiamo vivendo ci impone di valutare e quindi scegliere e produrre concretamente le risposte

\* Roma, 2000. In *Carta d'identità dei Fatebenefratelli*.

<sup>1</sup> Una prima traccia è stata indicata nel documento dell'Ordine *Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000*, trasmesso ai Confratelli nell'aprile 1987.

più adeguate poste dal crescente pluralismo culturale, dal movimento dei diritti umani, dall'invecchiamento della popolazione, dalla crescita delle povertà vecchie e nuove, dal desiderio di pace e dal ridursi delle risorse economiche disponibili per la difesa dello stato sociale.

Come si dice in altra parte di questo documento, il dialogo bioetico si impone come parametro del nostro corretto agire religioso e professionale, proprio perché impone un punto di vista più universale al nostro comportamento e alle nostre scelte, mirate sempre alla promozione dell'umanità dell'uomo.

L'uomo, come ha testimoniato San Giovanni di Dio, non è un oggetto insignificante nel panorama della natura, ma un punto di vista originale su tutta la creazione.<sup>2</sup> Per testimoniare il futuro orizzonte della nostra ospitalità dobbiamo considerare più a fondo le esigenze dell'uomo bisognoso collegando etica e spiritualità a un'antropologia coerente.

Oggi, noi Confratelli e Collaboratori abbiamo il compito di essere profeti di speranza, di dignità del sofferente, di amore che viene spento dalla tecnica e dalle leggi del mercato che hanno penetrato il mondo della sanità e dell'assistenza.

Nel passato, in molte circostanze, abbiamo sostituito o anticipato l'ambito dello Stato: oggi dobbiamo entrare in questo ambito e nelle organizzazioni di mercato con la cultura e lo spirito di San Giovanni di Dio a difesa del povero, degli anziani e dei cronici.

L'Ordine deve realizzare un percorso che traduca l'insegnamento sociale della Chiesa; avvalendosi di tecnici competenti che lascino spazio alla creatività dell'amore e alla spiritualità dell'Ordine stesso.

Tutto questo potrebbe portare a ripensare la presenza dell'Ordine in alcune opere specifiche ma forse consentirà una *rifondazione* all'inizio di questo millennio. Creare il futuro vuol dire entrare come lievito nella pasta dell'umanità rinunciando a restare muti osservatori al di qua delle nostre limitate fine-

---

<sup>2</sup> Cfr *Seconda lettera di San Giovanni di Dio alla Duchessa di Sessa*.

stre, scambiate spesso per la totalità del mondo. Mandati a evangelizzare il mondo sanitario, annunciamo che la salvezza è in mezzo a noi e si manifesta nell'accogliere Cristo nel fratello: ogni opera di ospitalità è segno di speranza per raggiungere la vera salute.

## 2. Forza profetica dell'ospitalità

Per vivere nella nuova ospitalità abbiamo bisogno di ridisegnare la nostra presenza nella sanità che cambia immettendoci in un movimento vertiginoso che rischia di distruggerci, a meno che non definiamo i nostri progetti e le strategie adeguate per realizzarli. Non si tratta di salvare delle "opere" ma di rendere possibile l'annuncio del Vangelo attraverso la pratica del Carisma di ospitalità quale servizio a Dio nei bisognosi. Dopo aver sentito tante invocazioni al cambiamento, oggi siamo chiamati ad andare oltre il cambiamento: dobbiamo avviare un processo destinato a reinventarci e reinventare l'Ospitalità.

Attendere o voler essere "perfetti" nel cambiamento significa non sentire Dio che pensa nella nostra storia personale e non solo nella storia delle nostre opere. Il tempo, il domani, non giocano a nostro favore se non viviamo con coraggio e con pienezza il nostro oggi.

La forza profetica, infatti, non si esprime semplicemente nella capacità di interpretare i segni dei tempi, ma anche e soprattutto nel saper andare oltre il presente e "leggere il futuro" secondo lo sguardo di Dio.

"Anche se il rinnovamento non è sparito dal lessico dell'Ordine e dai suoi progetti e viene auspicato e ricercato dai singoli e dalle Comunità, occorre che la sua necessità e i mezzi per la sua realizzazione vengano richiamati con maggiore forza".<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> LXIII CAPITOLO GENERALE, *La Nuova Evangelizzazione e la Nuova Ospitalità alle soglie del terzo millennio*, Bogotà 1994, § 3.3.

Riflettere sul rinnovamento con spirito profetico ci fa pensare a tante cose sulle quali operare un discernimento. Rinnovare l'ospitalità significa offrire servizi di qualità per i bisogni umani, valutare correttamente le risorse economiche, considerare le esigenze di giustizia sociale, curare la formazione dei Confratelli e dei Collaboratori, adeguare le strutture organizzative.

Un vero sforzo di "formazione nuova" per i Confratelli e per i Collaboratori si impone come scelta prioritaria. Non si può più avere una formazione "provinciale": occorre avere un respiro mondiale. È pertanto indispensabile una valorizzazione delle esperienze delle varie Province dell'Ordine, con scambi culturali e pastorali per religiosi e collaboratori laici, per avere una nuova spinta, un nuovo entusiasmo, capaci di ispirare una nuova evangelizzazione ed una nuova ospitalità.

Ma tutto questo può non essere sufficiente a produrre un vero e proprio movimento di innovazioni durature. Perciò, ispirati da un vero amore per il nostro servizio carismatico non dobbiamo limitarci a semplici proposte correttive di situazioni che abbiamo trovato insufficienti o inadeguate. Dobbiamo andare alla radice dei problemi, rimettere in discussione ciò che costa maggiormente mettere in discussione, vale a dire noi stessi come persone, come Confratelli o come Collaboratori, la nostra mentalità, il modo di guardare la nostra comunità e i Centri da noi animati.

I Confratelli debbono costruire un tessuto nuovo comunitario nel quale il ruolo di "proprietari" delle opere sia equilibrato dalla funzione di "animatori". Quindi, occorre che si aprano a una condivisione più convinta e coerente con quanti vogliono unirsi a loro con vincoli più stretti della pura e semplice collaborazione.

Il rinnovamento richiesto dalla nuova ospitalità, la reinvenzione della nostra esistenza in sanità consiste piuttosto nel ridisegnare non soltanto le strutture visibili ma anche quelle invisibili e quelle culturali. Dobbiamo pensare a una trasformazione che permetta di mantenere nel tempo i miglioramenti indipendentemente dalle variazioni del contesto economico-

sanitario esterno.<sup>4</sup> Il fine ultimo della vita dei Fatebenefratelli è di fare presente nel loro apostolato di carità Cristo che li invita a impegnare l'esistenza nell'evangelizzazione dei poveri e degli ammalati.<sup>5</sup> Alla luce della nuova evangelizzazione, la Chiesa li invita a verificare:

- se il loro apostolato ha in tutte le sue espressioni una autentica valenza evangelizzatrice;
- in quale misura le comunità nella loro azione apostolica sono coscienti del loro ruolo evangelizzatore;
- fino a che punto i singoli si percepiscono e si apprezzano nella loro dimensione di testimoni del Vangelo;
- in quale misura fanno essere animatori motivati, fondati nel Vangelo ma nello stesso tempo sensibili alle scienze umane e organizzative;
- fino a che punto sono riusciti ad armonizzare la dimensione apostolica e la dimensione contemplativa nella loro vita.

In ultimo, è importante che riscoprano il senso di gioia che circonda il profeta entusiasta di aver scoperto il senso della sua chiamata: “Mi hai sedotto, o Dio, e io mi sono lasciato sedurre!” (*Ger* 20, 7).

La partecipazione condivisa della gestione, della testimonianza, della missione o della spiritualità si rivela il passaggio obbligato per realizzare il ministero di salute e salvezza che annunciamo profeticamente all'umanità sofferente.

Dobbiamo convincerci nella pratica delle cose concrete che la soluzione partecipativa coinvolge le persone e impone la revisione del sistema gerarchico che spesso ha condizionato i rapporti tra Collaboratori e Confratelli, e anche tra i Confratelli stessi.

La partecipazione deve tracciare un suo itinerario che investa sia gli aspetti culturali e di comunicazione, sia quelli organizzativi e avvia alla maturazione di più moderne relazioni nel-

---

<sup>4</sup> Tutta la carica propositiva di queste parole è contenuta nella pagina conclusiva del documento *La Nuova Evangelizzazione e Nuova Ospitalità alle soglie del terzo millennio*, op. cit., 5.6.

<sup>5</sup> Cfr *Costituzioni* n. 41.

l'azienda-ospedale e nella comunità ospedaliera. Ciò vuol dire sottomettersi tutti a un confronto costante sui problemi concreti quali la produttività, il miglior uso delle strutture tecniche, la qualità del lavoro e del servizio, il riconoscimento della centralità dell'uomo malato.

La soddisfazione del paziente va cercata in tutti i modi con la stessa intelligenza e costanza con cui va cercata la creazione di un ambiente di lavoro soddisfacente.

La partecipazione può accrescere la soddisfazione degli operatori e degli utenti se viene sostenuta dallo sviluppo professionale, da un sistema retributivo più vicino alle modalità partecipative, da un'attenta cura della formazione spirituale di tutti in fedeltà al carisma dell'ospitalità.

Ma, ancor di più, su un altro piano, la partecipazione comporta un'informazione più diffusa e una comunicazione più interattiva di quanto non sia stato fatto finora.

### *3. Vitalità umano-divina del carisma dell'ospitalità*

Nulla può garantirci il successo nelle sfide future o di mantenere le eventuali conquiste se non l'Uomo radicato nella fiducia al Padre. Si può investire su tutto, ma se gli uomini non sono all'altezza non c'è niente da fare. Nella risposta convinta e integrale alla chiamata di Dio noi coinvolgiamo tutto il nostro essere e tutte le nostre risorse nel servizio all'umanità.

In questo, il carisma di ospitalità è grazia riversata per mezzo nostro sugli uomini sofferenti e ci impegna a diventare guide morali. Essere guide morali impone una coerenza di vita nei comportamenti quotidiani, nell'espletamento dei nostri compiti, nella nostra opera di evangelizzatori positivi e propositivi nel mondo sanitario.

Radicati nella fedeltà a Cristo uomo-Dio salvatore dell'uomo, noi dobbiamo costruire le opportunità perché sia rispettata la dignità umana, riconosciuto il senso e il destino trascendente di ogni uomo. Emerge qui la dimensione spirituale, più propriamente teologica del nostro carisma. La vitalità umana del cari-



sma, il *visibile* del nostro stile, deve essere una manifestazione dell'*invisibile* del nostro legame con Dio. Dal modo in cui riconosciamo e connotiamo la figura di Dio e il "senso" della sua funzione nella storia, nella natura, nell'esistenza degli uomini, noi determiniamo il Suo ruolo nella nostra vita personale.

Il modello di azione apostolica che dobbiamo formulare e attuare deve trovare il suo fondamento nella teologia del servizio. Infatti, se la nostra scelta vocazionale è orientata al sollievo della sofferenza, noi dobbiamo determinare qual è il nostro modo di concepire tale compito come un preciso servizio reso a Dio. Sta scritto, infatti:

«Quando verrà il Figlio dell'uomo nella sua maestà... allora il Re dirà a quelli che sono alla sua destra: venite, benedetti dal Padre mio, prendete possesso del Regno preparato per voi sino dalla creazione del mondo. Perché ebbi fame e mi deste da mangiare; ebbi sete e mi deste da bere; fui pellegrino e mi albergaste; ero nudo e mi rivestiste; infermo e mi visitaste; carcerato e veniste a trovarmi. Allora i giusti gli risponderanno: Signore, quando mai ti vedemmo infermo o carcerato e siamo venuti a visitarti? E il Re risponderà loro: "In verità vi dico: ogni volta che voi avete fatto queste cose a uno dei più piccoli di questi miei fratelli, l'avete fatto a me"». (Mt 25,31-40) .

Ma ciò che secondo il Vangelo appariva così istintualmente vicino alla mentalità della Chiesa primitiva, in seno alla quale nascono i Vangeli – lo spirito comunionale e il vivo senso della testimonianza – è più difficile da attuare nell'era moderna, perché la nostra visione del mondo, la cultura moderna, ci hanno portato ad escludere la vitale dipendenza divina e trascendente delle cose terrene.

Quindi è necessario rivedere i nostri procedimenti di pensiero e di azione, per poter trasformare la nostra esistenza di Confratelli e di Collaboratori, ed essere veramente "trasparenti", vivi testimoni dell'amore misericordioso.<sup>6</sup> È dunque improrogabile la fondazione di un nostro modello efficace di teo-

---

<sup>6</sup> Cfr. *Costituzioni* n. 2.

logia del servizio: il concetto di servizio è al centro della tradizione cristiana. Nell'immensa complessità della società contemporanea, la ricerca di un modello di teologia del servizio deve essere compiuta quasi distaccandoci dalle abitudini dottrinali, come per un salto rischioso che ci porti alla invenzione di qualcosa di nuovo. Siamo chiamati a ripensare in maniera nuova la relazione fondamentale e fondante, sempre particolare tra la fede cristiana e le forme del servizio religioso, politico o intellettuale rese al mondo dalla prassi sociale cristiana.

Occorre un coraggio nuovo per rischiare questa apertura a doppia uscita che comprenda in un unico movimento sia Dio, il totalmente altro e l'uomo del tutto simile a noi. Una teologia dunque, centrata sull'ospitalità di Dio nell'uomo, e dell'uomo nell'uomo. Soltanto in questa rischiosa apertura, come una splendida avventura, potrà fondarsi il nostro servizio.

Così il malato, il sofferente e il bisognoso diventa per la fede in Dio, una sorgente di vita. Fare posto all'altro, esercitare il carisma dell'ospitalità significherà in certo qual senso, cedere il posto all'altro e farlo vivere con noi e in noi.

Tradurre in operosità questi principi o questi rischi avventurosi cambierebbe e rivoluzionerebbe il nostro essere, daremmo una testimonianza che potrebbe affascinare i giovani della nostra epoca e darebbe ai nostri centri una caratteristica propria che il nostro Fondatore volle per il suo ospedale. Atteggiamento di semplice disponibilità, ma anche lotta per offrire un posto "agli altri" nella nostra preghiera, nelle nostre parole, nell'esercizio concreto delle nostre professioni, nell'accoglienza, nell'assistenza e nell'accompagnamento dei malati e dei bisognosi.

E così l'ospitalità diventa luogo teologico in cui Dio, che ci ha accolti da sempre e ispira gesti di ospitalità che Lo facciano sentire accolto negli uomini e Lo rendano presente al mondo, è accolto.

### III, 7. UMANIZZAZIONE, ANIMAZIONE, FORMAZIONE PER IL NOSTRO FUTURO\*

*A tutti i miei Confratelli  
Con affetto e stima*

#### *1. La realtà dei Fatebenefratelli*

Continuando nella riflessione che ha caratterizzato quest'ultimo periodo della nostra storia recente vorrei partire dalla meditazione del nostro detto "umanizzarsi per umanizzare".

Sono consapevole che a molti Confratelli, il termine *umanizzazione*, suona quasi fastidioso o quantomeno superato.

Personalmente – anche per una esperienza che sto vivendo – vorrei avere la forza per lanciare la sfida ad un programma che chiamerei la seconda umanizzazione.

Non è qui il momento di parlare di questo argomento, ma ho ritenuto, nel contesto di questi incontri, che auspico non si vivano solo come un "corso" ma come un momento storico per l'Ordine in Italia e per il nostro essere religiosi ospedalieri, fosse utile ripartire da un progetto che ci ha impegnato per molto tempo e che è ancora richiamato dalla Carta d'Identità e dalle esortazioni del Padre Generale.

Per umanizzarci è necessario un progetto formativo che investa contemporaneamente religiosi e collaboratori. Quello che chiamerei il progetto dell'umanizzazione può diventare, oggi, estremamente fondamentale per riqualificare carismaticamen-

---

\* Milano, 2001. Intervento svolto al primo modulo del percorso formativo rivolto a Religiosi e Laici della Provincia Lombardo-Veneta, della Provincia Romana e dell'Ospedale Generalizio Fatebenefratelli, Isola Tiberina 26-27-28 Novembre 2001, Genzano di Roma.

te la nostra vita e le nostre opere. Questo ci condurrà forse a ridisegnare le strategie per passare dalla separatezza all'inserimento organico nella *costruzione della Chiesa* dove ancora le nostre opere vengono percepite come "proprietà" dell'Ordine e non come opere di Chiesa. In questo passaggio bisogna capire meglio e realizzare quel modello di nuova collaborazione con i laici che con noi sono chiamati a realizzare la nuova Ospitalità.

Non è una novità: dovunque si impone, in modo quasi drammatico, la nuova alleanza tra laici e religiosi (l'ultimo sinodo dei Vescovi – la CEI – la stampa ecc..). Essa deve essere fondata sulla *reale partecipazione e compiuta corresponsabilità* e non semplicisticamente su timide e timorose deleghe di servizi e funzioni.

Incoraggiati dalla Carta di Identità edita nel 2000, dobbiamo spingerci oltre le realizzazioni compiute e affermare che il futuro dei Fatebenefratelli (Ordine e Opere) sarà possibile con *l'integrazione* dei collaboratori o non sarà più.

Nella sua lettera del settembre 2001 il Padre Generale dice che in certi luoghi siamo scomparsi, in altri stiamo per scomparire benchè l'ordine prosperi in tanti Paesi.

La consueta delicatezza del Padre Generale si ferma a questa affermazione che però non può lasciare indifferenti o insensibili i singoli religiosi – le Comunità – le Province.

È questo un monito che se non tocca la nostra sensibilità religiosa ed umana ci deve davvero fare riflettere e meditare.

La *Carta di Identità* dice: "Il mutamento più significativo si è avuto nell'integrazione dei collaboratori. Fino a non molti anni fa la Comunità dei frati, con l'appoggio di alcuni laici, rendeva possibile il servizio ai malati. Oggi sono i *collaboratori gli attori principali* nelle opere e non vi sono aree precluse a tale presenza dato che anche la direzione e la gestione sono state assunte dai collaboratori". (*C.D.I.*, 3.2.2 pag. 52)

È questa una serena constatazione dei fatti dalla quale si deduce un precetto morale di grande valore per i Fatebenefratelli.

Continuando, il testo afferma e precisa: "I confratelli devono essere guida etico-morale, coscienza critica, anticipazione

creatrice e innovativa e segno profetico di buone nuove ai poveri, ai malati e ai bisognosi di oggi, di ogni cultura e religione". (C.D.I., 3.2.2 pag. 52)

Se non continuassimo su questa strada e non rinforzassimo le esperienze già collaudate, rischieremmo di ridurre l'efficacia delle nostre scelte e determinare pericolose situazioni di stasi e paralisi.

Se i collaboratori sono ritenuti capaci di diventare *attori principali* nelle opere, dobbiamo capire quale deve essere il nostro ruolo di coattori.

Senza sentirci umiliati dobbiamo riconoscere che la nostra generazione deve cambiare ed abbiamo bisogno di nuovi modelli.

## 2. *Formazione ed Ospitalità*

L'insistenza ormai ventennale sull'alleanza e sull'integrazione con i laici comporta un forte richiamo al lavoro di formazione permanente dei religiosi e dei collaboratori non in chiave di pura invocazione astratta.

Per parlare di cose che toccano nell'interiorità il nostro essere Fatebenefratelli, vorrei fare un'osservazione preliminare.

Forse la nostra formazione è zoppa perché ha avuto una sola gamba, quella della nostra individualità di religiosi-monaci.

Come accade spesso a causa della somiglianza di abito, a me è accaduto in Germania negli anni '80 ed in altri posti del mondo, la gente può identificarci a dei monaci quando non conosce l'ambito e la portata delle nostre Opere.

Noi stessi abbiamo forse trovato più facile riferirci al modo di vivere dei monaci per quel che riguarda la formazione spirituale, l'esercizio delle virtù, l'osservanza dei voti e l'attuazione dei consigli evangelici.

Dimenticando spesso involontariamente le peculiarità teoriche e pratiche che il voto di ospitalità comprende e sollecita. Se rileggiamo con l'attenzione che meritano i vari progetti e le impegnative iniziative del Governo centrale dell'Ordine in campo formativo, rileviamo come in essi prevalga l'attenzione agli

aspetti importantissimi della formazione del carattere religioso. In sintesi si affrontano i temi della strutturazione e crescita della personalità del religioso come uomo di Dio, testimone concreto del suo amore misericordioso verso i sofferenti, gli ammalati, i poveri e i bisognosi.

La connotazione che dovrebbe modulare poi l'originalità pratica del carisma di ospitalità cioè la gestione delle opere, viene lasciata in ombra quasi che per essa bastasse l'istinto naturale o, come spesso accade, la genialità individuale e solitaria che crea solo quel danno che il Padre Generale chiama "individualismo".

Perciò quando cerchiamo degli indicatori per i modelli, obiettivi, i contenuti sulla formazione al ruolo importante del Fatebenefratello nello svolgimento della sua missione, non troviamo elementi utilizzabili per un piano formativo coerente e specifico.

Questo non è più possibile. Ieri erano i Santi – era la Chiesa a far nascere ospedali o centri assistenziali – oggi è arrivato il mercato in sanità ed assistenza, è arrivato il PROFIT con le sue regole che fanno vivere i centri sanitari solo se hanno un utile dimenticando in alcune circostanze, l'uomo, le sue speranze, le sue paure.

Per questa ragione, mi pare, molti tra noi si chiedono come attuare i compiti a noi richiesti nella nuova ospitalità quando ci viene chiesto di diventare animatori.

Di questo travaglio si fa carico con straordinaria lucidità il *Progetto Formativo dei Fatebenefratelli* pubblicato nell'ottobre 2000.

Benché non si arrivi a colmare il vuoto di quella che io chiamo la nostra formazione zoppa, si danno delle indicazioni da sviluppare per completare la formazione del religioso F.B.F. animatore dell'ospitalità. Cito unicamente due passaggi dell'introduzione perché ci possano guidare nello sviluppo della nostra attuale riflessione. Presentando il progetto si afferma: "... la formazione deve realizzarsi alla luce della storia e della tradizione del nostro Ordine. È determinante approfondire a livello personale e istituzionale, gli aspetti del nostro passato, per rispondere alle esigenze del nostro carisma, con fedeltà

creativa ed aperti a nuovi tempi ed alle nuove circostanze del nostro apostolato” (*op. cit. n. 5 pag. 16*).

Il testo non ha bisogno di commento ma merita di essere sottolineato nel richiamo letterariamente suggestivo alla “fedeltà creativa” perché questa e solo questa modulazione delle virtù di fedeltà può renderci aperti ai nuovi tempi.

Su questa linea si colloca la successiva citazione:

“Il compito formativo deve essere attento alla realtà che è vissuta nel contesto in cui l’Ordine è impiantato. Questi riferimenti devono portarci a re-impostare della nostra dimensione apostolica: i luoghi e le forme di presenza, nuovi stili di orientamento e di gestione delle opere e rapporti con i collaboratori. La formazione deve preparare queste situazioni che cambiano e che riguardano il nostro Ordine ed il mondo attuale. Nella Carta d’Identità dell’Ordine Ospedaliero troviamo degli orientamenti per andare avanti e riflettere in questo senso” (*ibid. n. 5, pag. 18*).

E ancora si sottolinea che la formazione deve renderci capaci di dare una risposta alle sfide dell’ospitalità di oggi. “La formazione deve sensibilizzare ed illuminare i temi della sofferenza e dell’emarginazione con impostazioni adeguate, indirizzate a trasformare e/o eliminare le strutture personali e sociali che le generano. Allo stesso modo, con la Pastorale della salute e la Pastorale sociale dobbiamo apportare soluzioni creative nel modo di dare ascolto e rispondere alle diverse situazioni di malattia, povertà e ingiustizia. Queste realtà che generano esclusione e sofferenza, sono in costante evoluzione in un mondo diverso e mutevole e sono una sfida che siamo chiamati ad affrontare... con la nuova ospitalità” (*ibid. n. 7. d, pag. 19*)

Se non ci soffermiamo personalmente, comunitariamente, e come Comunità provinciale e nazionale a meditare su queste nuove evoluzioni socio-sanitarie corriamo il pericolo di fermare il cammino della nostra presenza nella storia del nostro paese.

Io sostengo che se non abbiamo noi oggi questa volontà e non assumiamo questo impegno permanente, i giovani difficilmente troveranno il percorso del Carisma lasciatoci da San

Giovanni di Dio. Certo tutto questo – senza volere entrare nei dettagli comporta grande impegno, coraggio profetico e grande fiducia nel Dio della Provvidenza.

Nel nuovo quadro della sanità ed assistenza pubblica e privata, che in pochi anni ha radicalmente cambiato modalità gestionale, organizzazione e tecnologia, per essere noi fedeli al Carisma dell'Ospitalità, là dove mancheranno risorse umane ed economiche, forse dovremmo lasciare alcuni tipi di opere per ripercorrere la strada che da Gerusalemme porta a Gerico per trovare i nuovi poveri, i nuovi abbandonati.

### *3. Fedeltà creativa*

In questa linea la formazione invocata per i nuovi compiti potrebbe essere individuata in una serie di percorsi formativi che aiutano il religioso a confermarsi nella gioia della sua scelta, ma lo orientano ad assumere nuovi atteggiamenti e creare-formare nuove abilità.

Il Priore o qualunque Fratello dirigente come animatore non perde delle attribuzioni, ma acquisisce nuove responsabilità che in nome della nuova responsabilità richiedono:

- competenza comunicativa attenta e costante,
- senso del limite e disponibilità all'ascolto,
- autorevolezza e testimonianza, dottrina e dedizione nella vita religiosa,
- capacità di individuare le motivazioni necessarie per convincere laici e religiosi a camminare insieme,
- impegno nel programmare, realizzare e valutare progetti di formazione adeguati alla struttura in cui si opera indicazione di criteri oggettivi e palesi nell'esercizio del controllo e della valutazione

Come tutte le proposte sintetiche il mio elenco rischia di essere un po' retorico ed astratto.

Per ridurlo ad un livello di flessibilità adeguato al nostro percorso formativo, mi permetterei di scendere nei particolari individuando gli obiettivi formativi per due dei temi indicati:



a) *La competenza comunicativa*

I religiosi che occupano incarichi a qualunque livello di responsabilità devono essere formati a:

- riconoscere e interpretare la loro leadership istituzionale
- rispettare le deleghe date
- tener fede ai propri compiti
- saper chiedere conto sui compiti altrui

La scuola di formazione di cui abbiamo bisogno in questo settore non è solo l'insegnamento/apprendimento degli strumenti tecnici per comunicare, ma piuttosto delle conoscenze manageriali dei processi formalizzati e delle tecniche adeguate per guidare la gestione carismatica delle opere. Un nuovo vocabolario ed una nuova grammatica si sono instaurate nella nostre istituzioni e noi dobbiamo apprenderli per poter essere guida reale dei nostri collaboratori.

Il cammino fatto con i Confratelli della Provincia Lombarda e che oggi riproponiamo all'attenzione di molti, è esso stesso momento di un processo formativo. Esso non può e non deve essere vissuto soltanto come un bel momento celebrativo dell'unità della nostra famiglia religiosa, ma deve costituire un passaggio obbligato per formarsi alle nuove responsabilità.

Se non torniamo a scuola e non ci rendiamo conto, studiando, che tutti i sistemi sanitari sono cambiati e vanno gestiti in maniera flessibile e coerente, noi continueremo a trattare i collaboratori come semplici dipendenti usando messaggi incomprensibili o chiedendo cose inattuabili, mettendo a rischio il nostro futuro demotivando i laici.

L'obiettivo formativo per la competenza comunicativa va perseguito affrontando la complessità dei nuovi ruoli affidati ai laici e coniugando il rispetto dei valori etici dell'ospitalità cristiana con i vincoli economici dell'amministrazione e le regole scientifiche del management.

Se riuscissimo a ripensare il nostro modello di comunicazione istituzionale come tessitura di trame relazionali e non come deliberazione gerarchica di precetti, forse ci apriremmo ad una nuova formazione.

b) *La capacità di individuare le motivazioni necessarie per convincere laici e religiosi a camminare insieme.*

Permettetemi, di ritornare, come vi dicevo inizialmente ad uno dei nostri slogan degli anni del rinnovamento, “umanizzarsi per umanizzare”. Forse l’educazione all’umanizzazione può aiutarci a formare le nostre capacità di animatore che devono “convincere” i collaboratori.

Nel nostro impegno all’umanizzazione dell’assistenza abbiamo trascurato – e spesso ci viene rimproverato – l’umanizzazione dei nostri rapporti con i collaboratori. Ci siamo preoccupati del “cosa fare”, mentre forse il problema è “come vivere la relazione fra uomini”. Se non ci formiamo alla relazione restiamo fermi alle invocazioni, alle formule, alle ricette che sono utili fino ad un certo punto anche se provengono dalla dottrina della Chiesa e dai documenti dell’Ordine.

Umanizzarsi vuol dire proprio cogliere la nostra identità e permettere all’altro di entrare in dialogo con noi su tutto: nel rispetto dei valori religiosi e morali che professiamo.

L’umanizzazione non deve essere vista come un modello moralistico di accondiscendenza alle debolezze altrui, bensì come una continua ricerca di verità sull’essere uomo congenere e solidale con gli altri uomini.

I ruoli funzionali sono modelli che devono rendere efficaci le relazioni tra umani e non invece gabbie che tolgono la dignità e l’originalità alle singole persone.

Il clima delle nostre istituzioni deve essere pensato come quello di un laboratorio spirituale nel quale il “convincimento” possa nascere dalla condivisione attraverso la formazione all’ascolto, la trasparenza ed alla collaborazione.

Questo è un severo impegno di tutti: non abbiamo il diritto di lasciare questa responsabilità storica ai Superiori Maggiori.

Restare immobili culturalmente, organizzativamente e spiritualmente significa mettersi in uno stato preagonico: meglio forse, dopo un autentico discernimento comunitario, avere il coraggio di percorsi nuovi, magari sbagliati ma correggibili con serie verifiche, piuttosto che lasciarci travolgere o dal mostro

dell'abitudine o da un egoistica inerzia. Si prefigura la necessità di formarsi ad un nuovo modo di intendere la responsabilità-condivisione. La corresponsabilità si deve esprimere e noi ne dobbiamo essere i convinti testimoni, con atti concreti che indichino il più profondo grado di interazione e condivisione della responsabilità.

Formarsi ad un nuovo stile di governo, come è richiesto da più parti della Chiesa e nel mondo civile, vuol dire garantire una maggiore efficacia e continuità di gestione delle opere. In questa linea l'animatore deve formarsi a saper presiedere e guidare le strutture che governano i processi di gestione carismatica attraverso:

- il comitato di etica,
- il comitato per la qualità,
- il percorso di formazione,
- il consiglio pastorale,
- il consiglio di amministrazione.

Questi sono soltanto degli esempi per stimolare il nostro interesse e suscitare un dibattito che va portato nella sede più adatta per trovare un vero piano operativo e trasformarlo in atti di governo da realizzare con programmi fattibili e valutabili secondo i risultati.

#### *4. Invenzione di nuove strade*

Vorrei concludere con una riflessione sul rapporto religiosi-laici che è stato da noi lungamente dibattuto ma si è rilevato di difficile attuazione.

Sempre partendo dalla mia prospettiva dell'umanizzazione, non voglio fare ulteriori approfondimenti ma cercare di superare le polemiche e trovare nuovi progetti.

Riconoscendo che l'Ospitalità è un dono di Dio, chi lo riceve accede alla nostra famiglia religiosa e deve coltivare tale dono.

L'obiettivo della formazione è proprio quello di fornire gli stimoli ad ogni religioso perché ognuno esprima il suo senso di ospitalità, tenendo conto di due fattori:

a) il confronto continuo con il trascendente, con Dio dal cui spirito provengono tutti i carismi, rinnovando la fedeltà alla sua chiamata; ma quello che mi pare più immediato è :

b) il modo, il metodo della reale effettiva dedizione all'amalato.

Se continuiamo a considerare l'ospitalità come un titolo esclusivo per possedere ospedali e arruolare religiosi stiamo commettendo a mio parere un errore grave che ci pone fuori dalla storia di oggi e ci vieta di pensare ad un nostro possibile futuro come Ordine religioso e come consacrati a Dio, nella ospitalità per l'uomo.

Per questo è sempre più forte in me la convinzione che il dono dell'ospitalità è vissuto e porta i suoi frutti quando si trasforma in processo di Umanizzazione della persona laica o religiosa che sia e, soprattutto, se impegna l'individuo in un progetto di Umanizzazione del rapporto con il malato, con i Confratelli e con i Collaboratori.

Il voto di ospitalità, con il quale un religioso Fatebenefratello dedica all'ospitalità la sua vita, è orientato direttamente alla gloria di Dio.

Ospitando l'uomo malato e prendendosi la responsabilità di curarlo, il religioso ospita Dio stesso.

Dato però che le strutture sanitarie sono inserite e gestite nel sistema amministrativo statale/pubblico, il religioso deve operare spesso in "contrasto" con il sistema. Infatti, le regole imposte dallo Stato possono entrare in conflitto con gli stessi obiettivi del carisma e forse con il nostro essere no-profit.

In questi casi, noi dobbiamo dare la precedenza al carisma e non alle regole, se queste non rispettano l'uomo nella sua globalità. Per questo, dicevo prima, avendo anche il coraggio di lasciare qualche opera. Nella nostra formazione dobbiamo incoraggiare se non alla "disobbedienza" almeno alla testimonianza contro le ingiustizie che i sistemi sanitari spesso provocano. Il voto è al servizio degli uomini e non al servizio delle politiche locali e neppure a certi tipi di diagnostica e di terapia.

Al contrario, il voto deve animare una diversa concezione della politica sanitaria pubblica.

In tal senso si impone un modo diverso anche di affrontare la gestione, soprattutto finanziaria delle nostre opere. Il fatto di ricevere finanziamenti pubblici deve portare ad osservare le leggi dell'equità, dell'onesta e della giustizia nella gestione.

Fa parte della nostra testimonianza, l'assumere criteri di trasparenza nella gestione come virtù morale ed esecuzione di un mandato di tutta la società.

Per conseguire questo è necessario formarsi al rispetto delle competenze e delle professionalità tipiche del mondo sanitario.

È necessario che il nostro lavoro non sia concepito come frutto di una generica solidarietà caritatevole.

Noi, come operatori sanitari religiosi dobbiamo contribuire al rispetto della giustizia che fonda una società civile umana.

Se un cittadino ha dei diritti non bisogna dargli un servizio in nome della carità.

La carità deve essere una forma privilegiata di giustizia e non una supplenza casuale e volontaristica delle mancanze di uno Stato. Questo è l'imperativo etico dell'Umanizzazione: trasformare il dono dell'ospitalità in responsabilità concreta di servizio al malato perché egli sia uomo anche nelle condizioni difficili (le nuove cronicità, oncologia, ecc...).

Quando parlo di etica dell'Umanizzazione intendo riferirmi a quell'etica della responsabilità che considera sempre il fine e le conseguenze di ogni nostra azione.

Nel nostro caso una responsabilità, vissuta come Cristo fino alla morte, per la salute di tutti gli uomini, proprio, in quanto uomini bisognosi e non per clienti del nostro ospedale.

L'etica dell'Umanizzazione è il braccio operativo della teologia del carisma di ospitalità.

Senza il trasferimento di quel dono proveniente da Dio in una precisa strategia di "umanizzazione" del rapporto con i collaboratori e gli ammalati, noi rischiamo di essere tamburi e cembali suonanti che non lasciano nessuna traccia, come dice S. Paolo.

Il carisma deve essere coltivato come occasione per trasferire tra gli uomini quello che avviene nella vita divina dove il Padre con lo Spirito genera il Figlio e nel Figlio, fatto uomo, ospita l'umanità.

*Ospitare l'umanità*, ovvero ospitalità per l'umanizzazione deve diventare il nostro obiettivo strategico per andare avanti.

Non possiamo più fermarci a discutere passivamente sul carisma.

È l'ora di dimostrare al mondo della salute come quel carisma ci spinge ad operare per migliorare le condizioni di vita dell'uomo. Fermarsi è scomparire.

Il Padre Generale ci richiama ancora nella sua ultima lettera dicendo: "Non possiamo dormire"!

Se mi è consentito lanciare ancora una sfida oggi vorrei proprio fare la mia battaglia per l'umanizzazione come modello di:

- formazione
- intervento gestionale
- esercizio dell'ospitalità

Se non abbiamo il coraggio di misurarci con gli uomini, come uomini, non possiamo parlare di Umanizzazione ma "di razionalizzazione dei servizi".

Il nostro obiettivo è quello di sapere tracciare un metodo, cioè un cammino perché il mondo veda effettivamente in che maniera ci si cura dell'uomo, con amore per l'uomo ospitato da Dio.

Certo tutto questo, specialmente se visto dall'interno di una nostra struttura sanitaria o assistenziale, può creare nella vita religiosa qualche inquietudine e tensione: *ma non è questa una cosa di cui c'è estremo bisogno per rivitalizzare la vita religiosa?*

Oggi tutto questo va ricordato esplicitamente e insistentemente, perché la situazione del mondo è diventata minacciosa per gli stessi cristiani, perché l'ipnosi del presente fa dimenticare il futuro, perché non è più il vortice "escatologico" che assorbe il mondo, ma il "baratro mondano" che trascina dentro di sé ogni aspirazione al futuro assoluto, al Dio che viene, finendo per togliere ogni senso alla vita.

Le guerre attuali sono un segno di crisi epocale!

Per questo sono convinto che autentici progetti di umanizzazione sono segno di una nuova presenza.

Il Vangelo grida ad ogni pagina, ciò che manca non sono i beni, le risorse: ciò che manca è l'amore.

In un contesto di comunione cinque pani e due pesci lo spunto per saziare cinquemila persone. La povertà non è povertà di risorse, ma povertà di Comunione e la povertà di Comunione è generata dalla mancanza di amore.

Anche nelle nostre famiglie religiose, nella nostra amata Italia, deve crescere l'amore fraterno lasciando cadere preconcetti e diffidenze per fare posto alla trasparenza e alla vera fraternità che sappia realmente fare Comunione. Dobbiamo superare l'individualismo.

L'Umanizzazione forse non si progetta, ma quando animerà i progetti diventerà motivazione per la vita delle Opere e saprà essere Segno dell'amore di un Dio che si è fatto uomo. Sarà segno coinvolgente, sfumano le distanze tra chi da e chi riceve, promuovendo la capacità di tutti.

Sarà segno anticipatore del futuro, attraverso proposte inedite, combinazioni imprevedute, risorse inaspettate, profezia vera. Del resto, tutta la storia della vita religiosa sembra dirci che il radicalismo evangelico si è realizzato come *l'inaspettato* e la vita del nostro Fondatore ne è l'emblema incontestabile.

Che San Giovanni di Dio ci aiuti in questo nuovo cammino.

### III, 8. COMMIATO\*

*Cari Confratelli ed Amici,*

salutando quanti, il giorno di Pasqua (30 marzo 1997) di presenza o, da lontano, in comunione di spirito, hanno celebrato il mio 50° di professione religiosa, ho formulato il proposito di ringraziarVi personalmente, soprattutto il Rev.mo P. Generale che ha presieduto la celebrazione.

Voglio dirVi quanto sono grato a Dio per questa vita che mi ha dato – così bella anche nell’ora del difficile vespro – per la vocazione religiosa ospedaliera e per le persone che mi ha fatto incontrare.

Soprattutto per i malati le cui sofferenze hanno sorretto il mio cammino e motivato la perseveranza nell’Ordine anche quando ero forzatamente lontano dai loro letti.

Un pensiero commosso e riconoscente a chi mi ha guidato nella vita religiosa specie a Padre Umberto Fiori e Padre José Bonardi.

A mio papà che mi attende nella gioia del Padre; a mia mamma che, ultra-novantenne, nella sua gioia di vivere mi è di grande conforto assieme a mia sorella, a mio fratello, con le loro famiglie.

In tutti questi anni ho avuto il sentimento costante di essere condotto, anche mio malgrado, secondo un piano misterioso faticosamente realizzato attraverso le sfide della umanizzazione.

Non sempre è stato facile cogliere negli uomini la presenza di Dio e chiedo a Lui perdono per non averlo saputo riconoscere là dove Egli mi si voleva mostrare e il mio cuore inquieto non riusciva a sentire.

---

\* Milano, 2001. Saluto dato ai confratelli in occasione della celebrazione del suo 50° di professione religiosa e pubblicato nella Rivista Fatebenefratelli.



Anche a Voi, miei Confratelli, chiedo perdono per non aver saputo camminare, talvolta, accanto a Voi per La voglia di scoprire nuove strade e nuovi modi per il rinnovamento dell'Ospitalità con l'uomo.

Sono grato a tutti ed a ciascuno di Voi – Superiori, Confratelli, Amici, Amiche e Collaboratori – per avermi aiutato a riconoscere i miei limiti ed avermi fatto crescere nella nostra famiglia ospedaliera.

L'incontro di Pasqua mi ha scaldato il cuore e spero che l'essere stati bene insieme spiritualmente ci aiuti a vivere con coerenza la comunione nell'amore misericordioso di Dio che è Padre di ogni benedizione.

Con affetto.

*Brescia, 3 giugno 1997 - Festa di San Giovanni Grande*

## NOTA BIOGRAFICA

(a cura di J. L. Muñoz)

*Pier Luigi Marchesi*, al secolo Valentino, nasce il 22 marzo 1929 a Cardano al Campo (VA).

1940: 5 ottobre entra nella Scuola Apostolica a Brescia - Istituto Sacro Cuore di Gesù.

1945: 5 agosto entra nell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, detto dei Fatebenefratelli, come Postulante a Brescia - Istituto Sacro Cuore di Gesù.

1946: 24 marzo entra nel Noviziato della Provincia Lombardo-Veneta.

1947: 30 marzo emette la Professione Temporanea.

1953: 30 marzo emette la Professione Solenne.

### *Studi*

Terminati gli studi regolari delle Scuole Medie Inferiori intraprende, come era consueto nell'Ordine, cui apparteneva, gli studi di formazione nella Scuola per Infermieri Professionali; conseguì il diploma in Diritto Canonico.

### *Alcuni incarichi assunti nell'Ordine e nella Provincia Lombardo-Veneta*

1953-1959: Segretario particolare di P. Mosè Bonardi Generale dell'Ordine.

1959: Segretario Provinciale della Provincia Lombardo-Veneta.

- 1962: Priore dell'Ospedale Psichiatrico di Cernusco sul Naviglio (MI).
- 1963: Viene eletto primo Presidente dell'Associazione Religiosa Istituti Sanitari (ARIS).
- 1965-1968: Consigliere Provinciale della Provincia Lombardo-Veneta.
- 1968-1976: Provinciale della Provincia Lombardo-Veneta.
- 1970-1976: Durante il Capitolo Generale Straordinario del 1970 fu nominato 3° Consigliere Generale.
- 1976-1988: *48° Priore Generale dell'Ordine per due mandati consecutivi.*  
*Inizia il suo nuovo lavoro convocando coraggiosamente un Capitolo Straordinario dell'Ordine per riflettere sulle future sfide dell'Ospitalità. Dai documenti prodotti dal 1977 al 1979 nasce l'ispirazione per la promozione dell'Umanizzazione.*
- In quegli stessi anni istituisce, all'interno dell'Ordine, la Fondazione Internazionale Fatebenefratelli (FIF) e la Associazione Fatebenefratelli con i Malati Lontani (AFMAL) ancora operanti nel campo della formazione sanitaria e della cooperazione alla promozione della salute nei Paesi in via di sviluppo.
- 1986-2002: Membro del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.
- 1988-1992: Priore del Presidio di Riabilitazione di San Maurizio Canadese (TO).
- 1992-1995: Priore dell'Ospedale San Giuseppe di Milano.
- 1993: Fonda, in collaborazione con altre Istituzioni Cattoliche, l'Università del Volontariato a Milano.
- 1995: Responsabile del Centro Studi e Formazione della Provincia Lombardo-Veneta, oggi intitolato a suo nome.
- 1997: Celebra i 50 anni di Professione religiosa.

- 1998: Presidente Associazione Internazionale Istituzioni Sanitarie Cattoliche (AISAC) Città del Vaticano.
- 1998-2002: Consigliere Provinciale della Provincia Lombardo-Veneta.
- 2002: Dopo mesi di sofferenze per una malattia, rivelatasi incurabile, muore il 2 marzo nel “suo” Ospedale San Giuseppe di Milano.

*Altro*

- 1972: Nominato Cavaliere della Repubblica Italiana, Roma.
- 1973: Conferita la nomina a Commendatore dell’Ordine della Corona d’Italia, Cascais.
- 1988: Riceve la Gran Croce dell’Ordine Civile della Sanità, massimo riconoscimento della Sanità spagnola.

*Per sottolineare i momenti salienti di questa vita al servizio dell’Umanizzazione riportiamo alcune citazioni di fra Pier Luigi Marchesi.*

*Appunti per un intervento*

“ Programmare una nuova realtà: ardore di fede  
coraggio da follia  
dedizione consumante

Urgenze: trasformazione coraggiosa  
trasformazione apostolato messianico  
trasformazione conversione interna ed esterna

Rinnovamento Istituzionale

Un proclama per l’uomo di oggi

Svolta nuova per liberarci dalla tradizione del tradizionalismo

Radicale trasformazione interna

### Proiezione concreta all'esterno

Visione comunitaria, corale per raggiungere la trasformazione – senza paura che questa avvenga – e aggiunge: “da solo ho paura della trasformazione”

*Capitolo Generale del 1979, Roma*

- Senza utopia non vale la pena vivere
- Sognatore con i piedi a terra
- Incontro/confronto con l'uomo per scoprire l'uomo
- Ecumenicità del suo pensare
- Equazione: “Dio non ci sarebbe se non ci fossi l'uomo. E se io non passo attraverso l'uomo, non incontro neanche il mio Dio, o il Dio che io credo essere dell'umanità”.

*Intervista in “I giorni e le opere”, 1983*

“... Particolarmente per un Ordine Ospedaliero che negli anni '70 portò, con atto coraggioso e profetico, le sue strutture ospedaliere nel tessuto pubblico, creando così per primi la dinamica del privato-sociale di cui oggi molto si parla, costruire, ampliare, fare del nuovo significa un coraggio che sfiora la temerarietà”.

“Inaugurare, fino a pochi anni fa, significava creare nuovi posti di assistenza.

Oggi, ed è per questo che sono particolarmente grato alla Prov. Romana, inaugurare significa non aumentare, ma qualificare l'assistenza”.

“... Perché oggi per vivere ed operare autenticamente nell'assistenza è necessario aver coraggio e addirittura un briciolo di follia”.

*Discorso di inaugurazione ampliamento dell'Ospedale “S. Pietro”, Roma, 1983*

“L’Umanizzazione non è realizzabile senza la rivoluzione della nostra vita... Accogliere il messaggio della Umanizzazione comporta il cambiamento più sconvolgente, più efficace ai fini della nostra vocazione”.

“Umanizzazione non è uno slogan, una semplice esortazione priva di implicazioni personali ed operative”.

*Lettera sull’Umanizzazione all’Ordine, 1983*

“L’umanizzazione assume così la dimensione non solo del rinnovamento della vostra vocazione e del ruolo a cui assolviamo, ma anche del sistema di vita sociale che ispira e dirige nel quotidiano le nostre istituzioni. Da qui la necessità che non ci facciamo assorbire soltanto dalla patologia che concerne il malato, ma cerchiamo di individuare e rimuovere le cause, i circuiti che generano involontariamente la sofferenza del paziente, sia esso d’ordine fisico-psichico-morale-spirituale-religioso. Circuiti e cause che sono quasi sempre non legate a ‘fatalità’, o necessità insormontabili, ma ad errore ed egoismi umani... nel processo di umanizzazione è [...] indispensabile aggredire i condizionamenti, le motivazioni, le deviazioni dei sistemi alla loro radice”.

“Non si può dunque dedicare all’umanizzazione il tempo residuale, il tempo libero, lo spazio dedicato all’apostolato, perché essa costituisce il senso di tutta la mia vita, la direzione del cammino di maturazione personale e collettiva, sapienziale, nella carità, carità tradotta nel quotidiano con saggezza operativa”.

*Riflessioni sull’Umanizzazione durante un incontro  
su Umanizzazione in Irlanda, 1984*

“Se a frenarci sono le strutture, chiudiamole. Se è il tempo che ci manca, fermiamoci. Altrimenti offendiamo Dio.

... Credo che nella vita non ci sia niente di più misero che essere prigionieri di se stessi, *[più misero]* che vivere nel buio o vivere nel comodo, avere paura. Chi ha paura non è mai con Dio; egli è con noi, ci dà il coraggio di essere profeti, di andare a finire anche nella bocca della balena, ma comunque non ci lascia nell'immobilismo”.

*Intervento durante convegno  
dei Padri Provinciali Italiani, 1984*

Guardare avanti, visione prospettica per favorire un impegno nuovo che cambia → MEDICINA

Un impegno socialmente attivo → per evitare crisi sanitaria

Un impegno autenticamente cristiano → Sinodo nuovo

Un impegno autenticamente religioso → le nuove Costituzioni.

Operatori ed utenti → nuova dimensione dell'ospedale

per divenire

senso della famiglia

senso della comunità ospedaliera

NUOVA MISSIONE OSPEDALIERA

NUOVO OSPEDALE → socialmente vivo

→ cristianamente testimoniante

→ aperto (università, volontariato).

*Visita a Gorizia, 1985*

“Fedeltà

Umiltà      per umanizzare

Fantasia”

“Disumanizzazione: non si riconosce più il malato, ma ci si rifugia nel ruolo nella professionalità, si evita l'incontro tra persone”.

“... ritrovare la forza di San Giovanni di Dio, per ripristinare l’alleanza con l’uomo che soffre”.

*Discorso al Convegno Sevizi Sanitari, Torino, 1985*

“Compiere un superamento, un salto fuori dall’arroganza del potere e del sapere cosiddetto scientifico per raggiungere ed identificarsi con l’individuo che soffre”.

*Discorso “Prospettive per l’Umanizzazione della Medicina”, 1988*



## INDICE

Prefazione ( <i>Card. F. Angelini</i> ) .....	5
Introduzione ( <i>Fra P. Piles</i> ) .....	11
PARTE I	
L'utopia della Umanizzazione ( <i>A. Spinelli</i> ) .....	19
I, 1 L'umanizzazione .....	37
I, 2 Intervento al VI Sinodo dei Vescovi .....	117
I, 3 I religiosi nel mondo della sofferenza e della salute .....	123
I, 4 Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000 ....	127
I, 5 Segni di una presenza dei Fatebenefratelli .....	223
PARTE II	
L'Umanizzazione della sanità: una sfida complessa in un sistema che cambia ( <i>Fra M. Fabello</i> ) .....	233
II, 1 Ospitalità. Impegno con l'uomo .....	241
II, 2 Una nuova alleanza tra il malato e il sistema sanitario .....	325
II, 3 Più cuore in quelle mani: quali operatori sanitari per il 2000 .....	335
II, 4 Alle donne consacrate nel mondo della Sanità ..	353
II, 5 Attività promozionale per le vocazioni a servizio dell'infermo e operatori sanitari .....	379

II, 6	Religiosi e laici in collaborazione per un Cristianesimo adulto . . . . .	397
II, 7	Efficienza e pietas nell'aiuto al bisognoso: il valore delle tecniche e la politica dei valori . . .	427
II, 8	Sfide dell'ordine ospedaliero di fronte all'obiettivo salute per tutti nell'anno 2000 . . . . .	447
II, 9	Umanizzazione sanitaria . . . . .	461

### PARTE III

	Etica e umanizzazione, il ruolo della formazione ( <i>P. Quattrocchi</i> ) . . . . .	489
III, 1	Etica e gestione di un ospedale cattolico . . . . .	497
III, 2	San Giovanni di Dio, Profeta dell'umanizzazione	515
III, 3	La chiesa e i malati di mente . . . . .	527
III, 4	Poteri della medicina e impotenza del medico: elogio dell'umiltà . . . . .	535
III, 5	Ruolo della Chiesa nel trattamento dei malati mentali . . . . .	551
III, 6	“Creare il futuro con speranza” . . . . .	557
III, 7	Umanizzazione, animazione, formazione per il nostro futuro . . . . .	565
III, 8	Commiato . . . . .	579
	Nota biografica . . . . .	581