

# Ottobre-Dicembre 2011 October-December

**Ministri degli Infermi**  
(Religiosi camilliani)

**Ministers of the Infirm**  
(Camillian Religious)

*Stampa - Press*

Tipografia

**TI POLITOGRAFIATRULLO**

Via Idrovore della Magliana, 173  
00148 Roma - Tel. 066535677  
E-mail: doc@tipolitografiatrullo.it

*Direttore - Editor*

**P. JESÚS M.<sup>a</sup> RUIZ**



# CAMILLIANI CAMILLIANS

Trimestrale di informazione camilliana  
Quarterly publication of Camillian information



**4/2011 N. 186 - XXV**

Piazza della Maddalena, 53 - 00186 Roma • Tel. 06.899.281 • E-mail: vicario.generale@camilliani.org • http: www.camilliani.org

Iscr. al n. 259/2006 del Reg. della Stampa c/o il Tribunale di Roma il 27/06/2006  
Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. I comma 2 – DRCB – ROMA

# SOMMARIO



Nomina padre Augusto Chendi .....	4
The Appointment of Father Augusto Chendi .....	6

## EDITORIALE / EDITORIAL

Cuore e mani giovani P. Jesús M. <sup>a</sup> Ruiz .....	8
Young Hearts and Hands Fr. Jesús M. <sup>a</sup> Ruiz .....	9

## VISITE PASTORALI PASTORAL VISITS

Lettera ai confratelli della Delegazione della Bolivia P. Jesús M. <sup>a</sup> Ruiz .....	10
Letter to Our Brothers of the Delegation of Bolivia Fr. Jesús M. <sup>a</sup> Ruiz .....	12

## DAL SEGRETARIATO PER IL MINISTERO FROM THE SECRETARIAT FOR MINISTRY

Introduzione alla "Carta di Milano" Dr. Franco Zarattini .....	15
Introduction to the 'Milan Charter' Dr. Franco Zarattini .....	19
Educarsi all'anzianità P. Angelo Brusco .....	24
Educating People as Regards Old Age Fr. Angelo Brusco .....	27

## DAL SEGRETARIATO PER LA FORMAZIONE FROM THE SECRETARIAT FOR FORMATION

Formazione permanente P. Babychan Pazhanilath .....	30
Ongoing formation program Fr. Babychan Pazhanilath .....	31

## DAL SEGRETARIATO GENERALE PER LE MISSIONI FROM THE GENERAL SECRETARIAT FOR MISSIONS

A 360° .....	34
360° .....	39

## ATTI UFFICIALI DELLA CONSULTA OFFICIAL ACTS OF THE CONSULTA

Atti di Consulta / Acts of the Consulta .....	45
---	----

## UNIONE SUPERIORI MAGGIORI UNION OF GENERAL SUPERIORS

Raduno della Consulta con i Provinciali, Vice Provinciali e Delegati .....	46
General Council with the Provincials, Vice-Provincials and Delegates .....	49

## PROGETTO EUROPA PROJECT EUROPE

La mappa esteriore Lettura delle risposte al Questionario .....	53
The external map A reading of the Answers to the Questionnaire .....	56

# CONTENTS

## LA FAMIGLIA CAMILLIANA LAICA THE LAY CAMILLIAN FAMILY

"Variazioni" sulla Lettera Testamento <i>Rosabianca Carpene</i> .....	60
'Variations' on the Testamentary Letter <i>Rosabianca Carpene</i> .....	61



## IV CENTENARIO THE FOURHUNDRETH ANNIVERSARY

Al via le solenni celebrazioni .....	64
Solemn Celebrations at the start .....	65
Un dono speciale per il 400° anniversario della morte di S. Camillo <i>P. Dietmar Weber</i> .....	66
A special gift for the 400 <sup>th</sup> anniversary of the death of St. Camillus <i>Fr. Dietmar Weber</i> .....	68

## IN COMUNICAZIONE STAYING IN TOUCH

Uno sguardo resiliente <i>Fr. José Carlos Bermejo</i> .....	71
A Resilient Outlook <i>Br. José Carlos Bermejo</i> .....	73
Le palme si piegano <i>Fr. José Carlos Bermejo</i> .....	75
The Palms Bend <i>Br. José Carlos Bermejo</i> .....	77
Buen Camino! <i>P. Paolo Guarise</i> .....	79
Have a Good Journey <i>Fr. Paolo Guarise</i> .....	82
Lotta all'HIV e ristrutturazione dell'ospedale <i>P. Efisio Locci</i> .....	85
The Fight Against AIDS and the Restructuring of the Hospital <i>Fr. Efisio Locci</i> .....	88
Nicola D'Onofrio allo Studentato di Mangano <i>Alfredo Tortorella</i> .....	94
Nicola D'Onofrio at the Studentate of Mangano <i>Alfredo Tortorella</i> .....	95



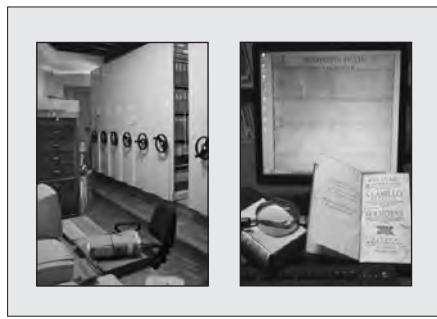
## ARCHIVIO GENERALE MI (AGMI) GENERAL ARCHIVES MI (GAMI)

Informatizzazione e digitalizzazione dell'archivio storico della Maddalena <i>Luciana Mellone</i> .....	91
The ICT Conversion of the Historical Archives of the Maddalena <i>Luciana Mellone</i> .....	92



## NECROLOGIO / OBITUARIES

P. Martin Theodor Kummer .....	97
P. Luigi Mengozzi .....	98



# Nomina padre Augusto Chendi

**E**spresso la mia gratitudine al Santo Padre Benedetto XVI per aver voluto nominare il nostro confratello padre Augusto Chendi Sottosegretario del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. Il Sommo Pontefice so che lo stima molto e lo conosce bene essendo stato suo Prefetto nel periodo di servizio alla Congregazione per la Dottrina della Fede. Medesimo giudizio ho ascoltato da altri alti Prelati come, ad esempio, dal Cardinal Tarcisio Bertone e il Cardinale Angelo Amato (già Segretari della suddetta Congregazione).

A nessun camilliano sfugge l'importanza per l'intero mondo della salute di questo Organismo della Chiesa. Il fatto che ancora una volta, dopo padre Felice Ruffini, ci sia un nostro confratello è per noi un sano motivo di orgoglio.

Il padre Augusto si già messo all'opera ed anche in evidenza per le sue doti, la sua preparazione e la conoscenza dei "sacri palazzi". Inoltre, ha già intrapreso delle iniziative affinché il *Camillianum* possa esprimere compiutamente la sua comunione con la Chiesa e il suo specifico e prezioso servizio. In tal modo, devo confessare, non fa che permanere in quell'atteggiamento di amore verso l'Ordine da me sempre riscontrato in lui.

Sono più che convinto che padre Augusto offrirà un contributo assai significativo al Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e, quindi, alla Chiesa intera in un ambito – come quello della salute – dove sono in gioco le domande che maggiormente segnano gli aspetti più profondi dell'esistenza e del destino umano.

A lui il nostro grazie e il nostro più cordiale augurio: San Camillo lo assista sempre come padre premuroso e la Vergine Maria Salute degli Infermi gli sia accanto come tenera madre.

P. Renato Salvatore



Reverendissimo Padre  
P. RENATO SALVATORE M.I.  
Superiore Generale  
Chierici Regolari Ministri degli Infermi (Camilliani)  
Piazza della Maddalena, 53  
00186 ROMA

# P. Augusto CHENDI

## Breve profilo

Nato a Mantova il 20 novembre 1958, ha emesso la Professione perpetua il 2 settembre 1984 ed è stato ordinato Presbitero il 22 settembre 1984.

### Studi

- 1984** Baccalaureato in Teologia presso lo Studio Teologico 'San Zeno' in Verona (aggregato alla Pontificia Università Lateranense - Roma).
- 1984-1986** Corsi di Licenza in Teologia presso la Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale - Milano.
- 1987-1989** Corsi di Licenza in Teologia Morale presso l'Accademia Alfonsiana - Roma (incorporata alla Pontificia Università Lateranense in Urbe).
- 1989** Licenza in Teologia Morale presso l'Accademia Alfonsiana in Urbe.
- 12.01.2007** Dottorato in Teologia (spec. in Teologia Morale) Accademia Alfonsiana - Tesi: "La morte del Figlio. Il mistero del Crocifisso e il suo significato per la fondazione della morale nella riflessione teologica di Hans Urs von Balthasar". Tesi interamente pubblicata nel 2008.

### Attività Accademiche

- 1989-1995** Docente di Teologia Morale Speciale (Bioetica) presso lo Studio Teologico 'San Zeno' in Verona (aggregato alla Pontificia Università Lateranense - Roma).
- 1993-1995** Docente di Teologia Morale Speciale (Matrimonio) presso lo Studio Teologico 'San Zeno' in Verona.
- 1998-1992** Docente di Teologia Morale Speciale (Bioetica) presso l'Istituto Teologico 'San Bernardino' in Verona (aggregato all'Istituto Teologico San Bernardino, Venezia, dell'Ordine dei Frati Minori Francescani).
- 1993-1995** Docente di Antropologia Teologica presso il Centro di Pastorale Sanitaria presso l'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria (*Camillianum*), Roma.
- 1993-1995** Docente di Antropologia Teologica presso il Centro di Pastorale Sanitaria dei Religiosi Camilliani in Verona (aggregato all'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria [*Camillianum*] - Roma).
- 1996-1998** Docente di Bioetica presso all'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria (*Camillianum*) - Roma.
- 2005-2011** Docente di Teologia Morale per i Dottorandi presso l'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria (*Camillianum*) - Roma.

### Attività svolte

- 1984-1987** Cappellano presso l'Ospedale di Lodi (MI) e Docente di Bioetica presso la Scuola di Infermieri Professionali del medesimo Nosocomio.
- 1987-1989** Studi a Roma presso l'Accademia Alfonsiana e Cappellano presso l'Ospedale 'San Camillo' in Urbe.
- 1989-1992** Cappellano presso l'Ospedale 'Borgo Trento' di Verona e Docente di Bioetica presso la Scuola di Infermieri Professionali del medesimo Nosocomio.

**1989-1992** Docente di Bioetica presso la Scuola di Infermieri Professionali dell'Ospedale di Bussolengo (VR).

**1992-1995** Cappellano presso il Policlinico Universitario 'Borgo Roma' di Verona e Docente di Bioetica presso la Scuola di Infermieri Professionali del medesimo Policlinico Universitario.

**1987-1995** Consulente morale presso il Centro Aiuto Vita della Diocesi di Verona.

**1997-1995** Consulente morale per i Corsi di Formazione agli Insegnanti del Metodo Sintotermico per la Regolazione Naturale della Fertilità, presso il Centro di Pastorale Familiare della Diocesi di Verona.

**Dal 2.11.1995** Officiale della Congregazione per la Dottrina della Fede.

### Pubblicazioni

#### Libri

*La morte del Figlio. Il mistero del Crocifisso e il suo significato per la fondazione della morale nella teologia di Hans Urs von Balthasar*, Mistero e Pensiero 2, Ed. Camilliane, Torino, 2009, pp.782.

*La Croce gloriosa, rivelazione del Dio che è amore*, in R. TREMBLAY - S. ZAMBONI (edd.), *Figli nel Figlio. Una teologia morale fondamentale*, Ed. Dehoniane, Bologna 2008, 109-124 (20112) (trad. in lingua polacca: *Chwalebny krzyż, objawienie Boga, który jest Miłością*, in R. TREMBLAY - S. ZAMBONI [edd.]), *Synowie w Synu. Teologia moralna fundamentalna*, MIC, Warszawa 2009, 115-131; trad. in lingua portoghese: *La Crux gloriosa, revelación, del Dios que es Amor*, in R. TREMBLAY - S. ZAMBONI [edd.], *Hijos en el Hijo. Una teología fundamental*, Editorial de la Universidad Católica Argentina, Buenos Aires 2009, 129-147).

*Il Dio trinitario e il suo disegno*, in TREMBLAY, R., - ZAMBONI, S. (edd.), *Figli nel Figlio. Una teologia morale fondamentale*, Ed. Dehoniane, Bologna 2008, 125-140. (20112) (trad. in lingua polacca: *Bóg w Trójcy i Jego plan*, in R. TREMBLAY - S. ZAMBONI [edd.], *Synowie w Synu. Teologia moralna fundamentalna*, MIC, Warszawa 2009, 133-150; trad. in lingua portoghese: *El Dios trinitario y su designio*, in R. TREMBLAY - S. ZAMBONI [edd.], *Hijos en el Hijo. Una teología fundamental*, Editorial de la Universidad Católica Argentina, Buenos Aires 2009, 149-168).

*La dignità ontologica dell'uomo chiamato a condividere l'amore trinitario del Dio vivente*, in J. MIMEAULT - S. ZAMBONI - A. CHENDI (a cura di), *Nella luce del Figlio. Scritti in onore di Réal Tremblay nel suo 70° genetliaco*, Ed. Dehoniane, Bologna 2011, 489-503).

#### Articoli

*Il bene e la libertà. La filiazione adottiva come dono di Dio offerto all'uomo in Gesù Cristo*, in *Ricerche Teologiche* 11 (2000) 1-2, 93-114.

*La filiazione al vaglio di alcune questioni di bioetica*, in *PATH* 10 (2011) 2, 351-370.

# The Appointment of Father Augusto Chendi

I express my gratitude to the Holy Father Benedict XVI for wishing to appoint our brother, Father Augusto Chendi, Under-Secretary of the Pontifical Council for Health Care Workers. I know that the Supreme Pontiff esteems him a great deal and knows him very well, having been his Prefect during his period of service at the Congregation for the Doctrine of the Faith. I have heard the same judgment from other high prelates, for example Cardinal Tarcisio Bertone and Cardinal Angelo Amato (previously Secretaries of the same Congregation).

The importance for the entire world of health and health care of this body of the Church escapes no Camillian. The fact that once again, after Father Felice Ruffini, there is another brother of ours is for us a healthy reason for pride.

Father Augusto has already set to work and has stood out for his talents, his grounding and his knowledge of the 'sacred palaces'. In addition, he has already undertaken initiatives to ensure that the *Camillianum* can express to the full its communion with the Church and its specific and valuable service. In this way, I must confess, he only continues with that attitude of love for the Order which I have always observed in him.

I am more than convinced that Father Augusto will make a rather important contribution to the Pontifical Council for Health Care Workers and to the whole of the Church in a field – that of health and health care – where the questions that most mark the deepest aspects of human existence and destiny are at work.



Secretariat of State  
Section for General Affairs  
N. 192.642/P

From the Vatican, 14 July 2011-11

The Holy Father has appointed Rev. Fr. August Chendi, M.I., hitherto Official at the Congregation for the Doctrine of the Faith, Under-Secretary of the Pontifical Council for Health Care Workers.

This is communicated to the Most Rev. Father Renato Salvatore, M.I. General Superior of the Regular Clerics Ministers of the Infirm, so that it may be suitably known about.

Tarcisio Cardinal Bertone  
Secretary of State

Most Reverend Father  
Fr. Renato Salvatore, M.I.,  
General Superior  
Regular Clerics Ministers of the Infirm (Camilians)  
Piazza della Maddalena, 53  
00186 Rome

**Fr. Renato Salvatore**

## Fr. Augusto CHENDI

### A Brief Profile

Born in Mantua on 20 November 1958, he made his perpetual profession on 2 September 1984 and was ordained a presbyter on 24 September 1984.

#### **Studies**

- 1984:** Baccalaureate in theology at the 'San Zeno' Theological Studio in Verona (aggregated to the Pontifical Lateran University, Rome).
- 1984-1986:** Courses for a licence in theology at the Theological Faculty of Northern Italy, Milan.
- 1987-1989:** Courses for a licence in moral theology at the Alphonsian Academy, Rome (incorporated in the Pontifical Lateran University in Urbe).
- 1989:** Licence in moral theology at the Alphonsian Academy in Urbe.
- 12.01.2007:** Doctorate in theology (specialisation in moral theology) at the Alphonsian Academy – thesis on 'The Death of the Son. The Mystery of the Crucified Christ and its Meaning for the Foundation of Morality in the Theological Thought of Hans Urs von Balthasar'. This thesis was published in its entirety in 2008.

#### **Academic Activities**

- 1989-1995:** Lecturer in special moral theology (bioethics) at the 'San Zeno' Theological Study in Verona (aggregated to the Lateran Pontifical University, Rome).
- 1993-1995:** Lecturer in special moral theology (marriage) at the 'San Zeno' Theological Studio in Verona.
- 1998-1999:** Lecturer in special moral theology (bioethics) at the 'San Bernardino' Theological Institute in Verona (aggregated to the 'San Bernardino' Theological Institute, Venice, of the Order of the Franciscan Minor Friars).
- 1993-1995:** Lecturer in theological anthropology at the Centre for Pastoral Care in Health of the International Institute for the Theology of Pastoral Care in Health (*Camillianum*), Rome.
- 1993-1995:** Lecturer in theological anthropology at the Centre for Pastoral Care in Health of Camillian Religious in Verona (aggregated to the International Institute for the Theology of Pastoral Care in Health (*Camillianum*), Rome).
- 1996-1998:** Lecturer in bioethics at the International Institute for the Theology of Pastoral Care in Health (*Camillianum*), Rome.
- 2005-2011:** Lecturer in moral theology for doctoral students at the International Institute for the Theology of Pastoral Care in Health (*Camillianum*), Rome.

#### **Activities Engaged in**

- 1984-1987:** Chaplain at the Hospital of Lodi (MI) and lecturer in bioethics at the School for Professional Nurses of the same hospital.
- 1987-1989:** Studies in Rome at the Alphonsian Academy and chaplain at the St. Camillus Hospital in Urbe.
- 1989-1992:** Chaplain at the 'Borgo Trento' Hospital of Verona and lecturer in bioethics at the School for Professional Nurses of the same hospital.

**1989-1992:** Lecturer in bioethics at the School for Professional Nurses of the Hospital of Bussolengo (VR).

**1992-1995:** Chaplain at the 'Borgo Roma' University Polyclinic of Verona and lecturer in bioethics at the School for Professional Nurses of the same university polyclinic.

**1987-1995:** Consultant at the *Centro Aiuto Vita* of the diocese of Verona.

**1997-1995:** Moral consultant for training courses for teachers of the symptothermal method for the natural regulation of fertility at the Centre for Family Pastoral Care of the diocese of Verona.

**Since 2.11.1995:** Official of the Congregation for the Doctrine of the Faith

#### **Publications**

##### **Books**

*La morte del Figlio. Il mistero del Crocifisso e il suo significato per la fondazione della morale nella teologia di Hans Urs von Balthasar* (Mistero e Pensiero 2, Ed. Camilliane, Turin, 2009), 782pp.

'La Croce gloriosa, rivelazione del Dio che è amore', in R. TREMBLAY and S. ZAMBONI (eds.), *Figli nel Figlio. Una teologia morale fondamentale* (Ed. Dehoniane, Bologna, 2008), pp. 109-124 (20112) (translated into Polish: 'Chwalebny krzyż, objawienie Boga, który jest Miłością', in R. TREMBLAY and S. ZAMBONI (eds.), *Synowie w Synu. Teologia moralna fundamentalna* (MIC, Warsaw 2009), pp. 115-131; translated into Portuguese: 'La Crux gloriosa, revelación del Dios que es Amor', in R. TREMBLAY and S. ZAMBONI (eds.), *Hijos en el Hijo. Una teología fundamental* (Editorial de la Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, 2009), pp. 129-147).

'Il Dio trinitario e il suo disegno', in R. TREMBLAY and S. ZAMBONI (eds.), *Figli nel Figlio. Una teologia morale fondamentale* (Ed. Dehoniane, Bologna, 2008), pp. 125-140. (20112) (translated into Polish: 'Bóg w Trójcy i Jego plan', in R. TREMBLAY and S. ZAMBONI (eds.), *Synowie w Synu. Teologia moralna fundamentalna* (MIC, Warsaw, 2009), pp. 133-150; translated into Portuguese: 'El Dios trinitario y su designio', in R. TREMBLAY and S. ZAMBONI (eds.), *Hijos en el Hijo. Una teología fundamental* (Editorial de la Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, 2009), pp. 149-168).

'La dignità ontologica dell'uomo chiamato a condividere l'amore trinitario del Dio vivente', in J. MIMEAULT, S. ZAMBONI, and A. CHENDI (eds.), *Nella luce del Figlio. Scritti in onore di Réal Tremblay nel suo 70° genetliaco* (Ed. Dehoniane, Bologna, 2011), pp. 489-503.

##### **Articles**

'Il bene e la libertà. La filiazione adottiva come dono di Dio offerto all'uomo in Gesù Cristo', *Ricerche Teologiche* 11 (2000) 1-2, 93-114.

'La filiazione al vaglio di alcune questioni di bioetica', *PATH* 10 (2011) 2, 351-370.



# Cuore e mani giovani

P. Jesús M.ª Ruiz

**Q**uesto editoriale è stato scritto pensando ai giovani camilliani non europei che hanno cuore e mani giovani, messe nella pasta della carità. Questi giovani esercitando il nostro ministero stanno scrivendo preziose pagine per il presente e il futuro della storia del nostro Ordine.

Si dice con ragione che la storia universale è stata scritta da una mano bianca, mano di uomo e mano di vincitore. Le razze diverse da quella bianca, le donne e le vittime non hanno mai scritto la storia. Come è importante la mano che scrive la storia!

Nell'antica Roma quando due cittadini s'incontravano per parlare, prima alzavano il braccio e poi si stringevano la mano per dimostrare che non portavano armi. Questo saluto e il suo significato è arrivato fino ai nostri giorni. La mano in alto con le dita strette a pugno è stato il saluto che adottò l'Internazionale per significare l'unità del Proletariato. È un segno che esprimeva il desiderio di unione dei lavoratori in una unica organizzazione internazionale. Ambedue i gesti, ognuno a suo modo, accompagnati dalle acclamazioni, gli inni e le bandiere, univano i sentimenti sociali, gli ideali politici nella speranza del trionfo finale.

Con la caduta del fascismo e in seguito il crollo del muro di Berlino, il pugno chiuso e la mano stesa persero il loro significato. Ma la "sola mano" continua oggi ad essere lo strumento con cui i giovani si trasmettono i loro ideali. Attualmente l'80% dei nostri giovani è sotto "l'impero delle dita", poiché le muovono sopra le tastiere, i cellulari, le consolle dei videogiochi con una portentosa agilità. Sotto lo stimolo dei messaggi ricevuti, le loro dita si trasformano in nervose "code di lucertole", passandosi consegne sociali, slogan di tribù urbana, o semplicemente scambiandosi auguri di buon Natale.



Con i movimenti delle dita della mano sopra la tastiera si sta creando un vero movimento sociale: gli "indignati". È sufficiente premere un tasto e le strade delle città si riempiono di giovani, è sufficiente premere un bottone e una legione di indignati inonda le piazze di mezzo mondo.

Come è grande il potere delle mani, quando manipolano la tecnologia!

E i giovani camilliani cosa mettono nelle loro mani: tecnologia? Messaggi politici? Indignazione?

Oltre l'oceano i religiosi camilliani dei paesi emergenti, tutti i loro giovani, guardano verso l'Europa. Sanno che le decisioni che si stanno prendendo nel Vecchio Continente avranno un grande influsso sulle loro vite e non è proficuo essere esclusi da queste decisioni. Infatti il progetto di rivitalizzazione dell'Ordine che stiamo elaborando, avrà un influsso importante per il futuro è quindi necessario il loro maggiore impegno.

I giovani camilliani non europei che tra pochi anni avranno la responsabilità di governare l'Ordine, hanno in questo progetto uno strumento adatto per disegnare questo futuro. Il progetto permetterà di formare le persone e di creare le strutture per umanizzare l'assistenza sanitaria nel mondo della salute. Come San Camillo chiedeva dovranno mettere "*più cuore in quelle mani*".

Tutti i camilliani del mondo, in questo momento, sono impegnati nella elaborazione di un progetto "giovane" per ringiovanire e rivitalizzare l'Ordine. Nessuno può rimanere fuori da questo intento comune, è un impegno di tutti, tanto più deve coinvolgere i camilliani dell'Africa, dell'Asia e dell'America del Sud.

Il progetto è soprattutto per loro, affinché con il cuore sulle mani, aumentino le pagine gloriose nel servizio agli ammalati, scrivendo così la "propria storia" con quelle stesse mani.

# Young Hearts and Hands

This leading article was written while I was thinking about young Camillians – non-Europeans who have young hearts and hands placed in the dough of charity. These young people in exercising their ministry are writing valuable pages for the present and the future history of our Order.

It is rightly said that universal history has been written by a white hand, the hand of a man and the hand of a victor. Different races to the white race, women and victims, have never written history. How important is the hand that writes history!

In ancient Rome when two citizens met each other to speak they first stretched out their arms and then shook hands so as to show that they were not carrying weapons. This greeting and its meaning came down to our times. A hand raised with a clenched fist was the greeting that the International adopted to express the unity of the proletariat. It was a sign that expressed the wish for the union of all workers in a single international organization. Both gestures, each in its own way, accompanied by acclamations, hymns and flags, brought together the social feelings and the political ideals of hope in a final triumph.

With the fall of Fascism and then the fall of the Berlin Wall, the clenched fist and the outstretched arm lost their meaning. But the ‘single hand’ continues to be today the instrument by which young people transmit their ideals. At the present time 80% of our young people are under the ‘empire of fingers’ because they move them over keyboards, cell phones, and the mouse of videogames with a powerful agility. Subject to the stimulus of the messages that they have been received, their fingers are transformed into nervous ‘lizard tails’, giving each other social messages, the slogans of urban tribes or simply exchanging Christmas greetings.



With the movements of fingers over a keyboard an authentic social movement is being created: the ‘indignant’. It is sufficient to press a key and the streets of cities are filled with young people; it is sufficient to press a button and a legion of indignant people flood the squares of half the world. How great is the power of hands when they manipulate technology! And what do young Camillians put in their hands? Technology? Political messages? Indignation?

Beyond the ocean the Camillian religious of emerging countries, all their young members, now look towards Europe. They know that the decisions that the Old Continent are taking will have a major influence on their lives, and it is not profitable to be excluded from these decisions. Indeed, the project for the revitalization of the Order that we are presently drawing up will have an important influence on the future and thus a great commitment on their part is required.

Non-European young Camillians in a few years will be responsible for running the Order and they have in this project a suitable instrument by which to define this future. This project will allow the formation of people and the creation of institutions by which to humanise health care in the world of health. As St. Camillus requested, we will have to put ‘more heart in those hands’.

All the Camillians of the world, at this moment, are involved in the drawing up of a ‘young’ project to rejuvenate and revitalise the Order. Nobody can be outside this common intention, it is a commitment for everyone, and thus it must involve the Camillians of Africa, Asia and South America.

This project is above all else for them so that with their hearts in their hands the glorious pages of serving the sick will increase in number, and they will thereby write their ‘own history’ with those very hands.

# Lettera ai confratelli della Delegazione della Bolivia

## Sole e luna

*Una antica leggenda dell'altopiano boliviano narra che all'inizio Dio creò due soli per illuminare la terra. Uno si accendeva al mattino e l'altro nel pomeriggio. La notte rimaneva oscura così che uomini e donne potessero riposare. E tutto andava bene.*

*Un giorno gli uomini si lamentarono con il Signore dicendo che la notte, senza luce, risultava loro scomoda. Che donne e bimbi provavano paura. I malati non vedevano l'ora che facesse giorno. E gli anziani, incerti per l'età, sbattevano contro tutto, cadevano e si ferivano con facilità.*

*Il Signore porse orecchio alle lamentele degli esseri umani, ne provò compassione e decise di migliorare il sistema di accensione. Uno dei due soli avrebbe, d'ora in poi, retto il giorno intero mentre l'altro, prendendo il nome di luna, avrebbe governato la notte. E fu così! E Dio vide che il nuovo sistema era buono.*

*E da allora il sole governa il giorno e la luna la notte.*



Nella visita dei giorni scorsi ai due confratelli che compongono la Delegazione del Bolivia ho potuto ricordare questa antica leggenda. Sembrarebbe che l'autore l'abbia scritta molti anni fa avendo in mente Padre Geraldo e padre Mateo, gli attuali membri della Delegazione.

Padre Geraldo Bogoni è come la notte. Soave per carattere e voce, con il suo atteggiamento tranquillo, invita ad un colloquio intimo. Di poche parole, trasmette con mansuetudine e rispetto solo ciò che è indispensabile. È come il lievito che lavora in silenzio ...

Padre Mateo Bautista è come il giorno. Sempre pronto a prendere il microfono per ergersi a paladino di chi non ha voce, un animatore di campagne pubblicitarie a favore di cause sociali e sanitarie. Semina messaggi alla luce del giorno.

Il primo, psicologo di professione, conosce bene i cammini interiori e le notti oscure dell'anima. Sa rispettare il ritmo della crescita lenta e silenziosa della vita, quella dello spirito o della psiche. Per questo è un buon direttore spirituale. Il secondo, oratore brillante, si relaziona meglio con impresari e politici, visita i canali TV, i professionisti e gli operatori che ne sono parte e dirige gruppi sociali. In questo modo, riesce a ottenere da chi ha i mezzi e li dona a chi non ne ha.

I due, come il sole e la luna, si integrano nella loro missione camilliana, indipendentemente da dove si trovano e da quel che fanno.

## Il Paese

La Bolivia, terra di rivoluzioni, non è affatto un Paese facile. Nella sua storia ha avuto più presidenti che anni di indipendenza. La violenza contro le persone si manifesta in mille modi, dalla giustizia arbitraria alla scarsa e inefficiente organizzazione sanitaria. "Bolivia – scrisse un politico loca-



le – dà segni di vita solo con le sue molte forme di morte”.

In questo sfondo, tanto ostile alla vita ed alla dignità umana, i nostri confratelli, Geraldo e Mateo, svolgono la loro attività camilliana e cercano di farsi promotori di salute, di salute integrale, nel mezzo dei settori più svantaggiati della città di Santa Cruz.

### La comunità

È formata dai due religiosi e dal prenovizio, Marcelo. Giornalmente si radunano a pregare nella piccola cappella. La maniera di pregare è gradevole, semplice e calma. Alternando la recita al canto, e la posizione fisica, la preghiera assume un tono corale monastico, una armonia quasi tipica di una abbazia.

La vita fraterna si svolge normalmente per quanto si attiene alle relazioni, caratterizzate da fiducia e spontaneità. Nel refettorio non c'è nulla che non sia naturale e bello, semplice e popolare. Non si notano nella vita quotidiana conflitti né particolari strappi contro i consigli evangelici. I libri ufficiali, quelli prescritti per le comunità camilliane, sono in ordine e aggiornati.

### Le Cappellanie

I Padri Geraldo e Mateo operano in qualità di cappellani in cinque ospedali pubblici: l'Oncologico, il Giapponese, l'Infantile e in due centri di Casse [assicurazioni?], quello dei *Camineros* (operai stradali) e la *Nacional* (assicurati). In questi ospedali, il loro lavoro non è finalizzato solo alla cura pastorale nelle aree religiosa e spirituale, ma entrambi, ognuno a suo modo, si occupano del miglioramento delle strutture materiali dell'ospedale

così che la permanenza dei malati e dei loro familiari sia la migliore possibile dal momento del ricovero fino alla dimissione, sia essa per la risoluzione del problema o per sopravvenuta morte.

Un aspetto importante del lavoro nei suddetti ospedali è l'aiuto che essi ricevono dai gruppi di agenti di pastorale e dal volontariato, formati e animati dagli stessi cappellani. I componenti di questi gruppi provengono, senza quasi alcuna eccezione, dai fedeli che frequentano la Parrocchia dello Spirito Santo, retta dai Camilliani di Santa Cruz de la Sierra.

### La parrocchia

Fu lo stesso Arcivescovo locale a esigere che i Camilliani amministrassero una parrocchia quale condizione per l'entrata nella Arcidiocesi. Il servizio parrocchiale che ivi si realizza è molto completo: celebrazione giornaliera – mattina e sera – della Eucarestia; catechesi in preparazione ai Sacramenti; animazione di gruppi giovanili, di liturgia, musica, visita dei malati in ospedale, degli anziani e degli infermi a domicilio, seme dei gruppi pastorali formati da adulti; e così via. Si stacca tra le varie dimensioni apostoliche, la animazione sociale e sanitaria dei bambini e dei giovani adolescenti. Vista dal di fuori, la parrocchia del Santo Spirito si distingue per il suo carattere camilliano. Non per nulla, la piazza in cui si erge la Chiesa è dedicata al nome del nostro Fondatore.

### Libri e pubblicazioni

Il nostro Ordine è per definizione, e deve continuare ad esserlo, una “nuova scuola di carità” (vedi C 9). Voi, cari Geraldo e Mateo, vi state segnalando nel ministero della “penna”, della parola stampata, cioè, del settore della pubblicazione scritta e dei libri, tanto utili per la formazione altrui, di coloro che si dedicano al servizio dei malati così da acquisire le conoscenze pastorali necessarie nella salute privata e pubblica.

A tutt'oggi, i libri pubblicati da P. Mateo Bautista sono oltre cinquanta. Non c'è dubbio che P. Geraldo vi collabora con preziosi consigli e lasciando P. Mateo libero per questa attività.

Se tutti i Boliviani che conoscono i Camilliani per mezzo di questi libri vivessero assieme, nello stesso appezzamento di terra, ci troveremmo

di fronte ad una delle città più popolose del Paese. Non si tratta di una affermazione di vanagloria, anzi! Si deve ammettere che molti lettori, dentro e fuori Santa Cruz, hanno un'anima comune perché praticano una lettura comune: i libri della Pastorale di Umanizzazione della Salute pubblicati in lingua spagnola dai Camilliani della città. Chi può dubitare che il nostro Fondatore, convertito in vecchiaia agli studi, non riconosca, gradisca e benedica questa attività, tanto necessaria nella Bolivia di oggi?

### Sfide

Con pochi membri non si va lontano. Neppure voi! È chiaro che una delle lacune della Delegazione è la promozione vocazionale e la conseguente formazione dei candidati che richiedessero l'ammissione e l'accompagnamento nel loro cammino di ricerca vocazionale. C'è bisogno di un religioso esperto per questa attività, un nuovo religioso che venga a integrarsi – quanto prima – nella comunità. Da qui, voglio ringraziare il Provinciale, P. Leocir Pessini, per lo sforzo messo in atto affinché

presto (a metà gennaio 2012) si ponga rimedio a questa importante necessità.

Prima di terminare permettetemi una domanda. State lavorando molto bene per la promozione di gruppi di volontariato sociale e sanitario, non nello stesso modo per la costituzione e sviluppo della Famiglia Camilliana Laica. Forse questo dono di Dio alla Chiesa non ha radici in Bolivia? Come spiegate che in altri Paesi dell'America Latina la Famiglia Camilliana Laica abbia messo radici e si sviluppi mentre questo non avviene in Bolivia?

### Commiatto

Cari Geraldo, Mateo e Marcelo, sappiate che dal giorno in cui vi ho fatto visita ricordo la tenera immagine del medaglione situato ai piedi dell'altare della cappella della comunità. Continuo a vedere Gesù che prende per mano la figlia di Giairo e le dice "Talità kum! Alzati!". Mi unisco alla vostra preghiera affinché la Delegazione boliviana, ancora molto giovane, si alzi e cresca fino a raggiungere il sole e la luna.

P. Jesús M. Ruiz

## Letter to Our Brothers of the Delegation of Bolivia

### Sun and Moon

*An ancient legend of the Bolivian highlands narrates that at the outset God created two suns to shine on the earth. One rose in the morning and the other rose in the afternoon. The night remained dark so that men and women could rest. And all was well.*

*One day men complained to the Lord and said that the night without light was difficult for them. They said that women and children were afraid. Sick people longed for the day. And the elderly, unsteady because of their old age, hit everything, fell and easily hurt themselves.*

*The Lord lent his ear to the laments of human beings, felt compassion for them and decided to improve the system of ascension. One of the two suns, from that moment onwards, would be in the sky the whole day whereas the other, taking the name 'moon', would rule over the night. And so it was! And God saw that the new system was good.*

*And from then onwards the sun ruled during the day and the moon ruled during the night.*

During our visit in recent days to the two brothers who make up the Delegation of Bolivia I was able to recall this ancient legend. It would appear that the author wrote it many years ago having in mind Father Geraldo and Father Mateo, the current members of the Delegation.

Father Geraldo is like the night. Mellow by character and voice, with his calm approach, he invites other people to an intimate conversation. Of few words, he transmits with meekness and respect only what is indispensable. He is like the yeast that works in silence...

Father Mateo Bautista is like the day, ready to take the microphone to raise himself up to being the paladin of those who have no voice, an animator of advertising campaigns in favour of social and health-care causes. He sows messages in the daylight.

The first, a psychologist by profession, well knows the interior pathways and the dark nights of the soul. He knows how to respect the rhythm of the slow and silent growth of life, that of the spirit



and the psyche. For this reason, he is a good spiritual director. The second, a brilliant orator, relates better with businessmen and politicians, visits the television channels, and the professionals and the workers that belong to these channels, and directs social groups. In this way, he manages to obtain funds from those who have them and gives them to those who do not.

Both of them, like the sun and the moon, support each other in their Camillian mission, independently of where they are and what they are doing.

### The Country

Bolivia, a land of revolutions, is not in the least an easy country. In its history it has had more Presidents than years of existence. Violence against people is expressed in a thousand ways, from arbitrary justice to a scarce and inefficient health-care system. 'Bolivia', wrote a local politician, 'gives signs of life only through its many forms of art'.

Against this background, which is so hostile to human life and dignity, our brothers, Geraldo and Mateo, engage in their Camillian activity and try to make themselves the promoters of health, integral health, in the most disadvantaged sectors of the city of Santa Cruz.

### The Community

The community is made up of two religious and the pre-novice, Marcelo. Every day they come together to pray in the small chapel. Their way of

praying is pleasing, simple and calm. Alternating prayers with singing, as well as their physical positions, prayer takes on a monastic choral tone, a harmony that is almost typical of an abbey.

Fraternal life is engaged in normally as regards relationships, which, indeed, are characterised by trust and spontaneity. In the refectory there is nothing more natural and beautiful, simple and popular. Conflicts cannot be noted in daily life nor particular fractures with the evangelical counsels. The official books, those prescribed for Camillian communities, are well arranged and up-to-date.

### The Chaplaincies

Father Geraldo and Father Mateo work as chaplains in three public hospitals – the Oncology Hospital, the Japanese Hospital and the Children's Hospital – and in two specially funded hospitals: the *Camineros* (street workers) Hospital and the *Nacional* Hospital (for insured people). In these hospitals, their work is not only directed towards pastoral care in religious and spiritual areas – both these brothers of ours, each in their own way, attend to improving the material structures of the hospital so that the period of stay of the patients and their families is the best possible from the moment of admission until discharge or removal, either because the health problem of the patients has been solved or because they have died.

An important aspect of work in these hospitals is the help that our brothers receive from groups of pastoral workers and volunteers, who, indeed, are trained and animated by the chaplains themselves. The members of these groups come, almost without exception, from the faithful who form a part of the Parish of the Holy Spirit, which, indeed, is run by the Camillians of Santa Cruz de la Sierra.

### The Parish

It was the local Archbishop himself who required that the Camillians administer a parish as a



pre-condition for their entry into the archdiocese. The parochial service that has been created is very complete: the daily, morning and evening, celebration of the Eucharist; catechesis in preparation for the sacraments; the animation of youth groups and of liturgy; music, visits to sick people in hospital, to elderly people and to sick people in their homes; the creation of pastoral groups trained by adults; and so forth. One moves from the various apostolic dimensions to the social and health-care animation of children and young adolescents. Seen from outside, the Parish of the Holy Spirit is marked by its Camillian character. It is no accident that the square where the church is located is dedicated to the name of our Founder.

### Books and Publications

Our Order is by definition, and must continue to be, a 'new school of charity' (see Constitution, n. 9). You, dear Geraldo and Mateo, are standing out in your ministry of the 'pen', of the printed word, that is to say of the sector of written publications and books, which are so useful for the formation of other people, of those who dedicate themselves to service to the sick, so that they can acquire the pastoral knowledge that is needed in private and public health care.

Hitherto the number of books published by Fr. Mateo Bautista are over fifty in number. There can be no doubt that Fr. Geraldo cooperates in this by providing valuable advice, leaving Fr. Mateo free for this activity.

If all the Bolivians who know the Camillians through these books were to live together, on the same piece of land, we would have one of the most populous cities in the country. This is not a vainglorious statement – quite the contrary! One has to admit that many readers, inside and outside Santa Cruz, have a shared soul because they engage in a shared reading: the books of Pastoral Care for the Humanisation of Health which are published in Spanish by the Camillians of the city. Who could doubt that our Founder, who was converted in old age to studying, acknowledges, appreciates and blesses this activity, which is so necessary to today's Bolivia?



### Challenges

With few members one does not go far. This is true of you as well! It is clear that one of the failings of the Delegation is the promotion of vocations and the consequent formation of candidates who ask for admission and for accompanying on their pathways of vocational inquiry. There is a need for an expert religious for this activity, a new religious who should come and integrate himself as soon as possible into the community. Here I want to thank the Provincial, Fr. Leocir Pessini, for the efforts that he has made so that soon (in mid-January 2012) this important need will be met.

Before ending I would like to pose a question. You are working very well for the promotion of groups of social and health-care volunteers, but not doing the same as regards the creation and development of the Lay Camillian Family. Does this gift of God to the Church perhaps not have roots in Bolivia? How can you explain that in other countries in Latin America the Lay Camillian Family has put down roots and is developing whereas this is not the case in Bolivia?

### Goodbye

Dear Geraldo, Mateo and Marcelo, know that from the day that I visited you I have remembered the tender image of the medallion at the feet of the altar of the chapel of the community. I continue to see Jesus who takes the daughter of Giarius by the hand and says: "*Talità kum!* Rise up!". I unite myself to your prayer that the Bolivian Delegation, which is still very young, will rise up and grow until it reaches the sun and the moon.

Fr. Jesús M. Ruiz

# **Introduzione alla “Carta di Milano”**

## ***Un codice etico-deontologico per la pratica psichiatrica***

*Il dott. Franco Zarattini è nato a San Bonifacio (Verona), studi classici e laurea in medicina e chirurgia a Padova 1960, specializzato in psichiatria presso la 1<sup>a</sup> cattedra allora esistente a Milano e successivamente in neurologia a Modena. Medico psichiatra ha esercitato la professione per ben quarant'anni anche con responsabilità di reparto all'ospedale di Niguarda (Milano-Italia). Da molti anni è consulente neurologo presso le nostre Opere a Milano, con particolare interesse per i soggetti depressi; collabora con la rivista “Missione e Salute” di cui è pure redattore, facendo parte anche della Famiglia Camilliana Laica. È direttore del sito <http://www.esaurimento.it/> per informazioni su ansia, depressione e patologie correlate ... È Autore di numerose articoli scientifici in riviste specializzate.*

*In questa introduzione, il dott. Zarattini oltre al percorso psichiatrico ci propone un'importante documentazione sulla “Carta di Milano” codice etico-deontologico, mirato a valorizzare la persona del malato psichiatrico e il sostegno da offrire sia al paziente sia alla sua famiglia.*

**L'**approccio con l'ammalato psichico senza pregiudizi non può limitarsi ad un tentativo, ma richiede impegno, comprensione e conoscenza delle basi teoriche della psicopatologia indispensabili per un corretto inquadramento della malattia mentale.

Superata, almeno in Italia l'era manicomiale, più custodialistica che terapeutica, si è fatta strada la disponibilità ad accettare i risultati delle grandi ricerche europee, metodologicamente corrette e distribuite su un numero molto vasto di pazienti che hanno reso possibile lo smantellamento del concetto di una evoluzione inesorabile verso la cronicità della schizofrenia, tuttora ritenuta la più grave forma di malattia che sconvolge la mente fino a portarla alla follia.

Se di fronte alle nevrosi oppure ai disturbi affettivi non ci sentiamo disarmati, perché ognuno di noi può aver provato qualche sensazione analoga a sintomi come ansia o depressione, altrettanto non si può dire per il vissuto di una psicosi schizofrenica definito inderivabile, come dire incomprensibile per l'umano sentire della normalità (E. Borgna).

Vale la pena ricordare a quali aberrazioni possa portare questa incomunicabilità con qualche riferimento storico a proposito di Friederich Hölder-

lin, uno dei maggior poeti romantici tedeschi, rinchiuso contro la sua volontà in una torre a Tübingen, da cui sarebbe uscito solo un paio di volte “perché la sua follia era intesa come un qualcosa, che non trovava alcuna eco nello spirito degli altri”, così scriveva Bettina Brentano in una lettera a Karolin von Günderode. Andando a ritroso nel tempo, ci imbattiamo in Torquato Tasso autore rinascimentale della Gerusalemme Liberata, insuperabile poema cavalleresco, coeve all'Orlando Furioso di Ludovico Ariosto. Per le sue bizzarrie comportamentali, il poeta era stato rinchiuso nell'asilo dei pazzi di Ferrara.

Quando il grande umanista francese Michel de Montaigne, suo contemporaneo, che ne aveva apprezzato la produzione letteraria, andò a trovarlo, commentò quell'incontro con queste profetiche parole: “mi sembra straordinario come in tanta follia, alberghi altrettanto saggezza”.

Nei secoli a venire la psichiatria, assurta a dignità di scienza, ancorché giovane, ha chiarito che nella mente pur devastata da una grave psicosi, coesistevano parti malate e parti sane, queste ultime da non trascurare, ma da valorizzare. Tale disciplina, che era sempre rimasta succube della neurologia, ha imboccato un percorso autonomo sviluppando interessanti teorie dalla seconda me-

tà del 1800 con la scuola di Janet a Nancy, dove è andato a formarsi pure Sigmund Freud per porre le basi della dottrina psicoanalitica e con quella di Charcot a Parigi alla Salle Petrière. Nei primi anni del 1900, E. Kraepelin pubblicò il monumentale trattato di Psicopatologia Generale (*Allgemeine Psychopathologie*), ristampato e aggiornato per ben 9 volte, tanto importante era avvertita la necessità di ordinare le teorie emergenti, che hanno validamente fatto da supporto alle fondamenta della psichiatria medesima, che si articola in tre differenti applicazioni.

**La psichiatria organicistica** attribuisce alla sintomatologia il risultato di un errore genetico, che si traduce non solo in una disfunzione cerebrale diffusa o focalizzata, ma anche morfologica, oppure biochimica. Il suo prototipo veniva fatto risalire alla paralisi progressiva, altrimenti nota come encefalopatia luetica, considerata a torto, il modello somatico delle malattie mentali, perché oggi tutti sanno che tale encefalopatia rientra a pieno titolo nelle sindromi psicoorganiche (conseguenti a danno cerebrale). Pure gli innegabili successi della moderna psicofarmacologia sono apparsi in grado di convincere molti psichiatri sull'importanza di una componente organica delle malattie mentali. Più si cerca di smontare le tesi organicistiche e più con maggiore prepotenza, esse trovano un valido riscontro nel continuo progresso della ricerca psicofarmacologica, che si spera in grado di risolvere al più presto e in maniera soddisfacente la relazione che intercorre tra fattori organici e sintomi psichiatrici, vanificando il rischio di un riduzionismo biologico. Al paziente verrebbe negata la sintesi esistenziale, correlata con la vulnerabilità genetica e con l'interazione ambientale, di cui gli eventi che la contraddistinguono sono intrisi di elementi biologici e psicologici.

**La psichiatria psicodinamica** per le sue caratteristiche umane e didattiche rivolge l'attenzione alla storia del paziente, polarizzandola non tanto sui sintomi, quanto sulle relazioni nel tentativo di scandagliare il loro significato, sia a livello emotionale sia a quello della modalità di relazionarsi con l'ambiente. Limitata in un primo tempo all'ambito delle nevrosi, questa impostazione psichiatrica ha potuto ampliare il campo di interesse anche verso le psicosi e i disturbi di personalità, nella certezza che ogni paziente dispone di parti sane nel contesto della propria personalità e che ogni psicotico rimane tale integralmente lungo il suo percorso esistenziale. Gli sviluppi delle psicoterapie comprese quelle cognitivo-comportamentali, si sono rivelate assai utili per questa concezione, aprendo nuovi

spazi alla comprensione del disagio psicopatologico, che può essere curato unicamente con la psicoterapia, ma sempre più spesso associando la cura psicofarmacologica.

**La psichiatria ad impronta sociogenetica** ritiene che la malattia mentale sia la conseguenza di una prevaricazione sociale, piuttosto che di un disturbo dello sviluppo individuale o di un fallimento esistenziale. Per tali condizioni la psicopatologia assumerebbe il ruolo di una malattia sociale, con tutte le immancabili ricadute terapeutiche, riabilitative ed esistenziali connesse.

Per comprendere la malattia mentale, nessuna delle tre modalità appena annunciate, può dirsi esauriente, tanto più se considerata priva di rapporti con le altre, dato che l'esperienza ci ha spesso dimostrato il contrario, perché possono coesistere tutte assieme in un singolo paziente, oppure comparire in tempi diversi dell'evoluzione della sua malattia. Se ci si limita a valutare il sintomo è facile rilevare come esso possa presentarsi in soggetti differenti, anche se proviene solo da una delle tre radici prese in considerazione. Potrebbe accadere così che sintomi differenti si manifestino nel medesimo malato, come espressione di almeno due delle opzioni ricordate. Pertanto la psicosi, che a ragione va catalogata tra le più gravi malattie mentali, ci appare tuttora come una sola faccia, anche se gli aspetti sono diversi, per via della multifattorialità delle cause responsabili della sua comparsa (M. Maj). Conseguentemente ogni approccio terapeutico e riabilitativo non può scostarsi da linee guida multidisciplinari, che tengano conto della matrice organica, ma anche psicologica e sociale della malattia, intervenendo a seconda delle esigenze a livello psicofarmacologico, psicoterapeutico e del contesto sociale, in tempi diversi ma anche contemporaneamente, tenendo conto delle necessità da affrontare. Appare evidente quanto sia indispensabile disporre di una équipe multidisciplinare per la presa in carico di questi pazienti tanto complessi, quanto spesso privi della capacità di autogestirsi, sia nella fase acuta della malattia, sia nella sua evoluzione verso la cronicità. Tuttavia questo comune impegno non basta in quanto non sarebbe lecito pianificare strategie o inventarsi linee guida di intervento, oltrepassando il rispetto dovuto alla persona del malato e alle sue prerogative (consenso, compliance, scelta del terapeuta e luogo dove curarsi) senza trascurare le sue attitudini relazionali (A. Giannelli). Enunciati teorici, quanto altisonanti, perché finora mai realizzati. Pare di sognare solo a sentirne parlare!

Come fare allora per riportare i piedi per terra ed affrontare problemi così importanti? Per tale necessità ci viene in soccorso la Carta di Milano, codice etico-deontologico per la pratica clinica (M. Schiavone), promossa dalla Fondazione Piero Varrenna, oggi Onlus, già nel 2000 con un proprio gruppo di lavoro. A dieci anni dalla sua prima stesura, la Fondazione ha avvertito la necessità di ri-proporre il testo, rivisto ed aggiornato per adeguarsi ai mutamenti sociali, organizzativi ed etici, comparsi in un decennio tumultuoso. Come ogni documento etico (scrive Massimo Rabboni ex Presidente della Fondazione), la carta ben lontana dall'essere un testo normativo, aspira a formulare un nuovo pensiero, che già nella prima versione aveva trovato il consenso degli psichiatri. Il suo valore è stato compreso anche da chi direttamente, perché malato, o i loro familiari, avvertono l'importanza del problema, ma pure da coloro che se ne fanno carico per dovere sociale o politico, prendendo consapevolezza di questo decalogo di principi, su cui riflettere e poi agire consapevolmente.

**Dr. Franco Zarattini**

#### **CODICE ETICO – DEONTOLOGICO PER LA PRATICA PSICHIATRICA**

**1) La persona con sintomi di rilevanza psichiatrica ha gli stessi diritti di tutti gli altri ammalati** nel rispetto dei principi informativi dell'articolo 32 della Costituzione. Concordato che soprattutto la malattia mentale ha connotazioni e pone problemi suoi particolari, è necessario ribadire che qualunque malato ha diritto ai sensi degli articoli 1 e 2 della legge 833 del 1978:

– ad un approccio non pregiudicabile e al pieno rispetto da parte della Società; alla migliore qualità di vita possibile; alla funzione di tutte le acquisizioni più moderne della medicina, senza che la diagnosi psichiatrica costituisca un handicap, alla funzione anche di tutte le più moderne risorse della psichiatria stessa con l'obbligo per i curanti di un costante aggiornamento;

– a una sistemazione logistica adeguata (con particolare riguardo alla privacy, al confort e alla libertà di movimento, nel rispetto dei normali limiti organizzativi delle strutture) nei vari momenti del suo percorso terapeutico e riabilitativo;

– al godimento delle varie forme previdenziali, assistenziali e assicurative senza discriminazioni, con la certezza che un pregresso contatto con la psichiatria non costituisca un fattore di stigmatizzazione.

**2) L'iter clinico dalla diagnosi alla dimissione** è caratterizzato dal paradigma della complessità. **L'elemento portante di questo intervento, diagnostico, e riabilitativo, fino all'auspicabile dimissione deve essere la relazione indipendentemente dal background culturale e formativo del singolo curante e dell'équipe.** Poiché ogni pretesa di spiegare in termini di esclusività somato-o psico-o socio genetica la malattia mentale è arbitraria, è necessario che ogni clinico individui le risorse disponibili per attuare al meglio il progetto-terapeutico riabilitativo ritenuto più idoneo, evitando scelte unilaterali nei trattamenti.

**3) L'ammalato mentale, come tutti gli altri, è il soggetto titolare della propria cura e ne va quindi promossa la responsabilizzazione.** È eticamente illecito presumere che egli non sia mai in grado di esprimere un consenso libero e informato nei confronti delle cure o del ricovero, e di conseguenza di procedere nei suoi confronti negandogli la facoltà di contrattazione.

Dovere dello psichiatra è la ricerca di una regolazione della distanza relazionale che tenga conto della natura del disturbo psichico in atto (transitorio o strutturale) e conseguentemente della capacità della contrattazione del malato.

Il passaggio unanimamente riconosciuto dalla dimensione dell'oggettivazione alla dimensione dell'intersoggettività impone sul piano etico la costante ricerca di una partnership nella gestione del percorso di cura.

Lo psichiatra però ha la responsabilità, in particolari condizioni cliniche, di intervenire al fine di evitare al paziente, ai suoi familiari ed alla società, situazioni di abbandono, di rischio e deve sempre poter agire in condizioni di serenità di giudizio e quindi mai di minaccia.

Per quanto riguarda il segreto professionale, fatti salvi gli obblighi di legge, resta al medico la valutazione sulla opportunità della deroga, allorché vi sia pericolo per la sicurezza, la salute o la vita del paziente o di altri.

**4) Nel percorso di cura, la giusta distanza nel rapporto dello psichiatra con il malato** si definisce come esclusione degli estremi dell'accanimento terapeutico e riabilitativo da un lato e della rinuncia dall'altro.

Per accanimento terapeutico e riabilitativo si intende l'ostinazione in trattamenti che non portano a un miglioramento clinico e della qualità di vita. Per rinuncia si intende la presunzione dell'incurabilità e dell'irrecuperabilità del malato o che la malattia sia necessariamente irreversibile. Nella graduazione dell'intervento stesso e la rilevanza dei

risultati attesi. Tale rapporto dovrà essere sempre valutato ma con particolare attenzione ove si tratti di terapie biologiche innovative. Censurabile è la pretesa aprioristica del terapeuta nei confronti della compliance: questa è, infatti, soprattutto il prodotto della sua capacità di stabilire e far crescere la relazione con il paziente.

**5) In nessun senso l'ammalato va abbandonato.** Costituisce abbandono, nell'ambito delle rispettive competenze, anche l'insufficiente di adeguate risorse da parte delle istituzioni erogatrici dei servizi o il mancato utilizzo da parte dei curanti di tutto il ventaglio di possibilità di trattamento potenzialmente indicate per il singolo paziente. Al controllo (tipico dell'era manicomiale) non deve contrapporsi l'abbandono della cura, nella mistificante ottica che, scomparsi i sintomi più clamorosi, la malattia non richieda ulteriori interventi. È eticamente riprovevole la rinuncia alla responsabilità della cura da parte del medico con il ricadere in logiche di psichiatria difensiva, finalizzate al controllo dei comportamenti piuttosto che al benessere della persona malata. Oltre alla modalità eticamente riprovevoli, quali:

- Il permissivismo ingiustificato;
- Le dimissioni non preparate né programmate;
- Il rifiuto a prestare assistenza dietro vari pretesti (che non vi sia una richiesta esplicita da parte del paziente stesso, che il caso non rientri nella propria competenza professionale o anche solo territoriale);
- La mancata scrupolosa valutazione delle segnalazioni di terzi;
- Lo scarso collegamento fra curanti dei servizi territoriali o ospedalieri.

Anche la mancanza di adeguati dispositivi territoriali (centri diurni, day-hospital, case alloggio e comunità) e di adeguate dotazioni di organico strutturali ed economiche, non devono essere un pretesto per non prendere in carico il paziente con il progetto terapeutico migliore possibile nelle singole circostanze.

**6) Lo psichiatra deve sempre e comunque operare per il miglioramento della qualità della vita del proprio paziente, nella misura possibile.**

Lo psichiatra che ritenga di non poter più promuovere il miglioramento della qualità della vita del paziente deve saper criticamente valutare i limiti del suo intervento, tenendo tempestivamente conto delle proprie risorse emotive e del contesto in cui opera, sino a prevedere l'affidamento ad un altro collega o ad una struttura diversa.

**7) Di fronte ad un eventuale rischio di suicidario, lo psichiatra deve mirare sempre alla salvaguardia della vita della persona,** in favore della quale presta il suo intervento, indipendentemente dalle proprie personali convinzioni fisiologiche o religiose. Tale salvaguardia si esplica, in rapporto alle situazioni concrete, con azioni di contenimento relazionale, farmacologico ed istituzionale.

**8) Le famiglie devono essere tutte concreteamente aiutate, a più livelli,** ponendo particolari attenzione ai fattori predittivi negativi, quali:

- Grave disagio psicosociale;
- Carico genetico significativo;
- Comorbidità;
- Alta emotività espressa;
- Le famiglie vanno aiutate in termini professionalmente credibili, senza necessariamente considerarne patologici la struttura e il funzionamento, ma anche senza farne l'oggetto di un intervento meramente assistenziale o assistenzialistico. I livelli ai quali intervenire sono quattro:
  - Informazione e sostegno psicologico (fino alla terapia familiare);
  - Incremento della presenza di dispositivi territoriali (che permettono fra l'altro di ridurre il numero di ore settimanali di contatto);
  - Contributi economici, interventi domiciliari sistematici, volontariato, facilitazione dei gruppi auto-aiuto;
  - Ricerca di soluzioni alternative alla coabitazione familiare qualora questa si riveli nociva per la famiglia o per lo stesso malato.

Inoltre le famiglie devono essere coinvolte nel progetto terapeutico-riabilitativo del congiunto e, ove possibile, sostenute nell'assumere un ruolo di attiva e continua collaborazione con l'équipe curante. Per questo il paziente deve indicare quali siano le persone rispetto alle quali consentire la comunicazione delle informazioni sanitarie (anche ai sensi della normativa sulla privacy), persone che curante e paziente congiuntamente ritengono coinvolgibili in termini positivi nel percorso di cura.

**9) È comunemente accettato che le farmaco e le psicoterapie possono essere usate simultaneamente o in tempi diversi.** Mentre per le psicoterapie vale incontrastato il principio della loro consapevole accettazione da parte del paziente, senza la quale nessuna alleanza di lavoro potrà essere realizzata, nel caso delle farmacoterapie queste possono essere impiegate anche senza il consenso del paziente solo nei casi di urgenza o in trattamento sanitario obbligatorio.

Anche nell'ambito della riabilitazione deve essere mantenuto un attento equilibrio tra intensità e termini della stimolazione da un lato e capacità del paziente di recepirla utilmente dall'altro. Questo equilibrio è finalizzato ad ottenere e mantenere il consenso del paziente a un percorso riabilitativo, così come alla sua conclusione, anche per esaurimento della sua potenzialità.

**10) Lo psichiatra operante in un servizio pubblico (sanitario o assistenziale che sia deve essere membro attivo e partecipe dell'équipe in cui è inserito.** L'équipe rappresenta, soprattutto nei casi più impegnativi, il luogo di confronto delle competenze professionali e di decisione del progetto terapeutico, gestito poi con l'ausilio della figura del case manager. Inoltre lo psichiatra deve collaborare con gli altri operatori della struttura (Ospedale, Dipartimento, Territorio) di cui quel servizio fa parte, anche al fine di migliorare il clima relazionale intercorrente tra i pazienti, le loro famiglie e il contesto sociale.

Documento redatto nel 2009 da un gruppo di lavoro di cui hanno fatto parte: L. Calvi, P. Gallotti, Alberto Giannelli, Andrea Giannelli, C. Mellado, M. Rabboni, F. Zarattini, (psichiatri); G. Bertinato (rappresentante associazione dei familiari); I. Gigliotti, L. Hoesch, R. Pacetti (avvocati); M. Chiodi (teologo); G. Pozzi (notaio); M. Schiavone (filosofo e professore emerito di bioetica all'Università di Genova).

## BIBLIOGRAFIA

- BORGNA E. *Il fantasma della psicopatologia*, in A. Ballerini e B. Callieri (a cura di), *Breviario di psicopatologia*, Milano, Feltrinelli 1996
- GIANNELLI A. *La scrittura della malattia e la definizione dei casi in etica della riabilitazione psichiatrica*. Franco Angeli, (settima edizione) Milano 2007.
- KRAEPELIN E. *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin 1902
- MAJ M. *Inquadramento diagnostico della schizofrenia*, Bollettino Aggiornamento, Neuropsicofarmacologia, 11-54, 1995.
- MICHEL DE MONTAIGNE, *Les Essais*, Livres I et II, deuxième édition Bordeaux 1582.
- RABBONI M. *Tensioni e prospettive nelle strategie di intervento*, Pratica clinica, Franco Angeli (settima edizione) Milano 2007
- SCHAVONE M. *Bioetica e Psichiatria*, Bologna, Patron 1988.  
Sito internet: <http://www.esaurimento.it/>

# Introduction to the 'Milan Charter' An Ethical-Deontological Code for Psychiatric Practice

Dr. Franco Zarattini was born in San Bonifacio (Verona). He studied classics and then took a degree in medicine and surgery at Padua in 1960. He then specialised in psychiatry at the first teaching chair then existent in Milan and in neurology in Modena. As a psychiatrist he practised his profession for forty years, and was also director of the psychiatric department of the Hospital of Niguarda (Milan-Italy). For many years he was a neurologist with our works in Milan, with a special interest in individuals suffering from depression. He works with the review Missione e Salute with which he has an editorial role and he is also a member of the Lay Camillian Family. He is director of the web site <http://www.esaurimento.it/> for information on anxiety, depression and correlated pathologies. He is the author of a large number of scholarly articles in specialist reviews.

In this introduction Dr. Zarattini offers us – in addition to a discussion of psychiatry – important evidence on the 'Milan Charter', an ethical-deontological code that seeks to appreciate the person in the psychiatric patient and the support to be offered both to the patient and to his or her family.

**A**n unprejudiced approach to the mentally ill cannot confine itself to an attempt – it requires commitment, understanding and knowledge

of the basic theories of the psychopathology and these are indispensable in a correct contextualisation of mental illness.

At least in Italy we have now moved beyond the age of lunatic asylums which was more directed towards locking people away than treating them. Advance has been made as regards a readiness to accept the results of major European research which is methodologically correct and based upon a very great number of patients. It has made possible a dismantling of the concept of an inexorable move towards a chronic state of schizophrenia, which is still seen as the gravest form of illness to disturb the mind – to the point of leading to madness.

If we feel that we are not defenceless as regards neuroses or affective disturbances, because each one of us has felt sensations similar to symptoms of anxiety or depression, the same cannot be said about experience of a schizophrenic psychosis defined as being unable to be grasped, that is to understand, through normal human feeling (E. Borgna).

It is worthwhile remembering what aberrations this inability to communicate can lead to through some historical references to Friederich Hölderlin, one of the greatest German Romantic poets who was locked up against his will in a tower in Tubigen which he left only twice ‘because his madness was seen as something that found no echo in the minds of other people’, as Bettina Brentano wrote in a letter to Karolin von Günderode. Going back in time we come to Torquato Tasso, the Renaissance author of ‘Liberated Jerusalem’, an incomparable chivalric poem, of the same period as the Furious Orlando of Ariosto. Because of his strange behaviour, this poet was locked up in the lunatic asylum of Ferrara. When the great French humanist Michel de Montaigne, his contemporary, who appreciated his literary writings, went to visit him, he commented on his meeting with these prophetic words: ‘it seems to me extraordinary that so much wisdom resides in so much madness’.

Over subsequent centuries, psychiatry, supported by the dignity of being a scientific discipline, although a young one, made clear that in a mind devastated by a grave psychosis there can exist both sick and healthy parts, and that these latter should not be neglected but appreciated. This discipline, which had always been dominated by neurology, followed an autonomous pathway and developed interesting theories in the second half of the nineteenth century with the school of Janet in Nancy, where even Sigmund Freud went to train before establishing the bases of the doctrine of psychoanalysis, and the school of Charcot in Paris at the Salle Petrière. At the beginning of the twentieth century, E. Kraepelin published his monu-

mental tract on general psychopathology (*Allgemeine Psychopathologie*), a book that went into nine reprints and editions, because of the perception of the important need to organise the emerging theories which were a valid support for the foundations of psychiatry which was later to be organised into three branches.

*Organicist psychiatry* attributes the set of symptoms to a genetic error which is translated not only into a widespread or focalised dysfunction but also into dysfunctions that are morphological or biochemical in character. Its prototype went back to progressive paralysis, otherwise known as luetic encephalopathy, wrongly seen as the somatic model for mental illnesses, because everyone knows today that such encephalopathy belongs to the full to psycho-organic syndromes (following brain damage). The undeniable success of modern psychopharmacology appeared able to convince many psychiatrists of the importance of an organic component in mental illnesses. The more one tries to dismantle the organicist theories (and with greater insistence), the more they find valid support in the continual progress of psychopharmacological research which hopes to be able to solve – as early as possible and in the most satisfactory way possible – the relationship that exists between organic factors and psychiatric symptoms, thereby removing the risk of biological reductionism. The patient is said to be denied the existential synthesis, correlated with genetic vulnerability and interaction with the environment, whose characteristic events have intrinsic biological and psychological elements.

*Psychodynamic psychiatry*, because of its human and didactic characteristics, pays attention to the history of the patient, polarising it not so much around symptoms as around relationships in an attempt to unravel their meaning both at an emotional level and at the level of forms of relating to the environment. Limited to begin with to the field of neuroses, this approach of psychiatry was able to broaden the field of interest towards psychoses and personality disorders, in the certainty that every patient has healthy parts within the context of his or her personality and that every psychotic person remains such integrally during his or her existential journey. The developments in psychotherapy, including cognitive-behavioural psychotherapy, were shown to be rather useful for this approach and opened up new spaces for the understanding of psychopathological disturbances which could be treated solely through psychotherapy but were increasingly associated with psychopharmacological treatment.

*Psychiatry of a socio-genetic approach* believes that mental illness is the consequence of a social prevarication rather than a disturbance of individual development or an existential failure. For such conditions, psychotherapy is said to perform the role of a social illness, with all the inevitable therapeutic consequences and the consequences connected with rehabilitation and existence that are connected with it.

In order to understand mental illness, none of the three forms just referred to can be considered to be exhaustive, even more if one is considered as being without connections with the others given that experience has often demonstrated the contrary. This is because they can all co-exist together in an individual patient or appear at different times in the development of his or her illness. If the symptom alone is assessed it is easy to observe how it can be present in different individuals, even though it derives from one of the three roots taken into consideration. It can thus happen that different symptoms are manifested in the same patient as an expression of at least two of the options referred to. Thus psychosis, which is rightly catalogued as one of the gravest of mental illnesses, still appears to us with one face, even though there are various aspects to it, because of the number of factors involved in the causes that are responsible for its appearance (M. Maj). As a consequence, every approach involving therapy and rehabilitation cannot distance itself from multidisciplinary guidelines which take into account the organic matrix, as well as the psychological and social matrix, of the illness, acting according to requirements at a psychopharmacological, psychotherapeutic and social-context level, at times but also contemporaneously, bearing in mind the needs that have to be addressed. It appears evident that it is of indispensable importance to have a multidisciplinary team to take responsibility for these very complex patients who very often do not have the ability to govern themselves, both during the acute stage of the illness and in its advance towards its chronic stage. However, this shared role is not enough inasmuch as it is said not to be licit to plan strategies or invent guidelines for action going beyond the respect due to the person of the patient and his or her prerogatives (consent, compliance, choice of the therapist and place to be treated) without neglecting his relational aptitudes (A. Giannelli). Theoretical pronouncements which are very high sounding because they have never been implemented. You seem to be dreaming when you hear them spoken about!

What should we do therefore to keep our feet on the ground and address these very important problems? We are helped here by the Milan Charter, an ethical-deontological code for clinical practice (M. Schiavone) promoted by the Piero Varennna Foundation, today an Onlus, which in the year 2000 already had its working group. Ten years after its first composition, the Foundation has perceived the need to propose this text anew, a text that has been revised and updated in order to adapt to the social, organisational and ethical (etc.) changes which have appeared over the last tumultuous decade. Like any ethical document (writes Massimo Rabboni, a former president of the Foundation), this charter is far from being a normative text. It seeks to formulate new thinking which in the first version secured the agreement of psychiatrists. Its value has also been understood by those who directly – because they are sick or the family relatives of sick people – perceive the importance of the question, but also by those who take responsibility for such people because of their social or political duties, and learn about this decalogue of principles on which they can reflect and then act in an aware way.

**Dr. Franco Zarattini**

#### ***An Ethical-Deontological Code for Psychiatric Practice***

1) *A person with symptoms that are psychiatrically relevant has the same rights as all other sick people*, respecting the principles relating to information of article 32 of the Constitution. Accepting that it is above all else mental illness that has connotations and raises problems at the level of its special features, it should be stressed that all sick people have the right according to articles 1 and 2 of law 883 of 1978:

- To an approach without prejudices and to full respect by society; to the best quality of life possible; to the use of all the most modern advances of medical science, without psychiatric diagnosis constituting a handicap; and to the use of all the most modern resources of psychiatry itself with the obligation of those providing treatment to engage in constant updating.

- To adequate logistical accommodation (in particular with respect to privacy, to comfort and to freedom of movement, respecting the normal organisational limitations of institutions) during the various moments of their pathway involving treatment and rehabilitation.

- To enjoy the various forms of social protection, assistance and insurance without forms of discrimination, with the certainty that a prior contact with psychiatry does not constitute a factor leading to stigmatisation.

2) The clinical pathway from diagnosis to discharge is characterised by the paradigm of complexity. *The leading element in this action involving diagnosis and rehabilitation, until the hoped-for discharge, must be the relationship between the patient and those providing treatment, independently of the cultural and educational background of the individual and the team.* Because every attempt to explain mental illness exclusively in somatic or mental or social terms is arbitrary, every clinical analysis should identify the resources that are available to implement in the best way possible that project involving treatment and rehabilitation that is most suitable, avoiding unilateral decisions in the provision of treatment.

3. *The mentally-ill person, like all other patients, is the titular subject of his or her own treatment and should thus be made responsible for it. It is ethically not licit to presume that he or she is not able to express free and informed consent as regards treatment or admission, and as a result to proceed towards him or her in a way that denies interaction as regards decisions.*

A psychiatrist has the duty to search for a regulation of the relational distance which takes account of the nature of the mental disturbance underway (whether transitory or structural) and consequently of the capacity to interact at the level of decisions of the patient.

The unanimously recognised importance of the move from the dimension of objectification to the dimension of inter-subjectivity imposes at an ethical level a constant search for a partnership in the management of the pathway of treatment.

A psychiatrist, however, has the responsibility in specific clinical conditions to intervene to ensure that the patient, his or her family relatives and society, avoid situations of abandonment and risk, and must always be able to act in conditions of ease of judgement and thus never under threat.

As regards professional secrecy, with the exception of what laws impose, the medical doctor has the task of assessing the advisability of delegation when there is a threat to the safety, the health or the life of the patient or other people.

4). *During the pathway of treatment, the right distance in the relationship of the psychiatrist with the patient is defined as an exclusion of the extremes of exaggerated treatment and rehabilita-*

*tion, on the one hand, and forgoing treatment and rehabilitation, on the other.*

By exaggerated treatment and rehabilitation is meant continuing with forms of treatment that do not lead to any clinical improvement or improvement in quality of life. By forgoing treatment and rehabilitation is meant the presumption of incurability and the inability of the patient to recover or the belief that the illness is necessarily irreversible. In the grading of treatment itself and the relevance of the expected results, this relationship should always be assessed, but especial attention must also be paid when innovative biological therapies are involved. An *a priori* approach of the therapist as regards compliance is censurable. Indeed, this is above all the product of his or her ability to establish and develop a relationship with the patient.

5) *In no way should the patient be abandoned.* Within the sphere of their respective competences, an insufficiency of adequate resources by the institutions that provide services, or a failure of those responsible for treatment to use the whole range of possible forms of treatment potentially indicated for each patient, also constitute abandonment. Control (which was typical of the era of lunatic asylums) must not be opposed by the abandonment of treatment in that mystifying approach which holds that with the disappearance of the most dramatic symptoms the illness does not require further interventions. The forgoing of responsibility of treatment by the medical doctor, with a falling into the dynamics of defensive psychiatry directed towards the control of behaviour rather than the wellbeing of the sick person, is ethically deplorable. In addition to ethically deplorable ways of behaving such as unjustified permissiveness; discharge that is neither prepared for nor planned; a refusal to provide assistance employing various pretexts (that there is no explicit request from the patient himself or herself, that the case does not belong to the medical doctor's sphere of competence or competence as regards his or her catchment area); a lack of a scrupulous assessment of the indications of third parties; a weak connection between those providing treatment in the local or hospital services, a lack of suitable local provisions (day centres, day hospitals, residential homes and communities) and adequate institutional and economic arrangements, should not be a pretext for not taking responsibility for the patient with the best therapeutic project possible in the individual circumstances that apply.

6) *A psychiatrist should always and whatever the case work for an improvement in the quality of life or his or her patient to the extent that this is possible.*

A psychiatrist who believes that he or she can no longer promote an improvement in the quality of life of his or her patient must be able in a critical way to assess the limitations of his or her action, swiftly taking into account his or her emotional resources and the context in which he or she operates, to the point of envisaging an entrusting of the patient to another psychiatrist or to a different institution.

7) *Faced with a possible risk of suicide, a psychiatrist must always seek to safeguard the life of the person he or she is treating, independently of his or her own physiological or religious beliefs. Such safeguarding is expressed as regards concrete situations in actions involving relational, pharmacological and institutional containment.*

8) *Families must all be helped in a concrete way at a number of levels, with especial attention being paid to negative predictive factors such as: grave psycho-social disturbance; a significant genetic inheritance; co-morbidity; and high expressed emotions. Families should be helped in terms that are professionally credible, without necessarily seeing their structure and working as pathological, but also without making them the subjects of forms of intervention that merely involve assistance or welfare. There are four levels at which such intervention should take place: information and psychological support (to the point of family therapy); increase in the presence of local area supports (which amongst other things allow a reduction in the number of weekly contact hours); economic contributions, systematic home action, voluntary work, and the helping of self-help groups; and the search for alternative pathways to living in the family when this is damaging for the family and for the patient himself or herself.*

In addition, families must be involved in the project of therapy and rehabilitation for their members and where possible supported in adopting the role of active and continuous cooperation with the team responsible for treatment. For this reason, the patient must indicate the people to whom is allowed the communication of health-care information (in line with the laws on privacy as well), people that those responsible for treatment and the patient himself or herself believe can be involved in a positive way in the pathway of treatment for the patient.

9) *It is commonly accepted that pharmacological products and psychotherapy can be used simultaneously or at different times. Whereas for psychotherapy the principle applies of its aware acceptance by the patient, without which no work*

alliance can be achieved, in the case of pharmacological therapies these can be employed without the consent of the patient only in cases of urgency or obligatory health-care treatment.

In the sphere of rehabilitation as well a careful balance must be maintained between intensity and the ends of stimulation, on the one hand, and the capacity of the patient to receive it in a useful way, on the other. This balance is directed towards obtaining and maintaining the consent of the patient to a pathway of rehabilitation until its end or until it is no longer useful.

10) *A psychiatrist who works in a (health-care or welfare public) service must be an active member and participant of the team to which he or she belongs. This team constitutes, above all in the most demanding cases, the setting for interaction between professional skills and decisions about the therapeutic project, which is then managed with the help of the house manager. In addition, a psychiatrist must work with the other workers of the institution (hospital, department, local area) of the service to which he or she belongs in order to improve the relational climate of the patients, their families and the social context, as well.*

This document was drawn up in 2009 by a working group composed of: L. Calvi, P. Gallotti, Alberto Giannelli, Andrea Giannelli, C. Mellado, M. Rabboni, F. Zarattini (psychiatrists); G. Bertinato (representative of a family association); I. Gigliotti, L. Hoesch, R. Pacetti (lawyers); M. Chioldi (theologian); G. Pozzi (public notary); M. Schiavone (philosopher and Professor Emeritus of Bioethics at the University of Genoa).

#### Bibliography

- BORGNA E., 'Il fantasma della psicopatologia', in A. Ballerini and B. Callieri (eds.), *Breviario di psicopatologia* (Milan, Feltrinelli, 1996).
- GIANNELLI A., *La scrittura della malattia e la definizione dei casi in etica della riabilitazione psichiatrica* (Franco Angeli, Milan, 2007, seventh edition).
- KRAEPELIN E., *Allgemeine Psychopathologie* (Berlin, 1902).
- MAJ M., 'Inquadramento diagnostico della schizofrenia', *Bollettino Aggiornamento, Neuropsicofarmacologia*, 11-54, 1995.
- MICHEL DE MONTAIGNE, *Les Essais*, Livres I et II, deuxième édition (Bordeaux, 1582).
- RABBONI M., *Tensioni e prospettive nelle strategie di intervento, Pratica clinica*, (Franco Angeli, Milan, 2007, seventh edition).
- SCHIAVONE M., *Bioetica e Psichiatria* (Patron, Bologna, 1988).

Internet site: <http://www.esaurimento.it/>

# Educarsi all'anzianità

**N**el suo breve ma significativo volume *La ruota del carro – Come dar vita agli anni* (Queriniana, Brescia, 1996), Henri Nouwen parla dell'invecchiare come di una via che può o sfociare in un tunnel oscuro oppure condurre verso un orizzonte di luce.

Questa immagine era stata sviluppata molto tempo prima, in termini scientifici, dallo psicologo Erik Erikson. In *Infanzia e società*, un classico della letteratura psicologica, egli descrive il percorso esistenziale della persona umana come il susseguirsi di una serie di otto tappe, in ognuna delle quali l'individuo è chiamato o è portato a scegliere tra due alternative, una positiva e l'altra negativa. Nell'ultima di queste tappe, costituita dall'età anziana, le strade che si aprono davanti alla persona sono, da una parte l'*integrità* e, dall'altra, la *disperazione*. Il sentimento di *integrità* è frutto dell'accettazione del proprio ciclo vitale, come di qualcosa di necessario e di insostituibile. Ne deriva un senso di coerenza e di completezza. La disperazione, invece, emerge quando l'individuo ha il sentimento di non aver vissuto, acuito dalla consapevolezza che il tempo è breve, troppo breve per ricominciare un'altra vita e per battere altre strade verso l'integrità.

L'imboccare il cammino luminoso, dell'*integrità*, oppure quello oscuro della disperazione dipende – come ci indica la conoscenza del processo dell'invecchiamento avvalorata dall'esperienza – da un insieme di fattori fisiologici, psicologici, sociali e spirituali, alcuni dei quali sono indipendenti dalla volontà della persona, mentre altri sono il frutto anche delle sue scelte. Tra questi ultimi occupa un posto importante l'auto-educazione.

Auto-educarsi all'età anziana è un processo concernente l'insieme delle dimensioni della persona, da quella corporea a quella intellettuale, da quella emotiva a quella sociale e spirituale ed è facilitata se alla responsabilità dell'individuo corrisponde anche la disponibilità di risorse nell'ambito della famiglia e delle varie istanze della società.

In questo mio intervento, a causa dei limiti di tempo entro cui deve rimanere, mi soffermerò uni-

camente a illustrare, attraverso dei brevi flash, alcuni passi di un cammino che la persona è chiamata a compiere per *educarsi* alla stagione dell'età anziana, contenendo la riflessione nell'ambito psico-spirituale.

## 1. *Rendersi consapevoli del processo d'invecchiamento*

La presa di coscienza dell'invecchiamento non avviene sempre spontaneamente come potrebbe credersi. Tra i fattori che la ostacolano vi è, in primo luogo, il fatto che esso è la somma di tutti quei cambiamenti che avvengono, in modo lento e graduale in un organismo, dal momento del concepimento alla morte. Non va, poi, dimenticato l'influsso della cultura dominante che favorisce ed accentua la *rimozione*, quel meccanismo di difesa che porta a sottrarre dal campo della coscienza contenuti spiacevoli. Come è stato giustamente osservato, “la vecchiaia non viene nascosta solo ai nostri occhi, ma molto di più ai nostri sentimenti. Nel più profondo di noi stessi continuiamo a vivere con l'illusione che resteremo sempre uguali. Non solo tendiamo a negare l'esistenza reale di uomini e donne anziani che vivono chiusi nelle loro stanze e nelle case di riposo, ma anche l'uomo o la donna anziani che si stanno lentamente svegliando proprio al centro di noi stessi”.

## VECCHIAIA...

Strada verso  
un tunnel oscuro



Cammino  
verso la luce



## 2. Acquisire una conoscenza realistica della vecchiaia

La letteratura umanistica, religiosa e pastorale sulla vecchiaia tende a mettere in luce quasi unicamente gli aspetti positivi di questa stagione della vita, spesso idealizzandola, lasciandone in ombra gli effetti devastanti sul corpo, sulla psiche e anche sullo spirito della persona. Sovente viene dimenticato che l'invecchiamento in perfetta forma, cioè il "successful aging", come è definito dagli anglosassoni, riguarda una ristretta minoranza di persone che, pur avendo un'età anche molto anziana, hanno prestazioni fisiologiche, fisiche, cognitive non dissimili da quelle delle persone in età più giovane. È certamente legittimo sperare che questo periodo della vita sia un quadro in cui potere ancora dipingere scene di bellezza, una pagina dove scrivere poesie significative, uno spartito da cui escono vibranti melodie, un altare dal quale continuare a rivolgere al Signore una gioiosa preghiera. La coltivazione di questi desideri, però, non deve fare ignorare i limiti più o meno gravi – fisici, psichici e spirituali – osservabili in gran parte della popolazione anziana che abita in tante famiglie e nelle residenze. Questo sguardo globale alla vecchiaia rende comprensibili – e anche accettabili – le reazioni emotive che nascono spontaneamente negli individui. Si potrebbe applicare alla vecchiaia ciò che il poeta catalano Joan Maragall dice nei confronti della morte. Rivolgendosi a Dio così egli si esprime:

*Se il mondo è tanto bello, se si specchia  
la tua pace nei nostri occhi, tu  
potrai darci di più in un'altra vita?  
Perciò ci tengo tanto, Signore, agli occhi,  
al volto, al corpo che m'hai dato e al cuore  
che vi batte; e **perciò temo la morte.***

L'imboccare il cammino luminoso,  
dell'integrità, oppure quello oscuro della  
disperazione dipende **anche**  
**dall'auto-educazione.**



## 3. Basare la stima di sé su valori solidi e duraturi

La domanda: "chi sono?" si presenta spesso all'individuo durante tutta la vita. Se nel rispondere a tale interrogativo, la persona fa leva *solo o prevalentemente* su realtà caratterizzate da transitorietà, come l'apparenza fisica – secondo i criteri imperanti nella nostra società –, o la ricchezza, i successi esteriori, i ruoli di prestigio, quando il trascorrere del tempo farà sfiorire o tramontare tali realtà, non troverà sostegni su cui appoggiare la propria autostima. È quindi importante ancorare il concetto di sé su una visione della persona in cui l'essere prevale sull'avere, nella sicurezza che la dignità della persona rimane integra anche quando dovranno essere affrontate significative deprivazioni.

## 4. Apprendere a vivere i distacchi e le separazioni

L'esperienza del lutto, inteso come ferita causata dalla perdita di esseri significativi: persone, animali, oggetti, esperienze..., accompagna l'individuo durante tutto il suo percorso esistenziale. Nell'età anziana, però, essa assume un'intensità maggiore. Basti pensare alle numerose modificazioni fisiche e psicologiche, alla scomparsa di persone care, al pensionamento, al passaggio dal domicilio all'istituzione socio-sanatoria, alla perdita della salute... Non è possibile all'anziano far fronte positivamente a queste *piccole morti* se non si è educato ad elaborare il lutto, cioè a disinvestire la propria energia affettiva da persone e da cose per reinvestirla in altre. L'incapacità di affrontare il lutto spiega, anche se solo parzialmente, la resistenza di tanti anziani a lasciare posti di responsabilità o attività non più consone alla loro età. L'evangelico "è necessario che egli cresca e che io diminuisca" parla di una situazione di lutto che, se vissuta bene, rende più facile il rapporto tra generazioni.

## 5. Imparare a vivere positivamente la solitudine

Proprio perché è iscritta nella logica dell'esistenza umana, la solitudine fa la propria comparsa in tutte le *stagioni* della vita. C'è la solitudine del bambino, dell'adolescente, dell'adulto e dell'anziano. Proprio per i distacchi e le separazioni che caratterizzano la vecchiaia, l'anziano può essere più facilmente esposto allo stare solo. In tante situazioni la solitudine può trasformarsi in isolamento. Una persona non può pretendere di affrontare la solitudine da anziano se non si è abituato prima a viverla creativamente, soprattutto apprendendo a stare bene con se stessa. Come afferma Nietzsche:

sche, “è il cattivo amore verso te stesso che rende la tua solitudine una prigione”.

#### 6. Accettare di essere dipendenti

Il progressivo deperimento dell’energie fisiche (e a volte psichiche) genera il bisogno di essere aiutati dagli altri. La capacità di accettare *positivamente* di essere dipendenti, cioè di ricevere aiuto, soprattutto in quelle aree nelle quali si è fieramente autonomi – come il mangiare, il vestirsi, il gestire l’igiene personale... – può essere praticata nell’età anziana solo se è stata appresa e esercitata nelle precedenti stagioni della vita.

#### 7. Tenere il cuore aperto alla speranza

Introducono a questo passo alcuni versi del poeta Antonio Machado:

*Sul vecchio olmo, spaccato dal fulmine  
e a metà ammuffito,  
con le piogge di aprile e il sole di maggio  
sono spuntate alcune foglie verdi.  
Un muschio giallo sbiadito  
macchia la corteccia biancastra  
del tronco consunto e polveroso (...).  
O olmo, prima che il fiume verso il mare  
ti spinga per valli e dirupi  
voglio annotare  
la grazia del tuo ramoscello rinverdito.  
Anche il mio cuore spera,  
proteso verso la luce e verso la vita,  
un altro miracolo della primavera.*

Qual è il miracolo della primavera che l’anziano può sperare quando le forze vengono meno e si riducono le capacità intellettive? È il miracolo che egli ha potuto osservare e vivere lungo tutta la sua esistenza, lasciando brillare in mezzo alle prove la luce della speranza, quella speranza che, per stare alle parole di Charles Peguy, “tutte le mattine ci dà il buon giorno”. Se si è abituato a rispondere al quel quotidiano *buongiorno*, il suo sguardo saprà cogliere in tanti piccoli segni – i ramoscelli rinverditi della poesia – un invito a guardare avanti con coraggio e determinazione.

#### 8. Armonizzare saggiamente resistenza e resa

Il titolo di un libro di D. Bonhoeffer *Resistenza e resa*, aiuta a comprendere una delle dinamiche presenti nella vita di ogni persona: la lotta e l’arrendersi, il trattenere e il lasciar andare. Nell’età anziana, tale dinamica assume un carattere più intenso e spesso drammatico, quando questi due

movimenti dello spirito riguardano non solo la salute ma la vita stessa e la morte. Per chi ha fede, la seguente preghiera di Teilhard de Chardin indica il traguardo cui tendere:

*Quando sul mio corpo (e più ancora nel mio spirito) comincerà a lasciare i segni l’usura dell’età, quando s’abbatterà su di me dal di fuori, o nascerà in me dal di dentro, il male che diminuisce o porta via con sé, nel momento doloroso nel quale prenderò coscienza – di colpo – che sono ammalato o che divento vecchio, soprattutto in quell’ultimo momento, quando sentirò che sto sfuggendo a me stesso, assolutamente passivo nelle mani delle grandi forze sconosciute che m’hanno formato, in tutte queste ore buie, fammi capire, o Signore, che sei tu (a condizione che la mia fede sia abbastanza grande), a scostare dolorosamente le fibre del mio essere, per penetrare fino al midollo della mia sostanza e portarmi a te”.*

Per raggiungere tale traguardo è necessario essere allenati, vivendo costruttivamente le occasioni che la vita ci offre: combattere per salvaguardare e promuovere la salute e, nello stesso tempo, accettare la fragilità del nostro essere; lottare per auto affermarsi e, nello stesso tempo, arrendersi di fronte agli inevitabili limiti; impegnarsi per *dare ancora frutti*, come afferma il salmista, e, nello stesso tempo, accettando modalità diverse di lavoro. Senza dimenticare, come afferma F. Mauriac in uno dei suoi romanzi, che ciò che più importa non è meritare, ma *amare*.

Giunti a questo punto, potremmo domandarci: qual è il momento più propizio per educarsi all’anzianità? Se è vero che durante tutto l’arco della vita la persona è chiamata a questo lavoro auto-educativo, ciò non toglie che l’età di mezzo – dai 40 a 60 anni circa – sia da considerarsi il periodo più opportuno per prepararsi ad affrontare le sfide poste dall’età anziana. Prima di quella tappa l’individuo è troppo impegnato nella scuola, a trovare un lavoro, a costruire una famiglia, a seguire una vocazione. Raggiunti questi obiettivi, la persona è in grado di ascoltare più attentamente i messaggi che le vengono dal passare degli anni, dalle trasformazioni fisiche e psichiche, dallo Spirito. Se sarà capace di accogliere correttamente tali messaggi, superando la tentazione del *giovaniilismo* che, come afferma un autore, seduce e corrompe il cuore di tanti adulti spingendoli alla ricerca di una giovinezza impossibile, potrà orientare o riorientare la propria vita verso un pieno compimento.

**P. Angelo Brusco**

# Educating People as Regards Old Age

In his short but important volume *La ruota del carro – Come dar vita agli anni* (Queriniana, Brescia, 1996), Henri Nouwen speaks about ageing as a pathway that can lead to a dark tunnel or to a horizon of *light*. This image was developed many years previously in scientific terms by the psychologist Erik Erikson. In *Childhood and Society*, a classic work of psychological literature, he describes the existential pathway of the human person as a succession of a series of eight stages, in each of which the individual is called or is led to choose between alternatives – one positive and one negative. In the last of these stages, which is old age, the roads that are opened up in front of the person are, on the one hand, *integrity*, and, on the other, *desperation*. The feeling of *integrity* is the outcome of an acceptance of one's life cycle as being something that is necessary and irreplaceable. From this comes a sense of coherence and completeness. Desperation, on the other hand, emerges when an individual has the feeling of not having lived, which is made worse by awareness that time is short, too short to begin another life and follow other roads to integrity.

Whether the illuminated pathway, that of integrity, is followed, or the dark pathway of desperation, depends – as we told by our knowledge of the process of ageing supported by experience – upon a series of physiological, psychological, social and spiritual factors, some of which are independent of the wishes of the person, whereas others are the outcome of his or her choices as well. Self-education occupies an important place amongst these last.

Educating oneself as regards old age is a process that concerns the set of dimensions of a person, from the corporeal to the intellectual and from the emotional to the social and spiritual, and it is facilitated if the responsibility of a person is matched by the availability of resources in the family context and the various requests of society.

In this paper of mine, because of the limits of time within which it must be given, I will dwell only on illustrating through brief flashes some steps of the journey that a person is called to make to edu-

cate himself or herself as regards the season of old age, limiting my analysis to the psycho-spiritual sphere.

## 1. Becoming Aware of the Process of Ageing

Becoming aware of ageing does not always take place spontaneously, as might be believed. Amongst the factors that obstruct it there is, first of all, the fact that it is the sum of all those changes that take place in a slow and gradual way in an organism, from the moment of conception to death. And we should not forget the influence of the dominant culture which fosters and accentuates *removal* as that defence mechanism that leads to removing unpleasant contents from the field of consciousness. As has rightly been observed: 'old age is not only concealed from our eyes, it is also concealed, and much more so, from our feelings. In the depths of ourselves we go on living with the illusion that we will always stay the same. Not only do we tend to deny the real existence of elderly men and women who live closed up within their rooms and old people's homes, but also that of the elderly man or woman that is slowly awakening at the centre of ourselves'.

## 2. Acquiring a Realistic Knowledge of Old Age

The literature of the humanities, as well as the religious and pastoral literature, on old age tends to bring out almost only the positive aspects of this season of life, often idealising it, leaving its devastating effects on the body, the mind and also the spirit of the person to one side. It is often forgotten that ageing in perfect form, that is to say successful ageing, as it is defined by the Anglo-Saxons, concerns a narrow minority of people who, although they are very elderly, have a physiological, physical and cognitive performance not dissimilar to people of a younger age. It is certainly legitimate to hope that this period of life will be a picture where it will still be possible to paint scenes of beauty, a page on which to write important poems, a score from which come vibrant melodies, and an altar from which one can continue to address the

Lord with joyous prayer. The cultivation of these desires, however, should not make people forget the varying physical, mental and spiritual limits to be observed in that large part of the elderly population that lives in large numbers of families and homes. This overall look at old age makes understandable – and also acceptable – the emotional reactions that arise spontaneously in individuals. One could apply to old age what the Catalan poet Joan Maragall says about death. In addressing himself to God he expressed himself in the following way: ‘If the world is so beautiful, if it reflects your peace in our eyes, could you give us more in another life? So I care so much, Lord, about the eyes, the face and the body that you have given me and about the heart that beats within it; and *so it is that I fear death*’.

### 3. Basing Self-esteem on Solid and Lasting Values

The question ‘who am I?’ is often posed to an individual during the whole of his or her life. If in answering this question a person relies only, or in large measure, on realities characterised by the transitory, such as physical appearance – according to the governing criteria of our society – or wealth, exterior success or roles of prestige, when the passing of time fades or eclipses such realities, he or she will find no support on which to base his or her self-esteem. It is thus important to anchor the concept of self in a concept of the person where *being* prevails over *having*, in the certainty that the dignity of the person remains integral even when important deprivations have to be addressed.

### 4. Learning to Live Detachments and Separations

The experience of mourning, understood as a wound caused by the loss of important beings – people, animals, objects, experiences – accompanies an individual during the course of his or her existential journey. In old age, however, it takes on a greater intensity. One need only think of the large number of physical and psychological modifications and of the death of loved ones, of retirement, of moving from one’s home to a socio/health-care institution, and of the loss of health...It is not possible for an elderly person to face up to these *little deaths* in a positive way if he or she is not educated as regards working through mourning, that is to say as regards disinvesting his or her affective energies in people and things so as to reinvest them in others. An inability to address mourning explains, even though only partially, the resistance of so many elderly people to leaving positions of re-

sponsibility or activity that is no longer consonant with their age. The gospel ‘he should grow and I should diminish’ refers to a situation of mourning which, if experienced well, makes the relationship between the generations easier.

### 5. Learning to Experience Loneliness in a Positive Way

Specifically because it is written into the logic of human existence, loneliness appears during all the *seasons* of life. There is the loneliness of the child, of the adolescent, of the adult and of the elderly person. Specifically because of the detachments and separations that characterise old age, an elderly person can be more easily exposed to being alone. In very many situations loneliness can be transformed into isolation. A person cannot seek to address loneliness when he or she is old unless he or she has previously become used to living it in a creative way, above all learning to be well with himself or herself. As Nietzsche declared: ‘it is bad love for yourself that makes your loneliness a prison’.

### 6. Accepting Being Dependent

The progressive weakening of physical (and at times mental) energies generates a need to be helped by other people. The ability to accept being dependent in a *positive way*, that is to say receiving help, above all in those areas where we are proudly independent like eating, getting dressed,





managing our own personal hygiene, can be practised in old age only if it has been learnt and exercised during the previous seasons of life.

#### 7. Keeping One's Heart Open to Hope

Here I want to quote some verses from the poet Antonio Machado: 'On the old elm, broken by lightning and half mouldy, with the rains of April and the sun of May some green leaves sprouted. A faded yellow moss marks the white bark of the consumed and dusty trunk...O elm, before the river drives you to the sea through valleys and precipices, I want to observe the grace of your little branch that is green again. My heart, as well, hopes, drawn towards the light and life, another miracle of the spring.'

What is the miracle of spring that an elderly person can hope in when his or her strength fades and his or her intellectual capacities are reduced? It is that miracle which he or she has been able to observe and experience throughout his or her existence, allowing the light of hope to shine forth amidst tribulations, that hope which, to employ the words of Charles Peguy, 'every morning says good morning to us'. If a person is able to answer that daily 'good morning', his or her gaze will be able to grasp in so many small signs – the little branches that are green again of the poem quoted above – an invitation to look forward with courage and determination.

#### 8. The Wise Harmonising of Resistance and Surrender

The title of a book by D. Bonhoeffer, 'Resistance and Surrender', helps us to understand one of the dynamics that is present in life nowadays: fighting and surrendering, keeping and letting go. In old age, this dynamic takes on a more intense and often dramatic character, when these two movements of the spirit concern not only health

but life itself and death. For those who have faith, the following prayer of Teilhard de Chardin indicates what we should aim for: 'When on my body (or even more in my spirit) the usury of age will begin to leave its signs, when there falls upon me from outside or there is born within me from within, the evil that reduces you or takes you away with it, at that painful moment when I suddenly realise that I am ill or becoming old, above all at that last moment when I feel that I am slipping away from myself, absolutely passive in the hands of the great unknown forces that have shaped me, in all those dark hours, make me understand O Lord, that it is you (as long as my faith is still big enough) who is painfully moving the fibres of my being, so as to penetrate as far as the marrow of my substance and take me to you'.

To reach this goal it is necessary to be trained in, and to live in a constructive way, those opportunities that life offers one: fighting to safeguard and promote one's health and at the same time accepting the frailty of our being; fighting to establish oneself and at the same time to surrender in the face of one's inevitable limitations; committing oneself *to still bear fruit*, as the psalmist states, and, at the same time, accepting different kinds of work. Without forgetting, as F. Mauriac observes in one of his novels, that what is most important is not to deserve but *to love*.

Having reached this point we may ask ourselves: what is the most propitious moment for educating oneself as regards old age? Although it is true that throughout the life of a person he or she is called to this work of self-education, this does not remove the fact that middle age – from the age of forty to the age of sixty – should be seen as the most opportune age for preparing oneself to address the challenges posed by old age. Before that stage the individual is too involved in schooling, in finding a job, in building a family, and in following a vocation. When these objectives have been reached, a person is able to listen more attentively to the messages that come to him or her with the passing of the years, from his or her physical and mental transformations, and from the Spirit. If he or she is able to receive these messages in a correct way, overcoming the temptation of an exaggerated attachment to youth which, as one author has stated, seduces and corrupts the hearts of so many adults and leads them to search for an impossible youthfulness, he or she can direct his or her life towards full completion.

P. Angelo Brusco

# Formazione permanente

(Ottobre 11-14, 2011)

## 1. Livello centrale

### 1.1. Formazione permanente

Il Segretariato generale per la formazione ha organizzato un programma di formazione permanente in inglese a Roma (Villa Primavera) da 1-30 Maggio, 2011. Dieci confratelli da diversi paesi hanno partecipato al programma. Brasile (1), Taiwan (1), Filippine (1), Vietnam (1), Tailandia (2), Tanzania (2), India (1), Uganda (1). Grazie alla consulte e ai provinciali/delegati interessati per la collaborazione e condivisione.

## 2. Livello Regionale

### 2.1. Regione Asia

Programma di formazione permanente organizzato dalla Provincia Filippine, (In Filippine) con due gruppi, il programma era aperto ad altri nella regione. Gruppo 1: Settembre 26 – Ottobre 2, 2011; Gruppo 2: Ottobre 3 – 9, 2011.

### 2.2. Regione Africa

Un Corso di formazione permanente è stato realizzato in Burkina Faso dal 28 luglio a 10 Agosto 2011. Un buon numero di confratelli dal Benin hanno partecipato al programma.

I formatori e gli animatori vocazionali della parte est Africa: Kenya, Tanzania e Uganda si sono radunati due volte nell'anno (25 Giugno e 30 Settembre, 2011) in Kenya a discutere sulla formazione e collaborazione.

### 2.3. Regione America

L'Incontro annuale della regione Latino-Americana di Formazione e Promozione Vocazionale si è tenuto dal 31 agosto al 4 settembre 2011 a Lima, Perù. Ci sono stati 13 partecipanti, rappresentanti dei diversi paesi latinoamericani.

### 2.4. Regione Italia della regione Italia

Segretariato regionale dell'Italia per la Formazione si è incontrato due volte nell'anno passato.

### Esercizio spirituale:

Diversi, incluso i formanti e formatori di diverse province italiane, hanno partecipato al corso di esercizi spirituali organizzato dalla Provincia Lombardo-Veneta a Mottinello dal 4 Settembre al 9 Settembre 2011.

### Programmi futuri:

Incontro di formatori, animatori vocazionali e formandi della regione Italia (12 - 14 dicembre) con tema: chi sono i giovani d'oggi? Che formazione per i giovani d'oggi?

Si sta studiando e discutendo un programma comune del postulandato per le province italiane.

Formazione Permanente: si decide di farlo a San Giorgio a Cremano, **Napoli**, nella nostra comunità dal 30 aprile al 5 maggio 2012.

# Ongoing Formation Program

(October 11-14, 2011)

## 1. Central report

### 1.1. Ongoing formation program:

Ongoing formation program in English conducted in Rome (Villa Primavera) from 1-30 May 2011. 10 members participated in the program (Brazil (1), Taiwan (1), Philippines (1), Vietnam (1), Thailand (2), Tanzania (2), India (1), Uganda (1). All those who participated shared that they profited from the program. It was also an occasion to visit the important places of the founder (Bucchianico, San Giovanni Rotondo, Holy Spirit Hospital, Generalate house etc.). Thanks to the provinces and the general curia for the collaboration and sharing the expenses of the program.

## 2. Regional Report

### 2.1. Africa

Ongoing formation program conducted in Burkina Faso in French from 28 July to 10 August 2011. There were good participation from Benin as well.

Formators and vocation animators of the East Africa: Kenya, Tanzania e and Uganda met twice (25 June , 30 September , 2011) in Kenya during the year to discuss on formation and collaboration.

### 2.2. Asia

Ongoing formation program open for other provinces and delegations is arranged in

Philippines, at the St. Camillus Pastoral Healthcare Center (BATCH 1: September 26 – October 2, 2011; BATCH 2: October 3 – 9, 2011). Some confreres from other provinces and delegations also would participate in the program.

### 2.3. American region

The annual meeting of the formators and vocation animators of Latin America took place from 31 August till 4 September 2011 in Lima – Peru. 13 participants from different countries of the region participated in the program.

### 2.4. Italian Region

The Italian regional secretariat gathered twice during the year.

Annual retreat: Many confreres, including the formators and formandees of the different provinces of Italy participated in the annual retreat organized by the Lombardo - venetian province at Mottinello (4-9 September 2011). Some of the programs of the Italian region for the future are the following:

Meeting of the formators and formandees with the theme: who are the youth today and what formation for the youth of today.

A common program for the postulancy for the Italian provinces is in the process of study and discussion.

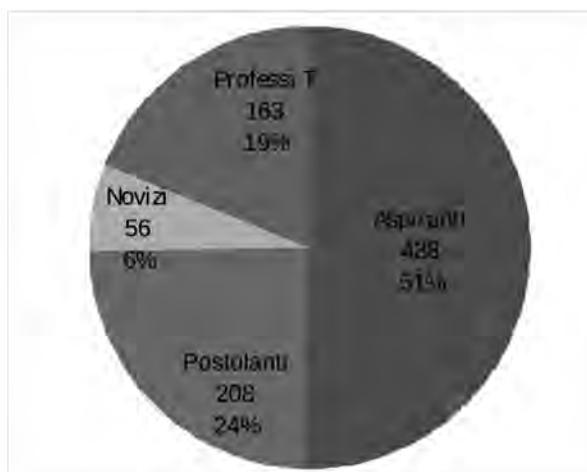
Organize ongoing formation in Italian from 30 April to 5 May 2012 at Napoli – San Giorgio a Cremano.

**Segretariato Generale di Formazione**  
**Secretariat for Formation**

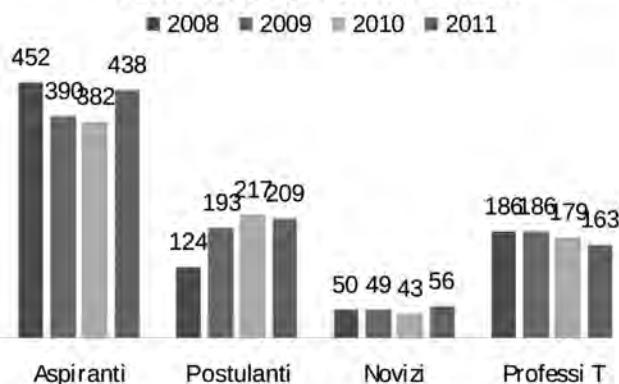
Province / Delegazioni	Aspiranti	Postulanti	Novizi	Professi T	Totale
<b>Prov. Anglo - Irlandese</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
Dele. Uganda	1	9	1		<b>11</b>
<b>Prov. Austriaca</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
Dele. Ungheria	0	1	0	0	<b>1</b>
<b>Prov. Brasiliana</b>	3	11	0	6	<b>20</b>
Dele. Nord Americana	0	0	0	0	<b>0</b>
Dele. Bolivia	0	2	0	0	<b>2</b>
<b>Prov. Filippina</b>	77	9	5	15	<b>106</b>
Dele. Australia	0	0	0	0	<b>0</b>
Dele. Indonesia	13	8	0	0	<b>21</b>
Dele. Taiwan	2	2	4	3	<b>11</b>
<b>Prov. Francese</b>	0	0	0	1	<b>1</b>
<b>Prov. Lombardo - Veneta</b>	2	1	0	1	<b>4</b>
Dele. Colombia- Ecuador	6	10	5	11	<b>32</b>
Vice Prov. India	47	18	2	11	<b>78</b>
Dele. Kenya	7	6	6	18	<b>37</b>
Dele. Messico	0	1	0	1	<b>2</b>
Vice Prov. Perù	6	15	6	17	<b>44</b>
<b>Vice Prov. Tailandia</b>	94	6	1	5	<b>106</b>
<b>Dele. Vietnam</b>	20	7	4	17	<b>48</b>
<b>Prov. Piemontese</b>	1	0	0	0	<b>1</b>
Dele. Haiti	6	6	0	4	<b>16</b>
<b>Prov. Polacca</b>	0	2	3	7	<b>12</b>
Fonda. Madagascar	2	2	0	1	<b>5</b>
<b>Prov. Romana</b>	2	0	0	4	<b>6</b>
Dele. Cile	1	0	0	3	<b>4</b>
Vice Prov. Burkina Faso	134	61	8	17	<b>220</b>
<b>Prov. Siculo - Napoletana</b>	2	3	0	4	<b>9</b>
Dele. Bènin -Togo	8	23	9	13	<b>53</b>
<b>Prov. Spagnola</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
Dele. Argentina	0	2	0	1	<b>3</b>
<b>Prov. Tedesca</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
Dele. Olanda	0	0	0	1	<b>1</b>
Dele. Tanzania	4	3	2	2	<b>11</b>
<b>Totale</b>	<b>437</b>	<b>208</b>	<b>56</b>	<b>163</b>	<b>865</b>

Percentuale dei candidati secondo il piano di formazione

Piano di formazione	Numeri	%	%
Aspiranti	437	51%	
Postulanti	208	24%	75 %
Novizi	56	6%	
Professi temporanei	163	19%	25 %

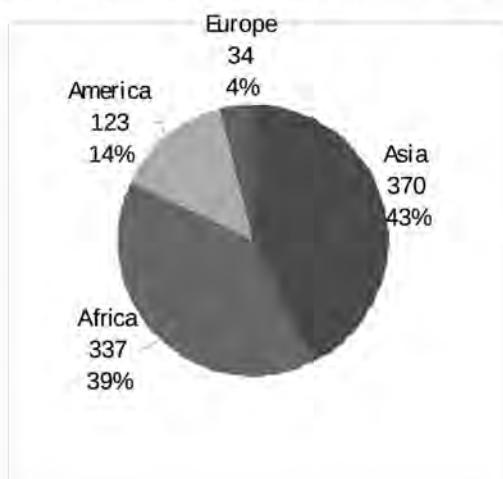


### Candidates: 2008 -2011



Programma di formazione	2008	2009	2010	2011
Aspiranti	452	390	382	438
Postulanti	124	193	217	209
Novizi	50	49	43	56
Professi T	186	186	179	163
<b>Totale</b>	<b>812</b>	<b>818</b>	<b>821</b>	<b>865</b>

### Percentuale dei candidati secondo continente



Continente	Totale candidati	Percentuale	%
Asia	370	43 %	
Africa	337	39%	82 %
America	123	14%	
Europa	34	4%	18 %



Dal Segretariato Generale per le Missioni

From the General Secretariat for Missions

## A 360°

**S**crivo queste note con gli occhi fissati sulla lussureggianti vegetazione brasiliana che cresce lungo il corso del Rio San Francisco. Sto volando da Juaziero do Norte verso Curitiba.

Ho ancora nella mente l'esperienza di questa settimana vissuta assieme a P. Adolfo ed alla Associazione Maria Mãe da Vida. Senza voler entrare nei dettagli della carismaticità di questa esperienza (non è questo il luogo), non posso fare a meno di pensare a quanto essa sia importante nel contesto della protezione della salute delle adolescenti, della promozione della loro dignità e del loro sviluppo globale, mentre esse sono vittima di violenza domestica e sociale, madri inconsapevoli e cittadine per nulla tutelate dal diritto e dal Sistema Sanitario Nazionale che pure vanta grandi passi in avanti ed un grosso contributo al raggiungimento degli obiettivi del Millennium Goals. La maternità tra le adolescenti è un fenomeno che preoccupa: diffuso soprattutto tra le fasce periferiche urbane, esso ha effetti sulle partorienti, sui genitori e, soprattutto, sui neonati partoriti in un ambiente non sempre favorevole. Questo fenomeno apre a problematiche di varia natura, assistenziali, educative, di accompagnamento sanitario nel periodo pre e post parto e sociali<sup>1</sup>. Il quadro della maternità adolescenziale, benché limitato a una situazione specifica, offre interessanti spunti per il tema che questo numero di A 360 vuole trattare.

Ai limiti delle aree urbane, caratterizzate dalla proliferazione di ospedali hi-te, ma anche del millantato progresso della assistenza sanitaria pubblica, non si può non rimanere colpiti dalla inefficienza di un sistema che non include la società civile, le istituzioni (pubbliche o private), gli individui, gli enti educativi o le società benefiche nel comune obiettivo di promuovere la salute. È il caso di Terezinha alla sua seconda maternità pur non essendo ancora maggiorenne; ha perso il primo figlio a seguito di sifilide non trattata. Né lei né il compagno sono stati istruiti sui necessari controlli preventivi e sul, conseguente, trattamento. Che ne sarà del neonato? Un altro “*caso andato male*” cui la natura, benigna, generosa e fertile nel caso di Terezinha, provvederà concedendo un altro frutto nel futuro?

La salute non può essere delegata ai soli Istituti di cura. Questi si trovano alla fine del percorso, a rimediare danni fisiologici con le competenze e le conoscenze acquisite nel tempo. Oltre ad essere alla fine del percorso, gli stessi sono spesso inaccessibili a persone come Terezinha o carenti del necessario per le politiche restrittive imposte sui governi dalla pressione della crisi finanziaria e dalla insostenibilità del sistema del welfare pubblico nel suo insieme. Infine, risulta costoso curare la malattia quando essa non è stata prevenuta e l'insorgenza anticipata, rimandandola se non addirittura bloccandola. Insomma, investire sulle strutture ospedaliere – di qualsiasi natura esse siano – non è sempre razionale né efficiente, soprattutto quando gli è delegata la completa presa in carico della salute e della sanità.

“[...] se è dovere dello Stato promuovere la salute per mezzo di azioni preventive ed offrire un sistema di cura efficace e degno per tutta la popolazione, specialmente per coloro che sono più sprovvisti di risorse, è anche responsabilità di ogni famiglia e di ogni cittadino assumere uno stile di vita che, attraverso abitudini salutiste e indagini preventive, contribuisce a evitare malattie. Se spetta allo Stato provvedere l'assistenza medica ai malati, tocca alle famiglie l'accompagnamento dedicato e compassionevole verso i propri cari sofferenti. La famiglia, lo Stato e la Chiesa hanno funzioni distinte, ma complementari nel processo di cura dei malati”<sup>2</sup>.

L'articolo appena citato sembra fare il paio con alcuni dei concetti espressi nelle interessanti riflessioni di J. R. Ruger<sup>3</sup> che qui vengono esposte in maniera sintetica e riviste secondo la mia interpretazione.

Continuando l'approfondimento del tema della governabilità globale della salute e dopo averne messo in evidenza le condizioni ostacolanti, l'autrice tenta di proporre una via che va oltre i modelli fin qui speri-

<sup>1</sup> Articolo 37, *Que a Saude se difunda sobre a Terra*, Campagna di Fraternità 2012, Conferenza Episcopale Brasiliana.

<sup>2</sup> Articolo 22, *ibidem*.

<sup>3</sup> Jennifer P. Ruger, *Shared Health Governance*, the American Journal of Bioethics, 11(7), 32-45, 2011.

mentati, caratterizzati dal centralismo statale (beneficente o dittoriale che sia); dall'individualismo esasperato a base plutocratica (la salute come un bene da acquistare); dalla delega agli scienziati ed ai tecnici (la salute come un tema di natura meramente bio - chimica); dalla competizione di Entità varie con interessi paralleli e mai convergenti (la salute focalizzata sulla eradicazione di una malattia come unica area di impegno di Organizzazioni no profit [spesso] a base sovrastatale e senza alcun aggancio con il territorio in cui si trovano a operare).

La via proposta da Ruger riconosce il diritto ed il dovere di tutti, individui singoli ed organizzazioni, di farne parte così da creare un sistema di Governo Condiviso della Salute (GCS). In misure diverse e secondo varie responsabilità attribuite dai ruoli, ognuno fa la sua parte per costruire e mantenere una salute ed una sanità in grado di apportare benessere per tutti.

Alla base di questo impegno sta un alto grado di moralità, garantito da norme morali cui tutti si sentono legati e vincolati. Presupposto del GCS è infatti la norma morale pubblica che riconosce il diritto di ognuno alla salute ed il vantaggio collettivo che deriva dal rispetto dei vincoli normativi. Non manca di sottolineare l'insistenza della autrice, in questo ed altri articoli, sul tema della salute quale diritto che è tale soprattutto laddove esso è più minacciato. Altrove, infatti, così ragiona: “[...] *le disparità nel mondo della salute sono moralmente problematiche ed ogni sforzo per ridurle è moralmente giustificato. La preoccupazione morale nella disegualità della salute globale deriva dalla ridotta capacità di individui a funzionare fisicamente e mentalmente quando non anche dalla loro [incapacità] a rimanere in vita. La depravazione della capacità di funzionare ruba agli individui la libertà di essere ciò che vogliono. Questo sotteso principio di giustizia si applica ad ogni uomo indipendentemente da dove viva e da ogni relazione di persone e di gruppi con lui. Considera gli esseri umani come il centro morale della giustizia.* [...] Questo approccio fa proprio il concetto di sviluppo umano ed il desiderio di vivere in un mondo in cui tutti possano godere di salute”. E, più avanti, conclude la sua opzione per una scelta morale affermando “[...] *le disuguaglianze nella salute globale ci mettono in crisi moralmente perché l'intuito e l'affermazione etica di uguale rispetto per ogni essere umano ci dicono che, se solo per il fatto di essere nati in un Paese o in una determinata società si hanno buone probabilità di trovarsi ad avere indirizzi di salute, questo è moralmente arbitrario e va rettificato. L'arbitrarietà non dovrebbe essere la base per determinare la salute delle persone; se non addirittura la loro sopravvivenza.* [...] Questa teoria adotta una visione ottimistica, forse idealista, di un futuro ordine mondiale in cui prevarranno gli ideali di cooperazione domestica ed internazionale per ridurre le diseguaglianze nel mondo della salute”<sup>4</sup>.

Una nota a parte meritano le fotografie a corredo del testo. Si tratta di alcuni scatti del fotografo argentino Guillermo Luna ([www.guillermoluna.com](http://www.guillermoluna.com)) che da tempo collabora con la missione camilliana in Georgia (Fondazione Caucasic), denunciando con la sua arte fotografica situazioni di ingiustizia, di sopruso e di violenza. Gli scatti qui presentati sono una testimonianza del ministero di attenzione olistica, sanitaria e sociale, alle adolescenti di periferie urbane che la Associazione Maria Mæ da Vida porta avanti da anni.

## GOVERNO CONDIVISO DELLA SALUTE

Il Governo Globale della Salute (GGS) richiede che i diversi attori abbiano ruoli interdipendenti e variabili così da promuovere la salute a livello individuale e sociale. La salute individuale e collettiva necessita una responsabilità condivisa, a livello personale e comunitario. La cooperazione sociale è essenziale.

Al fine di creare le condizioni favorevoli al benessere di tutti, il modello di Governo Condiviso della Salute (GCS) è in grado di definire i livelli di responsabilità, le risorse, la sovranità dei governi e delle istituzioni nazionali e statali, delle ONG, del settore terziario, delle comunità, delle famiglie e degli individui. Il GCS si rivela come un approccio di maggiore attrazione normativa e di più grande efficacia rispetto ai modelli esistenti. Afferma che noi tutti – in quanto società – siamo responsabili per fare la nostra parte nella ricerca di una giusta ed equa salute.

Alla base di questo modello, il GCS fa affidamento ad una speciale norma sociale – una pubblica norma sociale – e le conseguenti sanzioni sociali sono considerate come motivazioni e fattori autorevoli per l'azione.

### ***Interessi egoistici e risultati insoddisfacenti nella salute e nella sanità***

Molte delle teorie di cooperazione hanno al proprio centro la massimizzazione di interessi particolari (di gruppo, di Enti o Organizzazioni ecc). Dal punto di vista della collaborazione sociale nella salute e nella sanità, questo principio produce risultati insoddisfacenti.

<sup>4</sup> Jennifer P. Ruger, *Global Health Governance as Shared Health Governance*, ciclo di conferenze.

### Esempi di interessi egoistici applicati al campo della salute

Alcuni dottori ricevono "bustarelle" per i ricoveri [...] e svolgono procedure terapeutiche non necessarie.

La scelta professionale di molti dottori è dettata da interessi materiali ed evitano settori poco pagati ma essenziali quali la medicina familiare (medico di base), la medicina interna e la pediatria [...], determinando così un sistema sanitario altamente specializzato ma inefficiente (Geyman, 2008).

Le industrie di apparecchiature sanitarie hanno immesso sul mercato e venduto apparecchi difettosi e senza la necessaria licenza federale (Meier, 2005).

La stessa FDA (organo competente per la validazione di nuovi farmaci) non è esente da critiche. Metà del suo budget proviene dalla stessa industria farmaceutica, i cui prodotti è chiamata a giudicare (Willman 2000).

Frodi sono riportate nella utilizzazione di Medicaid e di Medicare da parte di medici e di utenti. I primi hanno applicato fatture excessive per prestazioni mai rese. Da parte loro, i clienti hanno prestato le loro tessere Medicare o Medicaid ad altri, che hanno così ricevuto prestazioni sanitarie cui non avevano diritto (vedi [www.fraudguide.com](http://www.fraudguide.com)).

La crudezza di questi esempi non rappresenta necessariamente tutto il comportamento universale ma serve a mettere in luce la sottesa importanza di lavorare entro un quadro di riferimento di obiettivi, simultaneamente condivisi e particolari.

L'idea di fondo non è di negare o di eliminare tutto d'un colpo l'interesse particolare quale umano fattore motivazionale; al contrario, si tratta di riconoscerlo, di metterlo in fila con gli obiettivi condivisi e di creare le condizioni per ridurne la portata negativa e aumentare il suo potenziale positivo nella salute e nella sanità.

### **Modelli di governo della salute**

Esistono due tipi di governo: il modello gerarchico dall'alto in basso (1) ed il modello de-centralizzato e a partecipazione civile (2).

Nel primo caso (modello gerarchico) due esempi classici sono il sistema sovietico e la tipologia del Nuovo Managerialista. Questi modelli riflettono le ideologie e gli obiettivi del centro piuttosto che dei bisogni locali. Questi modelli sono contrari alla visione propria del GCS. Laddove è il centro a determinare le politiche e le procedure, c'è poco spazio per la reciproca presa di responsabilità; poco coinvolgimento dei singoli cittadini e delle comunità e minimo sforzo per ottenere il consenso e l'accordo che sono propri del modello della GCS.

### **Altri modelli di governo dall'alto in basso**

Il governo tecnocratico si basa sulle decisioni prese da esperti ed i politici sono relegati al ruolo di meri firmatari / esecutori delle politiche proposte. La partecipazione pubblica non è necessaria nella "produzione di conoscenze scientifiche" (Fisher, 2008)

Il governo decisionista ha un approccio opposto e delega la responsabilità di ogni decisione ai politici invece che agli esperti scientifici ai fini di una maggiore e chiara determinazione delle responsabilità. Tuttavia l'efficacia di una netta separazione e demarcazione tra il potere politico e la scienza è da mettere in questione (Fisher, 2008).

GCS sceglie una via di mezzo tra quelle evidenziate, riconoscendo il ruolo essenziale sia delle procedure per coinvolgere il pubblico che della determinazione di criteri e standard necessari per valutare l'esito delle decisioni prese.

Nel secondo modello (governo decentralizzato) i punti di contatto con la visione fatta propria da GCS sono maggiori; nondimeno esistono variabili discordanti.

Una delle forme di governo decentralizzato cerca permanenti e aperte linee di comunicazione tra gli esperti, i politici ed il pubblico e mira a “*rendere democratica*” la scienza attraverso il “*controllo degli scienziati nei comitati degli esperti*”. Questo modello è contrario al ruolo centrale che GCS attribuisce alla scienza e riflette un’ottimistica considerazione della società civile, delle ONG e dei singoli individui, quali attori capaci di decisioni chiave, ignorando la potenzialità che dei “neofiti” agiscano senza efficacia, senza razionalità e coerenza nel processo decisionale sulla salute.

### Altri esempi

Una versione della partecipazione civile è il modello dei gruppi di interesse, che ha tuttavia alcune caratteristiche indesiderabili per quanto riguarda il governo della salute: la competizione tra i gruppi di interesse; relazioni avverse e ostili; il ruolo di semplice arbitro neutrale svolto dal Governo.

Un altro modello, chiede ai cittadini di coinvolgersi in “ogni direttiva del Governo”. Questo approccio può non contribuire a dare autorevolezza ai cittadini che alla lunga possono stancarsi e perdere fiducia, a motivo delle continue consultazioni cui sono chiamati.

### Governo Condiviso della Salute

Il primo fondamentale assunto del GCS è di natura scientifica: molteplici attori sociali, pubblici e privati, sono coinvolti in una impresa comune che attraverso l’azione collettiva riesce a produrre condizioni basilari per la salute di tutti.

Il secondo è di natura normativa e scientifica: includere la giustizia nella salute richiede che gli individui ed i gruppi assumano l’impegno di realizzare questo obiettivo. Si deve perciò stabilire una specifica norma sociale – una Norma Pubblica di natura Morale – quale efficace fattore motivazionale e standard autorevole che i singoli cittadini ed i gruppi devono seguire nel comune sforzo di arrivare ad un’equa sanità.

Un terzo assunto proprio di GCS è che attraverso l’azione di motivazione ad un impegno condiviso verso un ideale o un gruppo di ideali può servire da stimolo per una maggiore attenzione e realizzazione degli impegni propri che spettano ai sottosistemi di governo (il mondo della finanza, i vari Organismi, le Compagnie di offerta di servizi di pubblica utilità ecc).

GCS crede anche nel valore della condivisione delle risorse. Parte dell’impegno sociale è di assicurare le condizioni affinché ogni cittadino abbia salute e questo comporta la condivisione delle risorse individuali e sociali. Questo avviene attraverso la creazione di un “vaso comune” che finanzia gli sforzi condivisi e su cui si è acconsentito. I più ricchi vi contribuiscono in misura maggiore. Di questo fondo, dovrebbero trarre beneficio soprattutto coloro che ne hanno maggiore bisogno, nella convinzione che a ognuno tocca un’equa distribuzione delle risorse. Il tutto, attraverso un uso responsabile delle risorse messe in comune, usate con saggezza e parsimonia.

Un ulteriore fondamento di GCS riguarda la messa in atto di sanzioni sociali create per rendere ogni attore responsabile in base al ruolo ed alle funzioni che esercita nel sistema di GCS.

Questa dettagliata, benché sintetizzata, teorizzazione del governo della salute dimostra quanto difficile, talvolta frustrante, sia sintonizzare le strutture istituzionali per un migliore governo della salute. Tuttavia, GCS offre una sintesi olistica di ciò che si deve condividere ed è reciproco: azioni ed obiettivi (a); responsabilità (b); risorse (c) e norme (d).

### Applicazioni del GCS

Il soggetto plurale del GCS siamo **noi** tutti. In quanto soggetti plurali che operano assieme, creiamo le condizioni affinché ognuno goda di salute. In questo contesto, ognuno deve esprimere una forma di “pron-tezza” ad attribuire a singoli o gruppi il potere decisionale.

Sulla base di questi principi, la prima responsabilità per ridurre efficacemente le disuguaglianze nella salute deve ricadere sugli Stati sovrani poiché hanno l’autorità, le risorse, le abilità normative e redistributive per creare infrastrutture sanitarie, inclusa l’assistenza e la sanità pubblica e per deliberare tutto quanto può

avere un effetto sulla salute quali le norme relative al controllo della qualità dei cibi, dei farmaci fino alla normativa relativa alla sicurezza sul lavoro.

Da parte loro, i professionisti del mondo sanitario hanno il dovere di offrire servizi di alta qualità il più efficacemente possibile.

Singoli cittadini e famiglie, infine, hanno il dovere di promuovere la loro salute, e noi tutti (utenti del sistema sanitario in quanto pazienti e erogatori di servizi) siamo tenuti a fare uso – il più saggiamente possibile – delle risorse condivise.

### ***In conclusione***

Ci possono essere molte obiezioni al modello di GCS, ma a mo' di conclusione lo si mette a confronto con altre opzioni di governo della sanità.

GCS non è pura solidarietà sociale. GCS non è così comunitario e lascia spazio al ruolo centrale all'individuo e persino ad attitudini pro – sé. Se da un lato il sistema di solidarietà sociale può condividere con GCS l'idea di mettere in comune le risorse, questo modello non dà sufficiente enfasi alla affermazione che spetta ai singoli individui farsi carico di responsabilità tali da motivarli ad un uso parsimonioso delle stesse risorse. Il sistema di solidarietà sociale minimizza il ruolo della azione individuale e la responsabilità di ognuno e non coglie la opportunità – così come invece fa GCS – di costruire un modello di salute e di sanità che tenga in conto i "singoli sé".

GCS non è socialismo. I sistemi di salute propri nei regimi socialisti sono finanziati dal Governo centrale che controlla i finanziamenti e la erogazione di servizi. Una delle caratteristiche di GCS è di dare spazio agli individui, alle entità private, alle loro azioni che sono guidate da norme interiorizzate, tese a promuovere gli interessi collettivi oltre che i propri!

GCS non è solo servizio. Esso mira a mettere sotto pressione i punti in cui la massimizzazione dell'interesse egoistico e/o le norme sociali vadano oltre i progetti e le leggi del Governo.

Infine, GSC non è solo una autonomia avanzata, un processo decisionale clinico condiviso o un auto interesse illuminato. Nel sistema di GCS ogni decisione, in qualsiasi fase venga presa, deve tenere in conto gli interessi dell'individuo e quelli della società nel suo insieme.

Si può obiettare che il modello GCS sia troppo oneroso e forse implausibile. Malgrado queste obiezioni, il Governo Condiviso della Salute offre una allettante nuova via per il futuro.





360°

**A**s I write these notes, my eyes are glued by the view of the splendid Brazilian forests that grow around the S. Francis River. I am flying from Juazeiro do Norte to Curitiba.

My mind is still occupied by the intense experience that I have just lived with Fr. Adolfo Serripiero and the Association Maria Mãe da Vida. Without getting into the details of it being a charismatic experience (it does not pertain to the scope of this article), I cannot refrain from realizing its importance in the area of care provided to adolescent women, the victims of domestic and social violence, unprepared to motherhood and citizens least protected by their National Health System, which otherwise boasts great advances and contributions towards the achievement of the Millennium Goals. Pregnancy among adolescents is a worrying phenomenon: a common occurrence among the girls from poor, urban settlements, pregnancy in young age has effects on the going-to-be-mother, on their spouses or companions and, above all, on the new born babies who will grow in a disadvantaged environment.

This fact opens to problems of various natures, such as, medical, preventive, pre and post delivery care and social<sup>1</sup>.

This situation, while specific and partial, makes room to interesting insights in tune with the content of the present 360 issue.

In the outskirts of urban area, along with the hi-tech hospitals and the boasted advances in public health care provision, one is shocked by the inability of the health care system to involve civil society at large, Institutions, individuals, Educational organizations and Beneficent Entities in the common goal to promote collective health.

Look at Terezinha who runs her second pregnancy and has already lost her first baby due to syphilis. Nor her neither her boyfriend have been advised to report for checking their status and – if positive – for ensuing treatment. What will happen to the baby she bears in her womb? Will this be another “lost case” that the nature, as fertile as Terezinha’s womb, will amend in future by giving her other children? Health cannot be confined to health care Institutions. These are the last resources of the system, set up to solve biological dysfunctions through an array of technical devices and a vast know how that has been growing during a long time. In addition to be the ultimate resource, Institutions are usually unaffordable to many like Terezinha and often short of means due to the “cutting costs” policies implemented by Governments strained by the economic crisis and the expensive public welfare.

At last, cure turns to be expensive when no attempt has been made to prevent disease or to act in anticipation to its outburst. In short, Institutional care – whatever its nature – is an enterprise that does not always prove its rationality and efficiency especially when it takes over the whole burden of health and health care provision.

*[...] If it pertains to the State the promotion of health through preventive measures and the provision of an efficient care system for the entire population, specially for those who are poor in resource, it is also the duty of families and individuals to take up a life style that is conducive to avoid illness, through healthy behaviors and timely preventive diagnosis. If it is proper of the State to provide care for the sick, it belongs to families to accompany with dedication and affection their diseased dear ones. Families, the State and the Church have different roles, yet complementary ones, in the process of caring for the sick<sup>2</sup>.*

This last quotation mirrors some of the idea expressed by Ruger’s<sup>3</sup> interesting reflections, here given in synthesis and according to my own perspective.

<sup>1</sup> See Article 37, *Que a Saúde se difunda sobre a Terra*, Campaign for Fraternity 2012, Brazilian Episcopal Conference

<sup>2</sup> Article 22, *ibidem*

<sup>3</sup> Jennifer Prah Ruger, *Shared Health Governance*, the American Journal of Bioethics, 11(7); 32 – 45; 2011

Continuing the deepening of the issue of Global Health Governance; having highlighted its obstacles, the author proposes a model alternative to the many so far implemented: the State centralized system (beneficent or dictatorial it might be); the private system based on the individual ability to pay for his/her care (health being considered as a commodity); the technological and scientific system run by experts (health as a merely bio medical issue); system focused on the eradication of specific disease(s), run by conflicting and often overlapping Entities (interstate Association – mainly NGOs – that deal with one specific disease (take AIDS for instance) without being grounded in any given Country).

The way proposed by Ruger accepts that everyone, individuals and Organizations alike, have the right and the duty to engage in order to establish the Shared Health Governance (SHG). In different ways and with varying liabilities depending on entrusted roles, each one plays his/her game in building and maintaining health and health care that provides welfare for the collectivity.

Needless to say, this entails a high moral standard, binding moral norms that hold all the actors united and focused. In fact, the premise of SHG is the existence of a Public Moral Norm, which acknowledges everybody's right to health and the collective advantages deriving from complying with the moral norm.

I do not refrain from highlighting the author's insistence, here and elsewhere, on health as falling into the domain of individual/collective right; this is especially true when ill health arises from injustice and the denial of just basic living conditions.

In another article, she so reasons: “[...] *health disparities are morally problematic and the efforts to reduce them are morally justified. The moral concern in global health inequalities is individuals' reduced capability for physical and mental functioning or even for being alive. Deprivations in the capability to function rob individuals of the freedom to be what they want to be. This underlying principle of justice applies to all humans regardless of where they live and regardless of any given person's or people's specific relationship to them. It takes individuals as the central moral unit of justice. [...] This approach endorses the more robust concept of human flourishing and the desire to live in a world where all people have the capability to be healthy*”. Continuing her thought, she makes a clear-cut moral option, stating that “[...] *global health inequalities are morally troubling because our intuition and ethical claim of equal respect for all humans tells us that being born into a country or society in which one has a good chance of being in the worse-off health group is morally arbitrary and requires rectification. Moral arbitrariness should not be the basis for determining one's health; or survival. [...] this approach adopts an optimistic or idealistic view of a future world order in which the ideals of domestic and international cooperation to reduce health disparities prevail*”<sup>4</sup>.

The photos chosen for this 360 issue deserve a note. They have been made by the Argentinean photographer Guillermo Luna ([www.guillermoluna.com](http://www.guillermoluna.com)), engaged in supporting the Camillian mission in Georgia (Caucasian Delegation) by denouncing injustices, disrespect of rights and violence with the sole use of his art.

These photos witness the mission of health care provision and social promotion (holistic care) in favor of adolescent women from marginal, urban settlements, which *Maria M  e da Vida* is carrying on since many years.

## GLOBAL HEALTH GOVERNANCE

The Global Health Governance (GHG) requires the interdependent and shifting roles of different actors in fostering health at both individual and societal levels. Individual and population health require shared responsibility, individual and collective. Social cooperation is essential.

To create conditions in which all have the ability to be healthy, the shared health governance (SHG) models sets out allocations of responsibility, resources, and sovereignty to national and state governments and institutions, non governmental organizations (NGOs), the private sector, communities, families and individuals themselves.

Shared health governance is a more normatively appealing and effective approach to govern health domestically as compared to existing alternatives. It asserts that as a society we're all responsible for doing our fair share to seek health justice.

Thus, SHG relies on a specific type of social norm – a public moral norm – and its correlative social sanctions as a motivation and authoritative standard for action.

<sup>4</sup> Jennifer Prah Ruger, *Global Health Governance as Shared Health Governance*, excerpt from talks



### ***Self interest maximization and suboptimal outcomes in health and health care***

Self interest (e.g., individual utility or payoff) maximization is at the heart of most theories of cooperation. From the perspective of social cooperation in health and health care, narrow self interest maximization alone produces suboptimal results.

#### **Few samples of self interest maximization in the health care system**

Some doctors receive kickbacks from referrals [...] and perform unnecessary procedures.

Doctors' choice of specialties is affected by material concerns, as they avoid lower paying but crucial fields like family medicine, internal medicine and pediatrics. [...] A weak primary care base renders the U.S. system excessively specialized and inefficient (Geyman 2008).

Medical suppliers have been known to market and sell defective or unapproved medical devices. (Meir 2005).

The FDA itself is not immune to these concerns. Half of the FDA's budget for reviewing marketing applications comes from the drug industry (Wilmann 2000).

Both providers and patients commit Medicaid and Medicare fraud. Providers bill for services not rendered. [...] Patients loan Medicaid / Medicare ID cards to others, who are not entitled to care ([www.fraudguide.com](http://www.fraudguide.com))

The starkness of these examples does not necessarily represent universal behavior but serves to highlight the underlying importance of working within a framework of shared and individual goals simultaneously. The idea is not to deny or eliminate altogether self interest as a human motivation; rather, it is to recognize it, align it with shared goals, and create conditions (including institutions and policies that structure incentives) to reduce its negative, and enhance its positive, impact on health care and health.

### **Models of governance**

There are at least two major types of governance models: top – down, hierarchical models (1) and decentralized / civic participation models (2).

In the first case (hierarchical model) two of the most classic models are the centralized Soviet model and the New Managerialism. They reflect the ideologies and goals of the center rather than local need. To different degrees, the top-down hierarchical nature of both models is contrary to SHG. Where the center dictates policies and procedures, there is little mutual coercive accountability, little involvement of individuals and the community, and little effort to achieve the consensus or agreement sought by SHG approaches.

#### **Samples of top-down governance**

Technocratic model is one where technical experts dominate and make decisions. Politicians (inexpert) rubberstamp those policies. [...] Public participation is unnecessary in the “*production of scientific expertise*” (Fisher 2008).

“Decisionist” governance takes the opposite approach, giving priority to political decision makers over scientific experts in the interest of clear accountability.[...] But the effectiveness of strict separation between policymaking and scientific advice is questionable (Fisher 2008).

SHG maintains a middle view that recognizes the essential roles both of proceduralism for public engagement and of epistemic values and standards for evaluating deliberative outcomes.

In the second model (decentralized/civic participation model), the points of contact with SHG’s vision are more, even if there are disagreements, at the implementation of certain civic participation models.

One the models seeks permanent, open lines of communication among experts, politicians and the public, and attempts to “democratize” science by “*controlling scientist in experts committees*”. This is contrary to the central role SHG gives to science; it also reflects an overly optimistic view of the civil society, NGOs and laypersons as key decision makers, ignoring the potential for laypersons to add inefficiency, irrationality and incoherence to health policy decision making.

#### **Other instances**

The classic interest group representation model is a version of civic representation: but one that underscores undesirable features in a governance model: interest group competition; adversarial relationship among stakeholders; government serving primarily as a “neutral and reactive arbiter among stakeholders”.

Citizens are asked to get involved in “every government directive”. These approaches may not empower citizens as much as expected. Constant citizen consultation can result in fatigue and disengagement.

### **Shared health governance (SHG)**

The first basic premise of SHG framework is a social scientific one: multiple societal actors, public and private, engage in a joint enterprise that either by omission fails or by collective action succeeds in co-producing the conditions for all to be healthy.

The second basic premise is both normative and social scientific. Approximating justice in health requires individual and group commitments to produce the social goal. A special type of social norm – public moral norm – is put forth as an effective motivation and authoritative standard for individual and group action on health justice.

A third basic premise stresses that generating a shared commitment to an ideal or set of ideals can serve as the stimulus for attention and role fulfillment across governance subsystems (e.g. financing, organization, delivery of health care).



A fourth basic SHG premise is shared resources. Part of the social commitment to ensuring conditions for all individuals to be healthy involves sharing individual and social resources. This happens through the collective pot to fund the joint enterprise: it involves progressive financing such that wealthier individuals and groups pay a greater percentage. Those most in need should benefit of this fund, in the conviction that each individual is entitled to receive the person's fair share of resources. However, all of this involves everybody's responsible use of the shared resources, to be availed of wisely and parsimoniously.

A fifth premise comprises enforcement and social sanctions created to hold actors responsible, apportioned symmetrically according to the responsibility attached to SHG functions and roles.

The extensive theorizing and empiricism about governance demonstrate how frustratingly difficult is to fine-tune institutional designs to get an improved health governance. However, SHG provides a holistic sense of what is to be shared and mutual: actions and goals (1); responsibility (2); resources (3) and norms (4).

### **Implementing SHG**

The plural subjects in SHG are all of **us**. As plural subjects acting and in many cases working together, we create the conditions for all individuals to be healthy. Under SHG, individuals need to express “readiness” to endow an individual or group of individuals with decision-making power – forming a basic joint commitment to embrace public moral norms, for example, of health equity.

Based on these principles, the primary responsibility for efficiently reducing shortfall inequalities in central health capabilities should be allocated to the State because national governments have the political authority, resources and regulatory and distributive ability to create health system infrastructures, including health care, public health and other systems affecting health, like food, drug, consumer, and work safety.

Medical providers have the duties to provide high quality goods and services to patients as efficiently as possible.

Individuals and families have the duties to promote their own health, fostered by self interest, and we all (patients and other actors) owe each other a commitment to use our shared resources as wisely as possible.

### **Conclusion**

Reactions to the SHG model may come in a variety of forms; but I would like to conclude the issue of what SHG is not in relation to existing social phenomena.

First, SHG is not social solidarity. SHG is not nearly as communitarian and allows amore central role for individualism and self-regarding behavior. While social solidarity meets the SHG idea of shared resources, it is less focused on people governing themselves to use resources parsimoniously. Social solidarity also does not emphasize individual action and individual responsibility and does not embrace, to the extent in SHG, the opportunity to build a social system out of individual self - and other - regarding behavior.

SHG is not socialism. Socialist health systems are government funded and government run; the public sector controls both funding and service delivery. One of SHG's distinguishing feature is an emphasis on individuals, private entities, and their actins, which are driven by internalized norms promoting social interests in addition to their own.

SHG is not just stewardship. SHG would seek to address pressure points where self interest maximization and/or social norms override government laws and projects.

Lastly, SHG is not just enhanced autonomy, shared clinical decision making or enlightened self interest. In SHG decisions should account for both individual and societal interest at every stage.

Some will object to SHG on the account that its conditions are too onerous and arguably implausible. Despite objections, shared health governance offers a promising new way forward.



# Atti di Consulta

# Acts of the Consulta

## **Ammissione alla Professione Perpetua Admission to Perpetual Profession**

Emmanuel Dogbovi	Del. Benin
Ferdinand Todote	Del. Benin
Besson Jean Bernard	Del. Haiti
Roudy Jean Louis	Del. Haiti
Geral Alexis	Del. Haiti
Erwan Jean – Marie François	Del. Haiti
Yoni Alberto Palomä Useche	Del. Colombia Ecuador
Lucas Rodrigo da Silva	Prov. Brasile
Juliar Nava	Prov. Brasile
Joseph Phan Anh Dung	Del. Vietnam
Peter Nguyen Huu Biet	Del. Vietnam
Trinh Van Son Antony	Del. Vietnam

50.000 € Seminario in Burkina Faso  
– Seminary in Burkina Faso

50.000 € Città dei Ragazzi (II Fase) in India  
– Boys' Town (II Phase) in India

## **Dispensa dagli obblighi inerenti alla vita religiosa**

### **Dispensation from the obligation of consecrated life**

Fr. Gianmario Canzi Prov. Lombardo-Veneta

## **Dispensa dai voti temporanei**

## **Dispensation from Temporary Vows**

Samuel Otieno Ouma Del. Kenya

## **Delibera di donazioni a favore di progetti missionari da parte della Casa generalizia Decree of financial support toward missionary projects**

- 70.000 € Centro di Pastorale in Kenya  
– Pastoral Centre in Kenya
- 50.000 € Seminario in Indonesia  
– Seminary in Indonesia

## **Decreto di incardinazione in altra Provincia**

P. Enrico Menozzi      Prov. Lombardo-Veneta



Lima, 11-14 ottobre 2011

# Raduno della Consulta con i Provinciali, Vice Provinciali e Delegati

**D**al 11 al 14 ottobre 2011 si è svolto a Lima, presso la Casa di Ritiri Spirituali "Siloé", l'annuale raduno della Consulta con i Provinciali, Vice Provinciali e Delegati. In un clima sereno e di grande fraternità, i Superiori Maggiori hanno inteso mettere a fuoco alcuni dei temi che, nel prossimo futuro, vedranno coinvolto l'Ordine in un rinnovato impegno per una più significativa presenza nel mondo della salute. Infatti, si è consapevoli che la crisi globale (economica e non solo) ci deve stimolare ad un nuovo slancio per riaffermare la nostra identità ed il dono specifico, sempre nuovo e vivo, 400 anni dopo l'esperienza storica di Camillo de Lellis.

È perciò significativo che il Raduno abbia dato tanto spazio alle celebrazioni del IV Centenario dalla morte di San Camillo (13 luglio 2013 – 14 luglio 2014): non un'opera di restauro agiografico ma, al contrario, una prova di rinnovato amore e di creativa adesione alla sua testimonianza ed al dono che, attraverso di lui, ci è stato fatto.

Quella che segue è la sintesi "a colpo d'occhio" delle risoluzioni e degli impegni presi nel Raduno di Lima, frutto di ampie discussioni.

## PROGETTO EUROPA

"*Nel nome il destino*": il Progetto non avrà più come destinatario ed oggetto l'Europa ma l'Ordine nel suo insieme, invitando ogni membro e le comunità ad un complessivo e generale impegno di rinnovamento. Questo è quanto emerge dall'analisi delle due mappe (interna ed esterna) su cui è stato costruito il questionario.

Il questionario è stato un utile strumento per fotografare lo stato dell'Ordine. Per questo, si sollecitano le Province, Vice Province e Delegazioni che non hanno inviato le loro risposte alla Segreteria Generale, al fine di avere una aggiornata visione della situazione dell'Ordine.

Non più focalizzato sull'Europa, il Progetto deve includere tutto l'Ordine. Il cambio del nome non è solo funzionale a questa indicazione ma serve da stimolo per il coinvolgimento di tutti. Si è determinato di scegliere un nuovo titolo e di affidare alla Commissione istituita di studiare le prossime mosse per un globale impegno.

**La Consulta, entro la fine dell'anno, suggerisce tre titoli per il Progetto in questione, sottoponendoli al parere dei Superiori maggiori.**

## REVISIONE DELLA COSTITUZIONE E DISPOSIZIONI GENERALI

Sono state prese in considerazione, in questa sede, quelle domande cui né la Commissione ad hoc né la Consulta hanno voluto rispondere, determinando che fosse il gruppo dei Superiori maggiori a indicare la risposta. Il lavoro di revisione del testo della Costituzione e delle Disposizioni Generali è ora a buon punto.

### Articolo 43 – Costituzione

**Preferendo la prima forma alla seconda; suggerendo la cancellazione di "prima di tutto" e la sostituzione della parola "Istituto" con "Ordine", l'articolo legge come segue: *Nel nostro ministero ci impegniamo a rivivere e ad esercitare la misericordia di Cristo verso i malati, che è il carisma specifico dell'Ordine e che professiamo con voto.***

### Art 19 bis delle DG

**L'assemblea approva per alzata di mano all'unanimità (26/26) l'inserimento di tale articolo, affidandone alla Commissione la redazione del testo, che sarà sottoposto alla Consulta.**

**Introdurre il termine “Superiori Maggiori” in luogo di Provinciali e Vice Provinciali.**

La proposta è accolta, per alzata di mano, all'unanimità, affidandone alla Commissione la redazione del testo, che sarà sottoposto alla Consulta.

Inclusione di articolo che determini il patrimonio dell'Ordine (già DG 165).

Dopo un'ampia e profonda discussione l'assemblea è unanimemente concorde nel configurare l'Ordine come Ente giuridico civile e di determinare con chiarezza quale ne sia il patrimonio.

**METODOLOGIA DI LAVORO IN MERITO ALLA REVISIONE DELLE C&DG**

L'assemblea decide la data della consegna degli Atti dei Capitoli provinciali in preparazione al Capitolo Generale 2013 sia entro e non oltre il 31 gennaio 2013.

**PROSSIMO CAPITOLO GENERALE: VARI TEMI**

Al fine di stabilire una metodologia tale da favorire un rapido e ordinato svolgimento del prossimo Capitolo Generale si stabilisce che:

**I provinciali inviano per tempo eventuali suggerimenti e/o esperienze maturate nei rispettivi Capitoli o Assemblee deliberative.**

In merito alla presenza di figure esterne, vengono accolte le proposte di:

- Invitare un esperto giuridico al Capitolo per accompagnare i lavori capitolari.

Alla unanimità.

- Invitare un Facilitatore per il Capitolo generale 2013.

Con ampia maggioranza.

Infine, sul tema della presenza dei membri della Grande Famiglia di San Camillo (GFSC) al Capitolo generale, viene accettato quanto segue:

**Modalità di presenza della GFSC al Capitolo generale 2013**

*All'inizio del Capitolo generale – approvato a vasta maggioranza*

**Programma**

1° maggio – ritiro spirituale.

2 maggio – riflessione sul IV centenario della morte di San Camillo.

3 maggio – celebrazione eucaristica alla Maddalena ed inizio dei lavori capitolari, cui partecipano solo i membri di diritto ed eletti.

**Composizione delle presenze della GFSC**

La Consulta al prossimo raduno dei Superiori maggiori presenterà i membri della GFSC che parteciperanno al Capitolo Generale.

**INIZIATIVE VARIE**

**Allestimento mostra internazionale di presepi in Bucchianico**

Aderiscono all'iniziativa proposta dal Comune di Bucchianico le provincie: Austriaca, Siculo-Napoletana, Spagnola, Benin, Burkina Faso, Brasile, Taiwan, Filippine, Romana.

**Ristrutturazione del Cubiculum**

**Proposta: Il Cuore di San Camillo nelle prima stanza, svuotata da tutto, e il Santissimo nella seconda:**

A favore: 1

Contrari: 25

**Proposta: Il Cuore e Santissimo nella seconda stanza (disposizione attuale)**

A favore: 5

Contrari: 21

**Proposta: Il Cuore al posto del Santissimo**

A favore: 20

**INIZIATIVE DEL IV CENTENARIO**

**Peregrinazione della reliquia del Cuore**

Entro il 31 dicembre p.v. ogni Provincia, Vice Provincia e Delegazione invii il programma di peregrinazione della Reliquia. Lo invii anche chi ha dubbi sulla reale possibilità di organizzare la peregrinazione a motivo di situazioni sociali o burocratiche. Questo permetterà di fare un programma generale.

Nella determinazione del programma, non si vada oltre il 31 dicembre 2013, in quanto nel 2014 la reliquia dovrà risiedere nella sua sede naturale.

Il Segretario generale invii alcune delle norme o procedure da seguire per organizzare il trasporto della reliquia.

In caso la reliquia non fosse disponibile, la Provincia Siculo-Napoletana mette a disposizione la porzione di Cuore che si trova nella chiesa di Messina.

#### **Mostra d'Arte su San Camillo**

In previsione dell'allestimento di una Mostra d'Arte a Roma, chiunque fosse a conoscenza di materiale di valore artistico o storico, ne invii copia fotografica alla Segreteria generale con didascalie descrittive dell'autore, dell'epoca, della locazione e del contenuto (in caso di documenti). Il tutto entro fine anno 2011.

#### **Fondo dedicato**

Le Province, Vice-Provincie e Delegazioni comunicino alla Consulta, entro l'8 dicembre, l'ammontare della propria donazione finalizzata a Fondo dedicato “un dono per San Camillo”.

#### **Logo**

Accolta favorevolmente la proposta di elaborare un logo per il IV Centenario uguale per tutto l'Ordine, il cui modello deve essere inviato alla consulta entro il 25 dicembre p.v.

#### **Comitati periferici**

Si chiede alle Province, Vice Province e Delegazioni di comunicare al Comitato Centrale la composizione dei Comitati locali ed il referente.

#### **Nuove attribuzioni al Comitato centrale**

Preparazione di una preghiera comune da recitarsi durante il Centenario.

Scelta della medaglia commemorativa, sulla scorta delle indicazioni dei Comitati locali.

Divulgazione dell'inno ufficiale di san Camillo, musicato per banda ed offerto dalla provincia Lombardo-Veneta.

Studiare aspetti logistici relativi alla accoglienza ed alloggio dei pellegrini previsti nel 2014.

#### **MOZIONE: RIORGANIZZAZIONE DEGLI ENTI E/O UFFICI DI CURIA**

1. Separare la Fondazione Camilliana Progetto Salute dall'Ordine per distinguere la responsabilità pur mantenendo opportunità di collegamenti.

Votanti 25. Assente: 1.

Favorevoli: 24.

Astenuti: 1.

2. Includere CTF in Salute e Sviluppo ONG, titolare del ramo emergenze e sviluppo, così da costituire un unico ufficio con diverse aree.

Votanti 25. Assente: 1.

Favorevoli: 25.

3. Avendo valutato tra un anno la operatività ed efficacia del Comitato per i festeggiamenti del IV Centenario della morte di San Camillo, lo si costituisca in Ente destinato a sostenere le attività della Casa Generalizia e dell'Ordine.

Votanti 25. Assente: 1.

Favorevoli: 25.

#### **OPERE NOSTRE**

Che il Segretario per il Ministero coordini uno o più incontri per le strutture sanitarie cattoliche a livello nazionale, iniziando con le Province italiane.

#### **COLLABORAZIONI**

##### **Sostegno a progetto in Burkina Faso**

La Consulta assicura un contributo di € 50.000,00 parte della donazione di un lascito testamentario.

#### **DATA E SEDE DEL PROSSIMO RADUNO**

Mottinello, 22 - 26 maggio 2012, con una sospensione il 25 maggio per la celebrazione del 150° anniversario della Provincia Lombardo-Veneta.

Lima, 11-14 October 2011

# General Council with the Provincials, Vice-Provincials and Delegates

In Lima, on 11-14 October 2011, at the 'Siloé' House for Spiritual Retreats, there took place the annual meeting of the General Council with the Provincials, Vice-Provincials and Delegates of the Order. In a climate that was serene and of great fraternity, the Major Superiors agreed to focus in on some of the subjects which in the near future will see the Order involved in a renewed commitment to a more significant presence in the world of health and health care. Indeed, it is known that the (economic and not only economic) world crisis must stimulate us to engage in a new effort to reaffirm our identity and our specific gift, which is always new and alive, four hundred years after the historic experience of Camillus de Lellis.

It is thus significant that the meeting gave so much space to the celebrations for the fourth centenary of the death of St. Camillus (13 July 2013 to 14 July 2014): not a work of hagiographical restoration but, on the contrary, proof of renewed love and creative adherence to his witness to the gift which, through him, was made to us.

What follows is a summary, 'at first glance', of the resolutions and commitments made at the meeting held in Lima which were the outcome of wide-ranging discussions.

## THE EUROPE PROJECT

'In the name of destiny': the project will no longer have Europe as its target and subject. This is replaced by the Order as a whole. Every member and the communities as a whole are invited to engage in an overall and general commitment to renewal. This is what emerges from an analysis of the two (internal and external) maps on which the questionnaire was built.

The questionnaire was a useful instrument by which to photograph the state of the Order. For this reason, the Provinces, the Vice-Provinces and the Delegations who have not replied are invited to send

their answers to the General Secretariat in order to have an updated view of the situation of the Order.

No longer focused on Europe, the project must include the whole of the Order. The change of name is not only directed towards this but also serves as a stimulus for the involvement of everybody. It was decided to choose a new title and to entrust the committee that already exists to study the next moves for an overall initiative.

**The General Council by the end of the year should suggest three titles for the project in question and subject them to the Major Superiors for their views.**

## REVISION OF THE CONSTITUTION AND THE GENERAL STATUTES

At this meeting questions were considered which neither the *ad hoc* committee nor the General Council wanted to answer, it being decided that the group of Major Superiors should indicate the answers. The work of revising the text of the Constitution and the General Statutes is now at a good point.

### Article 43 – Constitution

**Preferring the first form to the second; suggesting the cancellation of 'Before all else' and the replacement of the word 'Institute' with the word 'Order', the article reads as follows: 'In our ministry we pledge ourselves to renewing and carrying out the mercy of Christ towards the sick, which is the specific charism of the Order and which we profess by a vow'.**

### Article 19 bis of the General Statutes

**The assembly approved on a unanimous show of hands (26/26) the insertion of this article, entrusting to the committee the drawing up**

of the text which would be submitted to the General Council.

**The use of the term ‘Major Superiors’ in the place of Provincials and Vice-Provincials**

The proposal was accepted unanimously on a show of hands, entrusting the committee with the drawing up of a text which would be submitted to the General Council.

**Inclusion of the article which determines the patrimony of the Order (previously GS, n. 165)**

After a wide-ranging and in-depth discussion, the assembly unanimously agreed to define the Order as a civil legal entity and to decide in a clear way what its patrimony is.

#### METHODOLOGY OF WORK AS REGARDS THE REVISION OF THE CONSTITUTION AND GENERAL STATUTES

The assembly decided on the date for the handing over of the proceedings of the Provincial Chapters in preparation for the General Chapter of 2013, that is to say by and not later than 31 January 2013.

#### THE NEXT GENERAL CHAPTER: VARIOUS SUBJECTS

In order to establish a methodology that will foster a rapid and ordered holding of the next General Chapter, it was established that:

**The Provincials should send out in good time any suggestions and/or experiences developed in their respective Chapters or deliberative assemblies.**

With regard to the presence of external figures, the following proposals were accepted:

**To invite a legal expert to the General Chapter to accompany the deliberations of the General Chapter. Unanimous decision.**

**To invite a Facilitator for the General Chapter of 2013. Approved by a large majority.**

Lastly, as regards the question of inviting members of the Great Family of St. Camillus (GFSC) to the General Chapter, the following was approved:

***Form of the presence of the GFSC at the General Chapter of 2013***

***At the beginning of the General Chapter – approved by a very large majority.***



## Programme

- 1 May – spiritual retreat
- 2 May – reflection on the fourth centenary of the death of St. Camillus.
- 3 May – celebration of the Eucharist at the Maddalena at the beginning of the deliberations of the General Chapter, in which will take part only members by right and elected members.

## Composition of the Representation of the GFSC

At the next meeting of the Major Superiors the General Council will present the members of the GFSC who will take part in the General Chapter.

## VARIOUS INITIATIVES

### *Organisation of the International Exhibition of Cribs in Bucchianico*

The following Provinces have adhered to the initiative proposed by the Commune of Bucchianico: Austria, Sicily and Naples, Spain, Benin, Burkina Faso, Brazil, Taiwan, the Philippines, Rome.

### *Re-organisation of the Cubiculum*

**Proposal: The heart of St. Camillus in the first room, emptied of everything, and the Host in the second room;**

For: 1

Against: 25

**Proposal: The heart and the Host in the second room (present arrangement)**

For: 5

Against: 21

**Proposal: The heart in the place of the Host**

For: 20

## INITIATIVES FOR THE FOURTH CENTENARY

### *Peregrination of the Relic of the Heart*

By 31 December of this year every Province, Vice-Province and Delegation should send in a programme for the peregrination of the relic. This should also be sent in by those who have doubts about really being able to organise a

peregrination because of social or bureaucratic situations. This will allow the creation of a general programme.

In deciding on the programme one should not go beyond 31 December 2013 inasmuch as in 2014 the relic should be in its natural location.

The General Secretariat should send some of the norms or procedures to be followed for the organisation of the transportation of the relics.

If the relic not available, the Province of Sicily and Naples will make available a part of the heart, which is currently located in the church in Messina.

### *The Art Exhibition on St. Camillus*

With a view to the organisation of an art exhibition in Rome, those aware of material of an artistic or historic value should send a photograph of it to the General Secretariat with descriptive captions on its author, its epoch, its location and its contents (in the case of documents). All of this should be done by the end of the year 2011.

### *The 'A Gift for St. Camillus' Fund*

The Provinces, Vice-Provinces and Delegations should communicate to the General Council by 8 December the amount of their donations to the fund entitled 'a gift for St. Camillus'.

The proposal to create a graphic image for the fourth centenary which will be the same for the whole Order, a model for which must be sent to the General Council by 25 December of this year, was approved.

### *Local Committees*

The Provinces, Vice-Provinces and Delegations would be asked to communicate the composition of their local committees and the referents to the central committee.

### *New Tasks for the Central Committee*

The drawing up of a common prayer to be said during the centenary.

The choice of a commemorative medal after taking into account the suggestions of the local committees.



**Dissemination of the official hymn of St. Camillus, arranged for a musical band and offered by the Province of Lombardy and Veneto.**

A study of the logistical aspects of the reception of, and accommodation for, the pilgrims envisaged for 2014.

**MOTION:  
REORGANISATION OF THE AGENCIES  
AND/OR OFFICES OF THE CURIA**

1. The separation of the Camillian Foundation Health Project from the Order in order to distinguish responsibilities, although maintaining opportunities for connections.

Votes 25. Absent: 1.

For: 24.

Abstentions: 1.

2. The inclusion of the CTF in the NGO Health and Development, which is responsible for the emergencies and development branch, so as to create a single office with different areas.

Votes 25. Absent: 1.

For: 25.

3. After assessing in a year's time the operational capacity and efficacy of the committee for the celebrations of the fourth centenary of

the death of St. Camillus, it should be turned into a body to support the activities of the Generalate House and the Order.

Votes 25. Absent: 1.  
For: 25.

**OUR WORKS**

The Secretary for Ministry should coordinate one or more meetings for Catholic health-care institutions at a national level, beginning with the Italian Provinces.

**COOPERATION**

***Support for the Project in Burkina Faso***

The General Council assured that there would be a contribution of € 50,000.00 from a donation made over through a bequest.

**DATE AND LOCATION  
OF THE NEXT MEETING**

Mottinello, 22-26 May 2012, with a suspension on 25 May for the celebration of the one hundred and fiftieth anniversary of the Province of Lombardy and Veneto.

# PROGETTO EUROPA\*

## La mappa esteriore

### LETTURA DELLE RISPOSTE AL QUESTIONARIO

#### Introduzione

Senza la pretesa di offrire una lettura tecnica di analisi dei dati statistici, ci si limita a mettere in evidenza le note costanti e le eccezioni secondo le aree omogenee: da una parte, l'Europa (omogenea nella costante dell'invecchiamento e del calo vocazionale con l'eccezione della Polonia) e, dall'altra, gli altri continenti (omogenei nella loro giovane età o nella tenuta/espansione vocazionale con l'eccezione di Taiwan).

Ci sono da sottolineare un paio di dati negativi evidenti: il primo è che sette illustri regioni camilliane non hanno partecipato alla stesura della mappatura esteriore del Progetto Europa, con la conseguente impossibilità di una visione completa dell'Ordine.

Il secondo dato che condiziona la lettura del questionario è che la compilazione di alcune risposte non ha seguito criteri univoci. Alcuni dati, infatti, non concordano: mentre alcune province (Brasile, India e tante altre) hanno probabilmente computato tra i professi perpetui "tutti" i religiosi, di qualsiasi anno di professione, altre province (Lombardo-Veneta) hanno indicato solo il numero di religiosi che hanno effettivamente professato in perpetuo nell'arco temporale indicato.

Anche il computo dell'età media in alcuni casi appare contraddittorio (forse è sbagliato il calcolo?): l'India segnala un'età media elevatissima nel 2010 (80,45) mentre per il 2015 stima una media di 39,5 anni; la Romana prevede tra il 2010 e il 2015 il "miracoloso" dimezzamento dell'età media: da 64,97 a 30,4 anni.

I dati in nostro possesso comunque possono permetterci una buona visione per eventuali indicazioni operative.

Vediamo ora la mappatura esteriore secondo le tematiche proposte del questionario.

#### 1. Persone

1.1. A parte le incongruenze citate, emerge con chiarezza il trend demografico: l'Europa cala di numero e cresce di età (con l'eccezione della Polonia), mentre le giovani realtà di vice-province e delegazioni aumentano di numero e in alcuni casi (Kenya, Burkina Faso) prevedono un ringiovaniamento medio dei religiosi o una sostanziale tenuta (Filippine, Colombia-Ecuador).

1.2. Circa la percentuale di personale religioso direttamente impegnato nel ministero, alcune province investono percentuali molto alte (Filippine, India, Thailandia,...) e comunque superiori all'80% delle energie disponibili. Altre giovani realtà, come Burkina, Kenya e Polonia, con età media molto bassa - quindi con religiosi giovani a disposizione - si assestano rispettivamente al 66%, al 56% e al 42,14% di religiosi direttamente coinvolti nel ministero; forse omettendo chi lavora in seminario o computando il numero di professi perpetui ancora studenti. Altre province (Spagna, Lombardo-Veneta, Piemontese), pur nella consapevolezza di età media in aumento, stimano l'impegno ministeriale un ambito ancora da privilegiare, canalizzandovi quindi la disponibilità anche di religiosi non più giovani.

#### 2. Comunità

2.1. Sembra essere quasi scomparso - o per lo meno in forte riduzione - il fenomeno delle "residenze" con uno o due religiosi (tranne in Polonia con 5 comunità con meno di 3 religiosi – un dato, anche qui, da verificare perché potrebbe trattarsi solo di residenze –) che prestano solitamente un ministero isolato, con dei legami molto tenui con la comunità, a volte soltanto in ordine all'appartenenza.

\* PROGETTO EUROPA: usiamo tale definizione in attesa che venga definito il nuovo nome del Progetto.

za canonica. Possiamo leggere questo dato come una maggiore attenzione alla sinergia tra ministro e vita comunitaria, o semplicemente come la naturale chiusura di certe presenze ministeriali "ad personam" con il ritiro per raggiunti limiti di età del religioso interessato.

2.2. Nei 10 anni considerati per la campionatura (2001-2010), le giovani vice-province e delegazioni hanno conosciuto uno sviluppo – o comunque non sono arretrate – nella costituzione di nuove comunità e nell'assunzione, in parallelo, di nuovi impegni ministeriali o formativi. È da studiare il "fenomeno" della Polonia – in netta controtendenza nel panorama europeo generalmente declinante – che ha aumentato il numero delle comunità di 4 unità mantenendo una media unitaria elevata di 5,05 religiosi per comunità.

2.3. Nella composizione numerica delle comunità, in linea generale si rilevano due tendenze opposte: da una parte la riduzione del numero di comunità con conseguente concentrazione di religiosi per comunità, dall'altra l'aumento del numero complessivo di comunità con presenza canonica minima – o quasi – dei religiosi.

Probabilmente le opposte tendenze si spiegano con le diverse contingenze storiche: nel primo caso ci sono province di lunga tradizione con molti religiosi in età avanzata e bisognosi di cure, le quali concentrano i propri anziani in strutture in grado di accompagnarli e privilegiano così la comunità alle esigenze del ministero; nel secondo caso ci sono province emergenti con religiosi giovani che vengono preferibilmente impegnati in molteplici ambiti di ministero, privilegiando la preoccupazione ministeriale rispetto alla più corposa composizione comunitaria (ci sono diverse realtà con comunità prossime alla soglia minima di 3 religiosi ciascuna).

### 3. Ministero

#### 3.1. Presenze

L'ambito che catalizza le maggiori forze ministeriali rimane la cappellania, secondo la più consolidata tradizione, con un investimento più importante di religiosi soprattutto nelle province europee (Austria, Polonia, Spagna, Lombardo-Veneta).

L'investimento di risorse umane nell'ambito della formazione (centri di formazione *ad extra* o seminari *ad intra*) rivela l'impegno e l'importanza attribuiti a quest'ambito nevralgico in modo quasi uniforme da parte di tutte le province. Chiaramen-

te, soprattutto nelle regioni con maggior fioritura vocazionale (Burkina, Filippine, Kenya, Thailandia) la presenza di religiosi nei seminari appare comprensibilmente consistente.

L'impegno nelle Opere Apostoliche in alcuni casi (Burkina, Kenya) è addirittura maggioritario – quasi totalizzante in Thailandia – rispetto ad ogni altra espressione ministeriale.

Il ministero parrocchiale mantiene la sua attrazione come ambito di evangelizzazione. È singolare a questo proposito il caso della Polonia: con 21 religiosi, totalizza quasi un *ex equo* con l'impegno di cappellania.

#### 3.2. Nuove forme di ministero

Negli ultimi dieci anni è maturata un po' in tutto l'Ordine una maggiore risposta ai bisogni di salute propri della modernità con un'attenzione alle necessità del proprio "territorio": la scelta del campo ministeriale, soprattutto delle giovani province e delegazioni, manifesta l'indirizzo verso ambiti diversi da quelli propri delle realtà più tradizionali (forme di dipendenza, AIDS, emarginazione, "vecchiaia" e correlati, per esempio la possibile assistenza domiciliare).

Le nuove forme di ministero sono accompagnate da una sensibilità per l'ambito formativo al fine di acquisire competenze specifiche, impegno che andrebbe forse ulteriormente sviluppato.

#### 3.3. Ministeri da privilegiare

Il criterio emergente da applicare per l'individuazione di aree privilegiate di ministero è la corrispondenza sempre più adeguata con il nostro carisma.

Anche la formazione ed animazione di laici e volontari viene stimata come ambito da coltivare: un'urgenza sottolineata soprattutto dalle province europee, forse anche a partire dal calo vistoso dei religiosi.

### 4. Pastorale vocazionale e formazione

4.1. La cura per la pastorale vocazionale si evince dal fatto che tutte le province hanno almeno un responsabile per questo settore, aggiungendovi in alcuni casi l'interessante novità della collaborazione dei laici anche in questo ambito di vita dell'Istituto (Spagna, Messico, Kenya, Taiwan, Colombia).

4.2. Per il settore della formazione, l'investimento di risorse umane è direttamente proporzionato al numero dei formandi. Anche in questo

ambito la differenza tra Europa e resto del mondo (Africa, Asia e America latina) è notevole. Purtroppo mancano i dati di alcune realtà locali importanti quali India, Perù, Benin, Brasile e Siculo-Napoletana.

4.3. Circa la qualità della preparazione dei formatori emerge un quadro piuttosto frastagliato e disomogeneo: si va dalla formazione generica o maturata sul campo, a quella attinta in loco e a quella dalla forte accentuazione psico-pedagogica... Forse questo è un settore che meriterebbe maggiore cura, anche in vista di un irreversibile processo di collaborazione e unificazione.

## 5. Conduzione della provincia: problemi e difficoltà

Anche per tutti gli ambiti sotto indicati manca la documentazione di alcune realtà locali di peso, quali India, Perù, Benin, Brasile, Siculo-Napoletana, che permetterebbe una lettura dei dati più accurata e rispondente alla realtà.

### 5.1. A livello istituzionale

La promozione vocazionale è la difficoltà maggiormente percepita soprattutto dalle province europee, investite dal crollo del numero dei religiosi.

L'animazione comunitaria, la vita fraterna, l'assunzione dei ruoli di responsabilità sono aspetti ugualmente percepiti come problematici dall'intero Ordine.

### 5.2. A livello ministeriale

Difficoltà vengono sottolineate nell'acquisizione di maggiori competenze professionali, così come nel mantenimento di alcuni servizi ministeriali quando non sono sufficientemente retribuiti (soprattutto cappellanie).

Viene data particolare importanza alla difficoltà nell'animazione comunitaria per varie ragioni: anzianità dei religiosi, individualismo, compresenza multietnica o linguistica.

### 5.3. A livello formativo

La necessità di criteri condivisi per la promozione vocazionale e per il discernimento dei candidati, insieme a quella della formazione adeguata dei formatori sono le urgenze più evidenti. Questo vale soprattutto per le province più giovani, in cui ci sono ancora ampie prospettive di 'reclutamento' di giovani (Asia, Africa), ma vale anche per le province più attempate, che possono peccare nella selezione per motivi opposti: la fame di vocazioni.

## 5.4. A livello di gestione / autonomia economica

Tutte le giovani province aspirano, seppur con difficoltà, al raggiungimento di un'efficace autonomia economica e di una reale sostenibilità finanziaria delle opere attualmente in attività, in particolare per le case di formazione.

Le province europee sono invece impegnate in nuovi progetti di revisione e ripensamento della tradizionale amministrazione soprattutto delle Opere Apostoliche, in vista di una nuova formula di gestione (le "fondazioni" o gli "affidi a realtà terze") delle stesse opere di proprietà.

## 6. Guardando al futuro con realismo e speranza.

Circa i prossimi dieci anni, si fanno alcune previsioni nei vari ambiti.

### 6.1. Governo / animazione

Se non per pochi casi in cui si sperimenta la ritorsia ad assumere ruoli di responsabilità, per il resto si manifestano buone prospettive per le coperture degli incarichi di governo, con risorse umane affidabili ma bisognose di preparazione.

### 6.2. Presenze ministeriali

Alcune province europee prospettano un'ulteriore diminuzione della presenza ministeriale (cappellanie), rinnovando al contempo la volontà di collaborazione con i laici.

Nelle nuove aree geografiche si progettano aperture ministeriali diversificate e specializzate nel settore della salute.

### 6.3. Attività formative

Le giovani province intendono intensificare la qualità della formazione dei formatori e il discernimento dei candidati.

Si intende qualificare la preparazione professionale e la formazione permanente dei religiosi.

### 6.4. Risorse economiche

Anche le province religiose risentono dell'attuale congiuntura economica internazionale in difficoltà. Questo viene letto, da alcuni, come un'occasione provvidenziale per ricondurre a maggiore sobrietà il nostro stile di vita e, da altri, come opportunità per mirare a progetti che ci rendano economicamente autosufficienti.

## 7. Conclusioni

Ci si potrebbe chiedere: quali sono le considerazioni che emergono da questa seppur parziale e però maggioritaria *mappatura esterna* dell'Ordine.

7.1. La realtà è sotto gli occhi di tutti: da tempo alcune province europee, per portare avanti il loro ministero già sensibilmente diminuito, si avvalgono della collaborazione di confratelli provenienti dalla Polonia o da altri continenti. Senza questa opportunità, alcune province avrebbero dovuto già essere sopprese e/o assorbite da altre.

7.2. La sensibilità e l'attenzione verso la vita comune è in crescita, anche se spesso può risultare poco curata o semplicemente dettata dal bisogno di efficienza nel ministero.

7.3. La tematica formativa è particolarmente avvertita, con forti sottolineature per quanto riguarda la preparazione dei promotori vocazionali e dei formatori al fine di raggiungere una capacità selettiva e una efficacia formativa. Questo è un settore che meriterebbe maggior attenzione, anche in vista di forme di collaborazione che preludono alle unificazioni di province o delegazioni.

7.4. Le nuove forme di ministero in questi ultimi anni hanno ampliato l'orizzonte di realizzazione del nostro carisma, il quale resta il punto nevralgico

co e il criterio fondamentale per l'individuazione di aree privilegiate della nostra presenza.

7.5. Vi sono problematiche legate alla leadership che possono essere correlate sia alla preparazione generale dei candidati sia, ancora più, agli aspetti critici dell'animazione della vita fraterna.

7.6. Le difficoltà a carattere economico sembrano rallentare l'espansione delle regioni camilliane giovani, che giustamente aspirano ad una condizione strutturale di auto-sostenibilità. La ricerca di collaborazione interprovinciale non può essere motivata solo da convergenti interessi, per chiudere buchi: da una parte con l'immissione di risorse umane, e, dall'altra, con l'acquisizione di risorse finanziarie. Bisognerà approntare progetti a largo respiro miranti all'utilità formativa, ministeriale e/o finanziaria, per il bene dell'Ordine nella sua globalità.

Se dalla parte delle regioni camilliane emergenti c'è la necessità di migliorare la preparazione alla vita comune e la specializzazione nel ministero per fortificare la speranza, e se dall'altra parte, nelle regioni europee, c'è l'urgenza di rivitalizzare la propria presenza per rinfrancare la fiducia, i punti di incontro non sono così difficili da individuare!

**P. Vittorio Palieri**  
*per conto della Commissione*

# THE EUROPE PROJECT\*

## The External Map

### A READING OF THE ANSWERS TO THE QUESTIONNAIRE

### Introduction

I am not a technical expert as regards the reading and analysis of statistics and thus I will try to bring out constant notes and exceptions according to homogenous areas, that is to say, either of Europe (which is homogenous in the constant of ageing and the fall in vocations, with the exception of Poland) or of the other continents (which are homogenous in the young age of their members or in the consolidation/expansion of vocations, with the exception of Taiwan).

A couple of evident negative data should be emphasised: the first is that seven distinguished Camillian regions did not take part in the drawing up of the external map of the Europe project, as a result of which it is impossible to have a complete vision of the Order.

The second fact that conditions a reading of the questionnaire is that the compilation of some answers was not carried out with univocal systems or criteria. But the data that we possess can, however, enable us to have a good vision with a view to possible recommendations.

\* *The Europe Project*: we employ this definition while waiting for a new name to be given to the project.

Let us now examine the external map in line with the subjects and issues proposed by the questionnaire.

## 1. People

Some data do not agree: probably whereas some Provinces (Brazil, India and most of them) placed amongst the perpetually professed ‘all’ the religious of all ages, other Provinces (Lombardy-Veneto) indicated only the number of religious who had really engaged in a perpetual profession during the period indicated.

The calculation of the average age also seems in some cases to be contradictory (perhaps the calculation was mistaken?): India points to a very high average age for 2010 – 80.45 – but for the year 2015 it estimates an average of 39.5; the Province of Rome envisages between 2010 and 2015 a miraculous halving of the average age: from 64.97 to 30.4.

Apart from these ambiguities, the demographic trend emerges clearly: Europe is falling in numbers and growing in age (with the exception of Poland), whereas the young realities of Vice-Provinces and Delegations are increasing in number and in some cases (Kenya, Burkina Faso) envisage an average rejuvenation of their religious or a substantial consolidation (the Philippines, Colombia-Ecuador).

As regards the percentage of religious personnel directly involved in ministry, some Provinces invest very high percentages in it (the Philippines, India, Thailand...), and whatever the case more than 80% of the energies available. Other young realities such as Burkina, Kenya and Poland, which have a very low average age (young religious available) have respectively 66%, 56% and 42.14% of their religious directly involved in ministry (perhaps omitting those who work in seminars or having a significant number of perpetually professed who are still students). Other Provinces (Spain, Lombardy-Veneto, Piedmont), although they are aware that their average age is increasing, regard ministerial work as a field still to be privileged, thereby also channelling into it the availability of religious who are no longer young.

## 2. Communities

The phenomenon of ‘residences’ with one or two religious (except in Poland – 5 communities with less than 3 religious, a fact to be verified because they could be only residences) which usually engage in an isolated ministry with very tenuous links – at times only based on canonical member-

ship – in the community seems to have almost disappeared or at least to have been strongly reduced: we can read this fact as being an example of greater attention being paid to synergy between ministry and community life, or simply as the natural closure of certain ministerial presences *‘ad personam’* with the disappearance through ageing of the religious involved.

During the 10 years taken into consideration (2000-2010) for the sampling, the young Vice-Provinces and Delegations underwent a development – or at least did not go backwards – in the creation of new communities and in the parallel adoption of new commitments at the level of ministry or formation (the ‘phenomenon’ of Poland should be studied – it is clearly going against the trend of Europe which is generally in decline and increased its number of communities by 4, maintaining a high average of religious (5.05 religious for each community).

As regards the numerical composition of communities in general two opposing trends can be seen: a reduction in the number of communities with a consequent concentration (with a high average number of religious in each community) or an increase in the overall number of communities and a dilution of the religious. Probably this is the outcome of two contingent historical developments: Provinces with religious of an advanced age who require care are concentrated in institutions which require more adequate accompanying (in the case of Provinces with a higher average age, privileging the exercise of ministry by a community); Provinces with young religious tend to involve them in multiple fields of ministry, privileging ministerial attention being paid to the larger community organisation (there are various examples where the communities are near to the threshold of a minimum of 3 religious in each).

## 3. Ministerial presences

### 3.1. *Presences*

The field that catalyses most ministerial efforts remains – in line with the most consolidated tradition – chaplaincy, with a more important investment of religious above all in the European Provinces (Austria, Poland, Spain, Lombardy-Veneto).

The investment of human resources in the field of formation (*ad-extra* formation centres or *ad-intra* seminaries) brings out the commitment and the importance given to this neuralgic field in an almost uniform way by all the Provinces. Clearly, above all

in the regions which have a greater flourishing of vocations (Burkina Faso, the Philippines, Kenya, Thailand) the presence of religious in seminaries seems to be rightly conspicuous.

Activity in our works in some cases (Burkina Faso, Kenya) is even greater – almost total (Thailand) – than every other expression of ministry.

Parish ministry keeps its attraction as a field for evangelisation. The case of Poland is singular: with 21 religious, it achieves almost an *ex equo* with chaplaincy.

### **3.2. New forms of ministry over the last ten years**

Over the last ten years, almost throughout the Order, a greater response to the needs of health specific to our modern situation has developed with attention being paid to the needs of the ‘local’ areas: the choices as regards the ministerial field above all of the young Provinces-Delegations expresses a move towards fields that are different from those of the more traditional realities (forms of addiction, AIDS, marginalisation, the phenomenon of ‘old age’ and correlated questions, that is possible home assistance for example). Everything here is accompanied by a sensitivity to the field of formation so as to acquire specific expertise, which perhaps should be developed further.

### **3.3. Ministries to be privileged**

The emerging criterion to be applied for the identification of areas privileged by ministry is an increasingly adequate correspondence with our charism.

Formation as well – animation of the laity and volunteers is seen as an area to cultivate (an urgent needed emphasised above all by the European Provinces, perhaps also beginning with the marked fall in vocations).

## **4. Pastoral care as regards vocations and formation**

‘Concern’ about *pastoral care as regards vocations* emerges from the fact that all the Provinces have at least one person responsible for this sector (with the novelty of cooperation with lay people in this field of religious life as well, for example Spain, Mexico, Kenya, Taiwan, Colombia)

As regards the sector of *formation*, the investment of human resources is substantially directly proportionate to the number of people receiving formation. In this field as well the difference be-

tween Europe and the rest of the world (Africa, Asia and Latin America) is notable (unfortunately we do not have data on some important local realities: India, Peru, Benin, Brazil, Sicily-Naples).

As regards the quality of the training of those responsible for formation a rather irregular and non-homogenous dimension emerges: in some cases general or developed in the field, in other cases drawn upon *in loco*, in others with a strong psycho-pedagogic meaning...Perhaps this is a sector that would merit greater attention, with a view to increasingly greater unification and cooperation as well.

## **5. Governance of Provinces. Problems and difficulties**

For all the subsequent fields as well there is a lack of feedback from certain ‘weighty’ local realities: India, Peru, Benin, Brazil, Sicily-Naples, which would certainly allow a more accurate reading of the data and one that responds to reality.

### **5.1. At an institutional level**

The promotion and the animation of vocations is the most perceived difficulty above all in the case of the European Provinces, which have been affected by a collapse in the number of their religious.

Community animation, fraternal life, and the taking on of roles of responsibility are aspects which are equally seen as problematic.

### **5.2. At a ministerial level**

Difficulties in acquiring greater professional skills in expertise.

Difficulties in maintaining certain ministerial services which are not paid enough (above all chaplaincies).

Difficulties in community animation (elderly religious, individualism, a multi-ethnic/linguistic co-presence (Taiwan, Rome).

### **5.3. At the level of formation**

Shared criteria for the promotion of vocations and for the discernment of candidates, together with the need for the adequate formation of those providing formation are the most urgent necessities, above all for the Youngest provinces where there are still good prospects for the ‘recruitment’ of young people (Asia, Africa). But also in the case of the oldest Provinces there can be the risk of a lack of selection for the opposite reasons.

#### 5.4. *At the level of economic management / autonomy*

All the young Provinces aspire, albeit with difficulties, to the achievement of an effective economic autonomy and to the real financial sustainability of works already underway (in particular for houses of formation).

The European Provinces, instead, are involved in new projects that aim at the review and revision of the traditional administration above all of 'our works' with a view to a new formula for management ('Foundations' or 'entrusting to third parties') of works that they themselves own.

### 6. Looking to the future with realism and hope. Within 10 years, predictions about:

#### 6.1. *Governance / animation*

Except in a few cases where there is reticence in taking on roles of responsibility, there are good prospects for the filling of posts of governance with reliable human resources but ones that need training.

#### 6.2. *Ministerial presences*

Whereas some European Provinces already have before them a decrease in their ministerial presence (chaplaincies), renewing, however, the wish to cooperate with the laity, in other geographical areas diversified ministerial openings are planned and ones specialised in the sector of health and health care.

#### 6.3. *Activities involving formation*

Intensification of the quality of the formation of those providing formation and the discernment of candidates (young Provinces of the Order).

Qualifying the professional training and the ongoing formation of religious.

#### 6.4. *Economic resources*

Religious Provinces also feel the effects of the current international economic situation: this is read by some as a providential opportunity to lead our lifestyle back to sobriety, by others as an opportunity to aim at projects that create economic self-sufficiency.

### 7. Conclusion

One could ask: what, then, are the observations that emerge from this albeit partial but majority external mapping of the Order?

7.1. Reality is in front of everyone's eyes: for some time some the European Provinces, in or-

der to engage in their ministry which has already notably diminished, have taken advantage of the cooperation of brothers either from Poland or from other continents. If this opportunity did not exist, because of the rhythm of ageing not compensated for by new recruits, some Provinces would have already had to be closed and/or absorbed by others.

7.2. Sensitivity to the common life is growing even though it is often not much attended to or simply engaged in to achieve the efficiency of ministry.

7.3. The subject of formation is especially felt with strong emphasis as regards the training of the promoters of vocations and people providing formation in order to achieve a selective capacity and quality at the level of formation. This is a sector that would deserve greater attention, with a view to forms of cooperation that could begin the path to unification as well.

7.4. New forms of ministry in recent years have expanded the horizon of the realisation of our charism, which remains the neuralgic point and fundamental criterion for the identification of privileged areas of our presence.

7.5. There are questions and issues connected with leadership that can be correlated both with the general preparation of candidates and with special aspects of the animation of fraternal life.

7.6. Difficulties of an economic character seem to slow down the development of young Camillian regions, which rightly aspire to a condition of real self-sustainability. The search for cooperation between Provinces cannot only be to fill in holes through the injection of human resources, on the one hand, or, on the other hand, through the retrieval of financial resources. It will be necessary to draw up projects selected for their utility at the level of formation, ministry and/or finance for the good of the Order seen in its totality.

If on the part of the emerging Camillian regions there is a need to improve preparation/specialisation as regards the common life and ministry in order to fortify hope, and on the other hand, in the European regions, there is an urgent need to revitalise presence so as to strengthen confidence, the points of encounter are not so difficult to identify!

**P. Vittorio Paleari**  
*on the part of the Commission*

## **“Variazioni” sulla Lettera Testamento**

**C**arissimi tutti della Famiglia Camilliana Laica,

desidero condividere con voi qualche riflessione, particolarmente per riprendere il tema dell'incontro della “**Grande famiglia di San Camillo**” che si è svolto ad Ariccia, nel maggio scorso, al quale hanno partecipato la commissione centrale e gruppi di laici della FCL provenienti da diversi paesi.

L'incontro ha avuto come tema conduttore la conoscenza, per molti, o la riscoperta del “**testamento**” di San Camillo. Il testamento raccoglie il pensiero, gli insegnamenti, le raccomandazioni, lo stile di vita e le benedizioni che Camillo, sentendo avvicinarsi la morte, ha voluto lasciare ai suoi religiosi. Il suo sguardo non era rivolto solamente ai presenti, ma si proiettava sul futuro; si rivolge, infatti, con questo testo, a tutti coloro che nel futuro avrebbero seguito Gesù misericordioso, nella “**santa vocazione**” come egli la chiama, nell'Ordine da lui fondato.

Così, le parole di Camillo sono “*vive ed attuali*” anche oggi, per noi. Ci dicono come l'Amore di Dio trasforma la vita di una persona, la rende coraggiosa testimone nel servizio e nella dedizione totale.

Per noi, significa essere attenti, disponibili, solidali, con generosità e coraggio, nel servizio verso gli infermi, in particolare verso i più poveri e bisognosi, secondo l'insegnamento di San Camillo.

Perché la testimonianza di San Camillo, la sua fede, la misericordia vissuta con tenerezza verso ogni sofferente continua ancora oggi attraverso la vita e la testimonianza di quanti seguono il suo esempio, cercando di consolare quanti sono nel pianto, alleviare la solitudine e l'angoscia di un malato, servire anche nei servizi più umili i malati più poveri e abbandonati.

Dal testamento di San Camillo colgo e condivido con voi una sottolineatura che ritengo importante anche per noi, laici della FCL:

La raccomandazione che rivolge di “**non prendersi mai cura soltanto dell'assistenza spirituale senza l'assistenza corporale**”: lo sento un punto che anche noi possiamo e dobbiamo cogliere, e cercare di vivere quotidianamente. Anzi, per noi laici, è un aspetto importante da coltivare se vogliamo vivere la nostra vocazione. E' infatti segno di una vicinanza a “tutta” la realtà di sofferenza della persona.

Penso alla situazione che vivono i malati, quasi ovunque; nella maggior parte del mondo i malati hanno difficile accesso alle cure, o assoluta impossibilità di riceverle per mancanza di mezzi economici soprattutto, ma anche di operatori preparati e di strutture adeguate; i bambini e le mamme in particolare soffrono di queste carenze; nei paesi occidentali, dove certamente la situazione è migliore, possiamo trovare comunque diversi problemi nel mondo della salute, e accedere alle cure da parte di persone disagiate è talvolta difficile, il rispetto della dignità di ogni persona non è un fatto compiuto, la situazione degli anziani è troppo spesso di solitudine, di abbandono ...

Tocchiamo anche oggi quello che Gesù disse ai discepoli: “*I poveri li avrete sempre con voi ...*” a ricordarci che, discepoli del Signore, dobbiamo sempre essere attenti e disponibili ad ascoltare, accogliere, servire i poveri. Aver cura di loro. E tra i poveri, i malati sono certamente coloro che soffrono maggiormente.

Ricordiamoci dunque le parole di Camillo, non per privilegiare un aspetto della vita trascurando l'altro, ma per lavorare e procedere avendo sempre presente il servizio alla persona nella sua globalità di bisogni, spirituali e corporali!

Carissimi, abbiamo festeggiato, nelle diverse comunità, il 14 luglio la Festa di San Camillo. Anche queste feste sono occasione per alimentare la vita, per incoraggiarci reciprocamente!

Il convegno del maggio scorso ad Ariccia aveva, tra gli altri, lo scopo di informare, progettare, raccolgere idee dalle diverse persone, per prepararci a



celebrare in modo adeguato il 400° anniversario della morte di San Camillo, che sarà nel 2014; il desiderio di dare rilevanza all'avvenimento nasce:

- dall'amore per San Camillo;
- dalla devozione verso il santo dei malati e degli operatori sanitari;
- dalla rilevanza che assume, nel mondo della salute, San Camillo, quale “iniziatore” di una nuova scuola di carità verso i malati;
- dall'opportunità di far conoscere anche ad altre persone, il carisma e la spiritualità di San Camillo;
- dal desiderio di approfondire e far crescere la collaborazione e la comunione nella “Grande Famiglia di San Camillo”.

Non mi dilingo qui a descrivere le diverse iniziative che, a partire dalla Consulta generale, verranno realizzate. L'apertura di questo anno straordinario avverrà il **14 luglio 2013**, per concludersi **l'anno successivo**.

Vi saranno pubblicazioni, mostre, convegni, celebrazioni, preparazione di audiovisivi, ecc.

Chiediamoci come possiamo, anche noi, pensare a questo anno straordinario; cosa possiamo pensare e progettare per viverlo bene; nei nostri gruppi, a livello locale, come associazione FCL siamo invitati, ancor più direi, **impegnati** per preparare e celebrare quest'anno straordinario. Non solo per fare festa, ma per vivere e rivivificare le motivazioni originarie cui abbiamo attinto durante il convegno del maggio scorso in vista del 400° anniversario della morte di San Camillo.

Come possiamo far conoscere e amare questo grande santo? Anche nei nostri gruppi, come viviamo secondo il suo esempio? È un impegno rivolto a tutti e a ciascuno di noi, per “dire” la nostra devozione a questo grande Santo, questo **“Gigante della Carità”** come è invocato da noi e dai malati.

Nel nostro Statuto, è sottolineata l'importanza della **“formazione”**: sappiamo quanto è vera questa affermazione! Anche se non sempre è facile, dobbiamo davvero, se vogliamo vivere generosamente, alimentare e coltivare la nostra formazione, attraverso gli incontri di gruppo, l'approfondimento della Parola di Dio, la preghiera personale e comunitaria, la partecipazione all'Eucarestia, il servizio ai malati. La formazione è certamente un impegno, forse talvolta gravoso, ma è fondamentale che continuiamo ad alimentarci alla sorgente che è la Parola di Dio e alla preghiera, per riuscire ad andare verso gli altri, anche quando questo ci chiede qualche sacrificio.

L'anno liturgico, nella saggezza della Chiesa, ci fa vivere diversi tempi, feste, memorie, proprio per “ricordarci di ravvivare” il dono di Dio che è in noi; così, anche se siamo ancora in estate (almeno qui in occidente), prepariamoci alla celebrazione di una festa che vivremo nel mese di novembre: **la festa della Madonna della Salute**, una solennità molto cara al mondo camilliano.

Pochi giorni dopo inizierà il tempo liturgico di Avvento, un tempo forte da vivere in comunione con tutta la Chiesa che si prepara a vivere il mistero dell'Incarnazione del Signore Gesù.

Auguro a ciascuno della FCL di vivere bene ogni sua giornata, nella riconoscenza al Signore per la vocazione ricevuta, coltivando insieme al proprio gruppo la gioia di appartenere a questa “grande famiglia” nata dall'amore di San Camillo!

Un saluto particolare, e grazie di cuore ai religiosi camilliani Assistenti spirituali della FCL che accompagnano, sostengono e partecipano al nostro cammino.

**Rosabianca Carpene**

Presidente FCL

Verona, 15 settembre 2011

# 'Variations' on the *Testamentary Letter*

**D**earest Members of the Lay Camillian Family

I would like to share some reflections with you and in particular to return to the theme of the meeting of the '*Great Family of St. Camillus*' which took place in Ariccia last May, a meeting in which the central committee and lay groups of the LCF from various countries took part.

The leading theme of this meeting was knowing about (in the case of many), or the rediscovery of, the 'testament' of St. Camillus. This testament brings together the thinking, the teachings, the recommendations, the style of life and the blessings which Camillus, when he felt that he was drawing near to death, wanted to leave to his religious. His gaze was not directed solely to those present but was also directed towards the future. Indeed, in this testament he addressed himself to all those who in the future would follow the merciful Jesus, in a '*holy vocation*' as he called it, within the Order that he himself had founded.

Thus the words of Camillus are 'living and contemporary' for us today as well. They tell us how the Love of God transforms the life of a person and makes him or her a courageous witness in service and total dedication.

For us this means to be attentive, ready to help, supportive, with generosity and courage, in service to the sick, in particular towards the poorest and the most in need, according to the teaching of St. Camillus.

Because the witness of St. Camillus, his faith, his mercy experienced with tenderness towards every suffering individual, still continues today through the lives and witness of those who follow his example, trying to comfort those people who weep, alleviating the loneliness and the worry of the sick, serving the poorest and most abandoned sick people in the humblest services as well.

From the testament of St. Camillus I will take and share with you an emphasis that I believe to be important for us as well – the lay people of the Lay Camillian Family:

The recommendation that he makes '*never to attend solely to spiritual assistance without corporeal assistance*'. I feel that this is a point that we, too, can and must take on board and try to live every day. Indeed, for lay people such as ourselves this is an important aspect to cultivate if we want to live our vocation. Indeed, it is sign of nearness to 'all' the reality of suffering of a person.

I am thinking of the situations experienced by sick people almost everywhere; in most of the world sick people have difficult access to care and treatment or it is absolutely impossible for them to receive such care and treatment because, first and foremost, of a lack of economic means, but also because of a lack of trained workers and suitable institutions; children and mothers, in particular, suffer from these shortages. In Western countries, where the situation is certainly better, we can, however, encounter various problems in the world of health and health care: at times it is difficult for disadvantaged people to have access to care and treatment; respect for the dignity of every person is not a established fact; the situation of elderly people is far too often one of loneliness, of being abandoned...

Today, as well, we touch upon what Jesus said to his disciples, "The poor will always be with you...", to remind us that as disciples of the Lord we must always be attentive and ready to listen, to welcome, and to serve the poor. To care for them. And amongst the poor the sick are certainly those who suffer the most.

Let us therefore remember the words of Camillus, not to privilege one aspect of life and neglect others but to work and go forward always bearing in mind service to the person in the totality of his or her spiritual and corporeal needs!

Dearest friends, in various communities we celebrated on 14 July the *Feast of St. Camillus*. These feasts, too, are an opportunity to nourish life, to encourage each other!

The meeting of last May in Ariccia had amongst other things the aim of informing, planning and bringing together ideas from various people in or-



der to prepare ourselves to celebrate in a suitable way the four hundredth anniversary of the death of St. Camillus which will take place on the year 2014. The wish to give relevance to this event comes from: love for St. Camillus; devotion to the Saint of the sick and health-care workers; the relevance that Camillus has in the world of health and health care as an 'initiator' of a new school of charity towards the sick; the advisability of making the charism and the spirituality of St. Camillus known about to other people; and a wish to deepen and extend cooperation and communion within the 'Great Family of St. Camillus'.

I will not dwell here on describing the various initiatives which, starting with the General Council, will be engaged in. The opening of this extraordinary year will take place on *14 July 2013 and will come to an end the following year*.

There will be publications, exhibitions, conferences, celebrations, the production of audio-visual material, etc.

Let us ask ourselves how we, too, can think about this extraordinary year; what we can think of and plan so as to live it well. In our groups, at a local level, as the LCF association we are invited to prepare for and celebrate, even more I would say we are *committed* to preparing for and celebrating, this extraordinary year. Not only to be festive but to live and revivify the original motivations on which we drew during the meeting of last May looking forward to the four hundredth anniversary of the death of St. Camillus.

How can we make this great saint known about and loved? In our groups as well, how can live following his example? This is a commitment addressed to all of us and to each one of us, so as to 'affirm' our devotion to this great Saint, this '*Giant of Charity*', as he is invoked by us and by sick people.

The importance of '*formation*' is emphasised in our statutes: we know how true this is! Even though it is not always easy, we must, if we want to live generously, really nourish and cultivate our formation through group meetings, exploration of the Word of God, personal and community prayer, participation in the Eucharist, and service to the sick. Formation is certainly a commitment that is, at times, perhaps, heavy, but it is of fundamental importance that we continue to nourish ourselves at that spring – the Word of God – and through prayer, so that we can manage to go towards other people, even when this requires some sacrifices from us.

The liturgical year, in the wisdom of the Church, makes us live different periods, feasts and memorials, specifically to 'remind us to revive' the gift of God that is in us; thus, even though it is still summer (at least here in the West), let us prepare ourselves for the celebration of a feast that we will live during the month of November – *the feast of Our Lady of Health*, a solemnity that is held dear by the Camillian world.

A few days afterwards the liturgical period of Advent will begin, a strong period to be lived in communion with the whole of the Church as she prepares to live the mystery of the Incarnation of the Lord Jesus.

I hope that each member of the LCF will live every day well, being grateful to the Lord for the vocation that has been received, cultivating together with his or her group the joy of belonging to this 'great family' which arose from the love of St. Camillus!

Special greetings and heartfelt thanks to those Camillian religious who are spiritual assistants to the LCF and accompany, support and share in our journey.

**Rosabianca Carpene**  
*President of the LCF*

Verona, 15 September 2011

# Al via le solenni celebrazioni

Come ricorderete, nello scorso numero di "Camilliani" abbiamo riportato l'interessante intervento di Pére Thierry de Rodellec du Porzic all'Incontro della Grande Famiglia di S. Camillo ad Ariccia, dal titolo "Il testamento di S. Camillo si apre all'avvenire". Mai questo argomento è stato così attuale come ora, mentre ci apprestiamo ad iniziare ufficialmente le Celebrazioni per il Quarto Centenario, che come è noto cadrà nel luglio 2014, e a preparare i nostri animi alla riflessione sulla portata del Carisma camilliano e sul nostro impegno quotidiano nel mondo.

Anche se la data sembra lontana, i tempi della comunicazione sono però molto più serrati e organizzare le iniziative collegate, da qui al 2014, richiede impegno e coordinamento.

Da questo numero, quindi, "Camilliani / Camilians" vuole aprire una finestra fissa su questo evento così importante e coinvolgente, in cui ricordiamo il Dono che abbiamo ricevuto dalla persona e dalla vita di S. Camillo di testimoniare l'amore misericordioso di Cristo per i malati e gli infermi.

## Ecco dunque i primi, importanti, aggiornamenti

Innanzitutto si è già costituito un Comitato per la promozione delle attività Quarto Centenario, nominato dalla Consulta. Ne fanno parte Fratel Luca Perletti, Padre Carlo Vanzo, Padre Dietmar Weber, Floriana Taurelli, Gianni Profita.

La costituzione di un ufficio di comunicazione con sede all'interno della Casa Generalizia a Piazza della Maddalena a Roma è uno dei primi risultati del lavoro del Comitato. L'ufficio è già impegnato a pieno ritmo. Si sta definendo il logo che accompagnerà tutte le comunicazioni collegate alle Celebrazioni: come dire un simbolo unico per un progetto unico, in tutti i sensi.

A breve, forse già quando starete leggendo queste pagine, sarà online un portale web dedicato, che presenterà in modo completo e organico tutte le iniziative e gli eventi collegati al Quarto Centenario. Inoltre, servirà come punto di raccolta per le idee, i progetti, le azioni messe in cantiere e realizzate localmente.

La vostra collaborazione, in questa area, è essenziale e ci aspettiamo una comunicazione

sempre aperta. Allo scopo, Fr. Luca ha inviato una nota a tutti i Superiori maggiori. Oltre al Comitato centrale, è anche partita l'attività di una Commissione incaricata di preparare sussidi che, tradotti nelle varie lingue, serviranno per approfondire la conoscenza storica, la spiritualità, l'ambiente geografico di Camillo de Lellis e per la animazione liturgica di novene, ritiri, veglie o quant'altro.

Ma non è tutto. Si sta delineando un programma davvero fitto di appuntamenti che interesseranno diversi ambiti, dall'arte all'editoria, dagli eventi religiosi ad opere di restauro. Le date sono in via di definizione e ve ne daremo notizia appena verranno confermate, ma alcune iniziative sono già state individuate e altre sono già in fase operativa.

Opere artistiche e materiale storico d'archivio verranno presentate al grande pubblico durante una mostra evento multimediale a Roma, nella primavera-estate del prossimo anno.

Nel frattempo si stanno anche organizzando le tappe della peregrinazione della Reliquia del Cuore, che nel maggio 2012 sarà in Germania, per poi arrivare in Brasile e in altre località in Italia e nel mondo. Saranno inoltre avviati quanto prima i restauri di alcuni ambienti della Maddalena, tra cui la Cappella della Tomba e il Cubiculum, oltre al recupero di quadri ed opere artistiche che hanno per soggetto episodi della vita di Camillo.

Molto fervida anche l'attività editoriale, con parecchie iniziative. La prima è una storia delle Province Camilliane in 8 volumi, di cui i primi due sono già stampati e pubblicati. Ultimo, ma non ultimo, il libro-reportage del fotografo Guillermo Luna, una raccolta di splendide e suggestive immagini che raccontano la presenza dei Camilliani nel mondo.

Per questa fine del 2011 è tutto, anche se ogni giorni si avviano nuovi progetti collegati alle Celebrazioni. Per altri aggiornamenti vi diamo appuntamento al prossimo numero, mentre aspettiamo il vostro prezioso contributo: scrivete alla nostra redazione i vostri suggerimenti e le vostre impressioni.

# Solemn Celebrations at the start

**A**s you remember in the latest issue of "Camillians" we gave account of the interesting speech of Père Thierry de Rodellec du Porzic entitled "St. Camillus' Testament opens to the future", which he held during the Meeting of the Great Family of St. Camillus in Ariccia. This subject has never been more up-to-date than now, while we are getting ready to officially begin the celebrations for the Fourth Centenary which as you all know falls in July 2014, and while we are getting ready to prepare our minds on reflecting about the extent of the Camillian charism and about our daily efforts throughout the world.

Even though it feels like it is a long time from now, communications timings are a lot faster and it takes commitment and coordination to organize the related initiatives from now on until 2014.

Therefore beginning with the current issue "Camillians" intends to open a regular window on this very important and all-involving event, during which we remind ourselves of the Gift of testifying the merciful love of Christ for the sick which we received from the person and the life of St. Camillus.

## Here are the first important updates

First of all a Committee for the Promotion of the Activities of the Fourth Centenary was appointed by the Consulta. The members of the Committee are Brother Luca Perletti, Father Carlo Vanzo, Father Dietmar Weber, Floriana Taurelli, Gianni Profita.

The establishment of a communication office located inside the General House in Piazza della Maddalena in Rome is one of the first results of the work of the Committee. The office is already working full time, they are defining the logo that will go with all of the news releases connected to the Celebrations: you could say, one unique symbol for one unique event, in every way.

Shortly, maybe even while you're reading these pages, there will be online a dedicated web portal which will introduce the events connected to the Fourth Centenary organically and in full. Moreover the site will be a collection point for locally put in the pipeline and realized ideas, projects and efforts.

Your collaboration on this matter is essential and we expect an on-going communication. For this matter Brother Luca sent a note to all the major Superiors. Besides the central Committee, a Commission started working on preparing aids translated into the various languages, aids which will be useful to deepen the historical knowledge, the spirituality, the geographical environment of Camillo de Lellis, and on taking care of liturgical novenas, retreats, wakings and everything else.

But that's not all there is. A program packed with appointments concerning diverse fields, from art to publishing, from religious events to restorations, is taking shape. The dates are being defined and we will inform you as soon as they are confirmed, yet some initiatives have already been specified and other are already in the operational phase.

Works of art and historical archival materials will be introduced to the general public during a multimedia event-exhibit in Rome during the springtime-summer of next year.

In the meantime the different legs of the peregrination of the Relic of the Heart are being organized; it will be in Germany in May 2012, then it will go to Brasil and then to other locations in Italy and in the rest of the world. The restorations of some rooms of the Maddalena will begin as soon as possible, amongst which the Chapel of the Grave and the Cubiculum, besides recovering and restoring paintings and works of art that carry as a subject moments in the life of St. Camillus.

Even more, the publishing activity is fervid and it involves many initiatives. The first one is a history of the Camillian Provinces in 8 volumes, two of which have already been printed and published. Last but not least the reportage-book by the photographer Guillermo Luna, a collection of wonderful and evocative pictures that tell of the presence of the Camilians throughout the world.

As of this end of 2011 this is all, even though every day new projects linked with the Celebrations start. For more updates don't miss our next issue, in the meantime we wait for your precious contributions: please write our editorial office your pieces of advice and your suggestions.

# Un dono speciale per il 400° anniversario della morte di San Camillo

*Prendendo in considerazione le molteplici e differenti idee e progetti per celebrare in una forma degna ed appropriata il 400° anniversario della morte del nostro fondatore San Camillo de Lellis, l'idea che segue vuole essere un segno espressivo ed allo stesso tempo pieno di significato, insomma un gesto concreto. Con questo in mente vorrei presentare i seguenti pensieri. - P. Dietmar Weber MI*

Noi Camilliani guardiamo al 400° anniversario della morte di San Camillo (14 luglio 2014) con grande gioia. La sua vita apostolica e le sue azioni sono state uno straordinario dono di Dio al nostro mondo, in particolar modo al mondo dei malati. Noi, figli di questo grande santo della carità lo ricordiamo, siamo pieni di devozione e grati al Signore, che ci ha chiamato a quello stesso servizio compiuto da San Camillo in maniera esemplare.

Non è forse un segno appropriato del nostro sentimento di ringraziamento, se l'Ordine – in occasione del 400° anniversario della morte del padre e fondatore - esprime la propria riconoscenza sotto forma di un dono speciale, un dono che simboleggia quello che San Camillo aveva in mente, così da fare onore al nostro fondatore?

Guardando indietro nella vita e nelle opere del nostro fondatore, possiamo ammirare l'unicità del suo servizio per i sofferenti e gli ammalati, il suo contributo alla sanità, prendendo come esempio il suo impegno in favore dei poveri e degli ammalati e cercare di seguirlo nella diffusione del suo apostolato come suoi "servitori degli infermi" in ogni luogo.

L'Ordine "parte viva della Chiesa, ha ricevuto da Dio, tramite il Fondatore San Camillo, il dono di testimoniare al mondo l'amore sempre presente di Cristo verso gli infermi" (C Art. 1). San Camillo nella sua opera è stato mosso dall'esempio di Gesù Cristo, "che percorreva tutte le città e villaggi ... proclamando il vangelo del re e sanando ogni malattia e infermità" (Mt 9,35). San Camillo ha realizzato la chiamata di Gesù: "Curate i malati ... e dite loro: il Regno di Dio è vicino" (Lc 10,9).

San Camillo ha dedicato se stesso ai poveri e agli ammalati, con un cuore amorevole e compassione, "come una madre si prenderebbe cura dell'unico figlio malato"; ha dato grande attenzione ai "segni del tempo" e si è sforzato di prendersi cura dei malati che incontrava, dei loro bisogni corporali e spirituali, di mostrare loro l'amore misericordioso del Signore, dando loro tutto l'amore possibile e senza limiti.

## I. Una breve recensione

### Servizi per i malati all'epoca di San Camillo

Sebbene all'epoca di San Camillo esistesse una sorta di cura dei malati fatta da istituzioni ecclesiastiche, l'instancabile dedizione di San Camillo mostra che tutte le cure pubbliche erano semplicemente insufficienti. Camillo lo sperimentò gravemente durante la sua esperienza come paziente nell'ospedale di San Giacomo. Passo dopo passo ha scoperto che non c'era pressoché alcun amore né dedizione al malato. Soprattutto i pazienti poveri e incurabili hanno dovuto affidarsi alla scarsa attenzione fornita da "infermieri". Per i malati, scottati da un duro destino, la cura appropriata del corpo malato nonché un incoraggiamento ed una guarigione pastorale per l'anima ferita erano quasi inesistenti.

### Linee guida per la sanità

San Camillo non si limitò solo all'assistenza dei ammalati, anche se questa fu per lui molto importante e prioritaria. La ricchezza delle sue idee e la sua passione lo hanno spinto a realizzare adeguate cure per i poveri, le persone sofferenti

e i malati e ad inserire aiuti e di migliorie per il loro benessere. Non è rimasto alla teoria, ma ha formulato regole semplici e efficaci, che avrebbero potuto rendere migliore la situazione dei malati. Conosciamo l'esempio in cui Camillo insegnava ai suoi confratelli su come preparare il letto per i malati in modo appropriato.

Nel suo servizio come amministratore dell'ospedale San Giacomo (1579 - 1584 Maestro di Casa) gli è stato possibile influenzare in maniera pratica il sistema sanitario del suo tempo ed attuare le sue idee di una cura più appropriata per i malati. Così, guardando indietro nel tempo, vediamo in lui un riformatore del sistema sanitario. Basti pensare alla riunione settimanale con gli "infermieri" ed altro personale sanitario sui i bisogni dei malati, per prenderlo come l'iniziatore delle "riunioni del personale", così comuni oggi negli ospedali.

#### **Assistenza ai poveri e agli ammalati**

Significativa per Camillo è stata la sua lungimiranza. Dedicò se stesso prima di tutto ai malati, incontrandoli personalmente in ospedale, così da essere intensamente consapevole della loro sofferenza; li ha incontrati accidentalmente sulla sua strada così come nelle loro case, per lo più privi delle adeguate cure corporali e spirituali.

Ha inoltre compreso il rapporto tra povertà e malattia in modo unico ed intenso. Era consapevole dei poveri, delle condizioni di vita poco igieniche e malsane che quasi inevitabilmente portavano la gente alla malattia, che all'epoca si manifestava facilmente attraverso mortali epidemie. In queste circostanze, Camillo era attivo (come a Napoli nel 1591-1592 o nel 1600 a Nola), praticando cure immediate, ma anche mettendo in moto ed organizzando ogni tipo di supporto necessario.

Un esempio ben noto della sua consapevolezza ed attenzione in situazioni estreme di calamità fu' l'inondazione del Tevere del 1598. Sappiamo che San Camillo ed i suoi confratelli, senza nessuna esitazione, iniziarono ad aiutare i malati, senza alcuna attenzione a loro stessi, trasferendoli in posti sicuri.

#### **Cura per la diffusione dell'apostolato dei servitori dei malati**

Poco dopo la fondazione dei "Ministri degli Infermi" Camillo si trovò di fronte a richieste che chiedevano la presenza dei suoi confratelli per il miglioramento della situazione dei malati o come supporto nelle calamità. Nel 1586 iniziò a raccolgere informazioni per poter istituire una fondazione a Napoli.

Anche se questo primo tentativo non ebbe successo e Camillo in un primo momento cercò di consolidare la sua comunità religiosa fino alla costituzione formale come Ordine, rimase disponibile per la richiesta di inviare i suoi "Ministri degli Inferni" in più posti.

La crescita in numero della sua comunità, incoraggiò Camillo a scaglionare i suoi compagni oltre i confini di Roma e della regione vicina. Consapevole dei molti appelli, si mosse in Italia per esaminare le esigenze nei luoghi interessati e per rafforzare le nuove comunità nel loro apostolato. Tramite queste attività, la comunità dei servitori dei malati raggiunse un profilo più forte, ed allo stesso tempo fu possibile per Camillo diffondere il suo zelo per i malati.

## **II. Conseguenze**

Gli aspetti brevemente riassunti sull'operato di San Camillo (l'assistenza agli ammalati, il contributo apportato al sistema sanitario, l'attenzione ai poveri e agli ammalati, l'impegno per la diffusione dell'apostolato), sono ancora oggi le caratteristiche dell'apostolato Camilliano e ne determinano la fedeltà alla ispirazione del fondatore.

Nel campo delle situazioni di bisogno e di sofferenza e nelle iniziative a favore delle persone malate, i Camilliani – ancora oggi – svolgono il loro apostolato in maniera esemplare, concreta ed utile.

I Camilliani hanno sempre compiuto con fantasia il loro peculiare servizio negli ospedali pubblici e nelle strutture dell'Ordine e, con grande zelo, hanno scoperto nuovi campi di emarginazione, di solitudine e di abbandono (anziani, portatori di handicap, tossicodipendenti o alcolizzati, pazienti affetti da HIV, AIDS, orfani). Allo stesso tempo i Camilliani hanno attivamente curato la formazione e con atti pratici hanno trasmesso lo spirito di San Camillo a quanti si prendono cura dei sofferenti e malati (in scuole per infermieri, centri di formazione nei diversi settori della sanità, attraverso le loro università e nei centri di pastorale).

Attualmente i Camilliani hanno concentrato una particolare attenzione alle vittime di disastri e calamità. Sono andati a portare aiuto a coloro che nella loro esistenza si sono trovati a soffrire in maniera inaspettata e repentina, vittime di eventi naturali imprevedibili (tsunami, terremoti, inondazioni). In questi casi i Camilliani seguono l'esempio di San Camillo, che non ha esitato ad agire per ogni persona, qualsiasi sia stata la causa del danno. I Camilliani hanno dato vita alla Camillian Task Force, un gruppo di intervento rapido, che non si ferma al-

le "considerazioni", ma che aiuta in un vero spirito camilliano. Sulla base dello spirito di San Camillo, questo gruppo collabora con tutti gli uomini di buona volontà e applica ciò che Camillo sostanzialmente praticò a suo tempo.

### III. Il nostro ringraziamento:

#### Un regalo per il nostro padre e fondatore: la Camillian Task Force

Una sfida per i Camilliani di oggi - dare una base solida e comune di tutti i Camilliani alla Camillian Task Force! Non sarebbe un segno speciale di riconoscenza, della fede al suo insegnamento ed un esempio di amore al padre e fondatore delle convinzioni camilliane mettere in pratica un accento speciale sul proprio del ministero camilliano, l'amore e il servizio? Non sarebbe un segno di vita, di devozione e di amore verso San Camillo, in occasione del 400° anniversario della sua morte, se tutte le Province e Delegazioni fossero pronte ad assicurare le attività della Camillian Task Force attraverso un contributo materiale considerevole e visibile alla stessa?

Non sarebbe "un segno del nostro tempo", se i Camilliani con tutta l'umiltà e secondo le possi-

bilità offerte si mettessero nel folto gruppo di collaboratori delle organizzazioni umanitarie e venissero supportati da tanti benefattori per aiutare persone in difficoltà?

Un modo pratico per fare un tale dono al nostro padre e fondatore, potrebbe essere quello di avviare un fondo fiduciario con un capitale di base, in modo che la Camillian Task Force possa avere annualmente un budget a disposizione e sicuro da utilizzare in caso di necessità. Sicuramente l'aumento del fondo di fiducia (capitale di base) grazie alle donazioni e a ulteriori donazioni di carità dovrebbe essere un impegno zelante dei Camilliani. Fatto con una promozione seria ed efficiente, possiamo essere sicuri che molti amici dell'Ordine sarebbero disposti a sostenere questo specifico ufficio dell'Ordine che testimonia il sostegno Camilliano alle vittime di disastri e calamità.

Un tale "dono" per quanto riguarda le diverse celebrazioni del 400° anniversario della morte di San Camillo sarà sicuramente benedetto dal nostro fondatore e sarà anche un grande segno dell'amore camilliano verso i bisognosi ed i poveri in condizioni di vita estremamente difficili.

P. Dietmar Weber

## A special gift for the 400<sup>th</sup> anniversary of the death of St. Camillus

*Taking into consideration the many and different ideas and plans to celebrate in a worthy and appropriate form the 400th anniversary of the death of our founder St. Camillus de Lellis, the following ideas are raised to express our gratitude not only by solemn ceremonies, or serious activities on different levels but also by a significant and meaningful concrete sign. I would like to present the following thoughts. - Fr. Dietmar Weber MI*

**W**ith great joy, we, the Camilians are looking forward to the 400th anniversary of the death of St. Camillus on July 14, 2014. His apostolic life and deeds has been a unique gift of the Lord to our world, specially in the world of the sick. We, the sons of this great saint of charity remembering him, are full of devotion and grateful-

ness to the Lord, that he has called us in the service, which St. Camillus performed in an exemplary manner.

Is it not an appropriate sign of our feeling of gratitude, if the Order on the occasion of the 400th anniversary of the death of her father and founder will express the gratefulness of her sons through a

special gift, a gift which symbolizes what St. Camillus had in mind and witnessed which will bring great honor to him.

Looking back in the life and witnessing of our founder, we admired the uniqueness of his service to the suffering and the sick; his teachings on healthcare; his engagement with the poor and the sick and his strong desire of reaching out and caring all those who are suffering through the “Servants of the Sick” not only in Rome but in other regions.

As a “living member of the Church (the Order) has received from the Lord the through St. Camillus, the gift of witnessing in the world the ever present love of Christ towards the sick.” (Const. Art 1.). St. Camillus in his service was moved by the example of Jesus Christ, “who went around to all the towns and villages ... proclaiming the gospel of the kingdom, an curing every disease and illness”. (Mt 9,35). St. Camillus fulfilled the call of Jesus: “cure the sick ... and say to them: The kingdom of God is near to you”. (Lk 10,9).

St. Camillus in his time dedicated himself with a loving and compassionate heart towards the poor and the sick, “like a mother caring for her only sick son”; he gave great attention to the “the signs of the time” and engaged himself to care the sick by meeting their corporal and spiritual needs by showing them the merciful love of the Lord as well as extending to them an endless possibility of human love.

## I. A short review

### Service to the sick in the time of St. Camillus

During the time of St. Camillus, the care for the sick was also taken cared by ecclesiastical persons and institutions; and so St. Camillus’ indefatigable dedication shows that all forms of public care (civil institutions) were simply insufficient. St. Camillus himself had badly experienced this when he became a patient of St. James Hospital. Gradually, he discovered from his experience that there was nearly no real dedication and love to the sick in that hospital. The poor incurable patients have been depending on the insufficient attention rendered by the “waiters”. For them who are burdened by hard destiny, an appropriate physical care and an encouraging and healing pastoral care of the wounded souls were almost absolutely missing.

### Guidelines for healthcare

St. Camillus did not only remain on the personal level of service to the sick. However, he recog-

nized it as important by giving priority to it in his life. The richness of his ideas and passion had moved him to draw out and implement guidelines of proper care for the poor, suffering and sick people seeking their help and improvement of their situation. He did not remain only in theory but formulated simple but efficient rules which could make better the situation of the sick. For example, St. Camillus taught his confreres on how to prepare the bed of the sick in an appropriate way.

During his term as administrator of St. James Hospital (1579 - 1584), it was possible for him to influence the healthcare system of his time and to implement his ideas of proper care for the sick. Looking back at it, we saw him as a reformer of the healthcare system. For instance, when St. Camillus asked to have a weekly meeting of nurses and other personnel discussing the needs of the sick, we can associate this as the beginning of today’s regular team meetings in the hospitals.

### Service for the poor and the sick

Significant for Camillus was his farsightedness. Though he dedicated himself first to the sick which he met personally in the hospital, he was also intensively aware of the suffering of the sick persons he met by chance on the way as well as those in their private homes denied of adequate corporal and spiritual care.

In a unique and intensive manner, he also understood the strict relation of poverty and sickness. He was aware that the poor, unhygienic and unhealthy conditions of life necessarily brings people to illness which developed later into epidemics during his time. During the real epidemics in Italy, St. Camillus was there actively present (Naples 1591-92, Nola 1600) rendering immediate care and organized any kind of basic support.

A well-known example of his awareness and attention on extreme situation of calamities was the flood in the river of Tiber, Rome in 1598. We know from our tradition and history, that St. Camillus and his confreres without much hesitation had helped the victims and disregarding any sense of danger carried the sick to secure places.

### Care for propagating the apostolate of the servants of the sick

Soon after the foundation of the Servants of the Sick, St. Camillus was confronted with several requests to send his companions to help in improving the situation of the sick, giving support during calamities such as extreme hunger and epidemics).

In 1586, he started the first inquiry of setting up a foundation of his community in Naples. Even though this first attempt was not successful, St. Camillus has consolidated his religious community until the formal confirmation of his plan into an Order. He was open to the call of having the Servants of the Sick in many places.

The growth in number of his community has encouraged him to send out his companions beyond the borders of Rome in the nearby regions. Aware of these urgent calls, he travelled around Italy to verify and assess the needs in those places and to strengthen and support the new communities in their apostolate. By these activities, the communities of the Servants of the Sick gained a stronger profile that made it possible for him to spread out his concern for the sick into his time.

## II. The Consequences

In summary, the various aspects of the deeds of St. Camillus such as service to the sick, leading inputs into the healthcare system, engagement with the poor and the sick, care for propagating the apostolate in a manner that is strong and faithful to the charism of the founder are still the characteristics of the Camillian ministry up to our time.

Concerning the situation in the fields of need, suffering and sickness of the people where the Camilians performed their ministry, their service to the sick is done in a concrete and helpful manner. The Camilians have always with great fantasy performed their specific ministry in public hospitals and in facilities directly under the care of the Order. And with great zeal, they discovered new fields where people are ostracized and abandoned like the aged, handicapped, drug addicts, alcoholics, HIV/AIDS infected persons, orphans, etc. At the same time the Camilians have been active in giving formation to healthcare personnel on service to the sick in the spirit of St. Camillus through the medical and nursing schools, and pastoral care centers.

Moreover, at present, the Camillian gave also a specific attention to care for the victims of natural and man-made disasters or calamities. They went to places affected by calamities and bring help and assistance to those who suffered in their daily existence due to tsunami, earthquakes, flood, landslides, etc. In these cases, the Camilians have been following the example of St. Camillus who did

not hesitate to act whenever and by whatever reasons people were harmed. Because of this, the Camilians developed the *Camillian Task Force (CTF)*, a quick reaction team of helpers who brings relief to the victims in a real Camillian spirit. In the spirit of St. Camillus, this group collaborates with all people of good will and put into practice what St. Camillus did in his time.

## III. Our sense of gratitude and a gift for our father and founder - the Camillian Task Force

A new challenge to the Camilians today is to give a solid base and common understanding of the *Camillian Task Force*. Would it not be a special sign of gratitude, and faithfulness to his instruction and example of love to the father and founder of the Camillian conviction, to put into practice a special accent of Camillian love and service? Would it not be a living sign of devotion and love to St. Camillus in the 400th anniversary of his death, that all Provinces and Delegations will be ready to assure that the activities of the Camillian Task Force will be sustained by a considerable and visible material contribution? Would it not be a "sign of the time", if the Camilians in humility and according to their given possibilities place themselves among the numerous group of humanitarian organizations supported by so many benefactors in order to assist people in need?

One of the practical ways in order to make such gift to our father and founder realistic is to open up a trust fund with a basic capital to secure and sustain the operation of the *Camillian Task Force* and use its accumulated annual interest in cases of emergency. Surely the growth of the trust fund (the basic capital) from donations and charities will depend primarily on a zealous engagement of the Camilians. Through a good and sincere promotion, we can be assured that the friends and benefactors of the Order will be opened to support this specific Camillian initiative of giving assistance to the victims of disasters and calamities.

Such "gift" considering the different celebrations of the 400th anniversary of the death of St. Camillus surely will be blessed by our founder and also will become a great and an appropriate sign of Camillian love to the needy and poor in extreme condition of life.

by Fr. Dietmar Weber, MI  
(German province)

# Uno sguardo resiliente

R ecentemente ho avuto l'opportunità di con dividere in vari paesi di lingua spagnola, un po' di tempo con centinaia di volontari. Ci sono, soprattutto nel mondo della sofferenza provocata dalle perdite – lutto – e nei momenti della fine della vita. E ho potuto percepire quanta solidarietà con occhi positivi, con passione per costruire edifici in mezzo alle rovine nelle quali a volte si trova il cuore.

Così, la resilienza è quel insieme di caratteristiche di una persona che riesce a far sì che il trauma che sta vivendo non lo distrugga. È possibile, uscirne rafforzato. Non è che i traumi aiutino a crescere, ma, certe persone e in vari contesti, riescono a crescere durante la crisi. Sebbene il concetto di crescita posttraumatico non è uguale a quello di resilienza, sono concetti affini e vicini.

## Costruire la resilienza

Un gruppo di giovani rapiti dalle Farc in Bogotà, un gruppo di famiglie di coloro che ancora stanno rapiti, un gruppo di volontari: tutti insieme. Un sabato mattina, riuniti per celebrare l'eucaristia e mangiare insieme. Cosa fanno questi volontari? Offrono la possibilità di essere tutori di resilienza, accompagnatori che rafforzano la parte positiva delle persone, che costruiscono reti tra le persone, che avrebbero motivi per sentirsi abbattuti, ma che resistono a esserlo e soltanto permettono di essere colpiti. Ecco, colpiti ma non affondati.

Sono persone che magari hanno capito che l'essere umano non necessariamente deve rimanere nella parte buia della vita. Che, come il fiore di loto, che nasce in acque fangose, così come, in mezzo a gravi sofferenze, è possibile costruire storie degne di essere raccontate.

Ricordo una giovane donna di 36 anni, con il marito rapito da 11 anni e la figlia di 13 anni. Dio mio, solo al saperlo mi mettevo le mani ai capelli! Quanta sofferenza! Invece, immersa nel desiderio di costruire storie positive, con una strana speranza, non solo era presente a quell'incontro, ma ha orientato la sua vita a sostenere sotto tutti i punti di vista possibili, coloro che vivono la stessa situazione. Mi sembrava di ascoltare una sinfonia di Beethoven scritta quando già era sordo. Mi sembrava

di vedere un osso rotto crescere nella giusta direzione per recuperare la sua solidità. Questa è la resilienza.

Fare in modo che gli ostacoli diventino rocce sulle quali appoggiarsi e continuare a salire, invece di essere semplici sassi dove inciampare, è quello che fanno tante persone che generosamente donano il loro tempo volontariamente per stare in mezzo alla sofferenza.

## È possibile costruire mulini

Si, è possibile costruire mulini quando soffia il vento, mentre altri costruiscono muri per tentare di fermarlo come dice il proverbio cinese. È possibile accettare le cose così come arrivano, ma possiamo anche fare tutto il possibile per far sì che le cose accadano come ci piacerebbe viverle. Erickson diceva che ogni difficoltà ha la potenzialità di diventare un'opportunità. Testimonianze di persone che affrontano così le crisi, tutti ne conosciamo.

Avere un sostegno sociale adatto – il volontariato è un'aiuto privilegiato – il proprio temperamento personale e il significato culturale che ognuno di noi attribuiamo alle nostre crisi, sono i tre elementi fondamentali per favorire attitudini resilienti in mezzo alla crisi.

Infatti, ci sono persone che hanno un carattere caratterizzato dalla libertà, che non si rassegnano al fatalismo, che non leggono le proprie esperienze con vittimismo, che non perdono la speranza di fronte alle tribolazioni. Ci sono persone capaci di ricordare la crisi e i traumi come esperienze, come il soffiare del vento che non chiede che l'imbarcazione si lasci trasportare senza controllo, bensì che ne vengano sistematizzate le vele. Ci sono persone che sanno guardare in modo resiliente perché riescono a non avere una visione negativa, sanno trovare prospettive sufficienti e anche relativizzare e chiedersi se quello che sta succedendo al di là della apparenza negativa sia realmente così o potrà trasformarsi in una nuova opportunità. Come ci sono persone anche capaci di utilizzare bene la memoria dei traumi e non concentrarsi sulla miseria ma imparare dal passato.

Inoltre, ci sono persone che hanno un senso del humor durante e dopo le proprie crisi. Il nucleo



del concetto di resilienza sta nel sapere focalizzare, sapere dirigere lo sguardo verso una quantità enorme di possibilità.

Non è solo una questione di personalità. Vivere con resilienza le crisi dipende anche dal significato che attribuiamo alle disgrazie. Infatti, a volte i significati delle parole con cui interpretiamo le nostre crisi possono essere anche più violenti degli attacchi. La rappresentazione di ciò che ci accade può essere più dolorosa della stessa realtà.

È conosciuto questo racconto: "Un uomo va per il paese dicendo: ho perso la mula, ho perso la mula, sono disperato non posso più vivere. Non posso vivere se non ritrovo la mia mula. Colui che ritroverà la mia mula, riceverà come ricompensa... la mia mula. E la gente che passava gridava: "È pazzo, definitivamente è pazzo, hai perso la mula e offri come ricompensa la tua mula? E lui rispose: "Sì, perché a me da fastidio non averla, però di più mi infastidisce averla persa". È così, spesso, l'interpretazione della disgrazia vissuta fa più male della disgrazia stessa. La persona resiliente è capace di dare una interpretazione positiva che non lo abbatte, ma lo fa uscire vittorioso dalla crisi.

### Il tutore di resilienza

Il terzo elemento dopo la personalità e il significato culturale, che favorisce la resilienza, è la figura del tutore. Un tutore di resilienza è qualcuno che accompagna nell'arte di provocare una rinascita dello sviluppo psicologico dopo il trauma.

Quasi sempre si tratta di un adulto che trova la persona in crisi e che assume per lui il significato di un modello di identificazione. Non si tratta necessariamente di un professionista. Un'incontro significativo può essere sufficiente per alcune persone. Ecco qua il valore del volontariato.

Infatti, il volontario, che ha uno sguardo positivo della vita, molto cosciente e che accoglie la dimensione negativa sperimentata dalle persone che accompagna, può fare miracoli con una sana compagnia. Può aiutare nel recupero della memoria; può diventare il posto dove buttare l'ancora in mezzo alla tempesta, infondendo così speranza; può aiutare a identificare i ricorsi positivi esistenti in mezzo alla crisi e potenziarli; può aiutare a guardare con prospettiva e realizzare quel lavoro di decentramento necessario per affrontare la sofferenza.

Lo sguardo resiliente è, semplicemente, più umano. Chi ha la qualità della umanità e la condivide con la sua azione volontaria, guarda, sente, ama e sogna in un altro modo. La ricchezza di umanità sarà capace di trasformare e qualificare la propria sensibilità personale. Così, il volontario ne uscirà anche beneficiato: accompagnando durante le avversità e illuminando nuovi cammini, imparerà a scoprire la sua propria resilienza.

**Fr. José Carlos Bermejo**

# A Resilient Outlook

**R**ecently I had the opportunity to spend some time in Spanish-speaking countries with hundreds of volunteers. Above all in the world of suffering provoked by losses (mourning), and in the moments surrounding the end of life, these people are present. And I was able to see how much solidarity with positive eyes, with passion in the construction of buildings amidst the ruins in which at times hearts find themselves, there is.

Thus resilience is that set of characteristics of a person who manages to ensure that the trauma that he or she is undergoing does not destroy him or her. It is possible to come out of this experience strengthened. It is not that traumas help a person to grow but rather that certain people, in various contexts, manage to grow during a crisis. Although the concept of post-traumatic growth is not the same as the concept of resilience, they are concepts that have an affinity and are near to each other.

## *Building Resilience*

A group of young people kidnapped by the FARC in Bogota, a group of families of those who are still held, a group of volunteers: all together. One Saturday morning, together to celebrate the Eucharist and to eat together. What do these volunteers do? They offer an opportunity to be tutors of resilience, people who accompany and strengthen the positive sides of people, who build networks between people, who would have reasons for feeling knocked down but who resist this and only allow themselves to be hit. There we have it: hit but not sunk.

They are people who perhaps have understood that a human being must not necessarily remain in the dark part of life. Like a lotus flower which is born in muddy waters, so amidst grave sufferings it is possible to build stories that deserve to be told.

I remember a young woman aged thirty-six whose husband was kidnapped eleven years ago and who had a daughter aged thirteen. My God, only learning this made me tear out my hair! How much suffering! Instead, immersed in a wish to construct positive stories, with a strange hope, not only was she present at that meeting but she directed her life to support, from all possible points of view, those who were undergoing the same situa-

tion. It seemed to me that I was listening to a symphony by Beethoven written when he was already deaf. It seemed to me that I was looking at a broken bone that was growing in the right direction in order to recover its solidity. Such is resilience.

To ensure that obstacles become rocks on which to lean and to continue to go upwards rather than being mere stones that trip you up is what so many people do who generously give their time, voluntarily, in order to be amidst suffering.

## *It is Possible to Build Windmills*

Yes: it is possible to build windmills when the wind blows, while others build walls in an attempt to stop the wind, as the Chinese proverb proclaims. It is possible to accept things as they are but we can also do everything possible to ensure that things happen as we would like to experience them. Erickson said that every difficulty has the potentiality to become an opportunity. We all know the examples of witness of people who deal with crises in this way.

Having suitable social support (voluntary work is privileged help), one's own personal temperament, and the cultural meaning that each one of us attributes to our crises: these are the three fundamental elements by which to foster resilient attitudes in the context of crises.

Indeed, there are people who have a character that is marked by freedom, who do not give themselves over the fatalism, who do not read their own experiences as victims, and who do not lose hope in the face of tribulations. There are people who are able to remember crises and traumas as experiences akin to a blowing of the wind which does not require the vessel to be left rudderless but which, instead, requires the sails to be put right. There are people who know how to have a resilient outlook because they manage to avoid a negative vision, they know how to find sufficient perspectives and how to contextualise and ask themselves whether what is happening, beyond its negative appearance, is really that way or whether it could be transformed into a new opportunity. Just as there are people who are also able to employ their memory of traumas in a good way and do not concentrate on their misery but learn from the past.



In addition there are people who have a sense of humour during and after their crises. The core of the concept of resilience lies in knowing how to focus, knowing how to direct one's gaze towards an enormous number of possibilities.

This is not only a question of personality. To go through a crisis with resilience also depends on the meaning that we attribute to misfortunes. Indeed, at times the meanings of the words by which we interpret our crises can also be more violent than the attacks. The portrayal of what happens to us can be even more painful than reality itself.

The following story is known about: 'a man went through a village saying, "I have lost my mule, I have lost my mule, I am desperate and I no longer have a livelihood. I cannot live if I do not find my mule. The man who finds my mule...will have the mule as his reward". And the people who passed by shouted out: "he's mad, he's certainly mad, you have lost your mule and you offer a mule as a reward?" And he answered them: "yes, because it annoys me not have my mule but it is even more annoying to have lost it". And thus it is that often the interpretation of a misfortune that has been experienced causes more harm than the misfortune itself. A resilient person is able to have a positive interpretation that does not knock him down but, instead, makes him come out of that crisis in a victorious way.'

#### *The Tutor of Resilience*

The third element after personality and cultural meaning that fosters resilience is the figure of

the tutor. A tutor of resilience is somebody who accompanies in the art of bringing about a rebirth of psychological development after a trauma. Almost always this is an adult who finds a person in a state of crisis and is for that person a model of identification. He or she is not necessarily a professional. A meaningful meeting can be sufficient for some people. Here we encounter the value of voluntary work.

Indeed, a volunteer who has a positive outlook on life, who is very aware and who takes upon himself or herself the negative dimension that is experienced by the person that he or she accompanies, can perform miracles through healthy accompanying. He or she can help in the retrieval of memory; he or she can become the setting where the anchor can be let down in the storm, thereby infusing hope; he or she can help to identify the positive resources that exist in the crisis and strengthen them; and he or she can help a person to achieve the right perspective and engage in that work of de-centring which is needed to address suffering.

A resilient outlook is simply more human. Those who have the quality of humanity and share it through their voluntary action, look, feel, love and dream in another way. The riches of humanity will be able to transform and define personal sensitivity. Thus a volunteer will also come out of the crisis benefited by it: in accompanying during adversity and illuminating new pathways, he or she will learn to discover his or her own resilience.

**Br. José Carlos Bermejo**

## Le palme si piegano

*Questa metafora delle palme, che lasciano passare forti venti, si piegano e abbassano la sua testa, ma si riprendono e continuano a crescere anche dopo i temporali, rafforzando così il suo tronco la sua resistenza, si usa per parlare della resilienza. È un tipo di risposta generale di forza di fronte alla crisi.*

**A**ll'inizio, la parola era usata sia nell'ambito della psicologia e della spiritualità, che proviene dalla fisica per identificare la qualità di alcuni materiali per resistere e riutilizzarsi di fronte all'impeto di una forza esterna.

### Un modo di vivere la crisi

La resilienza personale consiste nell'avere la capacità di fronteggiare la crisi, ricostruire se stessi e non perdere la capacità di amare, di lottare, di resistere; no senza prima, potenziare i ricorsi interiori per lottare.

È l'arte di non lasciarsi trascinare dall'impatto di un mare infuriato in mezzo alla tempesta personale nella quale sperimentiamo la minaccia della nostra imbarcazione, forse senza rotta. La persona resiliente si mantiene e riesce a trovare una nuova rotta ancora più interessante e consistente rispetto a prima della tempesta. Non si lascia trascinare dove battono le onde e dove sembra volere affondare l'imbarcazione.

La persona resiliente non è invulnerabile, non nega la crisi, non è impossibile di fronte alle avversità. Nell'intimo della persona resiliente, sotto l'apparente debolezza (la palma che si piega), c'è una forza. Ramón y Cajal diceva che "i deboli soccombono non per essere deboli, ma per ignorare che lo sono".

Infatti, è saputo che molta della nostra sofferenza conseguente alla crisi che sperimentiamo ha la sua radice non in quello che ci ferisce ma nel modo in cui scegliamo di maneggiare e vivere questa ferita.

Sappiamo, per esempio che sotto l'apparente debolezza di chi piange, di solito si nasconde la forza di chi ama. Oppure come direbbe il Dottore Sir. William Osler, "la ferita che non trova la sua espressione nelle lacrime può causare il pianto degli organi". E questo è ammalarsi.

Se il nostro modo di gestire i sentimenti di fronte alla crisi influisce nella potenzialità resiliente, il

nostro modo di pensare ha ugualmente la sua influenza. La nostra risposta mentale di fronte l'avversità può essere maneggiata in un modo positivo, ottimista in modo che, dalle difficoltà, ne usciamo rafforzati.

### Coltivazione interiore

Ci stiamo impegnando, ai nostri giorni, a togliere importanza – anche sottovalutando – tutto ciò che ha a che vedere con la spiritualità. Ci impegniamo a pensare che "si deve vedere per credere", dimenticando che è più vero che "si deve credere per vedere", soprattutto per vedere ciò che è più importante, quello che arriva a vedere solamente il cuore.

È ovvio che la coltivazione della vita interiore, della capacità riflessiva, della capacità trascendente, del riferimento a ciò che è più genuinamente umano, della saggezza del cuore, dei valori, è la migliore piattaforma per attraversare le tempeste e uscirne rafforzati da loro.

L'intelligenza emozionale sottolinea alcuni di questi elementi, come l'autoconoscenza, l'autocontrollo emozionale, la capacità di darsi delle motivazioni, come competenze intrapersonali suscettibili a svilupparsi, oltre alle competenze interpersonali.

Lao Tsè diceva "conoscere gli altri è conoscenza, conoscere se stesso è saggezza". Così possiamo trovare dentro noi stessi queste potenzialità di sognare svegli senza essere ingenui, di desiderare e lavorare per il bene a discapito di quello che a prima vista ci fa male.

No è una attitudine dolorosa quella che nasconde la resilienza. Non si tratta di una attitudine che esalta il dolore in se stesso, che non lascirebbe di essere una posizione malsana di fronte l'avversità. Anche se, chi sa che volevano dire i nostri antenati quando usavano parole come la rassegnazione! È possibile che nell'intenzione di colui che esorta compassionevolmente per adottare questa atti-

tudine, ci fosse una proposta attiva, anche se oggi ha per noi una chiara connotazione di passività e sconfitta.

Infatti alcuni dizionari raccolgono aspetti positivi come la pazienza e la conformità di fronte alle avversità, senza connotazione di passività. Altri, riferiscono oltre alla conformità e pazienza di fronte a ostacoli e avversità, la variabile tolleranza.

### Voler dare un senso

Si direbbe che è più la proattività – e non la passività – quella che è capace di indicare la potenzialità resiliente. La persona proattiva è quella che prende l'iniziativa, prende le redini della sua propria vita, si sente responsabile anche di fronte a ciò che non si può cambiare, si sente libera anche di fronte a ciò di cui paradossalmente "si sente schiavo".

Dalla prospettiva della logoterapia, si direbbe che la disposizione a cercare una ragione a tutto quello che ci accade, anche se non ne capiamo il perché, fa parte di questa volontà di crescere nella crisi. Questa volontà è l'opposto della indifferenza o l'apatia, che ci impedisce, in tante occasioni, comprometterci con noi stessi e con gli altri.

La resilienza, in conclusione, è il risultato di molteplici processi che compensano le situazioni

nocive o di crisi. Si tratta di una dinamica nella quale si potrebbero indicare alcuni elementi come: la difesa e la protezione di se stesso, l'equilibrio di fronte la tensione, l'impegno di fronte a quello che accade, la responsabilità attiva, l'impegno a superarsi, la capacità di dare un senso e re orientare la propria vita nella crisi, la visione positiva in mezzo alla negatività, la capacità creativa di reazione.

Nietzsche lo direbbe così: "quello che non mi distrugge, mi rende più forte".

Il dottore Gerónimo Acevedo, autore di "Il modo umano di ammalarsi", dice che il verbo maturare solamente può congiugarsi in gerundio. Tra le sue espressioni, troviamo questa:

*Cura i tuoi pensieri perché diventeranno parole.*

*Cura le tue parole perché diventeranno azioni.*

*Cura le tue azioni perché diventeranno abitudini.*

*Cura le tue abitudini perché formeranno il tuo carattere.*

*Cura il tuo carattere perché creerà il tuo destino.*

*E il tuo destino sarà la tua vita.*

Magari sia questo uno degli obbiettivi dell'accompagnamento fatto di rapporti d'aiuto: fomentare la resilienza nella crisi.

**Fr. José Carlos Bermejo**



# The Palms Bend

*This metaphor of the palms, which allow strong winds to blow, which bend and lower their heads but which recover and continue to grow even after storms, thereby strengthening their trunks and their resistance, is employed to speak about resilience. It is a kind of general response of strength in the face of a crisis.*

**A**t the beginning the word was used in the field of psychology and spirituality and came from physics to identify the quality of certain materials to resist and then to return in the face of the impetus of an external force.

## *A Way of Living Crises*

Personal resilience involves having the capacity to address a crisis, to reconstruct oneself and not to lose the ability to love, to struggle and to resist, but not without first strengthening one's interior resources for struggle.

This is the art of not allowing oneself to cede in the face of the impact of a wild sea during a personal storm when one experiences a threat to one's vessel, which perhaps is rudderless. A resilient person keeps firm and manages to find a new direction which is even more interesting and substantial than the direction taken before the storm. He or she does not allow himself or herself to give way when the waves beat and when the boat seems to be about to sink.

A resilient person is not invulnerable, he or she does not deny the crisis, and he or she is not impassive in the face of adversity. In the depths of the resilient person, beneath the apparent weakness (the palm that bends) there is a strength. Ramón y Cajal said that 'the weak succumb not because they are weak but because they do not know that they are weak'.

Indeed, it is well known that much of the suffering that comes from a crisis that we are undergoing has its roots not in what wounds us but in the way in which we choose to manage to live this wound.

We know, for example, that beneath the apparent weakness of those who weep there is usually hidden the strength of those who love. Or as the medical doctor Sir William Osler would say: 'a wound that is not expressed in tears can cause a weeping of the organs'. And this is to fall sick.

If our way of managing our feelings in the face of a crisis acts on potentialities at the level of resilience, then our way of thinking also has its influence. Our mental response to adversity can be managed in a positive way, in an optimistic way, so that we can come out of those difficulties strengthened.

## *Interior Cultivation*

Nowadays we are committed to removing importance – through underestimating it as well – everything that is connected with spirituality. We are committed to thinking that 'you have to see to believe', forgetting that it is truer to say that 'you must believe to see', above all to see what is most important, what only the heart can manage to see.

It is obvious that the cultivation of the interior life, of a capacity for reflection, of a capacity for the transcendent, of reference to what is most genuinely human, of the wisdom of the heart, and of values, is the best platform by which to pass through storms and come out of them strengthened by them.

Emotional intelligence emphasises some of these elements, such as self-knowledge, emotional self-control, the ability to give oneself motivations, as intrapersonal skills that are susceptible to development, in addition to interpersonal skills.

Lao Tsè said: 'knowing others is knowledge, knowing oneself is wisdom'. Thus we can find inside ourselves potentialities of dreaming while we are awake, but without being ingenuous; and of wishing to work for good to the detriment of what at first sight does us wrong.

Resilience does not conceal a painful attitude. It is not an attitude that exalts pain for its own sake, that would allow an unhealthy stance towards adversity. Even though, who knows what our ancestors wanted to say when they used words such as resignation? It is possible that in the intentions of those who exhorted the adoption of this attitude



out of compassion there was an active proposal, even though today it has a clear connotation of passivity and defeat.

Indeed, some dictionaries relate the positive aspects of patience and conformity in the face of adversity without any connotation of passivity. Others go beyond conformity and patience in the face of obstacles and adversity and see the variable of tolerance.

#### *Wanting to Give a Meaning*

One would say that it is more pro-activeness – and not passivity – that is able to point to potentiality for resilience. The pro-active person is a person who takes initiatives, grasps the reins of his or her life, feels responsible towards what he or she cannot change as well, and feels free towards what makes him or her, paradoxically, ‘feel a slave’.

From the point of view of game therapy, one would say that a disposition to look for a reason for everything that happens, even though we do not understand why it happens, is a part of this wish to grow in a crisis. This wish is the opposite of indifference or apathy, and impedes us on so many occasions from compromising ourselves and other people.

Resilience, in conclusion, is the result of multiple processes that act against injurious or crisis situations. This is a dynamic in which one could point to certain elements such as: self-defence and self-

protection, balance in the face of tension, engagement in the face of what happens, active responsibility, a commitment to win through, the ability to give meaning and to direct one’s own life in a crisis, a positive vision amidst negativity, and a creative capacity to react.

Nietzsche would express this in the following terms: ‘what does not destroy me makes me stronger’.

Dr. Gerònimo Acevedo, the author of ‘The Human Way of Being III’ says that a verb can only mature in the gerund. Amongst his statements we find the following:

*Attend to your thoughts so that they become words.*

*Attend to your words so that they become actions.*

*Attend to your actions so that they become habits.*

*Attend to your habits so that they form your character.*

*Attend to your character so that it creates your destiny.*

*And your destiny will be your life.*

Perhaps this is one of the objectives of an accompanying made up of helping relationships – fostering resilience in a crisis.

**Br. José Carlos Bermejo**

## Camilliani in bicicletta sulle orme di Santiago

# BUEN CAMINO!

**B**uen camino! (buon cammino) era il buongiorno e l'augurio che ci veniva rivolto molte volte nel corso della giornata mentre pedalavamo sotto il sole o sotto la pioggia, alla volta di Santiago de Compostela, in Spagna. Tale saluto ci veniva rivolto da persone per lo più giovani – ma non solo! – che condividevano con noi in bicicletta un tratto di percorso sulla strada (spesso solo un sentiero sassoso!) che porta alla Cattedrale di San Giacomo (*Santiago*, in spagnolo) costruita nel cuore della Galizia, la regione della Spagna nord-occidentale.

Altre persone che ci rivolgevano il medesimo saluto erano a piedi (*los caminantes*). Questi erano i veri pellegrini che percorrevano migliaia di chilometri con le loro gambe, dopo essere partiti da diverse località spagnole o europee per giungere alla stessa meta: Santiago de Compostela.

Infine questo saluto ci veniva spesso rivolto da un'altra categoria di persone, cioè dalla gente del luogo che stavamo attraversando: Roncisvalle, Pamplona, Santo Domingo, Burgos, Leon, Portomarin, eccetera. Erano persone che si recavano al lavoro, che si avviavano a fare la spesa, che andavano in chiesa, che gestivano il bar o la *tienda* (negozi) di alimentari presso i quali ci fermavamo per un momento di ristoro. Mentre il saluto di questi ultimi era fatto in buono spagnolo, o basco, il saluto dei colleghi pellegrini in bici o a piedi era spesso velato da accenti forestieri; si sentiva talora la cadenza francese, o tedesca, o inglese e – non di rado – quella americana. Numerose volte si percepiva, senza ombra di dubbio, che la cadenza era italiana.

### Pellegrini verso la meta

Eravamo partiti in bicicletta il 20 agosto da St. Jean Pied de Port nel Sud della Francia, ai piedi dei Pirenei. Tre camilliani D.O.C.: Fr. Luca, P. Giuseppe, P. Paolo e una “camilliana nel cuore”, Myriam, che è supervisore di pastorale clinica. Ci ha messi assieme una cosa: la passione per la bicicletta. Ma a quante persone che hanno la passio-

ne per la bicicletta passa per la mente l'idea di farsi 800 chilometri sotto il sole di Spagna per raggiungere una cattedrale? Forse a poche persone. Fatto sta che a noi quell'idea ci aveva sfiorato più di una volta. Essa era stata buttata là da Luca che aveva già fatto quel pellegrinaggio in bicicletta cinque anni fa. Ci aveva trovato gusto e aveva passato parola fino a contagiare altre quattro persone e cioè il sottoscritto, il quale a sua volta ha passato la parola a Myriam e poi ad Augusto, un amico ciclista di Roma, fotografo di professione. Augusto all'ultimo momento non ha potuto far parte del gruppo per motivi di salute, per cui il suo posto l'ha preso – all'ultima ora – Giuseppe.

Siamo partiti ben equipaggiati con biciclette sportive e MBK (mountain bike) attrezzate di tutto punto, oltre che con viveri, fornello a gas, valigetta sanitaria, tende e sacchi a pelo sistemati in un pulmino che guidavamo a turno. Su dodici giorni di pellegrinaggio solo tre volte abbiamo dormito presso gli ostelli per i pellegrini; le altre notti le abbiamo passate in tenda, dopo averla piantata in un camping o al limitare del bosco. Ci preparavamo anche i pasti. Questa è stata un'incombenza che ha procurato gioie e dolori, dato che non c'era molto tempo da riservare all'arte culinaria. Dopo 60 o 70 chilometri di pedalata in tragitti assai impegnativi, il corpo reclamava le sue esigenze senza badare troppo alle *delicatessen*.

Si partiva al mattino verso le nove, per arrivare nel primo pomeriggio. Il percorso era stato diviso in 12 tappe più o meno lunghe a seconda della pendenza della strada, per una media giornaliera di 66 km. L'obiettivo del nostro tour non era di fare un giro turistico e neanche una sfida sportiva, ma quello di ripercorrere il pellegrinaggio dei numerosi pellegrini che lungo i secoli – a partire dal Medioevo fino ai nostri giorni – hanno percorso migliaia di chilometri, in particolar modo da Roma o da Gerusalemme, per raggiungere l'agognata meta (se mai sono riusciti a raggiungerla!) di Santiago de Compostela. Per fare questo viaggio non impiegavano due settimane, come è stato il nostro caso, ma diversi mesi, o qualche anno, o addirittura l'intera vita.



### Perché a Santiago

Dopo essere stato “di moda” per diversi secoli nel Medioevo, il pellegrinaggio a Santiago de Compostela era andato in disuso. Negli ultimi decenni però ha conosciuto una riscoperta grazie anche alla visita di Papa Giovanni Paolo II nel 1989. Non sempre i motivi che spingono le persone ad andare a Santiago sono motivi religiosi. Talvolta i motivi possono essere sportivi, o turistici, o per curiosità, o per tutti questi motivi messi assieme.

La tradizione dice che S. Giacomo Apostolo ha svolto gran parte della sua missione in Spagna. Tuttavia, finita la sua missione ritornò in Galilea dove incontrò il martirio per ordine del re Erode Agrippa nell’anno 42 dopo Cristo. Ben presto il suo corpo – narra la tradizione – fu trafugato in Spagna in un viaggio di sette giorni. Il suo corpo, però, cominciò ad essere oggetto di venerazione solo nel secolo IX, quando un eremita vide per molte notti una pioggia di stelle sopra un campo, denominato il “campo delle stelle” (da cui *Compostela*). Il vescovo del luogo diede ordine di scavare in quel campo e là furono ritrovate le spoglie di S. Giacomo. Ne sorse una grande devozione e S. Giacomo fu invocato – con successo – per liberare la Spagna dai Mori (i mussulmani). Da quel momento cominciarono i pellegrinaggi alla sua tomba, pellegrinaggi che continuarono per diversi secoli.

Quali siano state e quali siano ancora oggi le ragioni interiori che spingono i pellegrini a intraprendere il cammino (che meglio sarebbe chiamare “avventura”) non è facile dirlo, perché conglobano una gamma svariata di motivazioni. Si passa dal voto fatto per avere superato situazioni esistenziali estreme, alla necessità di fare penitenza, alla voglia di conversione, al desiderio di pregare più intensamente incontrando Dio nella natura, nella solitudine, nel profondo del proprio essere pellegrinante.

Pensiamo che cosa poteva significare nel Medioevo intraprendere il pellegrinaggio di Santiago

con l’esigenza di percorrere migliaia di chilometri attraverso le innumerevoli difficoltà rappresentate dalle intemperie, dalle bestie feroci, dai briganti, dalla fame e dalle malattie. Da qui si capisce come mai lungo il *camino* siano sorti così tanti ostelli per dare ospitalità ai pellegrini e ospedali per curare gli ammalati. Molte di quelle fatiche leggendarie non si presentano più al pellegrino di oggi, date le mutate condizioni di vita, tuttavia il pellegrinaggio alla volta di Santiago – specialmente per quelli che lo fanno a piedi – rappresenta ancora oggi un’avventura impegnativa e coinvolgente, vale a dire un’esperienza forte con i suoi momenti di difficoltà e di crisi, ma anche con i suoi momenti di gioia, di arricchimento interiore, di esperienza di fraternità e solidarietà.

### Esperienze forti e coinvolgenti

Due sono state per me le esperienze forti che ho vissuto nel corso del nostro pellegrinare in bici-letta verso la meta di Santiago. La prima è l’esperienza del pellegrino, cioè della persona in cammino, in viaggio verso una destinazione praticamente ignota, di cui si conosce poco, per la quale bisogna fare una attività di ricerca, di attesa, di speranza. Una ricerca che va portata avanti giorno per giorno, il cui percorso diventa sì sempre più chiaro, senza però dare la sicurezza della certezza completa, perché non so che cosa mi accadrà domani durante il percorso... Non so quali incontri – o scontri – avrò. Si sperimenta l’incerto, l’ignoto della vita. Si perdono le sicurezze che si credeva di possedere. Ci si deve abbandonare non solo alle proprie forze, ma anche alla solidarietà dei compagni di viaggio, o dei forestieri. Quante volte nel corso del nostro pellegrinaggio abbiamo sbagliato la strada e ci è toccato tornare indietro! Quante volte ci siamo dovuti fermare, scendere dalla bici-letta e chiedere al primo passante dove eravamo e quale era la giusta direzione, in una lingua che non sempre capivamo con chiarezza. Il pellegrinaggio, in questo senso, mi ha aiutato a fare tesoro delle persone che viaggiavano con me, come



pure di quelle che incontravo o avvicinavo per necessità. Ho potuto constatare che le persone con le quali ho condiviso il viaggio o che comunque ho avvicinato – sia che fossero in bicicletta o a piedi – erano persone che avevano i miei problemi, le mie ansie, le mie aspettative, i miei stessi progetti. Spesso mi sono aperto con loro e loro si sono aperti con me, raccontandomi la loro storia e magari prendendo da me – e io da loro – quelle tessere che ancora mancavano per completare il mosaico delle loro peripezie esistenziali.

La seconda esperienza forte del pellegrinaggio a Santiago è stato il mio incontro personale con Dio. Elemento importante di ogni pellegrinaggio è di avere come compagno di viaggio non solo una o più persone che fanno il percorso con te, ma di avere Dio, nella persona di Gesù, quale tuo compagno di viaggio! Egli, che ha vissuto la vita del pellegrino e del forestiero fin dalla nascita, dà significato e direzione al tuo peregrinare. Che pellegrinaggio sarebbe se non ci fosse un'apertura assoluta al Trascendente, all'Altro che si fa vedere mediante gli incontri più o meno fortuiti che ti accadono lungo il percorso, frammisti a circostanze, avventure, avvenimenti che segnano il viaggio del tuo pellegrinaggio, il quale è una fotografia digitale a tutto campo del viaggio dell'esistenza di ciascun individuo. Il Signore, talvolta, lo incontri in maniera strana, in modi che non ti aspetti, come quella volta che abbiamo partecipato alla Messa del pellegrino presieduta da un sacerdote che celebrava in modo ieratico e assente. Prima di uscire di chiesa abbiamo voluto andare in sacrestia a salutarlo. Incontrandolo personalmente abbiamo sperimentato tutta un'altra pasta di uomo, molto interessato a che tipo di pellegrini eravamo, da dove venivamo e dove eravamo immediatamente diretti. Siccome quella sera avevamo stabilito di andare a mangiare in una locanda, data l'ora tarda (“resta con noi perché si fa sera”), ci ha pure indicato un ottimo locale dove preparavano pasti con prezzi fissi per i pellegrini.

Quando sei oberato dalla fatica del pedalare, quando il vento della *meseta* (altopiano spoglio della zona di Burgos) soffia di traverso facendoti quasi cadere, quando dopo una faticosa salita appena dopo la curva ne vedi un'altra più ripida davanti a te, quando ti prende lo sconforto della solitudine perché sei rimasto solo nella *carretera*, il pensiero corre a Gesù che certamente non ti ha lasciato solo, e viaggia accanto a te, e ti incoraggia a superare quella ulteriore fatica dicendoti che dopo la croce arriva la luce e che sopra la vetta avrai una visione delle cose migliore di quella limitata



che avevi nel fondovalle da cui sei partito. Quando lungo il percorso ti fermi accanto a una croce di ferro, o in una cappellina, o entri in una cattedrale (lungo il *camino* ce ne sono tante e bellissime), senti la presenza di Colui per il quale hai intrapreso il tuo viaggio e lo senti proprio lì che ti ascolta, ti guarda, ti parla, ti sorride. Questo ti capita con facilità nel corso del *camino* perché non sei preso dalle mille cose di ogni giorno, non sei stressato, non sei distratto. Sei entrato in quella chiesetta o in quella cappella perché hai deciso tu, perché cerchi un momento di ristoro per il tuo spirito, perché hai le attese e le speranze del pellegrino che ha il cuore aperto a ricevere con fiducia, come pure a dare quel poco che possiede.

### Ossigeno per il corpo e per lo spirito

Per finire, non posso nascondere di essermi sentito pienamente camilliano in questa esperienza di viaggio. Anche Camillo ha fatto il viaggiatore per molto tempo della sua vita: a piedi, a cavallo e in mare per fondare le sue comunità religiose o per ministero, o semplicemente per far visita ai confratelli. I suoi viaggi erano come dei pellegrinaggi: sostava nelle chiese e si fermava ovunque si trovasse all'ora stabilita dalle regole per recitare il breviario e fare le devozioni prescritte. Tuttavia la camillianità più genuina l'ho sperimentata nel prestare servizio a chi si trovava in necessità a motivo della fragilità fisica (non sono mancate le diarree, i conati di vomito, le infiammazioni cutanee), o dello scoraggiamento morale delle persone accanto; scoraggiamento che ho cercato di eliminare mediante l'ascolto e il counseling.

La nostra biciclettata alla volta di Santiago è stata un'esperienza che ha unito l'utile al dilettevole facendoci gustare la natura, la bellezza dell'amicizia, l'avventura del pellegrino. Insomma, una boccata di ossigeno per il nostro spirito e una riserva di energia, fisica e morale, in vista della stagione invernale.

P. Paolo Guarise

## Camillians on Bicycles on the Highways and Byways to Santiago

# Have a Good Journey!

**B**uen camino!" ('have a good journey!') was the greeting and expression of good wishes that was very often addressed to us during the course of the day as we pedalled under the sun or under the rain towards Santiago de Compostela in Spain. This greeting was addressed to us by people who were for the most part young – but there were others as well! – who on their bicycles were going down a part of the route (often just a stony path!) that leads to the Cathedral of St. James ('*Santiago*', in Spanish) built in the heart of Galicia, a region of north-west Spain.

Other people who gave us the same greeting were on foot ('*los caminantes*'). These people were true pilgrims who walked thousands of kilometres on foot after leaving various localities in Spain or Europe in order to reach the same goal: Santiago de Compostela.

Lastly, this greeting was often given to us by another category of people, namely local people whose areas we were passing through: Roncivalle, Pamplona, Santo Domingo, Burgos, Leon, Portomarin and so forth. These were people who were going to work, who were going shopping, who were going to church, or who ran bars or *tien-das* (shops) selling groceries where we stopped for some refreshment. Whereas the greeting of these last was expressed in good Spanish, or in Basque, the greeting of our fellow pilgrims on bicycles or on foot was often marked by foreign accents; at times one heard a French, or a German or an English cadence and – by no means rarely – an American one as well. A large number of times, without any doubt, the cadence was Italian.

### Pilgrims Towards their Goal

We left on bicycles on 20 August from St. Jean Pied de Port in the South of France, at the foot of the Pyrenees. Three true Camillians: Br. Luca, Fr. Giuseppe, Fr. Paolo, and a Camillian in her heart, Myriam, who is a supervisor of clinical pastoral care. One thing had brought us together – a passion for bicycling. But how many people who have a passion for bicycling have the idea of going eight hundred kilometres in the Spanish sun to reach a

cathedral? Perhaps only a few. The fact is that we had had that idea on more than one occasion. It had been launched in a casual way by Luca who had gone on that pilgrimage on a bicycle five years previously. He had enjoyed it and had spread the word until it had captured the imagination of four other people, that is to say the undersigned, who in his turn spread the word to Myriam and then to Augusto, a bicycling friend from Rome, a photographer by profession. At the last moment Augusto had not been able to join the group for health reasons, and so his place was taken – at the last moment – by Giuseppe.

We left well equipped with racing bicycles and mountain bikes, completely supplied, in addition to food, with gas stoves, a medical box, tents and sleeping bags, all in a trailer which we took turns to pull. During the twelve days of pilgrimage we only slept three times at the hostels for pilgrims. We spent the other nights in our tents after pitching



them in a camping site or near a wood. We also cooked our meals. This was something that produced both joys and pains given that there was not a great deal of time to dedicate to the art of cooking. After sixty or seventy kilometres of bicycling along routes that were rather demanding, our bodies affirmed their needs without caring very much about delicacies.

We left in the morning at about nine o'clock and arrived in the early afternoon. The journey was divided into twelve stages of varying degrees of length according to how steep the roads were, and on average we did 66 kilometres every day. The aim of our tour was not to engage in a touristic tour or engage in a sporting challenge but to follow the pilgrimage that a large number of pilgrims down the centuries – beginning in the medieval period until today – have engaged in over thousands of kilometres, in particular from Rome or Jerusalem, so as to reach the sought-after goal (if they ever managed to teach it!) of Santiago de Compostela. To go on this journey they did not spend two weeks, as was the case with us, but a number of months or a few years or even a whole lifetime.

### *Why to Santiago?*

After being ‘fashionable’ for a number of centuries during the medieval period, the pilgrimage to Santiago de Compostela fell into disuse. In recent decades, however, it has been rediscovered thanks (as well) to the visit of Pope John Paul II in 1989. The reasons that lead people to go to Santiago are not always of a religious character. At times people go for reasons of fitness, or because of tourism, or out of curiosity, or for all of these reasons at the same time.

Tradition has it that St. James the Apostle engaged in much of his mission in Spain. However, when he had finished his mission he went back to Galilee where he was martyred by order of King Herod Agrippa in the year 42 AD. Soon his body – tradition tells us – was moved to Spain and the journey took seven days. His body, however, began to be the object of veneration only during the ninth century, when a hermit saw a shower of stars for many nights above a field, which was called ‘the field of the stars’ (*‘Compostela’*). The local bishop gave orders for the field to be dug up and the remains of St. James were found there. There arose from this great devotion to St. James and he was prayed to – with great success – for the liberation of Spain from the moors (who were Muslims). From that moment began pilgrimages to his tomb, pilgrimages that continued for a number of cen-

turies. What the inner motives today are that lead pilgrims to go on this journey (it would be better to use the word ‘adventure’) is no easy question because a varied range of motivations are involved. One goes from a vow taken after overcoming certain extreme existential situations to the need to engage in penance, to a wish for conversion, and on to a wish to pray more intensely encountering God in nature, in solitude, and in the depths of one’s being a pilgrim.

We may think of what going on the pilgrimage to Santiago meant during the medieval period with the need to walk hundreds of kilometres through innumerable difficulties in the form of bad weather, ferocious wild animals, brigands, hunger and illnesses. Hence one understands why along the route so many hostels sprung up to provide lodging and food to pilgrims, as well as hospitals to take care of the sick. Many of these legendary difficulties are no longer experienced by today’s pilgrims, given the changed conditions of life. However a pilgrimage towards Santiago – especially if going on foot – constitutes still today a demanding and involving adventure, that is to say a strong experience with its moments of difficulty and of crisis, but also with its moments of joy, of inner enrichment, and of experiences of brotherhood and solidarity.

### *Strong and Involving Experiences*

There were two strong experiences for me during the course of our pilgrimage on bicycles towards the destination of Santiago. The first was the experience of being a pilgrim, that is to say of a person on a journey, on a voyage towards a practically unknown destination, about which little was known, in relation to which one must engage in research, in waiting and in hope. Research that is carried forward day by day, whose pathway becomes increasingly clear, without, however, the security of complete certainty, because I do not know what will happen to me tomorrow...I do not know what meetings – or clashes – I will have. One must abandon oneself not only to one’s own strengths, but also to the solidarity of one’s travelling companions or of strangers. How many times during the course of our pilgrimage did we take a wrong turning or have to go back! How many times did we have to stop, get off our bicycles and ask the first passerby where we were and what the right direction was, in a language that we did not always clearly understand. The pilgrimage, in this sense, helped me to value greatly the people who were travelling with me as well as those that I met or drew near to out of need. I was able to observe that the people with whom I was



sharing this journey or whom, anyway, I drew near to – whether they were on bicycles or were travelling on foot – were people who had my problems, my worries, my hopes, and my projects. Often I opened up to them and they opened up to me, telling me their life histories and perhaps taking from me – and I from them – those pieces that I still did not possess to complete the mosaic of their existential misadventures.

The second strong experience of my pilgrimage to Santiago was my personal encounter with God. An important element in every pilgrimage is to have as a travelling companion not only one or more people who go along the route with you but also God, in the person of Jesus! Jesus, who lived the life of a pilgrim and of the stranger from his birth onwards, gives meaning and direction to your pilgrimage. What kind of pilgrimage would it be if there was not an absolute openness to the Transcendent, to the Other who makes Himself seen through the meetings (which are in varying degrees fortuitous) which you have during the journey, together with circumstances, adventures and events that mark the voyage of your pilgrimage, which is a complete digital photograph of the journey of the existence of each individual? The Lord, at times, is to be met in a strange way, in ways that you do not expect, such as when we took part on a Mass for pilgrims which was presided over by a priest who celebrated in a hieratic and absent way. Before leaving the church we went to the sacristy to say goodbye. When meeting him personally we encountered a completely different kind of man who was very interested in what kind of pilgrims we were, where we came from and where we were going in the near future. Given that for that evening we had arranged to go and eat in a restaurant, and given the late hour ('stay with us because it is late'), he pointed out a very good place where the meals were offered at fixed prices to pilgrims.

When you are overwhelmed with tiredness because of the pedalling, when the wind of the *mesta* (an upland part of the Burgos area) blows across

your path almost making you fall, when after a steep and difficult climb, after the bend you see another steeper climb in front of you, or when you are afflicted by loneliness because you are alone in the *carretera*, your thoughts turn to Jesus who has certainly not left you on your own and who is travelling at your side, who encourages to overcome that further trial telling you that after the cross arrives the light and that on the summit you will have a vision of things that is better than the limited one that you had in the low areas of your departure. When along the route you stop next to an iron cross, or you are in a little chapel, or you go into a cathedral (along the route there are very many of these and they are very beautiful), you feel the presence of He for whom you have undertaken your long journey and you feel Him there listening to you, looking at you, speaking to you and smiling at you. This is something that can easily happen to you during the course of your journey because you are not afflicted with the thousand things of daily life, you are not stressed, and you are not distracted. You went into that little church or into that chapel because you decided to do that, because you were looking for a moment of refreshment for your spirit, because you had the expectations and hopes of a pilgrim who has a heart that is open to receiving with trust, and to giving that little that he possesses.

#### *Oxygen for the Body and the Spirit*

To end, I cannot conceal that I felt fully a Camillian during this experience which involved a journey. Camillus, as well, was a traveller for much of his life: on foot, on horse and by sea to found his religious communities or for reasons of ministry or simply to visit his brothers. His journeys were like pilgrimages: he stayed in churches and he stopped wherever he was at the time established by the Rules to recite a breviary and make the prescribed devotions. However, the most genuine form of being a Camillian I experienced was when I engaged in service to those who were in need because of physical frailty (there was no absence of diarrhoea, vomiting or skin infections) or because of the moral discouragement of the person next to me which I tried to eliminate through listening and counselling.

Our bicycling trip towards Santiago was an experience that united the useful with the delectable, making us enjoy nature, the beauty of friendship, and the adventure of being a pilgrim. To sum up: a breath of oxygen for our spirits and a reserve of physical and moral energy, with ahead of us the season of winter.

**Fr. Paolo Guarise**



## UN NUOVO PROGETTO A NKBUB - KENYA

# Lotta all'HIV e ristrutturazione dell'ospedale

### 1 – PREMESSA

#### 1.1 – *Un po' di storia*

Il Consolata Hospital prende il nome dalle Suore della Consolata che l'hanno costruito a cominciare dal 1950: un dispensario, un reparto per le donne e uno per gli uomini, una pediatria. I medici vennero inviati dal CUAM di Padova. Alcuni anni dopo l'ospedale ha avuto un notevole incremento, con il reparto per la cura della TBC, il blocco delle sale operatorie e la chirurgia. Molto significativa è la scuola per infermieri ch'è passata dai 46 alunni dell'inizio ai 250 studenti di oggi. Anche l'ospedale è cresciuto notevolmente fino agli attuali 270 posti letto.

Nella sua storia l'ospedale ha avuto una continua crescita sia quantitativa che qualitativa con la presenza e la gestione delle suore, tanto che era giudicato il migliore ospedale italiano del nord Kenya. Con la partenza delle suore e la presa in carico dell'ospedale da parte della Diocesi di Meru, la gestione è cambiata diverse volte e l'ospedale ha avuto un notevole deterioramento.

I camilliani, con p. Giuseppe Proserpio, hanno preso in mano l'ospedale e, con alterne vicende, si è arrivati all'attuale situazione. Salute e Sviluppo ha elaborato un progetto di cooperazione, cofinanziato dal Ministero degli Affari Esteri: "Lotta all'HIV/AIDS e alle malattie della povertà", iniziato il primo settembre del 2011.

#### 1.2 – *Il contesto specifico territoriale*

Il contesto sanitario in Kenya stando ai dati del 2006, quando è stato elaborato il progetto, registrava questi dati: mortalità infantile sotto i 5 anni 123 per 1000 nv, aspettativa di vita 53 anni. La stragrande maggioranza della popolazione non può permettersi cure sanitarie. L'infezione di HIV si è trasformata in una calamità nazionale con profondo impatto nella vita sociale ed economica del paese.

Se analizziamo la situazione locale dove sorgerebbe il progetto, vediamo che *La provincia* orientale è composta da otto distretti: Embu, Isiolo, Kitui, Machakos, Makueni, Marsabit, Meru e Tharaka Nithi. Il territorio della provincia è notevolmente diversifi-

cato: al nord abbiamo zone desertiche, mentre al sud grandi praterie. Sono presenti diversi gruppi etnici come i Meru, i Kikuyu, i Samburu, ecc. La zona raccoglie diversi parchi nazionali e riserve che attraggono un notevole turismo, ciononostante l'agricoltura e l'allevamento sono le principali attività economiche della popolazione.

Il distretto di Sud Imenti, parte del distretto di Meru, è una zona molto popolosa che conta circa 180 mila abitanti. La città di Nkubu, dove è situato il Consolata Hospital, si trova alle pendici orientali del Monte Kenya ad un'altitudine di 1.673 metri sopra il livello del mare. Non esistono trasporti aerei o ferroviari nell'area. Il clima durante l'anno è relativamente mite, salvo per i mesi di giugno e luglio quando le temperature sono leggermente più basse. Il tempo atmosferico è caratterizzato da una stagione delle grandi piogge (ottobre-dicembre) e una delle piccole piogge (marzo-maggio) che permette due raccolti all'anno. Il monte Kenya, la seconda vetta africana, e la foresta di Imenti coprono un terzo della superficie del distretto.

Etnia dominante nel distretto sono i Meru, tribù di lingua bantu che rappresenta circa il 6% della popolazione keniota, e le minoranze sono Kambas, Kikuyu, Somali, Boran e Luo. Il cristianesimo è la religione più diffusa a cui si affiancano culti tradizionali e islam. I gruppi più svantaggiati sono le donne e i bambini. La zona non è stata toccata dalle tensioni politiche che hanno colpito il Paese, non sono presenti sfollati né particolari scontri etnici.

L'area d'influenza del centro sanitario ha un'economia principalmente agricola, caratterizzata da forme di produzione arretrate su piccoli appezzamenti. Non sono riuscite a diffondersi cooperative e gli agricoltori non hanno i mezzi adatti alle coltivazioni. Ci sono però grandi coltivazioni di tè, caffè e cotone gestite da società esterne che producono gran parte del flusso economico dell'area.

I diritti umani sia a livello ufficiale (governativo) che tribale (tribunali degli anziani) sono rispettati: la libertà politica, religiosa, la proprietà privata, i matrimoni fra tribù diverse sono totalmente accettati.

## DISTRETTO DI MERU

<b>Diffusione dell'HIV nella città di Meru</b>	<b>35%</b>	<b>University of Nairobi Strengthening STD/AIDS Control in Kenya Project (2000)</b>
<b>Percentuale dei sieropositivi (HIV-1)</b>	<b>38,2%</b>	<b>U.S. Census Bureau 2003</b>
<b>Donne incinte infette (fuori dall'area urbana)</b>	<b>38,2%</b>	<b>UNAIDS 2004</b>
<b>TBC (fuori dall'area urbana)</b>	<b>19,7%</b>	<b>UNAIDS 2004</b>
<b>Uomini circoncisi (etnia Meru)</b>	<b>91%</b>	<b>Kenya – Demographic and Health Survey 2003</b>
<b>Donne circoncise (etnia Meru)</b>	<b>42,4%</b>	

Definire *la situazione sanitaria* del distretto è piuttosto difficile poiché attualmente non esiste un censimento approfondito delle strutture sanitarie né un quadro epidemiologico completo. Dai dati delle organizzazioni internazionali emerge inequivocabilmente la diffusione endemica dell'HIV/AIDS fra la popolazione e in particolare fra le donne incinte. Alcune fonti sostengono che il 38% della popolazione sia sieropositiva o malata di AIDS. Il 90% dei casi accertati riguarda gli adulti fra i 15-44 anni, che rappresenta la fascia sociale economicamente più produttiva e quella a cui sono rivolti gli investimenti per lo sviluppo. Il segmento più colpito è quello dai 25 ai 34 anni che vede un tasso di prevalenza dell'HIV/AIDS di ben il 46%.

Le donne sono l'elemento più a rischio HIV / AIDS e rappresentano circa il 69% dei casi riportati nel distretto nel 2001. La diffusione è spiegabile in base a due fattori: 1. gli esami pre-parto permettono uno screening piuttosto vasto delle donne mentre gli uomini sono reticenti a sottoporsi al test HIV/AIDS, 2. le pratiche tradizionali aumentano il rischio di contagio femminile (poligamia, concubinato, ecc). Infine, un numero significativo di casi è stato riscontrato nella fascia 0-14. La maggioranza ha ricevuto l'infezione tramite la madre durante il parto o l'allattamento, una parte a causa di pratiche tradizionali negative come la circoncisione. Alla diffusione dell'HIV/AIDS, si aggiungono le tipiche malattie della povertà. Malaria e Tubercolosi sono particolarmente diffuse a causa del basso tenore di vita e della malnutrizione della popolazione.

*Centro Sanitario di Riferimento.* Il Consolata Hospital di Nkubu serve un potenziale bacino di

utenza di 180.000 persone della zona urbana e rurale del distretto Sud Imenti. Il 60% dei malati non riesce a pagare i prezzi ridotti offerti dall'Ospedale e riceve cure a titolo gratuito. I servizi HIV offerti (ART, PMTCT, VCT) e quelli ad essi più strettamente correlati (ambulatorio e maternità) non riescono a rispondere alle enormi esigenze della popolazione per problemi di carattere strutturale e professionale. La struttura del centro risente degli anni, è inadeguata all'accoglienza dei sieropositivi sia per rischi di discriminazione che per il livello generale di igiene. Inoltre il personale non è aggiornato sulle tecniche di prevenzione ed assistenza più avanzate né preparato per un'efficace azione di prevenzione e sensibilizzazione sul territorio.

## 2. IL PROGETTO

### 2.1 – *Sintesi del progetto e beneficiari*

L'iniziativa avrà il suo perno nel Consolata Hospital di Nkubu, vedrà il coinvolgimento di diversi attori locali, soprattutto del campo sanitario, e sarà realizzata seguendo le priorità e le metodologie individuate dal governo keniota nel *National AIDS Strategic Plan (2005/6-2009/10)*.

L'HIV/AIDS è uno dei maggiori problemi del Kenya e un fattore di grande rischio per il suo sviluppo. Nel distretto Sud Imenti il virus è diffuso in percentuali più alte della media nazionale, colpisce le persone in età produttive causando una riduzione della crescita economica. Al fine di affrontare questi problemi, Salute e Sviluppo (promotore), in partenariato con l'ONG AUCI, ed il Consola Hospital

hanno elaborato un intervento socio-sanitario indirizzato ad arginare la diffusione e a limitare l'impatto dell'HIV.

Il progetto è costruito in modo da non sovrapporsi con le attività dell'ospedale distrettuale, ma, anzi, mira al miglioramento dell'interazione fra questo e il Consolata Hospital. Per tale ragione i corsi di aggiornamento e formazione saranno aperti agli operatori sanitari pubblici in modo tale da migliorare il coordinamento dell'azione sanitaria locale. Intende contribuire a migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sanitari rivolti all'HIV e alle malattie della povertà per la popolazione indigente della zona urbana e rurale del distretto Sud Imenti, attraverso lo sviluppo di sei elementi chiave: formazione, implementazione e potenziamento dei servizi HIV, rafforzamento dei servizi sanitari di base, informazione e sensibilizzazione, miglioramento degli stabili ospedalieri e raccolta dati epidemiologici.

## 2.2 – I beneficiari del progetto

*La formazione e l'aggiornamento riguarderà il personale dell'ospedale. Saranno coinvolti: 4 infermiere counsellor saranno formate per diventare formatori, 15 medici e clinical officer riceveranno un aggiornamento professionale, 40 infermieri riceveranno un aggiornamento professionale, 20 tecnici riceveranno un aggiornamento professionale, 15 amministratori saranno formati nel campo del management ospedaliero.*

*Beneficiari diretti del miglioramento del servizio sanitario:* circa 50.000 persone saranno sensibilizzate sull'HIV/AIDS e le malattie della povertà sul territorio; circa 40.000 persone saranno assistite a livello ambulatoriale di cui 22.000 per malattie opportunistiche; 15.000 persone saranno sensibilizzate sull'HIV/AIDS e le malattie della povertà all'interno dell'ospedale; 10.000 persone usufruiranno dei servizi di counselling e testing HIV; 2.800 madri e 2.850 bambini usufruiranno dei servizi di maternità; 3.000 persone saranno coinvolte nella campagna di promozione della donna; 3.000 persone saranno inserite in uno studio epidemiologico



del territorio; 300 malati di HIV potranno accedere alla terapia anti-retrovirale e all'assistenza alimentare; 200 partorienti e 210 bambini saranno inseriti nel programma di prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV e in quello di somministrazione di farmaci ARV e di assistenza alimentare; 80 famiglie saranno seguite a domicilio per la cura dell'HIV/AIDS e l'assistenza alimentare.

## 2.3 – Risultati attesi e le attività previste dal progetto sono:

- 1 - *Costruzioni e ristrutturazioni:* Costruzione del blocco servizi di accettazione, pronto soccorso, laboratorio analisi e amministrazione; ristrutturazione dell'ambulatorio (OPD) e trasferimento del VCT; ristrutturazione dei reparti cominciando dalla maternità.
- 2 - *Riorganizzazione dei servizi per i malati di HIV/AIDS:* Riorganizzazione e potenziamento dei servizi VCT; Potenziamento del programma PMTCT per le partorienti; Implementazione di un servizio di Home-Based Care; Potenziamento del Programma ART.
- 3 - *Formazione e prevenzione HIV/AIDS:* Sensibilizzazione e prevenzione sulle malattie della povertà (HIV/AIDS, TBC, malaria) nell'ospedale; sensibilizzazione e prevenzione sulle malattie della povertà (HIV/AIDS, TBC, malaria) sul territorio; campagna di tutela e promozione della donna.
- 4 - *Potenziati i servizi di assistenza per la lotta alle malattie delle povertà:* Potenziamento dei servizi di assistenza ambulatoriale per la lotta alle malattie della povertà; Potenziamento del servizio di maternità e ginecologia.
- 5 - *Organizzato un sistema informatizzato di raccolta dati epidemiologici:* Informatizzazione di base dei servizi sanitari per l'epidemiologia; Formazione informatica per il personale sanitario ospedaliero e pubblico; Monitoraggio e raccolta dati epidemiologici su HIV/AIDS e sulle altre malattie della povertà; Diffusione e condivisione dei dati con gli altri attori di sviluppo.
- 6 - *Attività conclusive:* Negli ultimi mesi dell'intervento saranno avviate le pratiche di chiusura del progetto: rapporti di valutazione, rendicontazione finale, passaggio di consegne dal capofila alla controparte.

Roma – novembre 2011

P. Efisio Locci

## A NEW PROJECT IN NKUBU, KENYA

# The Fight Against AIDS and the Restructuring of the Hospital

### 1. Preface

#### 1.1. A little history

The Consolation Hospital takes its name from the Sisters of Consolation who built it, starting in 1950: a dispensary, a ward for women and a ward for men, and a paediatric department. The medical doctors were sent by the CUAM of Padua. Some years later this hospital underwent a major expansion, with the ward for the treatment of tuberculosis and the block for the operating theatres and surgery. Of notable importance is the nursing school which went from forty-six students at the outset to the 250 students of today. The hospital has also grown significantly and now has 270 beds.

During its history the hospital grew constantly both quantitatively and qualitatively with the presences of sisters and their management of the hospital and to such an extent that it was held to be the best Italian hospital in the north of Kenya. With the departure of the sisters and the taking over of the running of the hospital by the diocese of Meru the management changed a number of times and there was a marked deterioration.

The Camillians, with Fr. Giuseppe Proserpio, took over the hospital and after various vicissitudes we have reached the current situation. Health and Development drew up a cooperation project which was co-financed by the Ministry for Foreign Affairs. This project was called 'The Fight Against HIV/AIDS and the Illnesses of Poverty' and was begun on 1 September 2011.

#### 1.2. The specific context of the local area

The health-care context of Kenya according to the data of the year 2006 when the project was drawn up was marked by the following data: infant mortality rates under the age of five: 123 every 1,000 every year; life expectancy: fifty-three. The great majority of the population could not afford health care. HIV/AIDS was responsible for 14.6% of deaths; malaria for 13.6%; and diarrhoea for 16.5%. HIV infection became a national calamity which has had a profound impact on the social and economic life of the country.

If we analyse the local situation of the project we can see that the eastern province is made up of eight districts: Embu, Isiolo, Kitui, Machakos, Makueni, Marsabit, Meru and Tharaka Nithi. The territory of the province is very diversified in character. In the north, there are desert areas and in the south there are large prairies. Different ethnic groups are present, such as the Meru, the Kikuyu, the Samburu etc. The area has various national parks and reserves which attract marked tourism, but, despite this, agriculture and pastoral farming are the principal economic activities of the population.

The district of South Imenti, which is part of the district of Meru, is a very populous area which has about 180,000 inhabitants. The city of Nkubo, the location of the Consolation Hospital, is on the eastern lower reaches of Mount Kenya and is 1,673 metres above sea level. Air or railway transport does not exist in this area. The climate during the year is relatively mild except for the months of June and July when the temperature is slightly lower. The weather is characterised by a season of heavy rains (October-December) and one of light rains (March-May), a situation which produces two harvests a year. Mount Kenya, the second highest mountain in Africa, and the forest of Imenti, cover a third of the surface of the district.

The dominant ethnic grouping of the district are the Merus, a tribe that speaks Bantu and makes up 6% of the population of Kenya. The minorities are the Kambas, the Kikuyu, the Somali, the Boran and the Luo. Christianity is the most widespread religion and there are also the traditional cults and Islam. The most disadvantaged groups are women and children. This area has not been touched by the political tensions that afflict the country; displaced people are not present, nor are there specific ethnic clashes.

The area where this health-care centre is active has a largely agricultural economy which is characterised by forms of backward production on small plots of land. Co-operatives have not managed to advance and the farmers do not have the instruments by which to engage in large-scale cultivation. There are, however, tea, coffee and cotton

plantations managed by outside companies which are responsible for most of the economic production of the area.

Human rights at both an official (government) level and at a tribal level (councils of elders) are respected: political freedom, religious freedom, private property and marriages between people from different tribes are totally accepted.

Defining the health-care situation is rather difficult because at the present time there is no in-depth census of the health-care institutions or a complete epidemiological picture. From the data of the international organisations there clearly emerges an endemic diffusion of HIV/AIDS amongst the population and in particular amongst pregnant women. Some sources maintain that 38% of the population is HIV-positive or has AIDS. 90% of ascertained cases are adults between the ages of fifteen and forty-four, and this is the most economically productive social stratum, the one that is the subject of investments for development. The most afflicted segment of the population is adults between the ages of twenty-five and thirty-four where there is an HIV/AIDS incidence rate of 46%!

Women are the group most at risk as regards HIV/AIDS and they made up about 69% of the cases reported in the district in the year 2001. The spread of the disease is based upon two factors: 1. pre-birth testing allows a rather large-scale screening of women but men are reluctant to take the HIV/AIDS test; 2. traditional practices increase the risk of contagion for women (polygamy, the practice of having concubines, etc.). Lastly, a significant number of cases were found in the 0-14 age band. Most of these cases were infected by their mothers during childbirth or breastfeeding and some were infected through negative traditional practices such as circumcision. To the diffusion of HIV/AIDS is added the spread of the typical illnesses of poverty. Malaria and tuberculosis are es-

pecially widespread because of the low standard of living and the malnutrition of the population.

*The health-care centre of reference.* The Consolation Hospital of Nkubo serves a catchment area of 180,000 people of the urban and rural areas of the district of South Imenti. 60% of patients are unable to pay the reduced prices charged by the hospital (about a sixth of the fees of the other private institutions) and receive free treatment. The HIV services that are offered (ART, PMTCT, VCT), and those most closely connected with them (the mobile clinic and the maternity ward), do not manage to meet the enormous needs of the population for reasons of a structural and professional character. The structure of the centre feels its age and the acceptance of HIV-positive people is inadequate both because of the risks of discrimination and because of the general level of hygiene. In addition, the personnel is not up-to-date as regards the most advanced techniques of prevention and care and is not trained for effective action involving prevention and sensitisation in the local area.

## 2. The Project

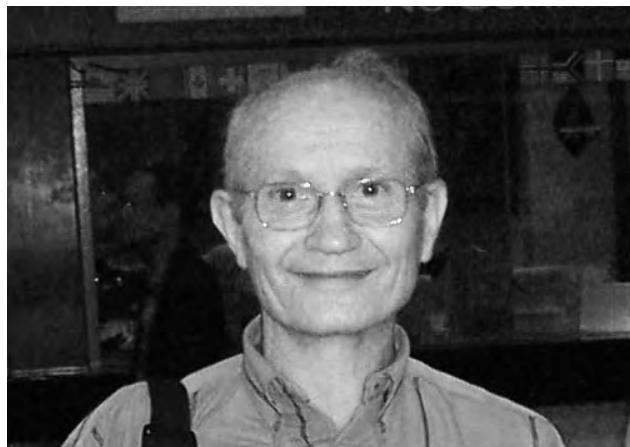
### 2.1. Summary of the project and its beneficiaries

This initiative will be centred on the Consolation Hospital of Nkubo, will involve various local actors, above all of the health-care field, and will be implemented following the priorities and methodologies identified by the government of Kenya in its National AIDS Strategic Plan (2005/6-2009/10).

HIV/AIDS is one of the biggest problems that exists in Kenya and a factor of great risk as regards national development. In the South Imenti district the virus has higher percentages of diffusion than the national average and it afflicts people of a productive age thereby causing a reduction in economic growth. In order to tackle these problems, Health and Development (the promoter), in partnership

### THE DISTRICT OF MERU PERCENTAGES SOURCE

<b>Diffusion of HIV in the city of Meru</b>	<b>35%</b>	<b>University of Nairobi Strengthening STD/AIDS Control in Kenya Project (2000)</b>
<b>Percentage of HIV-positive people (HIV-1)</b>	<b>38.2%</b>	<b>U.S. Census Bureau 2003</b>
<b>Infected pregnant women (outside the urban area)</b>	<b>38.2%</b>	<b>UNAIDS 2004</b>
<b>TBC (outside the urban area)</b>	<b>19.7%</b>	<b>UNAIDS 2004</b>
<b>Circumcised men (the Meru ethnic group)</b>	<b>91%</b>	<b>Kenya – Demographic and Health Survey 2003</b>
<b>Circumcised women (the Meru ethnic group)</b>	<b>42.4%</b>	



P. Giuseppe Proserpio

with the NGO AUCI, and the Consolation Hospital, drew up a socio/health-care plan to combat the spread of AIDS and limit the impact of HIV.

The project was drawn up so as not to overlap with the activities of the district hospital. Indeed, it seeks to improve the interaction between this hospital and the Consolation Hospital. For this reason, the updating and training courses will be open to public health-care workers so as to improve the coordination of local health-care activity. It seeks to help to improve access to services and the quality of services for HIV patients, and for those suffering from the illness of poverty, in the poor parts of the population of the urban and rural areas of the district of South Imenti, through the development of *six key elements*: training, the implementation and strengthening of HIV services, the strengthening of basic health-care services, information and sensitisation, the improvement of hospital buildings, and the gathering of epidemiological data.

## 2.2. *The beneficiaries of the project*

*Formation and updating will involve the personnel of the hospital and here the following will be involved:* four counsellor nurses will be trained so that they in their turn can provide training; fifteen medical doctors and clinical officers will receive professional updating; forty nurses will receive professional updating; twenty technicians will receive professional updating; and fifteen administrators will be trained in the field of hospital management.

*The direct beneficiaries of the improvement in the health-care service:* about 50,000 people will be sensitised as regards HIV/AIDS and the illnesses of poverty in the local area; about 40,000 people will be helped by mobile clinics, of whom 22,000 will be suffering from opportunistic diseases; 15,000 people will be sensitised as regards HIV/AIDS and the illnesses of poverty inside the hospital; 10,000 peo-

ple will use the HIV counselling and testing services; 2,800 mothers and 2,850 children will use the maternity services; 3,000 people will be involved in the campaign to help women; 3,000 people will form a part of an epidemiological study in the local area; 300 HIV patients will be able to have access to anti-retroviral therapy and food aid; 200 pregnant women and 210 children will be put in the programme for the prevention of the vertical transmission of HIV and the programme for the administration of ARV medical products and food aid; and eighty families will be followed at home for the treatment of HIV/AIDS and food aid.

## 2.3. *The expected results and the activities envisaged by the project are as follows:*

1. *Building and restructuring work:* the building of the block for check-ins, first aid, laboratory analyses and administration; the creation of the mobile clinic (OPD) and the transfer of the VCT; and restructuring of the wards beginning with the maternity ward.

2. *Reorganisation of the services for HIV/AIDS patients:* reorganisation and strengthening of the VCT services; strengthening of the PMTCT programme for women about to give birth; the implementation of a home-based care service; and the strengthening of the ART programme.

3. *Formation and prevention in relation to HIV/AIDS:* sensitisation and prevention as regards the illnesses of poverty (HIV/AIDS, TB, malaria) within the hospital; sensitisation and prevention as regards the illnesses of poverty (HIV/AIDS, TB, malaria) in the local area; and a campaign for the protection and advancement of women.

4. *The strengthening of key care services in the fight against the illnesses of poverty:* strengthening of the mobile clinic services in the fight against the illnesses of poverty and strengthening of the maternity and gynaecology service.

5. *The organisation of an ICT system for the gathering of epidemiological data:* a basic ICT conversion of the health-care services for epidemiology; ICT training for the hospital and public personnel; the monitoring and gathering of epidemiological data on HIV/AIDS and other illnesses of poverty; and the dissemination and sharing of data with other actors in the field of development.

6. *Final activities:* over the final months of this project initiatives will be engaged in to bring it to a natural end: assessment reports, a final balance sheet, and a handing over of powers from the head figure to his counterpart.

**Fr. Efisio Locci**

# Informatizzazione e digitalizzazione dell'archivio storico della Maddalena

Una delle principali questioni che sono oggi al centro del dibattito internazionale in ambito archivistico riguarda il riordino e inventariazione degli archivi all'interno di un sistema informativo elettronico attraverso l'uso di standard descrittivi, ossia delle norme generali ed astratte che permettano di dare una rappresentazione formalizzata dell'oggetto che si intende descrivere. Il dibattito e le iniziative prese dal Consiglio Internazionale degli Archivi negli anni 1990, ha portato all'elaborazione di alcune norme descrittive archivistiche, così dette ISAD (International Standard Archival Description) e ISAAR(CPF) (International Standard Archival Authority Record for Corporate bodies, Persons and Families), allo scopo di creare un linguaggio comune atto a favorire la comparazione di realtà differenti e di garantire una condivisione delle informazioni relative ai soggetti produttori. Infatti, mentre le ISAD forniscono un modello generale di descrizione archivistica che può essere applicato a varie tipologie di archivi, le ISAAR forniscono informazioni sulla storia dell'ente produttore individuandone le relazioni con altri soggetti.

È proprio sulla scia dei dettami stabiliti a livello internazionale che tutto il materiale documentario, facente parte dell'archivio della Maddalena, è stato schedato mediante l'utilizzo di un apposito software multimediale, denominato *Shades* adottato per la prima volta dall'Archivio della Congregazione per la dottrina della Fede. Si tratta di un programma complesso creato dalla medesima Congregazione, dal Ministero per i Beni Culturali, da esperti di archivi internazionali, dall'Università di Amsterdam e dal Consiglio Internazionale degli Archivi che per tale sua genesi incarna una caratteristica peculiare di estrema duttilità ed adattamento a qualsiasi tipologia documentaria mantenendo nel contempo una facilità di fruizione. È un software di inventariazione e schedatura in cui tutti i materiali documentari descritti sono già predisposti per essere inseriti su piattaforma XML, ossia su Internet. Ciò significa che questo sistema di catalogazione può essere connesso alla rete in qualsiasi momento e tutti i dati possono essere contestualmente fruibili e consultabili da tutti coloro che navigano in rete.

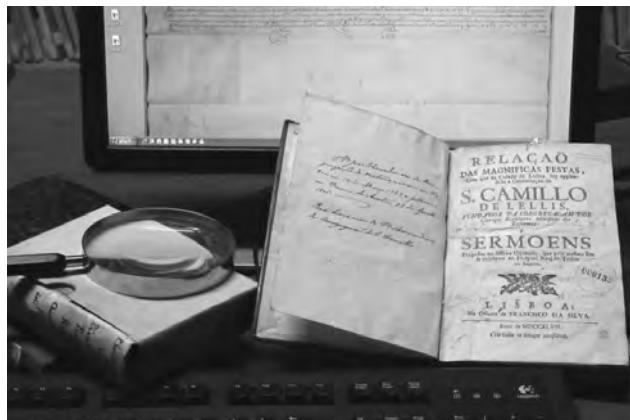
Il programma presenta una struttura ad albero, in cui troviamo l'istituzione, i vari archivi all'interno dei quali vi sono i vari fondi, serie, volumi, fascicoli, documenti ecc.. Accanto all'albero logico c'è una scheda di rilevamento articolata in aree specifiche finalizzate a fornire le informazioni di trasmissione archivistica delle unità di descrizione documentarie in esame quali: segnatura, denominazione (propria o desunta), soggetto produttore, datazione, consistenza, descrizione del contenuto (abstract), descrizione dei materiali (stampati, disegni, libri, fotografie ecc.). Tra queste aree merita particolare attenzione l'area di indicizzazione dei soggetti, persone e luoghi, che attraverso l'indicazione di un particolare personaggio o luogo consente il collegamento e la visualizzazione di altra documentazione riguardante quel determinato soggetto o luogo, in modo tale da poter interfacciare fra loro diversi documenti che, seppur contenuti nello stesso o in altri archivi, non sarebbero altrimenti collegabili.

A conclusione di questo breve excursus nel mondo degli archivi e dell'archivistica, si possono trarre, unitamente agli sviluppi futuri della materia, alcune conclusioni.

Gli archivi rappresentano in modo tangibile il nostro passato, la nostra storia, le nostre tradizioni e la nostra cultura e, come tali, meritano tutta l'attenzione possibile per la loro conservazione con modalità analoghe a quelle con cui sono stati creati nel tempo.

È chiaro che in tale ottica debbano essere poste in essere tutte le cautele ed attenzioni possibili per la conservazione della sedimentazione archivistica tal quale, così come ci è stata tramandata. È, però, altrettanto chiaro che le opportunità derivanti dalla tecnologia moderna, in particolare dall'informatica, rappresentano uno strumento insostituibile per la creazione di archivi antichi come contenuti e rispettosi della genesi degli stessi, ma moderni come struttura, multimedialità, fruibilità e diffusione.

Si ritiene che queste poche righe siano fortemente esemplificative dei possibili sviluppi futuri degli archivi, e, fermo restando il rispetto degli standard internazionali vigenti, si ritiene che nel prossimo futuro (che è però in alcuni casi anche un



presente) vi sia la possibilità di creare banche dati multimediali in grado di comunicare fra loro all'interno della struttura cui si riferiscono con l'opportunità di creare, altresì, anche dei collegamenti esterni tra diverse strutture sia a livello nazionale che internazionale.

Lo strumento principe per tale realizzazione è senza dubbio Internet che già opera in tal senso attraverso la trasmissione di dati con un protocollo internazionale condiviso e riconosciuto. Sarebbe possibile estendere questo procedimento, con le dovute correzioni e integrazioni del caso, anche alle banche dati relative agli archivi, una volta trasformati in forma digitale, ove possibile.

L'ostacolo più difficile è la creazione di un "linguaggio" uniforme nella creazione di tali banche dati, uguale per tutti gli addetti ai lavori, e da questi condiviso.

Si tratta, quindi, non di un problema tecnico, in quanto in alcuni casi in forma limitatamente estesa, questo procedimento è già operativo, ma di una questione di intesa tra le parti in causa per la determinazione di un linguaggio comune che consenta il collegamento e la trasmissione di notizie in maniera univoca e soprattutto, riconoscibile da qualunque fruitore.

In tal modo si otterrebbero grandi risultati sia dal punto di vista della larga diffusione di notizie e dati fino a poco tempo fa a disposizione solo di poche persone e studiosi e sia dal punto di vista della possibilità di collegamenti tra vari elementi che, in taluni casi, potrebbero portare a delle nuove scoperte con la conseguenza anche di una possibile rivisitazione di eventi storici finora interpretati e tramandati in maniera diversa.

Se a quanto detto si aggiunge la possibilità di un'eventuale interattività con l'opportunità di implementare la banca dati esistente da parte di fruitori e studiosi diversi, si capisce quale siano le immense potenzialità di un sistema così articolato e quali siano le possibilità di arricchimento di un patrimonio già consistente ma frazionato in diversi settori che non riescono ancora ad interloquire fra loro.

Proprio allo scopo di favorire un confronto tra tutti coloro che operano nel settore, la Casa Generalizia ha organizzato un convegno che si terrà a breve e le cui considerazioni saranno oggetto di successive pubblicazioni.

**Luciana Mellone**

## The ICT Conversion of the Historical Archives of the Maddalena

**O**ne of the principal questions at the centre of international debate today as regards the world of archives concerns the reorganisation and cataloguing of archives with an electronic information system through the use of standard descriptions, that is to say general and abstract rules that allow a formalised description of the subject that one wants to describe. The debate and the initiatives undertaken by the International Archives Council in the 1990s led to the drawing up of certain rules relating to the description of archival material, the so-called ISAD (International Standard Archival Description) and the ISAAR(CPF) (International Standard Archival Authority Record for Corporate Bodies, Persons and Families), in order to create a shared lan-

guage so as to foster the comparison of different realities and to assure the sharing of information on producers. Indeed, whereas the ISAD provides a general model for archival description which can be applied to various kinds of archives, the ISAAR provides information on the history of the producer and identifies its relationships with other producers.

It was specifically following the rules laid down at an international level that all documentary material belonging to the archives of the Maddalena was catalogued through the use of a multi-medial software called 'Shades', which had been adopted for the first time by the archives of the Congregation for the Doctrine of the Faith. This is a complex programme that was created by this Congregation, by the Ministry for

the Artistic Heritage, by international archives experts, by the University of Amsterdam and by the International Archives Council, and which because of its genesis has the special characteristic of extreme flexibility and adaption to any kind of document, conserving at the same time a marked facility in its use. This is a software for listing and cataloguing whereby all the documentary material described is already organised so as to be inserted on the XML platform, that is to say Internet. This means that this system of cataloguing can be connected to the Net at any time and that all the data can be immediately used and consulted by all those who use the Net.

The programme has a tree structure in which we find the institution and the various archives within which there are the various sections, series, volumes, folders, documents etc. Side by side with the logical tree there is a reference card organised into specific areas which have the purpose of providing information on the archival transmission of the documentary units that are described being examined such as: indication, (specific or deduced) name, the producer, the date, length, a description of the contents (abstract), and a description of the materials (printed paper, pictures, books, photocopies etc.). As regards these areas, special attention should be paid to the area of the indexing of subjects, persons and places which, through the indication of a particular person or place, allows connection with, and the visualisation of, other documentation on that specific subject or place, so as to be able to interface different documents which, although they are contained in the same or other archives, could not otherwise be connected.

At the end of this brief excursus into the world of archives and archival studies, one can draw certain conclusions, together with ideas about future developments in this field.

Our archives in a tangible way constitute our past, our history, our traditions and our culture and as such deserve all possible care as regards their conservation, employing methods similar to those by which they were created over time.

It is clear that from this point of view all due care and attention must be taken as regards the archival inheritance as such, as it has been handed down to us. It is, however, equally clear that the opportunities offered by modern technology, and in particular by information and communications technology, constitute an irreplaceable instrument for the creation of archives which are ancient as regards their contents and which respect their own genesis, but which are modern as regards their structure, their multi-medial character, their usability and their diffusion.

It is believed that these few lines provide strong examples of possible future developments as re-

gards our archives, and, still applying the international standards that are now in force, it is believed that in the near future (which, however, in some cases is also the present) there will be the possibility of creating multi-medial data banks that are able to communicate with each other within the institution to which they refer with the accompanying opportunity of creating, equally, external connections as well between different institutions at both an international and a national level.

The principal instrument for this is undoubtedly Internet which already works in this way through the transmission of data with an international protocol that is shared and recognised. It would be possible to extend this procedure, with due corrections and additions as required, to the data banks on archives, once they have been transformed into digital form where this is possible.

The most difficult obstacle is the creation of a uniform 'language' in the creation of these data banks which is the same for those working in this field and also shared by them.

One is dealing, therefore, not with a technical problem, inasmuch as in some cases in a limited extended form this procedure is already operational, but with a question of an agreement between the parties involved as regards deciding upon a shared language which allows connection and the transmission of information in a univocal way and above all which can be recognised by every user.

In this way one would obtain major results both from the point of view of the widespread dissemination of information and data which until a short time ago were available to only a few individuals and scholars, and from the point of view of the possibility of connections between different elements which in some cases could lead to new discoveries and as a consequence to a re-examination of historical events that have been hitherto interpreted and handed down in a different way.

If to what has been said one adds the possibility of a possible interaction with the possibility of implementing existing data banks by different users and scholars, one understands what the immense potentialities of such a detailed system are and what the possibilities are for an enrichment of a heritage which is already substantial but which is broken down into different sectors that are unable, as yet, to communicate with each other.

Specifically in order to foster a dialogue between all those who work in this sector, the Generale House has organised a conference that will be held shortly and whose deliberations will be the subject of subsequent publications.

**Luciana Mellone**

*Intitolazione della casa di formazione della provincia sicula-napoletana*

## Nicola D'Onofrio allo Studentato di Mangano

**D**a alcuni anni la Provincia Siculo-Napoletana dei Ministri degli Infermi ha aperto la casa di formazione per i candidati alla vita religiosa camilliana presso l' Istituto Giovanni XXIII di Mangano di Riposto, struttura che da quarant'anni si occupa dell'assistenza diurna dei disabili psichici residenti nell' *hinterland* catanese. Lo scorso due giugno tale casa di formazione - che attualmente ospita tre postulanti e tre professi temporanei - è stata intitolata al Servo di Dio Nicola D'Onofrio, professo temporaneo camilliano in cammino verso il sacerdozio, scomparso a Roma nel 1964 a causa di un tumore devastante che ha interrotto i suoi sogni giovanili e il suo cammino di formazione, ponendolo alla "scuola del dolore" il cui unico Maestro resta il Signore Crocifisso. La celebrazione dell'intitolazione dello studentato è avvenuta alla presenza del Superiore Generale dei camilliani, p. Renato Salvatore, accompagnato dal Consultore p. Paolo Guarise, giunti in Sicilia per la visita canonica. L'occasione ha permesso un raduno "in piccolo" della "Grande Famiglia di San Camillo" presente ad Acireale e dintorni: erano presenti infatti circa quaranta persone tra confratelli, Figlie di San Camillo, Ministri degli Infermi, Missionarie degli Inferni di Cristo Speranza, Ancelle Missionarie camilliane, Famiglia Camilliana Laica e volontari delle nostre opere. Dopo l' Eucarestia e la benedizione del ritratto di Nicola, la comunità degli studenti ha condiviso il pranzo con i convenuti e con il Vescovo di Acireale mons. Pio Vittorio Vigo da sempre paternamente vicino alle realtà camilliane presenti in diocesi. A tutti è stato distribuito il libro *Vivere e morire d'amore*, biografia scritta da p. Felice Ruffini. Dedicare la casa di formazione a Nicola D'Onofrio ha avuto una certa rilevanza per il fatto che il Servo di Dio è stato uno studente camilliano e come tale si pone in maniera naturale quale figura di riferimento a chi è in cammino su tale strada; ma oltre il suo *status*, parla al cuore la sua malattia improvvisa e la conseguente morte: eventi forti e sconvolgenti che possono essere monito

agli studenti camilliani nel "non dare per scontati" gli anni di formazione. Infatti lo studio, la vita comunitaria, l'esercizio del ministero di vicinanza ai sofferenti, possono diventare *routine* o tentazione del "dovere per il dovere", arrivando a "fare" le cose ma non a viverle pienamente quali avvenimenti e incontri offerti dalla Provvidenza stessa! Il desiderio di Nicola di giungere al sacerdozio camilliano, il desiderio di poter vivere ancora superando la malattia, è sprone per quanti – sia in formazione iniziale che permanente - hanno perso l'ardore o smorzato la fiamma degli inizi. In questo senso Nicola ci offre un esempio di vocazione sempre giovane e sempre viva! Due sue frasi, tratte dagli appunti spirituali, sono state collocate accanto alla foto di lui sorridente posta all'ingresso dello studentato di Mangano: "*Noi siamo qui per potere servire Dio nei malati, le persone a lui più care*" e "*Buon*



*religioso non è colui che parla molto di Dio, ma chi parla molto a Dio, ossia prega*". Due frasi da lui annotate durante un corso di Esercizi Spirituali che oggi suonano a noi come un programma di vita e di cammino costruttivo: si è chiamati tra i figli di san Camillo non certo per una personale realizzazione, ma ad amare "uscendo da sé" coloro che sono "pupilla" di Dio, cioè i malati; questo ministero deve essere poi sostenuto da una spiritualità fatta non di molte parole, quanto di intima adorazione a Colui che ci consacra mediante i voti religiosi. Se le frasi di Nicolino ci ricordano due "pilastri" della vita religiosa camilliana, ossia il ministero ai malati e la preghiera che genera la spiritualità, padre Renato Salvatore ha trattato un tema altrettanto fondamentale per i religiosi: quello della comunione. Nell'omelia della Messa che ha preceduto l'intitolazione, ha infatti ricordato ai convenuti come il ministero comune sia l'espressione di un carisma che lo Spirito non ha dato solo a San Camillo e a quelli dopo di lui, bensì all'intera Chiesa

per il suo stesso bene: da qui, ha esortato padre Renato, l'importanza della "sinergia" nella collaborazione tra le varie realtà camilliane quale espressione della comunione. Spiritualità e comunione sono per i religiosi la *conditio sine qua non* ci sia vitalità e non aridità nella vita ministeriale. Ai formandi, il Padre Generale, ha ricordato l'importanza della formazione di base partendo da quella spirituale: senza essa non c'è fondamento per nessun altro tipo di successiva formazione religiosa. Che la nostra casa di Mangano possa diventare dunque una "scuola di spiritualità", come ha affermato padre Renato citando l'Esortazione Apostolica post-sinodale *Vita Consecrata*. Lo sguardo sereno di Nicolino ci suggerisce il modo per addentrarci in questa "scuola": conservare la consapevolezza, anche nella prova e nella difficoltà, che mai il nostro Dio è un "Dio lontano" !

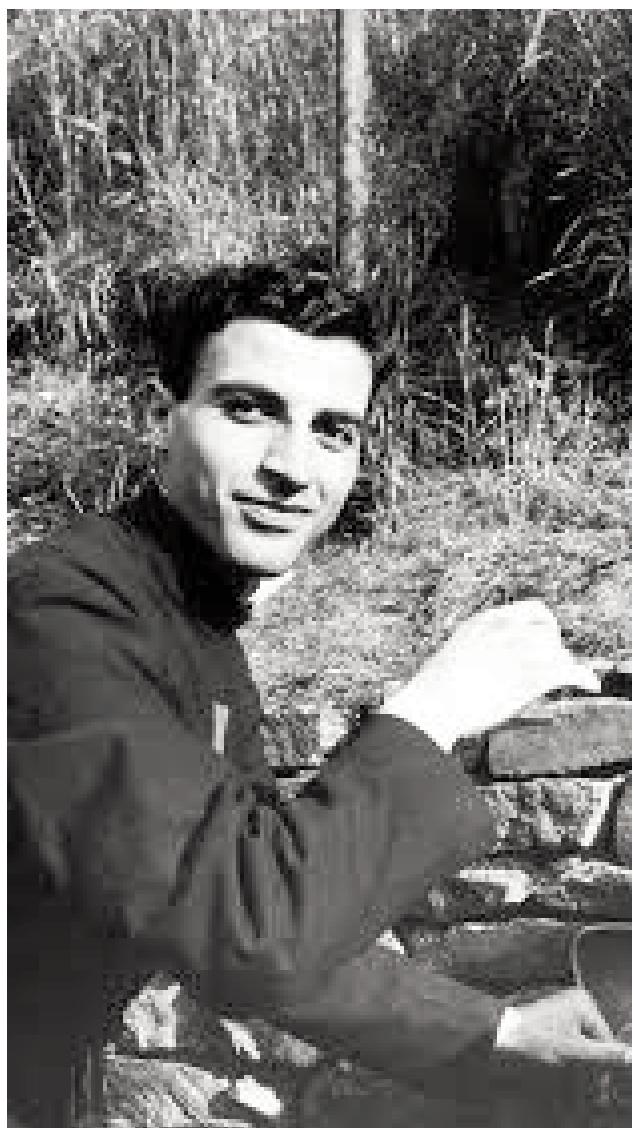
**Alfredo Tortorella**  
(professo temporaneo)

### *The Naming of the House of Formation of the Province of Sicily and Naples*

## **Nicola D'Onofrio at the Studentate of Mangano**

For some years the Province of Sicily and Naples of the Ministers of the Infirm have had a house for formation for candidates for the religious life at the Istituto Giovanni XXIII of Mangano di Riposto. This institution for forty years has provided day care to mentally disabled people who live in the hinterland of Catania. Last June this house of formation – which at the present time has three postulants and three temporary professed – was given the name of the Servant of God Nicola D'Onofrio, a Camillian temporary professed on the pathway towards the priesthood who died in Rome in 1964 because of a devastating tumour that interrupted his youthful dreams and his pathway of formation, and placed him in the 'school of pain' whose only Teacher remains the Crucified Lord. The celebrations for the naming of the studentate took place in the presence of the Superior General of the Camilians, Fr. Renato Salvatore, who

was accompanied by the member of the General Council Fr. Paolo Guarise, both of whom had gone to Sicily for a canonical visit. This occasion allowed a 'small' meeting of the 'Great Family of St. Camillus' of Acireale and its surrounding areas. Indeed, about forty people were present – brothers, Daughters of St. Camillus, women Ministers of the Sick, Missionaries of the Sick of Christ the Hope, Camillian Missionary Handmaidens, the Lay Camillian Family, and volunteers who are active in our works. After the Eucharist and the blessing of the portrait of Nicola, the community of students had lunch with those who had come and with the Bishop of Acireale, Msgr. Pio Vittorio Vigo, who has always been paternally near to the Camillian people and institutions of the diocese. The book *Vivere e morire d'amore* ('Living and Dying by Love'), the biography written by Fr. Felice Ruffini, was given to everyone present.



The dedication of the house of formation to Nicola D' Onofrio had a certain relevance because of the fact that this Servant of God was a Camillian student and as such has naturally become a point of reference for those who are going down the same pathway. But beyond his status, his sudden illness and his consequent death speak to our hearts. These were strong and upsetting events which can be a warning to Camillian students 'not to take for granted' their years of formation. Indeed, study, community life, and the exercise of ministry near to the suffering can become routine or a temptation 'to do things out of a sense of duty', thereby 'doing' things but not living them to the full as events and encounters offered by Providence itself! The wish of Nicola to become a Camillian priest, his desire to go on living and to overcome his illness, is an encouragement to everyone – both those in initial formation and those in ongoing formation – who

have lost their ardour or whose initial flame has weakened. In this sense, Nicola offers us an example of a vocation that was always young and always alive! Two of his phrases, taken from his spiritual notes, were placed next to a photograph of him smiling which is located at the entrance of the studentate of Mangano: 'We are here to be able to serve God in the sick, the people who are dearest to Him' and 'A good religious is not he who speaks a great deal about God but he who speaks a great deal to God, that is to say who prays'. These two phrases were written down by him during a course of spiritual exercises which today sound in our ears as a programme for life and constructive journeying: we are called to be amongst the sons of Camillus certainly not for personal fulfilment but to love 'coming out of ourselves' those who are the 'pupils' of God, that is to say sick people. This ministry must be supported by a spirituality made up not of many words but of an intimate worship of He who consecrates us through religious vows.

These phrases of Nicolino remind us of the 'columns' of Camillian religious life, that is to say ministry for the sick and prayer that generates spirituality, and Fr. Renato Salvatore himself addressed a subject that is equally fundamental for religious – that of communion. In his homily at the Holy Mass that preceded the naming of the house of formation, indeed, the Superior General reminded those who had come that our shared ministry is the expression of a charism that the Spirit not only gave to St. Camillus and those who came after him but also gave to the whole Church for her good. Hence, exhorted Father Renato, the importance of 'synergy' in the cooperation between the various institutions and people of the Camillian world as an expression of communion. Spirituality and communion are for religious the *conditio sine qua non* for there to be vitality and not aridity in ministerial life. To those receiving formation, the Father General observed the importance of basic formation starting from spiritual formation: without this last there no foundation for any kind of subsequent religious formation. May our house of Mangano become therefore a 'school of spirituality', as Father Renato himself declared, referring to the post-synodal Apostolic Exhortation *Vita Consecrata*. May the serene gaze of Nicolino suggest to us how we can enter this 'school': always being aware, in trials and difficulties as well, that our God is never a 'distant God'!

**Alfredo Tortorella**  
(Temporary professed)

# **Beati i morti nel Signore Blessed are those who Die in the Lord**

**P. Martin Theodor Kummer**

1947 – 2011

Il 21 ottobre 2011 il nostro Signore ha chiamato il suo servo fedele P. Martin Theodor Kummer (di 64 anni) nel Suo Regno eterno. La cerimonia funebre si è tenuta nel Cimitero Ober-St. Veit a Vienna il 4 novembre 2011, ore 12 e in seguito si è celebrata la funzione religiosa in suffragio di P. Martin nella Chiesa S. Carlo Borromeo nel Centro Geriatrico di Vienna.

P. Martin Theodor Kummer è nato il 10 novembre 1947 a Mönchhof in Burgenland (Austria) ed è entrato nel Postulandatato dell'Ordine nel 1958 e nel Noviziato nel 1964. Nel 1971 emise la professione perpetua a Vienna. È stato ordinato sacerdote il 19 marzo 1972 a Eisenstadt.

Dal 1973 è stato Cappellano nell'Ospedale S. Giovanni a Salisburgo e dal 1986 in vari Ospedali di Vienna.

Nella Provincia Austriaca ha svolto per vari periodi il compito di Consigliere Provinciale, di Superiore ed Economo della Comunità di Salisburgo e, successivamente, della Comunità di Vienna.

Durante le ferie, trascorse a casa sua in Mönchhof/Burgenland, il 20 settembre 2011 P. Martin è stato trovato gravemente ammalato ed è stato trasferito in Clinica Universitaria di Vienna, dove dopo trenta giorni è morto.

Perdiamo un Confratello gentile, sempre pronto all'aiuto, che ha vissuto una vita sacerdotale e religiosa esemplare.

**Fr. Martin Theodor Kummer**

1947 – 2011

On October 21, 2011 our Lord has summoned His faithful servant, Fr. Martin Theodor Kummer (aged 64) to His Eternal Kingdom. The civil function will be held in Wien, Ober – St. Veit graveyard on November 4, 2011, followed by the funeral service in the S. Charles Borromeo Church, Geriatric Hospital, Wien.

Fr. Martin T. Kummer was born on November 10, 1947 at Mönchhof in Burgenland (Austria); he joined the Order in 1958 and begun his Novitiate in 1964. In 1971 he made his Perpetual Profession in Wien. He was ordained as a priest in Eisenstadt on March 19, 1972.

From 1973, he started his ministry as a chaplain, initially in Salzburg (S. John Hospital) and, from 1986 on, in several Hospitals in Wien.

In the Austrian Province he has carried out duties such as Provincial Councilor, local Superior and Bur-sar (Salzburg and Wien).

During his last holidays in his own hometown, he was found very ill and immediately transferred to the University Hospital in Wien where, thirty days later, he has died.

With the sad demise of Fr. Martin, we will miss a gentle confrere, always available, a witness of exemplary religious and priestly life.



### P. Luigi Mignozzi

1912 – 2011

Padre Luigi nato a Ragusa (Dalmazia) il 24 ottobre 1912, fece il suo ingresso nell'Ordine il 2 ottobre 1925.

Divenne novizio il 18 marzo 1929; emise la Professione temporanea l'8 settembre 1930 e quella perpetua il 29 ottobre 1933.

Ricevette gli Ordini Minori il 9 ottobre 1932 e il Suddiaconato il 26 gennaio 1936.

Il 28 marzo 1936 fu ordinato Diacono e il 6 giugno dello stesso anno fu consacrato Sacerdote.

Per due anni rimase nella Casa di Giove come insegnante, dopodiché, il 13 maggio 1938, ebbe inizio la sua lunga e quasi ininterrotta esperienza ministeriale a stretto contatto con i malati:

**Roma** – cappellano all'Ospedale del "Littorio" (fino al 21 luglio 1941), di comunità al *San Giovanni in Laterano* (fino al 9 dicembre 1941), cappellano al Sanatorio "Ramazzini" (fino all'8 marzo 1943), al Sanatorio "Forlanini" (fino al 1947) e all'Ospedale *San Giovanni* (fino al 1948);

**Viterbo** – cappellano all'*Ospedale Grande degli Infermi* (fino al 3 novembre 1951);

**Bucchianico** – di comunità al Santuario "San Camillo" (fino al 1 settembre 1953);

**Chieti** – cappellano al Sanatorio "San Camillo" (fino al 6 novembre 1954);

**Roma** – cappellano al Sanatorio "Ramazzini" (fino al 12 marzo 1964) e di comunità al Sanatorio "Forlanini" (1964-1967);

**Firenze** – cappellano all'*Inail* (1967-1970);

**Roma** – cappellano all'Ospedale *San Giacomo* (fino al 1971), al Sanatorio "Forlanini" (fino al 1980) e di nuovo all'Ospedale *San Giacomo* (fino al 9 marzo 1993), anno in cui, all'età di 81 anni, lasciò il suo incarico di cappellano;

**Bucchianico**, dietro sua richiesta, nella Comunità del Santuario *San Camillo* (1993) e successivamente nella Comunità del Centro di Spiritualità Nicola d'Onofrio, dove è rimasto fino al giorno del suo trasferimento all'Ospedale di Chieti (29.10.2011). Ha soltanto trascorso per terapia riabilitativa qualche mese a Villa Immacolata dal 26 febbraio al 27 luglio 2010.

Il 31 ottobre 2011, alle 23.30, proprio nel giorno in cui la Chiesa celebra la solennità di Tutti i Santi, dopo un breve ricovero all'Ospedale di Chieti a causa di una caduta, è tornato alla Casa del Padre.

Il 06 giugno scorso, circondato dall'amicizia e dall'affetto dei confratelli, aveva celebrato il 75° anniversario della sua Ordinazione Sacerdotale con una solenne Eucarestia, al termine della quale volle intonare l'inno *Te Deum*, per ringraziare il Signore per il dono del Sacerdozio e per avergli permesso di viverlo nel servizio degli infermi.

La testimonianza camilliana, che lungo tutta la sua vita ha saputo dare a quanti lo hanno avvicinato e ai confratelli con i quali ha condiviso le gioie e le fatiche della missione, è per ciascuno di noi chiamati a lavorare ancora nella vigna del Signore un esempio di gratuità e di amore disinteressato verso Dio e verso i fratelli.

Dalla Casa del Padre, dove certamente è stato accolto, siamo certi egli, con tutti gli altri confratelli che ci hanno preceduto, continuerà ad amare ciascuno di noi e a pregare per la sua Provincia e per la grande famiglia camilliana.

### Fr. Luigi Mignozzi

1912 – 2011

Fr. Luigi was born in Ragusa (Dalmazia) on October 24, 1912. He joined the Order on October 2, 1925. A novice in 1929, he made his Temporary Profession on September 8, 1930; later on, on November 29, 1933 he made his Perpetual Profession.

On March 28, 1936 he was Ordained as a Deacon and on June 6, 1936 he was ordained as a Priest.

His first assignment was as teacher in the Minor Seminary in Giove. On May 13, 1938 he started his long, almost uninterrupted, ministry for the sick.

In **Rome**. He was a chaplain in several Hospitals: Littorio (July 21, 1941); S. Giovanni in Laterano (December 9, 1941); Ramazzini TB Sanatorium (March 8, 1943); Forlanini TB Sanatorium (1947) S. Giovanni in Laterano (1948).

In **Viterbo**. Chaplain at the *Ospedale Grandi Infermi* (September 1, 1951).

In **Bucchianico**. A member of the local community (September 1, 1953).

In **Chieti**. Chaplain at the TB Sanatorium (November 6, 1954).

In **Rome**. Chaplain at TB Sanatorium Ramazzini ( March 12, 1964) and a member of the community at the TB Sanatorium Forlanini (1964 – 9167).

In **Florence**. Chaplain at the National Institute for the Victims of Labor accidents (INAIL) from 1967 to 1970.

In **Rome**. Chaplain at S. Gioacomo (1971 and again from 1980 to 1993), TB Sanatorium Forlanini (1980).

In 1993, now aged 81, Fr Luigi left his ministry as a chaplain. At this stage, upon his request, Fr Luigi was assigned to the community in Bucchianico (St. Camillus Shrine) and, then, to the Center of Spirituality Niccolino d'Onofrio, where he remained until he was admitted to the Chieti Hospital (October 29, 2011), following a fall that needed treatment. The only break in his long stay in Bucchianico took place in 2010, when he was forced to be admitted to the Villa Immacolata Hospital (Viterbo) for a four month long period of rehabilitation.

On October 31, 2011 at 11:30 pm, while the whole Church celebrates the All Saints Day, Fr Luigi has returned to the Father's House.

On June 6, 2011 he had celebrated his 75<sup>th</sup> anniversary of Priestly Ordination. At the end of a solemn Eucharist, he sang the *Te Deum*, as a sign of gratitude to the Lord for the gift of Priestly Ordination and for the grace to carry it out in the service of the sick.

His Camillian testimony, evident to all those who have come close to him and to all his confreres, remains an example of free gift and of unselfish love towards God and brothers and sisters.

From the Father's House, where he surely lives now, Fr. Luigi – and the many Camillians who have preceded him – will continue loving us all and praying for the Roman Province and for the extended Camillian Family.



*Beati i morti nel Signore*  
*Blessed are those who die in the Lord*

# Indice per Autore

(Il primo numero indica la pagine, quello tra parentesi la rivista)

## **SALVATORE P. Renato**

Il nostro patrimonio .....	6 [183]
Our Heritage .....	8 [183]
Lettera ai confratelli della Delegazione Tanzaniana .....	10 [183]
To Our Brothers of the Tanzanian Delegation .....	12 [183]
Ai confratelli della Delegazione Ugandese .....	15 [183]
To Our Brothers of the Ugandan Delegation .....	17 [183]
I Camilliani d'Europa: la periferia e la frontiera .....	6 [184]
The Camilians of Europe: the Periphery and the Frontier .....	8 [184]
Rivisitazione storico-spirituale della Lettera Testamento di San Camillo .....	83 [184]
A Historical-Spiritual Return to the Testamentary Letter of St. Camillus .....	95 [184]
"Per una cura della salute equa ed umana"....	6 [185]
"Toward an Equitable and Human Health Care.....	7 [185]

## **RUIZ P. Jesús M<sup>a</sup>**

Origianale o copia.....	4 [183]
An Original or a Copy? .....	5 [183]
Recuperare la deferenza .....	4 [184]
Retrieving Deference .....	5 [184]
Vino vecchio in otri nuovi .....	4 [185]
Old Wine in New Bottles .....	5 [185]
Cuore e mani giovani .....	8 [186]
Young Hearts and Hands .....	9 [186]
Lettera ai confratelli alla Delegazione della Bolivia .....	10 [186]
Letter to Our Brothers of the Delegation of Bolivia .....	12 [186]

## **PERLETTI Fr. Luca**

Lettera ai confratelli della Delegazione Tanzaniana .....	10 [183]
To Our Brothers of the Tanzanian Delegation .....	12 [183]
Ai confratelli della Delegazione Ugandese .....	15 [183]
To Our Brothers of the Ugandan Delegation .....	17 [183]

## [...] trovarono forza dalla loro debolezza,

divennero forti [...] - Eb 11:34 .....

9 [185]

'They found strength in their weakness, they became strong' - (Heb 11:34) .....

14 [185]

## **GUARISE P. Paolo**

Riconoscione sul Corpo di S. Camillo .....	20 [183]
An Examination of the Body of St. Camillus .....	25 [183]
GMM: Giornata Mondiale del Malato .....	41 [183]
WDS: The World Day of the Sick .....	43 [183]
S. Camillo de Lellis e la sua risposta alle esigenze sociali .....	15 [184]
St. Camillus de Lellis and his Response to Social Emergencies .....	18 [184]
Ai confratelli della Delegazione del Benin ....	19 [185]
To Our Brothers of Delegation of Benin .....	23 [185]
Buen Camino! .....	77 [186]
Have a Good Journey .....	80 [186]

## **PAZHANILATH P. Babychan**

Formazione permanente .....	21 [184]
Ongoing formation program .....	22 [184]
[...] trovarono forza dalla loro debolezza, divennero forti [...] - Eb 11:34 .....	9 [185]
'They found strength in their weakness, they became strong' - (Heb 11:34) .....	14 [185]
Ai confratelli della Delegazione del Benin ....	19 [185]
To Our Brothers of Delegation of Benin .....	23 [185]
Formazione permanente .....	30 [186]
Ongoing formation program .....	31 [186]

## **BERMEJO Fr. Carlos José**

Uno sguardo resiliente .....	69 [186]
A Resilient Outlook .....	71 [186]
Le palme si piegano .....	73 [186]
The Palms Bend .....	75 [186]

## **BRUSCO P. Angelo**

Educarsi all'anzianità .....	24 [186]
Educating People as Regards Old Age .....	27 [186]

## **CAUZZO P. Donato**

Guariti e guaritori .....	91 [183]
Healed and Healers .....	95 [183]

**DE MACEDO P. Francisco**

Progetto per rianimare... CHI? .....	63 [183]
A project to revive... WHO? .....	65 [183]
La Procedura .....	71 [185]
Procedure .....	74 [185]
Rassegna Stampa .....	77 [185]
Press Release .....	80 [185]

**LOCCI P. Efisio**

Salute e Sviluppo 2010 .....	99 [183]
Health and Development 2010 .....	101 [183]
Un nuovo ospedale camilliano a Djoungou in Benin .....	62 [184]
A New Camillian Hospital in Djoungou, Benin.....	64 [184]
Sviluppo multisettoriale .....	93 [185]
Multi-Sectorial Development .....	96 [185]
Lotta all'HIV e ristrutturazione dell'ospedale	83 [186]
The Fight Against AIDS and the Restructuring of the Hospital .....	86 [186]

**MIRANDA P. Aris**

Riunione dei Rappresentanti Regionali .....	33 [183]
Regional Meeting of Representatives .....	37 [183]

**MONKS P. Frank**

Il dolore spirituale. <i>Una riflessione pastorale</i> .....	34 [184]
Spiritual Pain. <i>A Pastoral Reflection</i> .....	43 [184]

**RAMELLO P. Mario**

Riunione dei Rappresentanti Regionali .....	33 [183]
Regional Meeting of Representatives .....	37 [183]

**SAPORI P. Eugenio**

Germana Sommaruga: La volontà di essere camilliana nel mondo .....	83 [185]
Germana Sommaruga: the Desire to be a Woman Camillian in the World .....	88 [185]

**WEBER P. Dietmar**

Un dono speciale per il 400° anniversario della morte di S. Camillo .....	64 [186]
A special gift for the 400 <sup>th</sup> anniversary of the death of St. Camillus .....	66 [186]

**ANDREONI Sabina**

Cento anni della chiesa di S. Camillo a Roma The Hundredth Anniversary of the Church of St. Camillus in Rome.....	24 [184]
	27 [184]

**BROCHERIEUX Marie-Christine**

“Ero malato e mi avete visitato...” Matteo 25,36.....	54 [184]
“I was sick and you visited me...” Matthew 25:36 .....	58 [184]

**CARPENE Rosabianca**

“Variazioni” sulla <i>Lettera Testamento</i> .....	60 [186]
“Variations” on the <i>Testamentary Letter</i> .....	61 [186]

**CINO PAGLIARELLO Marina**

La fondazione della Casa della Buenamorte a Lima nella ricostruzione di Padre Virgilio Grandi .....	44 [183]
The Foundation of the House of Buenamort- According to Father Virgilio Grandi .....	47 [183]
La fondazione della Casa di Popayàn in Colombia .....	30 [184]
The Foundation of the House of Popayàn in Colombia .....	32 [184]

**MAGATTI Prof. Mauro**

La fede speranza per l'Europa? .....	68 [183]
Faith: Hope for Europe? .....	101 [183]

**MELLONE Luciana**

Fonti camilliane negli Archivi Vaticani .....	99 [185]
Camillian Sources in the Vatican Archives ....	100 [185]
Informatizzazione e digitalizzazione dell'archivio storico della Maddalena .....	89 [186]
The ICT Conversion of the Historical Archives of the Maddalena.....	90 [186]

**Père Thierry de Rodellec du Porzic**

Il testamento di S. Camillo si apre all'avvenire St. Camillus' Testament opens to the future .....	40 [185]
	40 [185]

**SFONDRINI Marisa**

Cento braccia, un solo cuore.....	78 [183]
A Hundred Arms, One Heart .....	80 [183]

**TORTORELLA Alfredo**

Nicola D'Onofrio allo Studentato di Mangano..	92 [186]
Nicola D'Onofrio at the Studentate of Mangano	93 [186]

**ZARATTINI Dr. Franco**

Introduzione alla “Carta di Milano” .....	15 [186]
Introduction to the “Milan Charter” .....	19 [186]

## Indice tematico

(Il primo numero indica la pagine, quello tra parentesi la rivista)

### **Editoriale / Editorial**

Originale o copia	
<i>P. Jesús M<sup>a</sup>. Ruiz</i> .....	4 [183]
An Original or a Copy	
<i>Fr. Jesús M<sup>a</sup>. Ruiz</i> .....	5 [183]
Recuperare la deferenza	
<i>P. Jesús M<sup>a</sup>. Ruiz</i> .....	4 [184]
Retrieving Deference	
<i>Fr. Jesús M<sup>a</sup>. Ruiz</i> .....	5 [184]
Vino vecchio in otri nuovi	
<i>P. Jesús M<sup>a</sup>. Ruiz</i> .....	4 [185]
Old Wine in New Bottles	
<i>Fr. Jesús M<sup>a</sup>. Ruiz</i> .....	5 [185]
Cuore e mani giovani	
<i>P. Jesús M<sup>a</sup>. Ruiz</i> .....	8 [186]
Young Hearts and Hands	
<i>Fr. Jesús M<sup>a</sup>. Ruiz</i> .....	9 [186]

### **Riflessioni del Padre Generale**

#### **Father General's Reflections**

Il nostro patrimonio	
<i>P. Renato Salvatore</i> .....	6 [183]
Our Heritage	
<i>Fr. Renato Salvatore</i> .....	8 [183]
I camilliani d'Europa: la periferia e la frontiera	
<i>P. Renato Salvatore</i> .....	6 [184]
"The Camillians of Europe: the Periphery and the Frontier	
<i>Fr. Renato Salvatore</i> .....	10 [184]
Per una cura della salute equa ed umana...	
<i>P. Renato Salvatore</i> .....	6 [185]
Toward an Equitable and Human Health Care	
<i>Fr. Renato Salvatore</i> .....	10 [185]

### **Dalla Unione dei Superiori Maggiori (USG)**

#### **From the Union of General Superiors (USG)**

Raduno della Consulta con i Provinciali, Vice Provinciali e Delegati .....	46 [186]
General Council with the Provincials, Vice- Provincials and Delegates .....	49 [186]

### **Visite pastorali / Pastoral Visits**

Lettera ai fratelli della Delegazione Tan- zaniana	
<i>P. Renato Salvatore - Fr. Luca Perletti</i> .....	10 [183]
To Our Brothers of the Tanzanian Delegation	
<i>Fr. Renato Salvatore - Br. Luca Perletti</i> .....	12 [183]

### Ai confratelli della Delegazione Ugandese

<i>P. Renato Salvatore - Fr. Luca Perletti</i> .....	15 [183]
--	----------

### To Our Brothers of the Ugandan Delegation

<i>Fr. Renato Salvatore - Br. Luca Perletti</i> .....	17 [183]
---	----------

[...] trovarono forza dalla loro debolezza,  
divennero forti [...] - Eb 11:34

<i>P. Babychan Pazhanilath - Fr. Luca Perletti</i> ....	9 [185]
---	---------

[...] They found strength in their weakness,  
they became strong [...] - Heb 11:34

<i>Fr. Babychan Pazhanilath - Br. Luca Perletti</i> ....	14 [185]
--	----------

### Ai Confratelli della Delegazione del Benin

<i>P. Babychan Pazhanilath - P. Paolo Guarise</i> ....	19 [185]
--	----------

### To Our Brothers of the Delegation of Benin

<i>Fr. Babychan Pazhanilath - Fr. Paolo Guarise</i> ....	23 [185]
--	----------

Lettera ai fratelli della Delegazione della  
Bolivia

<i>P. Jesús M<sup>a</sup>. Ruiz</i> .....	10 [186]
---	----------

Letter to Our Brothers of the Delegation of  
Bolivia

<i>Fr. Jesús M<sup>a</sup>. Ruiz</i> .....	12 [186]
--	----------

### **Dal Segretariato Generale per la Formazione**

#### **From the General Secretariat for Formation**

##### Formazione permanente

<i>P. Babychan Pazhanilath</i> .....	21 [184]
--------------------------------------	----------

##### Ongoing formation program

<i>Fr. Babychan Pazhanilath</i> .....	22 [184]
---------------------------------------	----------

##### Formazione permanente

<i>P. Babychan Pazhanilath</i> .....	30 [186]
--------------------------------------	----------

##### Ongoing formation program

<i>Fr. Babychan Pazhanilath</i> .....	31 [186]
---------------------------------------	----------

### **Dal Segretariato Generale per il Ministero**

#### **From the General Secretariat for Ministry**

##### Reunione dei Rappresentanti Regionali

<i>P. Mario Ramello - P. Aris Miranda</i> .....	33 [183]
---	----------

##### Regional Meeting of Representatives

<i>Fr. Mario Ramello - Fr. Aris Miranda</i> .....	37 [183]
---	----------

##### GMM : Giornata Mondiale del Malato

<i>P. Paolo Guarise</i> .....	41 [183]
-------------------------------	----------

##### WDS: The World Day of the Sick

<i>Fr. Paolo Guarise</i> .....	43 [183]
--------------------------------	----------

##### S. Camillo de Lellis e la sua risposta alle esigenze sociali

<i>P. Paolo Guarise</i> .....	15 [184]
-------------------------------	----------

##### St. Camillus de Lellis and his Response to Social Emergencies

<i>Fr. Paolo Guarise</i> .....	18 [184]
--------------------------------	----------

Introduzione alla "Carta di Milano"	
<i>Dr. Franco Zarattini</i> .....	15 [186]
Introduction to the "Milan Charter"	
<i>Dr. Franco Zarattini</i> .....	19 [186]
Educarsi all'anzianità	
<i>P. Angelo Brusco</i> .....	24 [186]
Educating People as Regards Old Age	
<i>Fr. Angelo Brusco</i> .....	27 [186]

**Dal Segretariato Generale per le Missioni**  
**From the General Secretariat for Missions**

A 360°.....	27 [185]
360°.....	33 [185]
A 360°.....	34 [186]
360°.....	39 [186]

**La Famiglia Camilliana Laica**  
**The Lay Camillian Family**

"Ero malato e mi avete visitato..." Mt 25,36 <i>Marie-Christine Brocherieux</i> .....	54 [184]
"I was sick and you visited me..." Mt 25:36 <i>Marie-Christine Brocherieux</i> .....	58 [184]
"Variazioni" sulla <i>Lettera Testamento</i> <i>Rosabianca Carpene</i> .....	60 [186]
"Variations" on the <i>Testamentary Letter</i> <i>Rosabianca Carpene</i> .....	61 [186]

**Atti ufficiali della Consulta**  
**Official Acts of Consulta**

Atti di Consulta / Acts of Consulta .....	50 [183]
Atti di Consulta / Acts of Consulta .....	23 [184]
Atti di Consulta / Acts of Consulta .....	39 [185]
Atti di Consulta / Acts of Consulta .....	45 [186]

**In comunicazione / Staying in touch**

Guariti e guaritori <i>P. Donato Cauzzo</i> .....	91 [183]
Healed and Healers <i>Fr. Donato Cauzzo</i> .....	95 [183]
Salute e Sviluppo 2010 <i>P. Efisio Locci</i> .....	99 [183]
Health and Development in 2010 <i>Fr. Efisio Locci</i> .....	101 [183]
Il dolore spirituale: una riflessione pastorale <i>P. Frank Monks</i> .....	34 [184]
Spiritual Pain: a Pastoral Reflection <i>Fr. Frank Monks</i> .....	43 [184]
Alta Onorificenza Pontificia per P. Leonardo <i>Gregotsch</i> .....	52 [184]
A High Papal Honour for Fr. Leonard <i>Gregotsch</i> .....	53 [184]

Un nuovo ospedale camilliano a Djougou in <i>Benin</i> <i>P. Efisio Locci</i> .....	62 [184]
A New Camillian Hospital in Djougou, Benin <i>Fr. Efisio Locci</i> .....	64 [184]
La procedura <i>Prof. Francisco De Macedo</i> .....	71 [185]
Procedure <i>Prof. Francisco De Macedo</i> .....	74 [185]
Rassegna Stampa <i>Prof. Francisco De Macedo</i> .....	77 [185]
Press Release <i>Prof. Francisco De Macedo</i> .....	80 [185]
Germana Sommaruga: la volontà di essere <i>camilliana nel mondo</i> <i>P. Eugenio Saporì</i> .....	83 [185]
Germana Sommaruga: the Desire to be a <i>Woman Camillian in the World</i> <i>P. Eugenio Saporì</i> .....	88 [185]
Sviluppo Multisettoriale <i>P. Efisio Locci</i> .....	93 [185]
Multi-Sectorial Development <i>Fr. Efisio Locci</i> .....	96 [183]
Uno sguardo resiliente <i>Fr. José Carlos Bermejo</i> .....	69 [186]
A Resilient Outlook <i>Br. José Carlos Bermejo</i> .....	71 [186]
Le palme si piegano <i>Fr. José Carlos Bermejo</i> .....	73 [186]
The Palms Bend <i>Br. José Carlos Bermejo</i> .....	75 [186]
Buen Camino! <i>P. Paolo Guarise</i> .....	77 [186]
Have a Good Journey <i>Fr. Paolo Guarise</i> .....	80 [186]
Lotta all'HIV e ristrutturazione dell'ospedale <i>P. Efisio Locci</i> .....	83 [186]
The Fight Against AIDS and the Restructuring <i>of the Hospital</i> <i>Fr. Efisio Locci</i> .....	86 [186]
Nicola D'Onofrio allo Studentato di Mangano <i>Alfredo Tortorella</i> .....	92 [186]
Nicola D'Onofrio at the Studentate of Mangano <i>Alfredo Tortorella</i> .....	93 [186]
<b>Archivio Generale MI (AGMI) / General Archives MI</b>	
La fondazione della Casa della Buenamerte a Lima nella ricostruzione di Padre Virgilio Grandi <i>Marina Cino Pagliarello</i> .....	44 [183]
The Foundation of the House of Buenamerte According to Father Virgilio Grandi <i>Marina Cino Pagliarello</i> .....	47 [183]
Cento anni della chiesa di S. Camillo a Roma <i>Sabina Andreoni</i> .....	24 [184]
The Hundredth Anniversary of the Church of <i>St. Camillus in Rome</i> <i>Sabina Andreoni</i> .....	27 [184]

**Indice dell'anno 2011**  
**2011 Table of Contents**

La fondazione della Casa di Popayàn in Colombia <i>Marina Cino Pagliarello</i> .....	30 [184]	The Internal Map .....	60 [185]
The Foundation of the House of Popayàn in Colombia <i>Marina Cino Pagliarello</i> .....	32 [184]	La mappa esteriore .....	53 [186]
Fonti camilliane negli Archivi Vaticani <i>Luciana Mellone</i> .....	99 [185]	The External Map .....	56 [186]
Camillian Sources in the Vatican Archives <i>Luciana Mellone</i> .....	100 [185]	<b>Camillian Task Force (CTF)</b>	
Informatizzazione e digitalizzazione dell'Archivio storico della Maddalena <i>Luciana Mellone</i> .....	89 [186]	Relazione annuale di CTF - 2010 .....	66 [184]
The ICT Conversion of the Historical Archives of the Maddalena <i>Luciana Mellone</i> .....	90 [186]	CTF Annual Report 2010 .....	72 [184]
<b>IV Centenario / The Fourhundreth Anniversary</b>			
Riconoscizione sul Corpo di S. Camillo <i>P. Paolo Guarise</i> .....	20 [183]	Grande Famiglia di S. Camillo (GFSC) <b>Great Family of St. Camillus (GFSC)</b>	
An Examination of the Body of St. Camillus <i>Fr. Paolo Guarise</i> .....	25 [183]	Cento braccia, un solo cuore <i>Marisa Sfondrini</i> .....	78 [184]
GFSC: Incontro Grande Famiglia di S. Camillo .....	30 [183]	A Hundred Arms, One Heart <i>Marisa Sfondrini</i> .....	80 [184]
Al via le solenni celebrazioni .....	64 [186]	Rivisitazione storico-spirituale della Lettera Testamento di S. Camillo <i>P. Renato Salvatore</i> .....	83 [184]
Solemn Celebrations at the start .....	65 [186]	A Historical-Spiritual Return to the Testamentary Letter of St. Camillus <i>Fr. Renato Salvatore</i> .....	94 [184]
Un dono speciale per il 400° anniversario della morte di S. Camillo <i>P. Dietmar Weber</i> .....	66 [186]	Il testamento di S. Camillo si apre all'avvenire <i>P. Thierry de Rodellec du Porzic</i> .....	40 [185]
A special gift for the 400 <sup>th</sup> anniversary of the death of St. Camillus <i>Fr. Dietmar Weber</i> .....	68 [186]	St. Camillus' Testament opens to the future <i>Fr. Thierry de Rodellec du Porzic</i> .....	44 [185]
<b>Progetto Europa / Project Europe</b>			
Commissione Progetto Europa .....	51 [183]	<b>Ultim'ora / Last Minute</b>	
The Project Europe Commission .....	57 [183]	Associazione "Amici insieme con Germana" The "Friends together with Germana" Ass. ..	106 [184] 107 [184]
Progetto per rianimare... CHI? <i>P. Francisco De Macedo</i> .....	63 [183]	<b>Necrologio / Obituaries</b>	
A Project to rivive... WHO? <i>Fr. Francisco De Macedo</i> .....	65 [183]	P. Wendelin Rofner Schuler .....	103 [183]
La fede speranza per l'Europa? <i>Prof. Mauro Magatti</i> .....	68 [183]	P. Renato Luiz Pascal .....	105 [183]
Faith: Hope for Europe? <i>Prof. Mauro Magatti</i> .....	79 [183]	P. Rino Meneghelli .....	106 [183]
La mappa interiore .....	49 [185]	Fr. Sante Priante .....	102 [185]
		P. Giuseppe Minto .....	104 [185]
		P. Pedro Maria Piérola Garcia .....	106 [185]
		P. Martin Theodor Kummer .....	95 [186]
		P. Luigi Mengozzi .....	96 [186]
<b>Recensioni / Book Reviews</b>			
Recensioni .....	108 [183]		
Recensioni .....	108 [184]		
Recensioni .....	108 [185]		

*La REDAZIONE  
a conclusione di questo 2011,  
augura a tutti i Lettori  
un buon 2012*