

Luglio-Settembre 2010 July-September

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

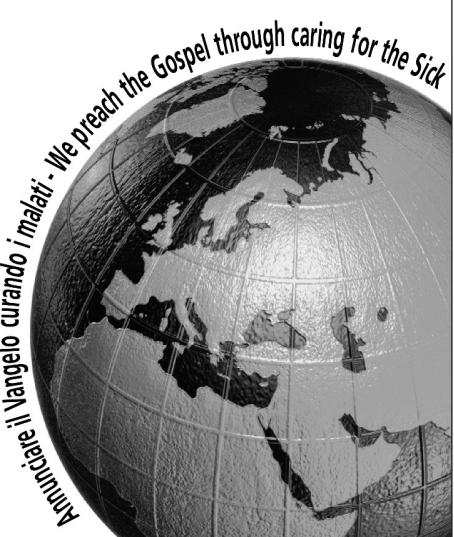
Direttore - Editor

P. JESÚS M.^a RUIZ



CAMILLIANI CAMILLIANS

Trimestrale di informazione camilliana
Quarterly publication of Camillian information

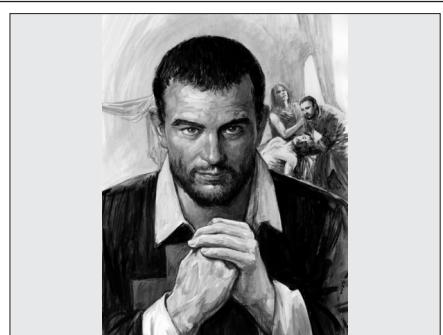


3/2010 N. 181 - XXIV

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



EDITORIALE / EDITORIAL

Onori e Oneri

P. Jesús M.^a Ruiz 4

Honours vs. Burdens

Fr. Jesús M.^a Ruiz 5



DAL SEGRETARIATO GENERALE PER IL MINISTERO FROM THE GENERAL SECRETARIAT FOR MINISTRY

L'adeguamento dei carismi dei nostri fondatori/fondatrici alle attuali fragilità sanitarie socio-sanitarie e assistenziali del nostro paese

P. Angelo Brusco 6

The Adaptation of the Charisms of Our Men and Women Founders to the Contemporary Health-Care, Social/Health- Care and Care Frailties of Our Country

Fr. Angelo Brusco 13



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

La Provincia Romana dal 1870 alla prima metà del Novecento

Sabina Andreoni 20

The Province of Rome from 1870 until the Middle of the Twentieth Century

Sabina Andreoni 23

ATTI UFFICIALI DELLA CONSULTA OFFICIAL ACTS OF THE CONSULTA

Atti di Consulta / Acts of the Consulta 27



IN COMUNICAZIONE STAYING IN TOUCH

Un lieto anniversario nella città di Padova il cinquantesimo della Parrocchia San Camillo (1960-2010)

P. Eugenio Saporì 28

A Happy Anniversary in the City of Padua: The Fiftieth Anniversary of the Parish of St. Camillus (1960- 2010)

P. Eugenio Saporì 33

CONTENTS

IN COMUNICAZIONE STAYING IN TOUCH

"Mission" di Salute e Sviluppo <i>P. Efisio Locci</i>	38
The "Mission" of Health and Development <i>Fr. Efisio Locci</i>	41



LA FAMIGLIA CAMILLIANA LAICA THE LAY CAMILLIAN FAMILY

Spiritualità Camilliana in chiave cilena (<i>con detti tipici</i>) <i>Sintesi e traduzione di P. Pietro Magliozzi, MI</i>	44
Camillian Spirituality in a Chilean Key (<i>with typical sayings</i>) <i>Summary and translation by Fr. Pietro Magliozzi, MI</i>	56



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

A 360°	69
360°	75



NECROLOGIO / OBITUARIES

P. Umberto Rizzo	80
P. Gaetano Bernini	82
P. Luigi Pisetta	84
P. Abbondio Clerici	86
P. Sean Bredin	87
P. Odino Natale Didoné	89
P. Antonio Tempera	90



RECENSIONI / BOOK REVIEWS

Recensioni	92
------------------	----



Onori e Oneri

P. Jesús M.ª Ruiz

L'università sia "un ambiente spirituale e culturale, impegnato a investigare e sviluppare i doni del mondo creato..."

(*Messaggio del Papa all'Università del Sacro Cuore, settembre 2010*)

E è possibile quantificare la capacità di trasformazione che possiede l'Università? Come si può misurare il suo influsso nella società? Ci sono degli esperti che fanno questo tipo di studi. Per esempio un ente britannico, il THE (Times Higher Education), è tra i più attendibili. I professionisti di tale mestiere utilizzano tredici criteri indicativi, tra i quali spiccano questi cinque: qualità dell'insegnamento, investimento nella ricerca, influsso di questa ricerca nella società, rendimento nel mondo industriale e la internazionalità degli alunni.

Di questi cinque criteri, il rendimento industriale è certamente importante perché stabilisce il legame tra l'Università e il mondo dell'impresa, elemento indispensabile sempre ma soprattutto in tempo di crisi. La chiave però di tutti i criteri, la più importante nella valutazione del rendimento sociale di un centro universitario, è quello di conoscere il vero influsso che l'investimento nella ricerca ha nella società.

Esiste questa realtà nelle università della Chiesa? Le risorse investite a questo scopo anche se reali, non sono conosciute perché non vengono ordinate né pubblicate dal Consiglio delle Università Cattoliche. E così, non restando chiari gli investimenti destinati alla ricerca non possono conoscerne i rendimenti culturali e spirituali, cioè "pastorali" delle Università nella società.

D'altra parte, sempre si è detto che il prodotto del lavoro dei sacerdoti e dei laici cristiani non si può quantificare né con misure materiali né con cifre matematiche. Il risultato di questo lavoro deriva soprattutto dallo Spirito. E, arrivati a questo punto, gli strumenti materiali per misurare non ci servono. La grazia è innanzitutto frutto ed effetto, ossia dono dello Spirito e a misurarla non possiamo utilizzare il sistema metrico decimale. Comunque sia, non sentite la curiosità di poter conoscere il vero influsso dell'università sui giovani seminaristi? E di poter misurare il risultato, vero e reale dei vescovi, sacer-

doti, religiosi, religiose, e i laici cristiani nel mondo della salute e della salvezza nel popolo di Dio?

La risposta a questi interrogativi, come cantava Bob Dylan negli anni sessanta (e con lui tutti i giovani dei movimenti parrocchiali), è *dispersa nel vento*.

L'auspicato rinnovamento di tutta la Chiesa dipende in gran parte dal ministero sacerdotale. Questo ministero dipende dalla formazione ricevuta. È un'opinione abbastanza comune che oggi tanti seminaristi e giovani sacerdoti indirizzino il loro futuro verso il "carrierismo", oppure verso il traguardo di un incarico, o di un posto elevato dentro della gerarchia. Pericolo antico.

Negli anni sessanta i venerabili padri del Concilio Vaticano II ricordavano in modo ben chiaro agli alunni che "*devono comprendere di non essere destinati né al dominio né agli onori, ma di dover mettersi a completo servizio di Dio e del ministero pastorale*" (Decreto *Optatam Totius*, 9). Invece di onori, il Concilio parla di "oneri" in questi termini: *Gli alunni siano resi consapevoli degli oneri che dovranno affrontare...* (OT id.). Però i nostri tempi non ammettono con facilità che si parli né di sforzo, né di obblighi, né di impegni. Neanche nei Seminari Minori o Maggiori.

Qualche anno fa in un corso offerto ai seminaristi diocesani il professore chiese loro se per caso conoscevano, o se almeno avevano sentito parlare dei documenti del Concilio Vaticano II e la risposta unanime fu che questo concilio suonava molto lontano nel tempo, come Trento o Nicea... Storia passata.

Che resta oggi di quella "sostanza nutritiva" ecumenica del Vaticano II che alimentò la fede e riempì di speranza tanti cristiani laici, seminaristi, religiosi, sacerdoti e vescovi? Se i beni spirituali non hanno data di scadenza, dove è andata a finire?

Continueremo a credere che la risposta è dispersa nel vento. Magari fosse nel *Vento*, con la «V» maiuscola.

Honours vs. Burdens

A university should be 'a spiritual and cultural environment, committed to investigating and developing the gifts of the created world'.

(Message of the Pope to the University of the Sacred Heart, September 2010)

Is it possible to quantify the capacity for transformation of a university? How can one measure its influence in society? There are experts who engage in this kind of study. For example one British organisation, the THE (*Times Higher Education*), is one of the most confident. The professionals of this expertise use the following indicative criteria, amongst which five stand out: quality of teaching, investment in research, benefits to the business world and the internationality of students.

Of these five criteria, benefits for the business world is certainly important because it establishes a link between universities and the world of businesses, an element that is always indispensable but especially so during times of crisis. However the key to all these criteria, the most important in the assessment of the social production of a teaching centre, is that of knowing the true influence that investigation has in society.

Does research and investigation in the universities of the Church exist? The resources invested to this end, even though real, are not known because they have not been organised or published by the Council of Catholic Universities. And thus, because the investments in research are not clear, we cannot know the cultural and spiritual production, that is to say 'pastoral' production, of universities in society.

For that matter, it has always been said that the product of the work of priests cannot be quantified with material measurements or mathematical statistics. The result of this work comes above all from the Spirit. And, having reached this point, the material instruments for engaging in a measurement do not exist. Grace is first and foremost outcome and effect, that is to say a gift of the Spirit, and to measure it we cannot use the metric system. Whatever the case, are you not curious to know about the real influence of universities on young seminarians? And do you not wish to be able to measure the real results of bishops, priests, men and women reli-

gious in the world of health and salvation amongst the people of God?

The answer to these questions, as Bob Dylan sang in the 1960s (and with him all the young people of the parish movements), is 'blowing in the wind'.

The hoped-for renewal of the whole of the Church depends in large measure on the priestly ministry. This ministry depends on the formation that has been received. It is quite a widespread opinion that today very many seminarians and young priests direct their futures towards 'careerism', or the goal of a position, or a high-up place in the hierarchy. This is an ancient danger.

In the 1960s the venerable Fathers of the Second Vatican Council observed in a very clear way to students that 'The students should understand most clearly that they are not destined for domination or for honors but are given over totally to the service of God and to the pastoral ministry' (Decree *Optatam Totius*, n. 9). Instead of honours the Council speaks about 'burdens' in the following terms: 'The students are to be made clearly aware of the burdens they will be undertaking' (*ibidem*). However, our times do not easily allow reference to be made to efforts, obligations or commitment. Not even in the minor and major seminaries.

A few years ago, in a course offered to diocesan seminarians, their teacher asked them if by chance they knew, or at least had heard spoken about, the documents of the Second Vatican Council and the unanimous answer was that this Council seemed very far off in time, rather like the Councils of Trent or Nicaea...ancient history.

What remains today of that ecumenical 'nutritive substance' of the Second Vatican Council which nourished faith and filled so many lay Christians, seminarians, religious, priests and bishops with hope? If spiritual goods do not have an expiry date, what has happened to that substance?

We will go on thinking that the answer is blowing in the wind. Perhaps in the Wind, with a capital 'W'.



Dal Segretariato Generale per il Ministero

From the General Secretariat for Ministry

L'adeguamento dei carismi dei nostri fondatori/fondatrici alle attuali fragilità sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali del nostro paese

In numerosi Paesi, le Istituzioni sanitarie e socio-sanitarie gestite dalla Chiesa (Istituti religiosi, Diocesi, Associazioni...) stanno incontrando gravi difficoltà, causate dalla diminuzione dei religiosi e dai rapporti spesso conflittuali con gli organismi governativi deputati alla sanità... Se, da una parte, tali situazioni di disagio suscitano interrogativi sul futuro di queste opere, dall'altra costituiscono un invito al discernimento in vista di eventuali scelte da compiere per adeguare i carismi alle mutate condizioni socio-sanitarie. La Conferenza che pubblichiamo, tenuta a Roma, il 27 aprile 2010, all'Assemblea dell'ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari)¹, offre utili e originali riflessioni.

Introduzione

Quando un professionista della relazione di aiuto-psicoterapeuta, psicologo, counselor... – accoglie una persona che si rivolge a lui o a lei per essere aiutata, il primo passo che è chiamato a compiere consiste nel fare un'accurata *analisi della domanda*. Perché quell'individuo ha deciso di venire a chiedere aiuto: è venuto di propria iniziativa, spinto dal suo *mal de vivre*, oppure è stato consigliato o obbligato da altri – genitori, coniuge, figli, superiori...?

Anch'io, quando sono stato richiesto di rivolgere alla vostra Assemblea una riflessione sul tema dell'*adeguamento dei carismi dei fondatori/fondatrici alle attuali fragilità sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali del nostro Paese*, ho cercato di capire il perché di questa precisa richiesta. Infatti, su questo argomento sono già stati scritti libri, articoli, organizzati convegni, accese discussioni. La Chiesa non ha mancato di intervenire con alcuni importanti documenti, a carattere sia universale che nazionale². Io stesso sono stato coinvolto, nel passato, in programmi riguardanti l'identità delle Istituzioni sanitarie e socio-sanitarie confessionali.

Nell'analisi della domanda rivoltami mi è stata di aiuto quanto Fr. Mario Bonora, presidente dell'ARIS, ha detto in un recente convegno: "Se doves-

si limitarmi ad una brevissima sintesi dell'attuale situazione e di quella che si prospetta dovrei dire che, purtroppo, viviamo un momento che qualificare *dificile* per le nostre strutture sarebbe certamente riduttivo; assistiamo infatti ad un progressivo aumento delle strutture private *for profit* e ad una riduzione delle strutture di matrice religiosa. (...) È possibile – e doveroso – invertire questa tendenza?".

La situazione

Vari sono i fattori che contribuiscono a rendere problematico il momento che stanno attraversando, in Italia, le Istituzioni sanitarie e socio-sanitarie di ispirazione cristiana. Alcuni si situano all'interno degli Istituti religiosi, altri derivano dalle politiche sanitarie del Paese. Non essendovi sconosciuti, mi limito a farne un rapido cenno³:

– la riduzione numerica e il progressivo invecchiamento dei Religiosi/e. La scarsità delle vocazioni riduce la loro presenza nelle Istituzioni sanitarie e socio-sanitarie. La mancanza di giovani impedisce non solo il ricambio degli effettivi, ma anche delle idee e delle prospettive;

– la resistenza a coinvolgere i laici nella conduzione delle opere dell'Istituto;

– il progressivo e inarrestabile aumento delle risorse finanziarie necessarie per il sistema sanitario, sia per assicurare gli attuali livelli assistenziali sia per far fronte alle nuove esigenze collegate soprattutto all'invecchiamento della popolazione e ai costi sempre più alti delle cure e delle tecnologie avanzate;

– la disparità dei rapporti con i SSN delle strutture pubbliche ed equiparate e di quelle private, anche non profit;

– la diversità di trattamento tra le Istituzioni pubbliche e private da parte del sistema tariffario;

– i cambiamenti non solo della demografia degli ammalati (invecchiamento, migrazioni...) ma anche delle malattie, delle tecnologie sanitarie, delle metodiche d'intervento e delle risorse finanziarie disponibili;

– la regionalizzazione della sanità che, compromettendo il carattere unitario del SSN, mette a rischio le strategie degli Istituti religiosi presenti con le loro Opere in più religioni;

– ...

Come in un labirinto

Per molti, questi fattori sono sufficienti a gettare i responsabili delle Istituzioni sanitarie e socio-sanitarie in uno stato d'animo ben rappresentato dall'immagine del *labirinto*. Presente da sempre nella cultura dei popoli, il labirinto è uno dei simboli del viaggio interiore compiuto dall'individuo e dalle istituzioni per comprendersi e risolvere i propri problemi umani e spirituali. Per questo è possibile vederlo disegnato o scolpito in numerose chiese antiche.

Nell'esperienza del labirinto vi è sia la ricerca del *centro*, cioè di ciò che rappresenta l'ideale, sia l'affanno per trovare una via d'uscita da problematiche che impediscono di raggiungerlo. Ambedue questi movimenti sono caratterizzati da una serie di tentativi per trovare la direzione che porta alla *méta*. Spesso tali tentativi sono frustrati, per cui occorre o ricominciare o cercare altre strade. Tutto ciò comporta fatica, scoraggiamento, disagio, desiderio di rinunciare ai propri progetti e, nello stesso tempo, stimola la creatività.

Passi da compiere

Come uscire in maniera *vincente* dal labirinto? Ecco alcuni passi che mi sembra importante intra-

prendere non tanto per risolvere immediatamente i problemi quanto per creare una mentalità che consenta di affrontarli con un discernimento ispirato ai carismi degli Istituti.

1. Chiarire e rafforzare l'identità delle Istituzioni sanitarie e socio-sanitarie di ispirazione cristiana⁴.

Nel primo convegno ecclesiale della chiesa italiana tenuto a Roma nel 1976 è stato affermato che "la testimonianza delle opere è l'*abc* dell'amore cristiano, è il vangelo accessibile a tutti, anche ai poveri e agli analfabeti".

In un documento della Conferenza episcopale italiana del 1989⁵ si legge che "le istituzioni sanitarie cattoliche costituiscono una *specifica modalità* con cui la comunità ecclesiale mette in pratica il mandato di 'curare i malati'. Esse pertanto, sono da considerarsi non solo *utili ma necessarie* alla missione della Chiesa, dando consistenza e continuità all'azione caritativa e di promozione umana della comunità cristiana".

Nell'enciclica *Deus caritas est*, Benedetto XVI afferma che 'la carità non è per la Chiesa una specie di attività di assistenza sociale che si potrebbe lasciare ad altri, ma appartiene alla sua natura, è espressione irrinunciabile della sua essenza" (n. 25).

Accanto a questi documenti appena citati ve ne sono molti altri in cui le Istituzioni sanitarie e socio-sanitarie sono definite *opere di Chiesa* e, come tali, chiamate ad essere degli autentici strumenti di evangelizzazione.

2. Distinguere tra carisma e ministero

Il carisma è il dono che gli Istituti hanno ricevuto da Dio, tramite la mediazione dei Fondatori/Fondatrici, di vivere il vangelo secondo modalità che attualizzano aspetti particolari della persona e del comportamento di Gesù. Esso *matura* nel ministero, cioè in un insieme di iniziative, tra cui vanno comprese anche le istituzioni sanitarie e socio-santarie.

Mentre il carisma è caratterizzato dalla *stabilità*, il ministero cade sotto la categoria della *storicità*, dovrando esprimersi attraverso modi appropriati alle mutate condizioni dei tempi. La fedeltà al carisma deve essere creativa, rendendo i religiosi disponibili e pronti nel trovare nuove forme di ministero che corrispondano ai cambiamenti avvenuti nella società e nella cultura che la caratterizza.

Il salesiano J. E. Vecchi ha scritto: “È impressione condivisa (forse anche un dato comprovato) che molte delle nostre presenze esprimono il carisma con minore immediatezza e vivacità non solo in paragone con il tempo dei fondatori, ma anche con quello più recente quando il valore religioso aveva rilevanza nella società o quando i servizi dei religiosi e religiose avevano una funzione sociale evidente. Alcune esigenze a cui rispondevano diversi servizi di carità appaiono oggi meno pressanti o vengono assolte con professionalità e correttezza da altri soggetti. La mentalità comune non collega facilmente tali servizi al messaggio che noi intendiamo dare. Il nostro lavoro dunque non rivela immediatamente il senso della vocazione consacrata”.

È compito dei responsabili degli Istituti valutare la consonanza tra un’opera o un’attività e il carisma che l’ha ispirata. Occorre fare una adeguata lettura della realtà, dei bisogni della gente, della significatività dell’istituzione nei luoghi dove si vive ed opera, dialogando con le autorità cui compete la distribuzione dei servizi sanitari e socio-sanitari nel territorio. In altre parole, è necessario evitare di lasciarsi trascinare dalla situazione, diventandone interpreti e orientatori.

Superando gli ostacoli che si frappongono a questo processo – atteggiamenti romantici, mentalità di conservazione, chiusura nei propri progetti personali o di gruppo, incapacità di valido discernimento... – è indispensabile saper coniugare armoniosamente tradizione e progettualità. Si tratta, come ha bene affermato un autore, di “riunire le radici con le ali”⁶. Le radici simbolizzano la tradizione, mentre le ali parlano di innovazione, di progettualità. “Se è vero il fatto che, da una parte, le radici senza le ali ci portano al conservatorismo e al mantenimento dello *status quo*, è altrettanto vero che, dall’altra parte, le ali senza le radici conducono all’utopia, per definizione conducono esattamente in nessun luogo”⁷.

3. Istituzione e carisma

Il terzo passo ci è suggerito da un brano del vangelo di Giovanni (20,1-8). Pietro e Giovanni, ricevuto dalle donne la notizia del sepolcro vuoto, corrono verso di esso, il giorno di Pasqua. Pietro rappresenta la chiesa gerarchica, che non può correre molto, che procede con una certa difficoltà, attenta come dev’essere all’insieme della realtà, all’ordine, all’ortodossia e all’ortoprassi ... In Giovanni, invece, si rispecchiano altre componenti del popolo di Dio, più carismatiche, più libere e sciolte. Per questo corre

più veloce, potendo dare più rapido seguito alle sue intuizioni. Ma la corsa più spedita di Giovanni sollecita anche Pietro, lo stimola, lo sospinge a correre più velocemente. Che la corsa più rapida di Giovanni non sia segno di indipendenza è indicato dal fatto che una volta arrivato al sepolcro, l’apostolo che Gesù amava non vi entra, ma attende che sia Pietro il primo ad entrare.

Anche negli istituti religiosi è possibile constatare la diversità di cammini come quelli illustrati dall’icona evangelica. Nella storia passata e recente, infatti, non mancano esempi di religiosi che hanno saputo indicare ai loro Ordini o Congregazioni la necessità di ritornare alle origini. In alcuni casi lo hanno fatto attraverso la parola, in altri – più numerosi – dando vita a progetti in cui l’ispirazione del Fondatore o della Fondatrice è stata liberata dalle inevitabili incrostazioni del tempo. Porre attenzione a questi richiami, esercitando *il dovuto discernimento*, significa mettersi nella disposizione di ascoltare ciò che il Signore vuole dall’Istituto. È esagerato affermare che l’ammonizione di Gesù: “Voi sapete interpretare l’aspetto del cielo, ma non siete capaci di cogliere i segni dei tempi (Mt 16, 23) potrebbe essere applicata, in alcuni casi, agli Istituti che gestiscono opere di Chiesa?

4. Ampliare gli orizzonti

Il quarto passo mi è suggerito dal ricordo di un film alla cui proiezione ho assistito qualche anno fa: *L’attimo fuggente*. In esso veniva illustrata la filosofia didattica d’un professore di scuola superiore. Distaccandosi dai metodi tradizionali, l’insegnante cercava di far cogliere agli studenti, nel momento stesso dell’esperienza di apprendimento, il senso di ciò che veniva loro insegnato. In una delle scene del film, si vedeva il maestro mentre spiegava agli allievi l’importanza di allargare la propria visuale delle cose. Per rendere più plausibili le sue affermazioni, egli invitava i discepoli a salire sui banchi e a contemplare l’aula e i colleghi da quella inabituale posizione, in modo che si rendessero conto che le cose cambiano quanto vengono viste da un diverso punto di osservazione.

Il filosofo Paul Ricoeur ha giustamente affermato che la visuale è uno dei segni della nostra finitezza, perché ci indica l’impossibilità di contemplare in uno stesso momento le cose nella loro totalità. Ci rendiamo conto di questo limite ogni volta che contempliamo un paesaggio, leggiamo o ascoltiamo la

cronaca di un avvenimento, osserviamo la nostra vita e le vicende di quella degli altri.

Se non possiamo sottrarci alla parzialità e limitatezza della nostra visione delle cose, ci è però possibile allargarla progressivamente, acquisendo la capacità non solo di osservare la realtà da più punti di vista, ma anche di fare una sintesi creativa delle varie osservazioni.

Un orizzonte ancora da scoprire in maniera adeguata è quello *dell'ecclesiology* in cui va collocato il rapporto religiosi e laici. Qualche anno fa, l'ARIS ha dedicato un intero convegno a questo argomento⁸.

Per migliorare la collaborazione tra religiosi e laici non si deve pensare ad un movimento unidirezionale. I religiosi devono essere più aperti all'ecclesiology di comunione, promossa dal Vaticano II, offrendo opportune possibilità ai laici di appropriarsi della spiritualità e del carisma dei fondatori degli Istituti, e rendendoli sempre più partecipi della responsabilità dell'istituzione. Da parte loro i laici sono chiamati a superare le barriere costituite da una lunga tradizione di passività e a comprendere ed assumere il ruolo che loro compete nell'ambito della comunità ecclesiale, accettandone le condizioni.

In un documento della Congregazione per gli Istituti di Vita Consacrata e le Società di Vita Apostolica⁹ si afferma che “la partecipazione dei laici nelle attività e opere dei religiosi, con lo sviluppo della dimensione ecclesiale di corresponsabilità a una comune missione, acquista nuovi spazi. Anzi, con l'adeguata preparazione, essa potrebbe realizzarsi nella stessa gestione di opere finora affidate soltanto ai religiosi” (n. 6). Anche l'Esortazione Apostolica *Vita Consecrata* ha trattato questo argomento, incoraggiando a proseguire con determinazione le iniziative già intraprese.

Come giustamente afferma un autore, la collaborazione con i laici non può però essere semplicemente vista come un mezzo per conservare Istituzioni che altrimenti dovrebbero essere chiuse, e neppure come una *joint venture*, dal momento che essa risponde ad una logica ben diversa da quella della pura efficienza. Logica ben diversa appunto perché ha a che fare con la missione, con l'opera di salvezza, che è sempre un'opera di sinergia teandrica, di stretta collaborazione tra Dio e l'uomo, anzi tra Dio e la comunità degli uomini. È dal ritrovato senso della grandezza della missione che i religiosi e i laici possono trovare la creatività e il coraggio per mettere in azione nuove forme che siano missiona-

riamente più incisive per il nostro tempo”¹⁰. Ne segue che “al laico che si vuole coinvolgere con i religiosi nella comune missione, è richiesta non solo la competenza professionale ma anche l'adesione a quell'insieme di valori che costituisce la visione cristiana della vita e del servizio al malato, nell'ottica costituita dal carisma dell'Istituto religioso nelle cui opere lavora. Se questo non avviene non ha più senso parlare di collaborazione con i laici in senso ecclesiale”¹¹.

5. Apprendere a “scavare nuovi pozzi”

Da un libro della Bibbia ricavo un quinto passo. Nella Genesi (26,17-33) si parla delle lotte che Isacco doveva sostenere contro gli Ismaeliti per difendere i propri pozzi. Spesso le sue energie si esaurivano in grandi e inutili litigi fino a quando egli non decise di scavare pozzi in luoghi nuovi, avendo egli appreso tale arte dal padre.

Guardando la storia delle congregazioni religiose possiamo constatare un contrapporsi dinamico di due tendenze, la prima rivolta a custodire l'acquisto, l'altra a cercare nuove strade, suggerite dai segni dei tempi. In generale si può forse dire che la tendenza “conservatrice” è spesso prevalente. È difficile lasciare i pozzi scavati con fatica, anche quando le circostanze ci fanno capire che non servono più o non rispondono più alle esigenze per cui erano stati scavati. Il richiamo di territori nuovi dove la gente attende di essere abbeverata, se da una parte non manca di attrattiva, dall'altra non cessa di suscitare resistenze. Chi non il perpetuarsi di metodi assistenziali superati, l'attaccamento a istituzioni non più rispondenti ai bisogni per cui erano sorte? Eppure lo Spirito chiama a rinnovarci, a esplorare terre nuove, a scavare “nuovi pozzi”. Anche se facciamo fatica ad apprendere quest'arte, lo Spirito agisce, aiutandoci a superare le nostre resistenze, come lo mostrano numerosi esempi.

Quali sono i nuovi pozzi che gli Istituti potrebbero scavare nel settore della cura e dell'assistenza dei malati? Un suggerimento ci viene da un volume di Mons. Tonino Bello, questo grande profeta dei nostri tempi. Egli invita la chiesa a “imboccare carreggiate più credibili”. È necessario, egli afferma, porre attenzione, quando corriamo distratti sulle corsie preferenziali di un cristianesimo fin troppo accomodante e troppo poco coerente, a quelle *frecce stradali* che invitano a rallentare la corsa per imboccare carreggiate più credibili, stabilendo priorità vere, soprattutto quelle che portano a privilegiare i più biso-

gnosi. Proposte concrete sono indicate indirettamente nella Nota della Commissione episcopale per il servizio della carità e la salute, *Predicate il vangelo e curate i malati. La comunità cristiana e la pastorale della salute* (n. 6), dove è espressa la preoccupazione della Chiesa per le situazioni di fragilità, cui sono esposte numerose frange della popolazione. Si tratta “dei disabili, delle persone affette da forme gravissime di sofferenza psichica, dei lungodegenti e degli inguaribili, dei malati cronici, di quanti necessitano di riabilitazione estensiva di lungo termine” (n. 13), dei malati in fase terminale. Le lodevoli ma insufficienti iniziative in questi campi pongono dei pesi gravissimi sulle spalle delle *famiglie* che non sempre trovano l’aiuto da parte delle Istituzioni.

6. Fare emergere le vere motivazioni

Un sesto passo è costituito dalla giusta preoccupazione che dovrebbe abitare le Istituzioni sanitarie e socio-sanitarie di ispirazione cristiana, la preoccupazione cioè di *far emergere* le motivazioni che sono la loro ragione d’essere. Non è forse un fenomeno assai diffuso che la gente apprezzi i servizi offerti dalla Chiesa senza coglierne però la radice da cui promanano? La gente non dovrebbe prendere dalla Chiesa solo i servizi, ma anche le ragioni per vivere. Ciò implica, per esempio, che i servizi socio-sanitari offerti dalla comunità ecclesiale non siano finalizzati solo a raggiungere obiettivi pratici, ma anche a riconvertire una mentalità su cosa sia potere, denaro, salute, sofferenza, vita, morte, socialità, festa...

“Oggi come non mai – ha affermato tempo fa il card. Martini – la carità della Chiesa deve mostrare qualcosa di unico, di originale, di irriducibile a tutte le opere di carità, qualcosa che è al di là, il mistero, qualcosa che non è contenuto negli sforzi dei programmi della società civile. E proprio perché viene dal mistero e custodisce la differenza, è in grado di conferire ai programmi umani la direzione, l’orizzonte, la riserva di energie, la contestazione critica, là dove è necessaria”. Se le opere di carità non sono evangelizzate, cioè non sono rese autentiche dalla fede, vi è il rischio di avere una “Chiesa affacciata” socialmente che tende a diventare nel mondo della salute “una figura ora parallela, ora concorrente, ora connivente con altre forze”¹².

Nell’invitare gli Istituti religiosi a “riproporre con coraggio l’intraprendenza, l’inventiva e la santità dei fondatori e delle fondatrici come risposta ai segni dei tempi emergenti nel mondo di oggi”, l’Esor-

tazione Apostolica *Vita Consecrata* specifica che questo invito è, sì, “un appello a ricercare la competenza nel proprio lavoro e a coltivare una fedeltà dinamica alla propria missione, adattandone le forme, quando è necessario, alle nuove situazioni, in piena docilità all’ispirazione divina e al discernimento ecclesiale”, ma anche e “innanzitutto un appello alla perseveranza nel cammino della santità attraverso le difficoltà materiali e spirituali che segnano le vicende quotidiane” (n. 37). Il Beato don Orione non sintetizzava forse questi concetti, quando raccomandava: “Meno opere di carità e più carità nelle opere”?

6.1 *La formazione*. Perché questo avvenga, occorre che quanti operano in una istituzione sanitaria e socio-sanitaria si appropriino di quei *valori carismatici* che ne sono la ragion d’essere attraverso un’adeguata *formazione* e un’attività pastorale significativa.

Parlando di formazione è bene distinguerla dall’informazione. L’informazione ha lo scopo di ridurre l’ignoranza cognitiva, mentre la formazione è finalizzata a far maturare atteggiamenti e comportamenti. “Metaforicamente parlando, formazione e informazione, sono come due ruote del carro. Se si viaggia troppo sulla ruota dell’informazione, c’è il rischio che il carro risulti molto sbilanciato e stridente”¹³. La formazione è valida quando ciò che impariamo ci aiuta a cambiare, e il cambiamento fa crescere il nostro sapere ed incide nell’ambiente in cui viviamo e operiamo. Se la nostra formazione non arriva a trasformare noi e contemporaneamente l’ambiente in cui lavoriamo, i nostri apprendimenti rischiano di avere la durata di un mattino: il primo sole li farà seccare, alle prime difficoltà soffoceranno. Inoltre, la formazione dev’essere contestualizzata di continuo e trovare un appoggio nella struttura. Altrimenti è come insegnare ad una persona a fare i cento metri in 10 secondi e poi chiedergli di correre in una stanza 4 per 4!

Sono in molti a credere che proprio a causa dell’inadeguatezza di tale impegno formativo, varie problematiche quali il rapporto religiosi-laici, l’umanizzazione degli ambienti sanitari, la cultura della salute, stentano a conoscere risvolti operativi efficaci.

6.2 *La pastorale*. Per quanto riguarda il servizio *religioso-pastorale* mi pare importante affermare che esso non può limitarsi all’accompagnamento dei malati – ruolo pure importantissimo – ma deve anche incidere sulla filosofia e sui programmi del-

l'Istituzione. A questo scopo deve essere potenziato sia dal punto quantitativo che da quello qualitativo. Anche l'amore preferenziale per i poveri, che è elemento integrante della fede, non va limitato ad atti di carità o di elemosina, ma deve entrare di diritto nella programmazione dell'Istituzione. Infine, l'invito ad incontrare l'ammalato nella globalità del suo essere si riduce solo a vana teoria se non è accompagnato da programmi che educhino il personale a lavorare in équipe e ad utilizzare saggiamente le loro risorse emotive.

Ugualmente il ricorso ai principi etici e bioetici non deve avvenire solo quando si presentano problemi drammatici, come quelli legati all'inizio o al termine della vita o all'uso delle nuove tecnologie. Esso, al contrario, va fatto entrare nel tessuto dell'agire dell'Istituzione per regolare, secondo giustizia e carità, i rapporti di lavoro, le relazioni interpersonali, le scelte di mezzi e di strumenti, le condizioni di accesso all'Istituzione...¹⁴.

7. Potenziare la collaborazione e lavorare in rete

Un ulteriore passo è costituito dal potenziamento della collaborazione tra le varie Istituzioni sanitarie cattoliche, non solo tra quelle raggruppate sotto l'ombrelllo dell'ARIS, con l'obiettivo di un'azione più efficace. Ciò renderebbe possibile: condivisione di esperienze; sostegno reciproco soprattutto nei momenti di difficoltà economico-amministrativa; messa in comune di risorse tecniche e personali; collaborazione in progetti a livello di zona o di regione; scambio di modelli gestionali e di operatori; interventi comuni per regolare i rapporti con le istanze politiche e amministrative delle regioni e dello Stato; iniziative di salvataggio in favore di opere valide che per mancanza di personale o per difficoltà economiche e gestionali rischiano o di essere chiuse o passate ad Enti animati da finalità prevalentemente lucrative... I vantaggi che ne deriverebbero non sono da vedersi unicamente dal punto di vista dell'efficacia, ma anche da quello della testimonianza di comunione ecclesiale. Sarebbe questo il luogo di parlare anche del *lavoro in rete*. A questo riguardo mi limito a citare un'esperta conoscitrice del mondo ecclesiale: Marianna Pacucci¹⁵: «È una grave responsabilità – ella scrive – sottrarsi a un'istanza – il lavoro di rete – che proviene dalla realtà sociale e che gode attualmente di un buon livello di riflessione e legittimazione culturale e organizzativa. Chi trascura tale prospettiva (per paura del nuovo, per inerzia operativa o anche solo perché

costretto da altre urgenze), rischia di rimanere fuori dai cambiamenti tipici della contemporaneità»¹⁶.

8. Testimoniare

Una composizione del poeta spagnolo Garcia Lorca invita a prendere in considerazione un ultimo passo: la testimonianza gioiosa e insistente. Egli narra la storia di una formica che, salita sulla cima di un alto albero, vede per la prima volta le stelle. Meravigliata dinanzi a quello stupendo spettacolo, scende veloce a incontrare le compagne, e dice loro «Ho visto le stelle!». Ma esse rispondono: «Che cosa sono le stelle?». La povera formica cerca di descriverle come ‘migliaia di occhi nelle tenebre’, come ‘luci che portiamo sulla nostra testa’, come qualcosa di meraviglioso. Poco alla volta, a forza di ripetere, «sì, ho visto le stelle», riesce ad aprire nuovi orizzonti alle proprie compagne¹⁷. Non c'è forse bisogno di questo contagio positivo tra chi ha aperto nuovi cammini e chi è ancora esitante, per mostrare che la novità è possibile?

Conclusione

Per continuare il loro servizio, ispirato ai valori del vangelo attraverso la mediazione dei Fondatori/Fondatrici, i Religiosi/e impegnati nelle Istituzioni sanitarie e socio-sanitarie sono chiamati a mantenere viva la tensione tra l'essere e il dover essere, tra realtà e l'ideale, tenendo presente che quando tale tensione si allenta c'è il pericolo di smarrire la strada della crescita, rischiando di perdersi nell'involuzione o nella stagnazione.

In questo può aiutare la consapevolezza che il Signore non abbandona chi lavora per la promozione del Regno.

Ricordo la risposta di Dio a Elia: al profeta che si lamenta perché non vi è più nessuno che si preoccupi di Dio, il Signore fa sapere di aver messo da parte settemila fedeli pronti a lottare per la promozione del suo Regno e lo invita a collaborare con essi dovunque siano.

E la speranza, alla quale Giovanni Paolo II invita calorosamente i religiosi nell'Esortazione apostolica *Vita Consecrata*:

«Voi non avete solo una gloriosa storia da ricordare e da raccontare, ma una grande storia da costruire! Guardate al futuro, nel quale lo Spirito vi propria per fare con voi ancora cose grandi. Fate della vostra vita un'attesa fervida di Cristo, andando in-

contro a Lui come le vergini sagge vanno incontro allo Sposo. Siate sempre pronti, fedeli a Cristo, alla Chiesa, al vostro Istituto e all'uomo del nostro tempo. Sarete così da Cristo rinnovati di giorno in giorno, per costruire con il suo Spirito comunità fraterna, per lavare con Lui i piedi ai poveri e dare il vostro insostituibile contributo alla trasfigurazione del mondo. Questo nostro mondo affidato alle mani dell'uomo, mentre sta entrando nel nuovo millennio, possa essere sempre più umano e giusto, segno e anticipazione del mondo futuro, nel quale Egli, il Signore umile e glorificato, povero ed esaltato, sarà la gioia piena e duratura per noi e per i nostri fratelli e sorelle, con il Padre e lo Spirito Santo” (Vita Consacrata, n. 110).

P. Angelo Brusco

¹ L'ARIS raggruppa: 10 IRCCS (Istituti di ricerca scientifica), 21 Ospedali classificati, 5 Presidi, 57 Case di cura, 128 Centri di riabilitazione, 16 RSA e istituzioni ex psichiatriche. A questi vanno aggiunti altri 25 Enti Federati. Queste istituzioni appartengono a 55 Congregazioni femminili, 12 maschili, 5 Enti diocesani e 17 Enti di ispirazione cristiana. La dimensione complessiva dell'Associazione in termini di numero di posti letto e di personale di circa 24.000 posti letto e 54.000 unità di personale, di cui circa 6.000 medici.

² Tra i documenti recenti della Chiesa italiana, ricordiamo: Consulta nazionale per la Pastorale della salute, *La Pastorale della salute nella Chiesa italiana (PSCI)*, Paoline, Milano 1989, nn. 54-58; Ufficio nazionale della CEI per la pastorale della sanità, *Le Istituzioni sanitarie cattoliche in Italia. Identità e ruolo*, EDB, Bologna 2000; Commissione episcopale per il servizio della carità e la salute, *Predicate il vangelo e curate i malati. La comunità cristiana e la pastorale della salute*, EDB, Bologna 2006, nn.38-45.

³ Cfr. M. Bonora, *Attuazione concreta della dimensione giustizia/solidarietà: esperienze di profezia in azione*, ciclostilato, p. 1.

⁴ Cfr. A. Brusco, *Hospital católico*, in J.C: Bermejo – F. Álvarez, *Pastoral de la salud y bioética*, San Pablo, Madrid, 2009, pp. 812-823; L. Sandrin, *Nuova evangelizzazione per il terzo millennio e istituzioni sanitarie cattoliche*, in “Dolentium Hominum” 3 (1999), pp. 80-85.

⁵ Consulta nazionale per la pastorale della salute, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, 1989, n. 54.

⁶ S. Zamagni, *La situazione socio-culturale e sanitaria attuale e le sfide per la chiesa*, in AA.VV., *La Chiesa italiana nel mondo della salute. Identità e nuovi percorsi*. Atti del Convegno nazionale organizzato dall'Ufficio nazionale per la Pastorale della sanità (Fiuggi, 10-12 maggio 2001).

⁷ Qualche anno fa, Giovanni Paolo II ha affermato che “l'ospedale cattolico, essendo tenuto a dare testimonianza di Chiesa, deve rivedere a fondo la propria organizzazione, affinché essa rifletta sempre meglio i valori evangelici, echeaggiati nelle direttive sociali e morali del magistero” (*Discorso al I Congresso Mondiale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari Cattolici*, Roma, 31 ottobre 1985, in: *Proceedings of the I World Congress of Catholic Hospitals and Health Care Institutions*, Roma 1985, p. 8).

⁸ Cfr. *Uniti nella comune missione: religiosi e laici nelle istituzioni sanitarie*. Atti del Convegno ARIS (3-6 settembre 1995).

⁹ Congregazione per gli Istituti di vita consacrata e le Società di vita apostolica, *Religiosi e promozione umana*, Roma 1980, n. 6.

¹⁰ G. Cabra, *La comunione: quale tipo di comunità? La collaborazione laicale ed ecclesiale*, in “*Camilliani*” 88 (1995), p. 644.

¹¹ A. Brusco, *Il rapporto Istituto-Laici, una realtà in crescita*, in “*Camilliani*” 80 (1994), p. 655.

¹² C.M. Martini, “Sulle strade di Gerico”, in E. Corradi, *Le ragioni della carità, Paoline*, Milano, 1986, p. 89.

¹³ A. Spinelli, *Il contributo delle scienze umane nell'opera di umanizzazione del personale sanitario*, in AA.VV., *Per un ospedale più umano*, Paoline, Cinisello Balsamo (MI), 1985, p. 112.

¹⁴ Cfr. A. Brusco, *Identità delle istituzioni sanitarie cattoliche nella pastorale della chiesa italiana*, in AA.VV., *La Chiesa italiana nel mondo della salute. Identità e nuovi percorsi*. Atti del Convegno nazionale organizzato dall'Ufficio nazionale per la Pastorale della sanità (Fiuggi, 10-12 maggio 2001).

¹⁵ Cfr. M. Pacucci, *Vocazioni per la pastorale*, EDB, Bologna, 2010, pp. 117-121.

¹⁶ Ib., p. 119.

¹⁷ Viene data un'interpretazione personale del testo di G. Lorca.

The Adaptation of the Charisms of Our Men and Women Founders to the Contemporary Health-Care, Social/Health-Care and Care Frailties of Our Country

In a large number of countries the health-care and social/health-care institutions run by the Church (religious institutes, dioceses, associations...) are encountering grave difficulties caused by the decrease in the number of religious and often conflict-marked relationships with government bodies that are involved in health care... Although, on the one hand, these situations of difficulty raise questions about the future of these works, on the other they represent an invitation to discernment in view of possible choices to be made in order to adapt charisms to changed social/health-care conditions. The paper which we publish below and which was given in Rome on 27 April 2010 to the assembly of the ARIS (the Religious Association of Social/health-Care Institutes)¹ offers useful and original reflections.

Introduction

When a help relationship professional – a psychotherapist, a psychologist, a counsellor... – receives a person who turns to him or her to be helped, the first step that he or she is called to take involves making an accurate *analysis of the request*. Why has that individual decided to come to ask for help: has he or she come on his or her own initiative, led forward by his or her *mal de vivre*, or has he or she been advised to do so or forced to do so by other people – parents, his or her spouse, sons, superiors...?

I, too, when I was asked to offer a paper to your assembly on the subject of ‘the adaptation of the charisms of our men and women founders to the contemporary health-care, socio/health-care and care frailties of our country’ tried to understand the reason for this specific request. Indeed, books and articles have already been written on this subject, conferences have been organised on it, and discussions have been devoted to it. The Church has not failed to intervene with certain important documents of both a universal and a national character.² I myself have been involved in the past in programmes on the identity of confessional health-care and social/health-care institutions.

In analysing the request addressed to me, what Fr. Mario Bonora, the President of ARIS, said dur-

ing a recent conference was of help: ‘If I were to confine myself to a very short summary of the current situation and that which awaits us I should say that, unfortunately, we are living through a moment which to define as *difficult* would certainly be reductive. Indeed, we are witnessing a steady increase in for-profit private structures and a reduction of structures of a religious kind... Is it possible and incumbent upon us to invert this trend?’

The Situation

There are various factors which help to make the moment that we are going through problematic in Italy for the Christian-based health-care and social/health-care structures. Some are to be located within religious institutes, others come from the health policies of the country. Given that they are not unknown to you I will confine myself to a rapid glance:³

- the reduction in numbers and the progressive ageing of men and women religious. The lack of religious reduces their presence in health-care and social/health-care institutions. The lack of young people hinders not only a turnover in personnel but also a turnover in ideas and perspectives;

- a resistance to involving lay people in the running of works of an institute;

- the steady and unstoppable increase in the financial resources that are needed for the health-care system, both to assure the present levels of care and to address new needs which are connected above all else to the ageing of the population and the increasingly high costs of care and treatment and advanced technology;

- the disparity of forces within the NHS between public structures and structures placed on a par with public structures and private structures, including non-profit-making ones;

- the diversity of treatment between public and private institutions at the level of systems of fees;

- changes not only in the demography of patients (ageing, migrations...) but also in illness, health-care technology, methods of intervention and the financial resources that are available;

- the regionalisation of health care which, in compromising the unitary character of the NHS, places at risk the strategies of religious institutes which are present with their works in a number of regions;

- ...

Like a Labyrinth

For many people, these factors are sufficient to throw the heads of health-care and social/health-care institutions into a state of mind well portrayed by a *labyrinth*. Always present in the cultures of peoples, a labyrinth is one of the symbols of the interior journey carried out by an individual and by institutions to understand and solve their human and spiritual problems. For this reason can one see it portrayed or sculptured in a large number of ancient churches.

In the experience of a labyrinth there is both the search for its *centre*, that is to say what represents the ideal, and the striving to find an exist from things that prevent that centre from being reached. Both these movements are characterised by a series of attempts to find a direction that leads to the goal. These attempts are often frustrated and for this reason other paths are needed, or have to be begun again, or have to be looked for. All of this involves hard work, discouragement, malaise, a wish to abandon projects but, at the same time, it stimulates creativity.

The Steps to be Taken

How can one get out of our labyrinth in a *winning* way? Here are some steps to take which seem to me to be important not so much to solve our prob-

lems immediately as to create a mentality that will allow us to approach them with a discernment based on the charisms of our institutes.

1. Clarifying and Strengthening the Identity of Christian-Based Health-Care and Social/Health-Care Institutions.⁴

During the first ecclesial conference of the Italian Church, which was held in Rome in 1976, it was stated that 'the witness of works is the ABC of Christian love, it is the gospel that is accessible to everyone, to the poor and the illiterate as well'.

In a document of the Italian Bishops' Conference of 1989⁵ one reads that 'Catholic health-care institutions constitute a *specific modality* by which the ecclesial community puts into the practice the mandate to 'heal the sick'. They should therefore be seen not only as useful but also as necessary to the mission of the Church, giving consistency and continuity to the charitable action and human promotion of the Christian community'.

In his encyclical *Deus caritas est*, Benedict XVI states that 'For the Church, charity is not a kind of welfare activity which could be equally left to others, but is a part of her nature, an indispensable expression of her very being' (n. 25).

Side by side with these documents that have just been cited there are many others in which health-care and social/health-care institutions are defined as *works of the Church* and as such called to be authentic instruments of evangelisation.

2. Distinguishing between Charism and Ministry

A charism is a gift that these institutes have received from God through the mediation of their men and women Founders, to live the gospel in ways that actualise particular aspects of the person and behaviour of Jesus. It *matures* in ministry, that is to say in a set of initiatives, amongst which should also be placed health-care and social/health-care institutions.

Whereas a charism is characterised by *stability*, ministry belongs to the category of *historicity*, given that it has to express itself in ways that are appropriate to the changed conditions of the times. Faithfulness to a charism must be creative, making the religious ready and willing to find new forms of ministry that correspond to the changes that have taken place in society and the culture that characterises that society.

The Salesian J. E. Vecchi wrote: 'It is a shared impression (perhaps also a proven fact) that many of our presences express our charism with less immediacy and vivacity not only compared to the epoch of our Founders but also to more recent times when religious values had relevance in society or when the services of men and women religious had an evident social function. Some needs to which various services of charity corresponded appear today to be less pressing and are carried out with professional skill and correctness by other individuals. A widespread mentality does not easily connect such services to the message that we seek to communicate. Our work, therefore, does not immediately reveal the meaning of the consecrated vocation'.

It is the task of the heads of institutes to assess the consonance between a work or an activity and the charism that inspires them. We should engage in an adequate reading of reality, of the needs of people, of the significance of an institution in places where we live and work, dialoguing with the authorities who are responsible for the distribution of health-care and social-/health-care services in the local area. In other words, it is necessary to avoid allowing ourselves to be overwhelmed by a situation. We should, instead, become its interpreters and directors.

In overcoming the obstacles that are opposed to this process: romantic attitudes, a mentality based on conservation, closing up within one's own personal group projects, an inability to engage in valid discernment – it is indispensable to know how to conjoin tradition and planning in a harmonious way. One is dealing here, as one author has well observed, of 'uniting roots with wings'.⁶ The roots symbolise tradition whereas the wings speak about innovation, about planning. 'Although it is true that, on the one hand, roots without wings lead us to conservatism and to the maintenance of the status quo, it is equally true that, on the other hand, wings without roots lead to utopia; by definition they lead, precisely, nowhere at all'.⁷

3. Institution and Charism

The third step is suggested to us by a passage from the Gospel of John (20:1-8). Peter and John, after they receive from the women the news of the empty tomb, run towards it, on Easter day. Peter represents the hierarchical Church, which cannot run much, which proceeds with a measure of difficulty, attentive as it must be to reality as whole, to

order, to orthodoxy and to orthopraxis...In John, instead, other components of the people of God are reflected which are more charismatic, freer and looser. For this reason, he runs faster, being able to rapidly follow up on his intuitions. But the more rapid running of John also impinges on Peter, it stimulates him, it pushes him to run faster. That the faster running of John is not a sign of independence is indicated by the fact that once he has arrived at the tomb the apostle that Jesus loved does not go in. He waits for Peter to go in first.

In religious institutes as well it is possible to observe a diversity of journeys such as is to be found in the gospel icon. In past and recent history, indeed, there is no absence of examples of religious who have known how to point out to their Order or Congregations the need to return to their origins. In some cases they did this through words, in others – greater in number – by creating projects where the inspiration of the man or woman Founder was freed from the inevitable incrustations acquired with time. To pay attention to these appeals, exercising due discernment, means to be disposed to listening to what the Lord wants from the institute. Is it exaggerated to state that the admonition of Jesus 'You can predict the weather by looking at the sky, but you cannot interpret the signs concerning these times!' (Mt 16:3) could be applied in some cases to institutes and works of the Church?

4. Broadening Horizons

The fourth step was suggested to me by remembering a film that I saw a few years ago – *The Dead Poets' Society*. In this film we saw the teaching philosophy of a teacher in a boarding school. Detaching himself from traditional methods, this teacher tried to make his students understand, at the very moment of learning, the meaning of what was taught to them. In one of the scenes in the film we could see the teacher as he explained to his students the importance of broadening their vision of things. To make his statements more plausible, he invited his disciples to stand on the desks and to study the class room and the members of the class from that unusual vantage point so that they could realise that things change when they are seen from a different observation point.

The philosopher Paul Ricoeur rightly stated that a vantage point is one of the signs of our finitude because it points out to us the impossibility of contemplating things as a whole at the same moment. We realise this limit every time that we contemplate a

landscape, we read or listen to news about an event, and we observe our lives and the events of the lives of other people.

Although we cannot escape the partiality and the limitation of our vision of things, it is nonetheless possible to expand that vision progressively, acquiring the ability not only to observe reality from different points of view but also to engage in a creative summary of the various observations that have been made.

A horizon that is still to be discovered in an adequate way is that of ecclesiology, in which should be placed the relationship between religious and lay people. A few years ago the ARIS devoted an entire conference to this subject.⁸

In order to improve cooperation between religious and lay people one should not think of a one-directional movement. Religious must be open to the ecclesiology of communion promoted by the Second Vatican Council, offering opportune possibilities to lay people to acquire the spirituality and the charism of the Founders of institutes and making them increasingly participants in the responsibilities of the institution. For their part, lay people are called to overcome the barriers created by a long tradition of passivity and to understand and adopt the role that is theirs within the context of the ecclesial community, accepting its conditions.

In a document of the Congregation for the Institutes of Consecrated Life and Societies of Apostolic Life⁹ it is stated that 'the participation of the laity in the activities and works of religious, with the development of the ecclesial dimension of joint responsibility for a shared mission, acquires new spaces. Indeed, with adequate preparation, it could be achieved in the very management of works that hitherto have been entrusted only to religious' (n. 6). The apostolic exhortation *Consecrated Life* also addressed this question, encouraging people to continue the initiatives already undertaken with determination.

As one author rightly states: 'cooperation with lay people cannot, however, be simply seen as a means by which to conserve institutions which otherwise would have to be closed, nor can it be seen as a joint venture, given that it corresponds to a logic that is very different from that of pure efficiency. A very different logic because it involves mission, the work of salvation, which is always a work of constructive synergy, of close cooperation between God and man, indeed between God and the community of men. It is from a rediscovered sense of the greatness of mission that religious and lay people

can find the creativity and the courage to engage at a practical level in new forms that are more incisive in missionary terms for our time'.¹⁰ It follows from this that 'a lay person who wants to be involved with religious in a shared mission is required to have not only professional competence but also an adherence to that set of values which constitutes the Christian vision of man and of service to the sick in the approach created by the charism of the religious institute in whose works he or she works. If this does not take place, it is no longer meaningful to speak about cooperation with lay people in an ecclesial sense'.¹¹

5. Learning to 'Dig New Wells'

I take the fifth step from a book of the Bible. In Genesis (26:17-33) reference is made to the struggles that Isaac had to engage in against the Ishmaelites in order to defend his own wells. Often his energies dried up because of huge and useless arguments until, that is, he decided to dig new wells in new places, given that he had acquired that art from his father.

Looking at the history of religious Congregations we can observe a dynamic opposition of two tendencies: the first is directed towards looking after what has been acquired and the other is directed towards looking for new pathways suggested by signs of the times. In general, one can perhaps say that the 'conservative' tendency is often prevalent. It is difficult to leave wells that have been dug with hard labour, even when circumstances enable us to understand that they are no longer useful or no longer meet the needs for which they were dug in the first place. The call of new territories where people are waiting to have their thirst quenched, although, on the one hand, it does not fail to have an appeal, on the other it never ceases to provoke resistance. Who does not want the continuation of methods of care that have been superseded and who does not feel an attachment to institutions that no longer match the needs for which they were created? And yet the Spirit calls us to renew ourselves, to explore new lands, to dig 'new wells'. Even though we encounter difficulty in learning this new art, the Spirit acts, helping us to overcome our resistance, as numerous examples well demonstrate.

What are the new wells that institutes could dig in the field of care and assistance for the sick? A suggestion comes to us from a volume by Msgr. Tonino Bello, that great prophet of our times. He in-

vites the Church to ‘take more courageous roads’. It is necessary, he states, to pay attention, when we run in a distracted way along reserved roads of a Christianity that is too accommodating or not very coherent, to those *road signs* that invite us to slow down and take more credible roads, establishing real priorities, above all those priorities that lead us to privilege those people who are most in need. Concrete proposals are recommended indirectly in the Note of the Episcopal Commission for the Service of Charity and Health, *Predicate il vangelo e curate i malati. La comunità cristiana e la pastorale della salute* (‘Preach the Gospel and Heal the Sick. The Christian Community and Pastoral Care in Health’) (n. 6), where the Church’s concerns about the situations of frailty to which large parts of the population are expressed. The reference here is to ‘disabled people, people affected by very grave forms of mental suffering, people who have been in hospital for a very long time and the incurably ill, the chronically ill, and people who need extensive long-term rehabilitation’ (n. 13), and sick people at the terminal stages of their illness. Praiseworthy but insufficient initiatives in these fields place very grave burdens on the shoulders of *families* who do not always receive help from institutions.

6. Bringing Out True Motivations

The seventh step is that correct concern that should inhabit Christian-based health-care and social/health-care institutions, the concern that is to say *to bring out* those motivations that are their reason for existing. Is not the phenomenon of people appreciating the services offered by the Church without understanding the root from which they come one that is rather widespread? People should not take only services from the Church – they should also acquire reasons for living. This involves, for example, the fact that social/health-care services offered by the ecclesial community are not directed solely to achieving a practical goal. They are also directed towards converting mentalities as to what power, money, health, suffering, life, sociality, celebrations and so forth really are.

‘Today more than ever before’, Cardinal Martini observed some time ago, ‘the charity of the Church must demonstrate something that is unique, original, irreducible in relation to all works of charity, something that goes beyond, mystery, something that is not contained in the efforts of the programmes of civil society. It is precisely because it comes from mystery and stewards difference

that it is able to confer on human programmes direction, horizons, reserves of energy, critical observation, where this is necessary’. If works of charity are not evangelised, that is to say not made authentic by faith, there is the risk of having a socially ‘busy Church’ which tends to become in the world of health and health care ‘a figure that is now parallel, now in competition, and now cohabiting with other forces’.¹²

In inviting religious institutes ‘courageously to propose anew the enterprising initiative, creativity and holiness of their founders and foundresses in response to the signs of the times emerging in today’s world’, the apostolic exhortation *Consecrated Life* specifies that this invitation ‘is a call to pursue competence in personal work and to develop a dynamic fidelity to their mission, adapting forms, if need be, to new situations and different needs, in complete openness to God’s inspiration and to the Church’s discernment’ but ‘is first of all a call to perseverance on the path of holiness in the midst of the material and spiritual difficulties of daily life’ (n. 37). Did not the Blessed Don Orione summarise these concepts when he suggested ‘less works of charity and more charity in works’?

6.1 Formation. For this to take place, those who work in a health-care and social/health-care institution should adopt those charismatic values that are its reason for being through *adequate formation* and meaningful *pastoral activity*.

When speaking about formation it is advisable to distinguish it clearly from information. Information has the purpose of reducing cognitive ignorance whereas formation is directed towards leading to the maturation of attitudes and forms of behaviour. ‘Metaphorically speaking, formation and information are like two wheels on a cart. If one travels too quickly on the wheel of information there is the risk that the cart will become unbalanced and discordant’.¹³ Formation is valid when what we learn helps us to change and this change leads to a growth in our knowledge and bears upon the environment in which we live and work. If our formation does not manage to transform us and at the same time the environment in which we work, what we learn runs the risk of lasting for just a morning: the first sunshine will lead it to wither with the first difficulties that emerge. In addition, formation must be contextualised constantly and find support in the structure. Otherwise it would be like teaching a person to run a hundred metres in ten seconds and then asking

him to run in a room that is four metres wide and four metres long!

Many people believe that specifically because of the inadequacy of this role of formation various questions such as the relationship between religious and lay people, the humanisation of health-care environments, and the culture of health encounter difficulty in finding effective operational solutions.

6.2. Pastoral care. As regards the religious/pastoral-care service, it seems to me to be important to affirm that it cannot be confined to the accompanying of the sick – which is nonetheless a very important role – but must also bear upon the philosophy and programmes of the institution. To this end it must be strengthened both from a quantitative and a qualitative point of view. Preferential love for the poor, which is an integral element of faith, should not be limited to acts of charity or almsgiving: it should by right belong to the programming of the institute. Lastly, the invitation to encounter a sick person in the totality of his or her being is reduced solely to vain theory if it is not accompanied by programmes that educate the personnel to work in a team and to use in a wise way their emotional resources.

Equally, resort to ethical and bioethical principles should not take place only when dramatic problems arise, such as those connected with the beginning and the end of life or the use of new technologies. On the contrary: it should be made to enter the fabric of the action of the institution in order to regulate, in conformity with justice and charity, work relations, interpersonal relationships, choices of means and instruments, and conditions for access to the institution.¹⁴

7. Strengthening Cooperation and Working in a Network

A further step is the strengthening of cooperation between the various Catholic health-care institutions – and not only between those who are collected together under the umbrella of the ARIS – with the goal of achieving more effective action. This would make possible: the sharing of experiences; mutual support, above all during moments of economic-administrative difficulty; the sharing of technical and personal resources; working together in projects at the level of zones or regions; the exchange of managerial models and models for workers; shared initia-

tives to regulate relationships with the political or administrative requirements of regions or the state; and operations involving aid for works that are valid but because of a shortage of personnel or because of economic and managerial difficulties run the risk either of being closed or of being handed over to bodies that are animated prevalently by the profit motive... The advantages that would derive from this are not only to be seen from the point of view of efficacy. They also regard witness to ecclesial communion. This would be the place to speak about *working in networks*. Here I will limit myself to citing an expert on the ecclesial world – Marianna Pacucci:¹⁵ ‘Refusing a requirement – working in a network – which comes from social reality and at the present time enjoys a high level of reflection and cultural and organisational legitimacy, is a grave responsibility’, she writes. ‘Those who neglect this prospect (because they are afraid of the new, because of operational inertia or even only because they are forced to do so because of other urgent needs) run the risk of remaining outside the changes that are typical of the contemporary world’.¹⁶

8. Bearing Witness

A work by the Spanish poet Garcia Lorca invites us to take a final step into consideration: glorious and insistent witness. He tells the story of an ant which when jumping along the tops of trees sees the stars for the first time. In wonder before such a stupendous sight he descends a tree, goes up to his fellows and says to them: “I have seen the stars!” But they answer him: “What are stars?” The poor ant tries to describe them as ‘thousands of eyes in the darkness’, as the “lights that we carry on our heads!”, as something that is wonderful. Gradually, as a result of repeating, “yes, I have seen the stars”, he manages to open up new horizons for his fellows.¹⁷ Is there not perhaps a need for this positive contagion between those who have opened up new pathways, and those who are still hesitant, in order to show that the new is possible?

Conclusion

To continue their service, based upon the values of the gospel, through the mediation of their men and women Founders, men and women religious who are active in health-care and social/health-care institutions are called to keep high the tension between being and having to be, between reality and the ideal, bearing in mind that when this tension lessens the danger exists that the pathway of

growth will be lost, with the risk of becoming lost in involution or stagnation.

In this, of help may be awareness that the Lord does not abandon those who work for the promotion of the Kingdom.

I remember the answer of God to Elijah: in response to the prophet who complained that there was no longer anyone who was concerned about God, the Lord made it known to him that He had set to one side seven thousand faithful who were ready to strive for the promotion of His Kingdom, and God invited him to work with them wherever they were.

This is the hope to which John Paul II warmly invites religious in his apostolic exhortation *Consecrated Life*: ‘You have not only a glorious history to remember and to recount, but also a great history still to be accomplished! Look to the future, where the Spirit is sending you in order to do even greater things. Make your lives a fervent expectation of Christ; go forth to meet him like the wise virgins setting out to meet the Bridegroom. Be always ready, faithful to Christ, the Church, to your Institute and to the men and women of our time. In this way you will day by day be renewed in Christ, in order with his Spirit to build fraternal communities, to join him in washing the feet of the poor, and to contribute in your own unique way to the transfiguration of the world. As it enters the new Millennium, may our world, entrusted to human hands, become ever more human and just, a sign and anticipation of the world to come, in which the Lord, humble and glorified, poor and exalted, will be the full and lasting joy for us and for our brothers and sisters, together with the Father and the Holy Spirit’ (*Consecrated Life*, n. 110).

Fr. Angelo Brusco

¹ The ARIS brings together: 10 IRCCSs (institutes of scientific research), 21 registered hospitals, 5 centres, 57 rest homes, 128 rehabilitation centres, and 16 RSAs and former psychiatric institutions. To these should be added another 25 federated bodies. These institutions belong to 55 female Congregations, 12 male Congregations, 5 diocesan bodies and 17 Christian-based bodies. The overall size of this association in terms of the number of beds and personnel is about 24,000 beds and 54,000 personnel, with about 6,000 medical doctors.

² Amongst recent documents of the Italian Church we may refer to: Consulta nazionale per la Pastorale della salute, *La Pastorale della salute nella Chiesa italiana (PSCI)* (Paoline, Milan, 1989), nn. 54-58; Ufficio nazionale della CEI per la pastorale della sanità, *Le Is-*

tituzioni sanitarie cattoliche in Italia. Identità e ruolo (EDB, Bologna, 2000); Commissione episcopale per il servizio della carità e la salute, *Predicate il vangelo e curate i malati. La comunità cristiana e la pastorale della salute* (EDB, Bologna, 2006), nn. 38-45.

³ Cf. M. Bonora, ‘Attuazione concreta della dimensione giustizia/solidarietà: esperienze di profezia in azione’, typescript, p. 1.

⁴ Cf. A. Brusco, ‘Hospital católico’, in J.C. Bermejo and F. Álvarez, *Pastoral de la salud y bioética* (San Pablo, Madrid, 2009), pp. 812-823; L. Sandrin, ‘Nuova evangelizzazione per il terzo millennio e istituzioni sanitarie cattoliche’, *Dolentium Hominum*, 3 (1999), pp. 80-85.

⁵ Consulta nazionale per la pastorale della salute, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana* (1989), n. 54.

⁶ S. Zamagni, ‘La situazione socio-culturale e sanitaria attuale e le sfide per la chiesa’, in AA.VV., *La Chiesa italiana nel mondo della salute. Identità e nuovi percorsi. Atti del Convegno nazionale organizzato dall’Ufficio nazionale per la Pastorale della sanità* (Fiuggi, 10-12 maggio 2001), p.

⁷ A few years ago John Paul stated that ‘a Catholic hospital, as it is called to bear witness to the Church, must review at a deep level its own organisation, so that it reflects in gospel values, which are echoes in the social and moral directives of the magisterium, in an increasingly better way’: (‘Address to the I World Congress of Catholic Hospitals and Catholic Health Care Services’, Rome, 31 October 1985’, in *Proceedings of the I World Congress of Catholic Hospitals and Health Care Institutions*, Rome, 1985, p. 8.).

⁸ Cf. *Uniti nella comune missione: religiosi e laici nelle istituzioni sanitarie. Atti del Convegno ARIS* (3-6 settembre 1995).

⁹ Congregazione per gli Istituti di Vita Consacrata e le Società di Vita Apostolica, *Religiosi e promozione umana* (Rome, 1980), n. 6.

¹⁰ G. Cabra, ‘La comunione: quale tipo di comunità? La collaborazione laicale ed ecclesiale’, *Camilliani*, 88 (1995), p. 644.

¹¹ A. Brusco, ‘Il rapporto Istituto-Laici, una realtà in crescita’, *Camilliani*, 80 (1994), p. 655.

¹² C.M. Martini, ‘Sulle strade di Gerico’, in E. Corradi, *Le ragioni della carità* (Paoline, Milan, 1986), p. 89.

¹³ A. Spinelli, ‘Il contributo delle scienze umane nell’opera di umanizzazione del personale sanitario’, in AA.VV., *Per un ospedale più umano*, (Paoline, Cinisello Balsamo (MI), 1985), p. 112.

¹⁴ Cfr. A. Brusco, *Identità delle istituzioni sanitarie cattoliche nella pastorale della chiesa italiana*, in AA.VV., *La Chiesa italiana nel mondo della salute. Identità e nuovi percorsi. Atti del Convegno nazionale organizzato dall’Ufficio nazionale per la Pastorale della sanità* (Fiuggi, 10-12 maggio 2001), pp.

¹⁵ Cfr. M. Pacucci, *Vocazioni per la pastorale* (EDB, Bologna, 2010), pp. 117-121.

¹⁶ *Ibid.*, p. 119.

¹⁷ This comes from a personal interpretation of the text by G. Lorca.

La Provincia Romana dal 1870 alla prima metà del Novecento

L'8 marzo 2010 a Roma presso la Curia Generalizia si è svolto il convegno di studi «Quattro secoli di storia delle Province Camilliane», organizzato dal Centro di documentazione Archivio Generale dei Ministri degli Infermi (Agmi) e curato da Andrea Ciampani, docente di Storia contemporanea all'Università Lumsa di Roma e membro del Centro di documentazione dell'Agmi. Il convegno ha rappresentato un interessante momento di dibattito sui primi risultati del progetto di ricerca, in corso ormai da qualche anno, sulla storia dell'Ordine dei Ministri degli Infermi, che si concluderà con la pubblicazione di una collana di volumi dedicata alle più antiche, tra le attuali, province dell'Ordine. Il dibattito ha permesso una serie di riflessioni su aspetti e problemi della lunga storiografia camilliana, incentrandosi sulla presenza camilliana nell'ospedale di Milano e sulle province Romana, Siculo Napoletana, Spagnola, Francese, Tedesca, Lombardo Veneta. Per entrare nel vivo del convegno si riporta uno dei lavori presentati: la sintesi della relazione sulla Provincia Romana dei Ministri degli Infermi dopo il 1870, anno della presa di Roma da parte delle truppe italiane.

La fine dello Stato Pontificio ebbe, indubbiamente, forti ripercussioni sulla vita della Provincia Romana.

Nel 1870 la Provincia Romana possedeva le Case di S. Maria Maddalena, di S. Giovanni della Malva, dei SS. Vincenzo ed Anastasio, l'Ospedale di S. Giovanni in Laterano. Fuori Roma appartenevano alla Provincia le Case di Firenze, Rieti e Viterbo. Le prime due avevano già subito gli effetti della legge, emanata nel 1866, sulla soppressione degli Ordini religiosi, dal momento che già facevano parte dello Stato italiano.

A Roma la prima a subire le conseguenze del nuovo assetto politico fu la Casa dell'Ospedale di S. Giovanni in Laterano. Infatti, la nuova legislazione ospedaliera introdotta a Roma dal 1° dicembre 1870 escludeva il clero dagli incarichi dirigenziali negli ospedali. Tuttavia i Camilliani rimasero, se pure in numero ridotto, nell'ospedale per la cura pastorale e l'assistenza religiosa degli infermi, e, quando, nel novembre 1873, la comunità cessò formalmente di esistere, i religiosi rimasero nell'ospedale soltanto a titolo personale. La Casa di S. Giovanni in Laterano fu indemaniata il 5 novembre 1873, lo stesso giorno di quella di S. Maria Maddalena; il primo dicembre fu la volta di S. Giovanni della Malva e il 16 dicembre di SS. Vincenzo ed Anastasio. Nel corso del 1874 tutte le Case romane, in parte o completamente, vennero date in consegna al Municipio.

L'espropriazione delle case, però, non determinò nella Provincia Romana la scomparsa delle comunità camilliane. La tenuta dei religiosi fu probabilmente facilitata dal fatto che tutte le case camilliane, tranne l'Ospedale di S. Giovanni in Laterano, erano legate a chiese parrocchiali. Infatti, lo Stato concesse alcuni locali ad uso del parroco, così una parte di ogni casa restò in mano dei religiosi aventi cura pastorale nelle rispettive parrocchie e costituì il punto di riferimento per tutta la comunità, compresi quei Camilliani che erano stati costretti ad abitare in locali privati, affittati dal Generale.

A cavallo degli anni Settanta e Ottanta, quando le tensioni politiche iniziarono a smorzarsi, anche i religiosi che avevano dovuto allontanarsi, seppur ridotti nel numero, tornarono nelle loro abitazioni e, malgrado la ristrettezza dei locali, ricostruirono le comunità. Peraltro, la situazione particolare in cui si trovavano a Roma i Camilliani fece sì che il Vicario Generale Gioacchino Ferrini, che aveva sostituito il Generale Guardi, morto nel 1884, si adoperasse in prima persona per la Provincia e scavalcasse di fatto la direzione del Padre Provinciale, contribuendo a ridimensionarne e sminuirne il ruolo. In seguito, però, quando lo stesso Ferrini fu nominato nel 1895 Provinciale, carica che mantenne fino al 1901, si aprì una fase nuova nella storia della Provincia Romana. I vertici dell'Ordine, non appartenendo alla Provincia Romana ma a quella

Lombardo-Veneta, concentrarono la loro azione sull'Ordine nel suo complesso, prestando particolare attenzione allo sviluppo delle nuove comunità europee, lasciando, di fatto, spazio in Roma alla legittima autorità del Padre Provinciale. In tal modo, il provincialato di Ferrini fu assai dinamico e certamente costituì una soluzione di continuità rispetto al recente e meno recente passato. Ferrini, infatti, formulò proposte e prese provvedimenti sulle maggiori questioni che agitavano la Provincia in quegli anni: il recupero, il riordino e il rafforzamento dell'unità delle Case camilliane dopo la soppressione, il ritorno alla vita comune perfetta, la rivalutazione del ruolo dei fratelli, il comportamento dei Camilliani nel loro ministero e le loro relazioni con sacerdoti e laici esterni all'Ordine. Si trattava, in realtà, dei principali problemi che travagliavano l'intera famiglia camilliana, la cui risoluzione era alla base della riforma dell'Ordine, intrapresa da Padre Guardi, lungo il solco tracciato da Padre Bresciani.

Per tutto l'Ottocento le intenzioni dei superiori Camilliani furono quelle di recuperare spazi nei campi tradizionali all'Ordine: ospedali pubblici e case private. Ma con il nuovo contesto storico, creatosi con il crollo del potere temporale, con la secolarizzazione delle istituzioni i Camilliani dovettero rivedere il proprio operato. La nuova situazione rendeva di fatto loro impossibile esercitare il proprio ministero spirituale e corporale negli ospedali pubblici e anche difficile l'assistenza nelle case private. Alcuni religiosi, vedendo loro preclusi gli ospedali, si adagnarono nella comoda idea di dedicarsi alla parrocchie e ai confessionali, preferendo tali attività a quelle assistenziali. Ferrini, nella qualità di Vicario Generale, ben consci delle difficoltà di operare assistenza negli ospedali, invitò i Camilliani a non scoraggiarsi e, proprio in virtù della situazione dei tempi, non escluse l'accettazione degli ospedali anche per il solo servizio spirituale. La funzione di cappellano ospedaliero fu così la prima nuova forma di assistenza agli ammalati prospettata dall'Ordine nel mutare delle condizioni storiche.

Subito i Camilliani romani si adattarono a prestare questa loro opera nell'ospedale di S. Giovanni al Laterano. Qui, i Ministri degli Infermi vi operavano fin dal 1836 e, dopo il 1870, mantennero la loro presenza, nonostante molte difficoltà e ostilità, appunto solo come cappellani ospedalieri. Successivamente nel Novecento riuscirono ad avere la cura pastorale anche nel Sanatorio Umberto I (1905), nell'Ospizio dell'Addolorata (1928), nel Sanatorio Ramazzini (1929), nel nuovo ospedale Littorio (odierno S. Camillo, 1930), nel Sanatorio Mussolini (odierno Forlanini, 1935), a Roma. A Viterbo pre-

starono assistenza spirituale nell'Ospedale Grande e nell'Ospizio di S. Simone, a Rieti nell'Ospedale Civile della città. Dopo qualche diffidenza e timore che tale opera, priva dell'aspetto pratico, non fosse in piena consonanza con le intenzioni di S. Camillo, i religiosi ne intravidero i possibili sviluppi di carità nello spirito del loro fondatore.

L'altro campo di assistenza rimase quello delle case. Nei secoli precedenti l'assistenza nelle case private era stata percepita soprattutto come ministero spirituale presso i letti dei moribondi, esercitato dai padri. Tale pratica continuò a mantenersi viva fino ai primi decenni del Novecento, quando, per diverse ragioni, tra cui le disposizioni del nuovo codice di diritto canonico e il dovere dei parroci di prestare assistenza ai moribondi delle proprie parrocchie, fu tolto ai Ministri degli Infermi un primato che per tre secoli aveva fatto meritare loro l'appellativo di *padri della buona morte o del buon morire*.

Ma dalla fine dell'Ottocento, sempre più spesso ai Camilliani si cominciò a domandare il servizio di assistenza corporale ai malati insieme a quello spirituale se non addirittura al posto di questo. Tale richiesta convergeva con le continue sollecitudini dei Superiori Camilliani al ritorno allo spirito di S. Camillo, all'esercizio spirituale e materiale del ministero e, soprattutto, permetteva di ridare spazio e valore ai fratelli laici, consentendo loro di riacquistare la piena dignità di religiosi. Ferrini espresse chiaramente questo nuovo indirizzo dell'Ordine, sottolineando il rinnovato ruolo dei fratelli: non più domestici della Casa, servitori lasciati nell'ignoranza, ma, religiosi istruiti e formati, per il compito affidato loro da S. Camillo, all'assistenza corporale agli infermi.

Nell'Ottocento e poi soprattutto nel Novecento la Provincia Romana fu agitata da un grave problema: la decrescita della famiglia. Nel 1889 il numero dei Camilliani ascendeva a 69, nel 1890 i religiosi scesero a 49 e raggiunsero il picco minimo negli anni 1893-1894, quando se ne contano solo 36. Ciò era l'effetto, a distanza di alcuni anni, della legge di soppressione degli Ordini religiosi, che se, da un lato, aveva indotto alcuni religiosi a chiedere la secolarizzazione, dall'altro, ne aveva reso faticoso e difficile il reclutamento. Inoltre vi erano grandi difficoltà a mantenere il noviziato romano, che si era trasferito, intanto, a Cortona.

Un impulso decisivo all'Ordine, e alla Provincia romana in particolare, fu dato da Francesco Vido, che fu Generale per quasi tutto il primo ventennio del Novecento. Vido additò con chiarezza la nuova strada per il futuro dei Camilliani: fare ogni sforzo per costruire Case della salute e nosocomi privati,

per ospitare malati dalle diverse patologie e di ogni condizione sociale, in particolare per i poveri, dove padri, fratelli e oblatti potessero compiere con diligenza ogni opera spirituale e corporale. Fu, dunque, l'istituzione di propri Istituti, Sanitari, Case della Salute e Ambulatori, insieme a quella dei cappellani ospedalieri, la nuova strada che, sull'esempio della riformatrice Provincia Lombardo-Veneta, i Camilliani romani si prestarono a percorrere. I due principali nosocomi edificati nella Provincia romana furono l'ambulatorio a Giove Tiberino, presso la futura Casa del noviziato e l'ambulatorio S. Camillo, unito alla nuova Casa e Chiesa di S. Camillo, edificata a Roma agli inizi del Novecento, nel quartiere Ludovisi.

Per rendere più robusto l'Ordine e per risolvere i problemi della Provincia Romana, in particolare quello del reclutamento dei nuovi religiosi, Vido pensò di unificarla con la Provincia Piemontese e con quella Lombardo-Veneta, riuscendo alla fine ad ottenere nel 1911 che la Casa di S. Giuliano in Verona costituisse il noviziato per tutte le tre Province, che, tuttavia, rimasero separate.

La prima guerra mondiale contribuì al fallimento del piano di unificazione dell'Ordine a livello nazionale, auspicato da Vido, e accentuò il rilassamento dello spirito di rispetto, obbedienza e disciplina. Fu frenato, così, il proposito di ridare stabilità, sviluppo, prosperità alla Provincia Romana. Seppur migliore rispetto alla fine dell'Ottocento, nel primo dopoguerra la sua situazione appariva ancora modesta nel numero dei religiosi. Peraltro, come era già avvenuto in passato, la Provincia fu costretta a caricarsi degli oneri delle Province meridionali, sopprese nel secolo precedente, incorporando di nuovo il Santuario di Buccianico, e poi la Chiesa del Divino Amore a Napoli e, in Sicilia, la Casa di Messina e di Acireale. Alla fine degli anni Venti la situazione appariva ancora poco confortante, soprattutto in confronto con le ben più fiorenti Province Francese, Spagnola e, soprattutto, Germanica e Lombardo-Veneta.

La Provincia Romana, probabilmente resa fragile anche dai repentina cambi di vertice a livello locale e generale, andò ulteriormente indebolendosi per due ordini di problemi, l'uno, di carattere morale, ovvero la decadenza dell'osservanza regolare e della disciplina nelle comunità religiose e l'altro di carattere materiale, cioè le notevoli spese finanziarie, soprattutto proprio a favore dei giovani novizi. Nel 1928 il Provinciale Curti chiese una proroga della facoltà di poter prendere le elemosine di messe per far fronte al mantenimento del noviziato e del postulandato della Provincia. Nonostante gli sforzi, questi istituti non riuscivano a stabilizzar-

si; tra gli anni 1929-1932, il numero di novizi e postulandi fu notevolmente fluttuante: 96 fu il picco massimo raggiunto nel 1930, 12 quello minimo ottenuto nel 1935. I chierici professi si mantenne tra le 15 e le 20 unità. Peraltro, l'aumento dei costi delle comunità giovanili tra gli anni 1929 e 1933 non corrispose ad un incremento né dei padri che furono sempre circa una trentina, né dei fratelli, il cui numero oscillò tra le dodici (1931) e diciannove unità (1933). Lo stato della Provincia apparve incerto alla stessa Santa Sede che decise di intervenire con una visita apostolica. L'8 aprile 1932 il Visitatore Apostolico, mons. Ermenegildo Pasetto, sospese le designazioni, già stabilite di tutti i superiori romani compreso il Provinciale Tenaglia, che era stato appena confermato nel suo ufficio, scegliendo egli stesso i religiosi, alcuni dei quali appartenenti alla più florida Provincia Lombardo-Veneta. Quest'ultima si rese disponibile a un progetto con cui si tentò di risollevare lo stato della Provincia Romana, sopperendo alla carenza di personale religioso romano con propri esponenti, *in primis* Padre Innocenti Raddrizzani, che lasciò il suo posto, la guida della Provincia Lombardo-Veneta, per diventare il nuovo Provinciale Romano.

Tuttavia, anche in seguito a questa trasfusione di energie la situazione della Provincia Romana rimase critica, soprattutto per le discordie interne, che pregiudicarono la vita dell'intero Ordine, inducendo la Sacra Congregazione dei Vescovi e dei Regolari, con decreto dell'8 aprile 1935, a designare d'autorità il nuovo Generale nella persona di Padre Florindo Rubini. Con quest'ultimo, tuttavia, si può dire che la Provincia Romana incominciò la sua ripresa, riuscendo, anche a resistere alla dura congiuntura storica, culminata nella seconda guerra mondiale. Proprio tra il 1940 e il 1945 la Provincia Romana iniziò ad avviarsi verso una crescita generale del personale: nel 1943 sono enumerati 70 religiosi professi, di cui 36 sacerdoti, 15 chierici e 19 fratelli; nove erano le Case, tenendo conto anche delle riacquisita Casa di Buccianico, e della nuova Casa di Chieti. Cinque Case erano anche parrocchie: a Roma S Camillo, a Firenze S. Maria Maggiore, a Viterbo S. Maria in Poggio, a Rieti S. Rufo, e, infine, il Santuario del fondatore a Buccianico, dove vi era anche un piccolo ambulatorio. I Camilliani avevano mantenuto la cura spirituale di diversi ospedali e sanatori: a Roma l'Ospedale di S. Giovanni in Laterano, l'Ospedale Littorio (dal 1946 S. Camillo), il Sanatorio Carlo Forlanini e il Sanatorio Ramazzini; a Viterbo l'Ospedale Civile e il Ricovero S. Simone; a Rieti l'Ospedale Civile; a Chieti il Sanatorio S. Camillo.

Sabina Andreoni

The Province of Rome from 1870 until the Middle of the Twentieth Century

On 8 March 2010 a conference was held on 'Four Centuries of History of the Camillian Provinces' at the Generalate Curia. This was promoted by the Centre for Documents of the General Archives of the Ministers of the Infirm (AGMI) and was organised by Andrea Ciampani, a lecturer in contemporary history at LUMSA University, Rome, and a member of the Centre for Documents of the AGMI. The conference constituted an interesting moment of debate about the first results of the research project, which has been underway for some years, on the history of the Order of the Ministers of the Infirm. This research project which will lead to the publication of a series of volumes on some of the most ancient of the current Provinces of the Order. The debate allowed a series of reflections on aspects and problems of the long history of the Camillians and was centred around the Camillian presence in the hospital of Milan and in the Provinces of Rome, Sicily and Naples, Spain, France, Germany, and Lombardy and Veneto. In order to go to the heart of the conference we here publish an example of the work that was presented: a summary of the paper on the Province of Rome of the Ministers of the Infirm after 1870, the year when Italian troops took the city.

The end of the Papal States undoubtedly had strong repercussions for the life of the Province of Rome. In 1870 the Province of Rome owned the House of St. Mary Magdalene, the House of St. John of Malva, the House of St. Vincent and St. Anastasias, and the Hospital of St. John in the Lateran. Outside Rome, the houses in Florence, Rieti and Viterbo belonged to the Province. The first two had already suffered the consequences of the law of 1866 on the suppression of religious Orders given that they already belonged to the Italian state.

In Rome the first house to be affected by the consequences of the new political system was the House of the Hospital of St. John in the Lateran. Indeed, the new legislation on hospitals which was introduced in Rome on 1 December 1870 excluded the clergy from managerial posts in hospitals. However the Camillians remained, albeit in reduced numbers, at the hospital to provide pastoral care and religious assistance to the patients and when in November 1873 the community formally ceased to exist the religious remained at the hospital in a personal capacity. The House of St. John in the Lateran was taken over by the state on 5 November 1873, as was the House of St. Mary Magdalene. The same fate befell the House of St. John of Malva on 1 December 1873 and the House

of St. Vincent and St. Anastasias on 16 December of the same year. During the year 1874 all the Roman Houses, in part or completely, were handed over to the City Council.

However this expropriation of the Houses did not lead to a disappearance of the Camillian communities in the Province of Rome. The resistance of the religious was probably facilitated by the fact that all the Camillian Houses, with the exception of that of the Hospital of St. John in the Lateran, were connected to parish churches. Indeed, the state granted the use of certain buildings or parts of buildings to the parish priests and thus a part of each House remained in the hands of the religious who provided pastoral care to their respective parishes and constituted the point of reference for the whole of the community, including those Camillians who were forced to live in private accommodation rented by the Superior General.

At the end of the 1870s and the beginning of the 1880s, when the political tensions began to decline, those religious who had had to move away, although they were reduced in numbers, returned to their homes and despite the shortage of space reconstructed their communities. For that matter, the special situation in which the Camillians found themselves in Rome meant that the Vicar General, Gioacchino Ferrini, who had taken



Papa Pio IX

the place of General Guardi who had died in 1884, personally worked to help the Province and went over the head of the Provincial Father, helping to reduce and diminish his role. Subsequently, however, when Ferrini himself was appointed provincial in 1895, a position that he held until 1901, a new phase was opened in the history of the Province of Rome. The heads of the Order, who did not belong to the Province of Rome but to the Province of Lombardy and Veneto, concentrated their action on the Order as a whole, and paid especial attention to the development of the new European communities, leaving a great deal of space in Rome to the legitimate authority of the Provincial Father. In this way Ferrini's tenure of the post of Provincial was rather dynamic and certainly constituted a process of continuity with the recent and less recent past. Indeed, Ferrini formulated proposals and took initiatives in relation to the principal questions that concerned the Province during those years: the retrieval, the re-organisation and the strengthening of the unity of the Camillian Houses after their suppression; a re-

turn to perfect common life; a reassessment of the role of brothers; the behaviour of the Camilians as regards their ministry and their relationships with priests and members of the laity outside the Order. In reality, these were the principal problems that troubled the whole of the Camillian family, the solution of which was the basis of the reform of the Order undertaken by Father Guardi, following along the path outlined by Father Bresciani.

For the whole of the nineteenth century the intentions of the Camillian Superiors was to regain space in the traditional fields of the Order, namely public hospitals and private homes. But with the new historical context, which had been created with the collapse of the temporal power of the Pope, and the secularisation of institutions, the Camilians had to revise their work. The new situation, in fact, made it impossible for them to exercise their spiritual and corporeal ministry in public hospitals and made assistance in private homes difficult. Some religious, seeing that they were precluded from hospitals, adopted the convenient idea of dedicating themselves to parishes and the confessional, preferring such activity to activity involving care and assistance. Ferrini, in his capacity as Vicar General, was well aware of the difficulties involved in providing assistance in hospitals and invited the Camilians not to be discouraged and specifically because of the situation of the times did not accept that hospitals should be accepted for their spiritual service alone. The function of hospital chaplains was the first new form of assistance for the sick held up to the Order with the changing historical conditions.

The Roman Camilians immediately adapted themselves to providing such work in the Hospital of St. John in the Lateran. The Ministers of the Infirmary had worked there since 1836 and after 1870 they maintained their presence in this hospital despite many difficulties and much hostility, but only as hospital chaplains. Subsequently, during the twentieth century, they managed to be responsible for pastoral care in the Umberto I Sanatorium (1905); in the Home of Our Lady of Sorrows (1928); in the Ramazzini Sanatorium (1928); in the new Littorio Hospital (now the Hospital of St. Camillus) in 1930; and in the Mussolini Sanatorium (now the Forlanini Sanatorium) in 1935 in Rome. In Viterbo they provided spiritual assistance in the Great Hospital and in the Home of St. Simon. In Rieti they did the same at the Civil Hospital of the city. After a certain diffidence and the fear that this work, which lacked a practical aspect, was not in

full consonance with the intentions of St. Camillus, the religious saw possible developments in such work at the level of charity in the spirit of their Founder.

The other field of assistance remained that of private homes. During previous centuries assistance in private homes was seen above all as spiritual assistance at the bedside of the dying which was carried out by the fathers. This practice continued to exist until the first decades of the twentieth century when for various reasons, amongst which the provisions of the new Code of Canon Law and the duty of parish priests to provide assistance to the dying of their own parishes, a primary task was removed from the Ministers of the Infirm which for three centuries had won them the name of 'fathers of a good death or good dying'.

But from the end of the nineteenth century onwards, Camillians were increasingly requested to engage in corporeal assistance to the sick, as well as spiritual assistance, if not, indeed, in the place of this last. This request converged with the continual solicitations of the Camillian Superiors to return to the spirit of St. Camillus, to the spiritual and material exercise of their ministry, and above all it allowed the return of space and value to the lay brothers, allowing them to reacquire the full dignity of religious. Ferrini expressed this new direction of the Order in a clear way, emphasising the renewed role of the brothers: no longer servants of a House, servants left in ignorance, but religious educated and trained for the task entrusted to them by St. Camillus of providing corporeal assistance to the sick.

In the nineteenth century and then above all in the twentieth century the Province of Rome was troubled by a grave problem: the contraction of the family. In 1889 the number of Camillians decreased to 69, in 1890 the number of religious fell further to 49 and then hit a low point in 1893-4 when there were only 39. This was the effect, after a period of time, of the law suppressing the religious Orders which al-

though, on the one hand, it had led some religious to ask for secularisation, on the other it had made recruitment difficult and onerous. In addition great difficulties were experienced in maintaining the Roman novitiate which in the meantime had been transferred to Cortona.

A decisive impulse to the Order and to the Province of Rome in particular was given by Francesco Vido who was Superior General for almost the whole of the first two decades of the twentieth century. Vido laid down with clarity the new pathway for the future of the Camillains: to make every effort to build health-care houses and private hospitals to take in sick people with different pathologies and from all social backgrounds, in particular the poor, where fathers, brothers and oblates could engage diligently in every kind of spiritual and corporeal work. Therefore the creations of its own institutes, health-care centres, health structures and clinics, as well as hospital chaplains, was the new pathway that the Roman Camillians came to follow, following the example of the reforming Province of Lombardy and Veneto. The new principal health-care centres created by the Province of Rome were the clinic in Giove Tiberino, at the future house for novices, and the St. Camillus clinic which was joined to the new House and Church of St. Camillus which was built in Rome at the beginning of the twentieth century in the neighbourhood of Ludovisi.

To make the Order more robust and to solve the problems of the Province of Rome, and in

*L’Ospedale S. Giovanni nel 1836,
quando vi entrarono in servizio
i Religiosi Camilliani*



particular the problem of the recruitment of new religious, Vido had the idea of unifying the Province of Rome with the Province of Piedmont and the Province of Lombardy and Veneto, and managed in the end in 1911 to assure that the House of St. Julian in Verona would be the novitiate for all these three Provinces, which, however, remained separate.

The First World War contributed to the failure of the plan for the unification of the Order at a national level which Vido had hoped for, and accentuated the relaxation in the spirit of respect, obedience and discipline. Thus the proposal to restore stability, development and prosperity to the Province of Rome was hindered. Although better than at the end of the nineteenth century, during the post-war period its situation still appeared limited as regards the number of religious. For that matter, as had been the case in the past, the Province was forced to take on its shoulders the tasks of the southern Provinces, which had been suppressed during the previous century, incorporating once again the Sanctuary of Bucchianico and then the Church of Divine Love in Naples and the House of Messina and the House of Acireale in Sicily. At the end of the 1920s the situations still appeared not very comforting, above all when compared to the much more flourishing Provinces of France, of Spain and above all of Germany and of Lombardy and Veneto.

The Province of Rome, probably made weak by the rapid changes at the top at both local and general levels, became further weakened by two kinds of problems. One was of a moral character, that is to say the decline in the regular observance and the discipline of religious communities. The other was of a economic character, that is to say the notable financial expenditure, above all on the young novices. In 1929 the Provincial, Curti, asked for a prorogation of the ability to receive alms at Holy Mass in order to maintain the novices and the postulants of the Province. Despite these efforts, these institutes did not manage to stabilise. Between 1929 and 1932 the number of novices and postulants fluctuated a great deal: the high-point was 96, reached in 1930; the low-point was 12, reached in 1935. The professed clerics stayed at a level between 15 and 20 in number. For that matter, the increase in the costs for the young communities between 1929 and 1933 did not correspond to the increase in fathers who always numbered about 30 or to

that of brothers, whose numbers oscillated between 12 (1931) and 19 (1933). The state of the Province appeared uncertain to the Holy See itself which decided to intervene through an apostolic visitation. On 8 April 1932 the Apostolic Visitor, Msgr. Ermenegildo Pasetto, suspended the already existing designations of all the Roman Superiors, including the Provincial, Tenaglia, who had just been confirmed in his office, and himself chose the religious, some of whom belonged to the more flourishing Province of Lombardy and Veneto. This Province was ready to participate in a project to improve the state of the Province of Rome, making up for the lack of Roman religious through its own members, *in primis* Padre Innocenti Raddrizzani, who left his post as head of the Province of Lombardy and Veneto to become the new Provincial of Rome.

However, even after this transfusion of energies the situation of the Province of Rome remained critical, above all because of internal discord which prejudiced the life of the whole of the Order, leading the Holy Congregation of Bishops and Regulars, by its decree of 8 April 1935, to appoint, on its own authority, Father Florindo Rubini as the new General. With him, however, one may say that the Province of Rome began its revival, managing, as well, to resist the severe historical situation which culminated in the Second World War. Specifically between 1940 and 1945 the Province of Rome began to move towards a general growth in its numbers: in 1943 there were 70 professed religious, of whom 36 were priests, 15 were clerics, and 19 were brothers, and there were 9 Houses, taking into account the reacquired House of Bucchianico and the new House of Chieti. Five Houses were also parishes. In Rome, that of St. Camillus; in Florence that of St. Mary Major; in Viterbo that of St. Mary in Poggio; in Rieti, that of St. Rufus; and lastly the sanctuary of the Founder in Bucchianico, where there was also a small clinic. The Camillians had remained responsible for providing spiritual care in various hospitals and sanatoria: in Rome, at the Hospital of St. John in the Lateran, at the Littorio Hospital (from 1946 onwards the Hospital of St. Camillus), at the Carlo Forlanini Sanatorium and at the Ramazzini Sanatorium; in Viterbo, at the Civil Hospital and the Home of St. Simon; in Rieri at the Civil Hospital; and in Chieto at the St. Camillus Sanatorium.

Sabina Andreoni

Atti di Consulta / Acts of the Consulta

Approvazione delle modifiche a Disposizioni Provinciali
Approval of amendments to Provincial Statutes
Provincia della Tailandia

Nomina di Fratello a Superiore locale
Appointment of a religious brother as local superior
Chirawat Nicolas, *Tailandia*

Approvazione della Nomina di Economo Provinciale
Approval of the Appointment of Provincial Bursar
Sandham Denis, *Anglo-Irlandese*
Contarin Giovanni, *Tailandia*
Inchody Joy, *India*
Santaolalla Ignacio José, *Spagna*
Węglicki Wojciek, *Polonia*
Ghilardi Cesare, *Piemontese*

Erezione canonica di Casa Religiosa
Establishment of Religious House
S. Pio X, Latkrabang, *Bangkok*
S. Camillo, *Crotone*

Erezione di casa in sede di Noviziato
Establishment of the Novitiate house
Capriate (BG)

Approvazione delle Mozioni Capitolari
Approval of Chapter Motions
Vice Provincia India
Vice Provincia Perù
Vice Provincia Burkina Faso
Provincia Polacca

Nomina Maestro di Noviziato
Appointment of Master of Novices
Alessandro Viganò,
Noviziato interprovinciale Province italiane

Nomina di Consiglieri
Casa "S. Maria Maddalena" Roma
Appointment of the Councilors,
"St. Mary Magdalene" House in Rome
De Macedo Francisco
Pazhanilath Babychan

Nomina dell'Econo, Casa "S. Maria Maddalena", Roma
Appointment of the Local Bursar,
"St. Mary Magdalene", Rome
De Macedo Francisco

Approvazione del titolo della collana "Storia dell'Ordine di San Camillo"
Approval of the title of the series "History of the Order of St. Camillus"

Ammissione alla Professione Perpetua
Admission to Perpetual Profession

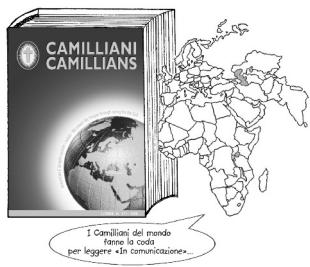
Dipama Romaric,	<i>Burkina Faso</i>
Kwiatkowski Mariusz,	<i>Polonia</i>
Siwa A. Wilfried,	<i>Benin</i>
Gnombeli J. Bosco,	<i>Benin</i>
Jean M. Martins,	<i>Benin</i>
Slanon J. Vianney,	<i>Benin</i>
Bida Pius J. Pierre,	<i>Benin</i>
Kovács Levente,	<i>Austria</i>
Kerfsztes Attila,	<i>Austria</i>

Conferma della nomina di Superiore locale per terzo triennio
Confirmation of the appointment of Local Superior for the third term

Węglicki Wojciek,	<i>Polonia</i>
Taras Wladyslaw,	<i>Polonia</i>
Wardega Mariusz,	<i>Polonia</i>

Nomina dell'Econo Generale
Appointment of General Bursar
Andrea Tarkowski

aggiornato al 12 luglio 2010



In comunicazione

Staying in Touch

Un lieto anniversario nella città di Padova: il cinquantesimo della Parrocchia San Camillo (1960-2010)

Non è certamente facile passare in rassegna gli avvenimenti di 50 anni di una Parrocchia 'camilliana': sappiamo tutti come ci siano fatti che si rincorrono, attività iniziate e terminate, progetti antichi e nuovi per rimanere sempre al passo con la società e la chiesa.

Proprio per rimanere fedeli al motto posto per la memoria della circostanza celebrata: "Ricordare per il futuro" ci soffermiamo su qualche episodio iniziale della Parrocchia, per ricordare poi alcuni momenti significativi della celebrazione, dando voce anche a qualche progetto iniziato dal gruppo di volontariato "Amici di San Camillo", sorto e sviluppato in Ospedale, ma ora con una sua sede e attività nell'ambito della Parrocchia e del territorio operando nei servizi di volontariato in città.

1 – Gli inizi

Leggiamo nella *Cronistoria della Parrocchia* (a cura di G. Iori, A. Celli Berti e M. Larese Betetto): "Risale al 25 ottobre 1957 l'atto notarile in cui si parla di una erigenda chiesa parrocchiale di San Camillo de Lellis; a tale scopo, don Giuseppe Mistrello, in nome e per conto di S. E. Mons. Girolamo Bortignon, compra dei terreni per Lire 2.500.000 complessive.

A questo atto notarile si giunge dopo una serie di incontri tra il Vescovo di Padova e il Padre Superiore dei Camilliani circa l'opportunità di affidare ai Padri stessi una parrocchia nelle vicinanze dell'ospedale. Dopo lunghe e defatiganti trattative, soprattutto a proposito degli oneri economici e di chi li dovrà sostenere, il 18 luglio 1958, alle ore 19 (festa di San Camillo), viene posta la prima pietra della chiesa, il 9 aprile 1959 si iniziano i lavori per la canonica e la sala oratorio.

Padre Franco Avi, camilliano, ordinato sacerdote nel 1959 e studente di medicina, abita nella nuo-

va canonica, celebra le S. Messe aiutato dai PP. Camilliani dell'Ospedale.

Il 4 febbraio: benedizione della chiesetta di San Camillo da parte del Vescovo e primo battesimo nella comunità. L'altare in chiesa, provvisorio, viene da Villa Berta di Camin.

Finalmente il 25 maggio 1960 un decreto, rigorosamente in latino, sancisce la nascita ufficiale della parrocchia "dopo lunghe e sudate trattative", anche con i parroci vicini, per la definizione dei confini della nuova realtà.

Il 26 maggio, Ascensione del Signore, si festeggia l'avvenimento con il vicecancelliere vescovile don Cesare Zaggia, mettendo in risalto il tema della carità, elemento forte della comunità camilliana.

Il 31 maggio arriva Padre Giuseppe Nardin, destinato dal Padre Provinciale ad essere il primo parroco. Funge da Vicario economo. Fino al 7 ottobre 1960 quando viene eletto parroco "dopo aver lodevolmente superato l'esame prescritto dal Sínodo diocesano"; Padre Giuseppe entra ufficialmente in parrocchia il 20 novembre, alla presenza di autorità civili e religiose, mentre dirige il coro Padre Giovanni Maria Rossi.

Seguiranno – come Parroci – P. Mariani (15.07.1963 - 7.12.1974), P. Grandi (8.12.1974 -



28.6.1980) e P. Roberto Nava (attuale Parroco dal 1° luglio 1980); più numerosi sono stati i vicari cooperatori passati in Parrocchia per brevi o lunghi periodi: ci basti ricordare qui il primo (P. Virgilio Marcheluzzo) e l'attuale (P. Renzo Rizzi, dal 6.7.2009). Altri confratelli hanno soggiornato a vario titolo chi per studi di medicina o di psicologia, chi invece per una esperienza parrocchiale prima dell'ordinazione sacerdotale.

Accanto ai Sacerdoti un nutrito numero di laici ha sempre collaborato con altre iniziative sia di carattere pastorale, come pure ricreativo, formativo: per chi volesse saperne di più, non rimane che consultare il qualificato fascicolo commemorativo "Parrocchia San Camillo 1960-2010" (pubblicato nel Maggio 2010). A noi basta indicare qualche pensiero espresso da S.E. il Vescovo Antonio Mattiazzo nella lettera del 25 marzo 2010 alla Comunità Parrocchiale:

*"... Dandovi relazione della mia Visita pastorale, nel marzo del 1999, vi facevo notare come la storia e il profilo della vostra Comunità sia connotata dal carisma di S. Camillo De Lellis: il **primo della carità**, messo in risalto con l'inaugurazione della Casa per accogliere parenti dei malati ricoverati nelle strutture ospedaliere della Città. Infine – concludeva Mons. Vescovo - sono fiducioso che l'intensa preparazione fatta di riflessione e di preghiera nel contesto liturgico del Tempo pasquale, grazie alla materna intercessione della Madre di Dio e del Patrono S. Camillo, ottengano che il ricordo del 50° anniversario della vostra Parrocchia costituisca un evento di grazia per un rinnovato dinamismo spirituale e una sempre più radiosa testimonianza della carità a vantaggio dei poveri e dei sofferenti.*

2 – Le celebrazioni

La parrocchia di San Camillo nel quartiere Forcellini di Padova fa memoria dei suoi primi cinquantanni, pensando al futuro. «I festeggiamenti, non mirano all'autocelebrazione, bensì a risvegliare la memoria e le energie del presente per rispondere con rinnovato vigore, assieme alle altre parrocchie del nostro vicariato e della città, alla domanda di vangelo così come si presenta oggi in questo territorio».

Per celebrare l'importante traguardo sono state organizzate una serie di manifestazioni a partire da giovedì 21 maggio, con la consacrazione della parrocchia alla Madonna, fino a domenica 13 giugno dedicata al 30° anniversario della fondazione

del gruppo scout parrocchiale. Tutti i fedeli sono invitati poi a ripercorre il cammino condiviso anche visitando la mostra fotografica allestita nel centro parrocchiale, mentre un numero speciale del notiziario *Vita nostra* raccoglie le testimonianze di mezzo secolo di storia.

Nel calendario degli eventi si alternano iniziative religiose, ma anche sociali e ricreative fra cui la scampagnata con pranzo al sacco a Monteortone organizzata per mercoledì 2 giugno. Fra gli altri appuntamenti si distinguono inoltre la solenne celebrazione eucaristica presieduta da padre Renato Salvatore, superiore generale dell'ordine dei Camilliani, domenica 30 maggio alle 11 e la veglia di preghiera dell'11 giugno (alle 20.45 in chiesa) a cui parteciperà anche il vescovo di Padova Antonio Mattiazzo.

Il coinvolgimento di un nutrito gruppo di laici è senz'altro uno dei tratti distintivi e punto di forza nel cammino della parrocchia, che negli anni ha portato alla nascita di realtà positive in diversi settori. Oltre al consiglio pastorale, in parrocchia opera il gruppo degli Amici di san Camillo, dediti all'assistenza e alla cura di malati e anziani, inoltre è attivo un vivace gruppo sportivo, insieme al coro parrocchiale, all'Azione cattolica (giovani e adulti), gli scout nonché il gruppo che organizza le attività ricreative parrocchiali. A testimoniare questo costante fermento, recentemente è sorto un nuovo coro di ragazzi che anima la messa domenicale delle 11; da febbraio ha esordito anche l'iniziativa di offrire una volta al mese il pranzo domenicale a emarginati e senza dimora a sostegno delle cucine popolari e della Caritas diocesana.

Tanti spunti di crescita sono maturati anche grazie dal dialogo con le realtà sorte nelle vicinanze fra cui la Croce verde, l'Opera Immacolata Concezione (per anziani) e l'istituto don Bosco, gestito dalle Figlie di Maria Ausiliatrice, che ospita l'attività settimanale dell'educazione cristiana. Ora si sta puntando a consolidare sempre più i rapporti con le altre parrocchie del vicariato per non chiuderci in noi stessi e per poter condividere i carismi di ciascuna.

3 – Casa di accoglienza San Camillo: l'attenzione esplicita verso i malati

Quando sorse la Parrocchia San Camillo, Padova era pienamente immersa nel clima del cosiddetto boom economico, che si traduceva anche in un prepotente slancio edilizio e in profonde trasformazioni nell'assetto urbano. Al fermen-

to economico corrispondeva poi quello sociale e culturale che viene descritto così da Giuseppe lori, un parrocchiano: «Era una città coinvolta negli scontri tra gli opposti estremismi, che comunque erano alleati contro il sistema democratico, in un periodo che proprio a Padova fu caratterizzato da aggressioni, violenze, attentati di ogni colore nell'ambito di quella che allora è stata definita strategia della tensione».'

In quel clima dai forti contrasti la nascita della nuova parrocchia si caricava di profondi significati e di fatto la scelta di affidarne la gestione all'ordine dei Camilliani ribadiva il desiderio della chiesa padovana di schierarsi a fianco dei sofferenti. Il fulcro del carisma camilliano è appunto l'assistenza spirituale e corporale del malato visto non come oggetto, ma come soggetto. Da questa vocazione è germogliato il progetto della casa d'accoglienza san Camillo aperta nel 1998 che da allora ha offerto ospitalità a più di 10 mila persone fra ammalati in regime di *day hospital* e accompagnatori, diventando un modello da imitare a livello nazionale. Per alleviare la sofferenza di chi accompagna i malati nelle cure sono stati sensibilizzati i parrocchiani, che fin da subito hanno recepito e fatto proprio lo spirito camilliano. Quando non c'era ancora uno spazio attrezzato in cui poter accogliere queste persone, infatti, le famiglie si rendevano disponibili a offrire ospitalità nelle loro abitazioni. Compito per il futuro sarà quello di contagiare e saper trasmettere il carisma, basato sull'attenzione ai malati, alle altre comunità che operano nel vicariato. Non va trascurato il coinvolgimento dei giovani e dei non credenti, perché la carità è un valore trasversale capace di parlare a persone di ogni età e anche a chi non viene in chiesa.

4 – L'Associazione Amici di San Camillo

L'Associazione Amici di San Camillo, costituita nel 1998, opera, per statuto, quale organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS) ed è iscritta al Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato e al Registro Comunale delle Associazioni di Padova. Essa si ispira all'opera e all'insegnamento di San Camillo de Lellis che invitava ad avere per gli ammalati "*la stessa cura che una madre ha verso il suo unico figlio infermo*". I volontari dell'Associazione offrono sostegno in situazioni problematiche e di disagio connesse con la sofferenza, la malattia la solitudine.

Le attività "storiche" dell'Associazione sono l'assistenza ospedaliera, con particolare attenzione al reparto pediatrico, e le "case di accoglienza" per i parenti dei degenenti in ospedale. Inoltre è sempre attivo il gruppo del "mercatino" che confeziona in modo amorevole ed accurato lavori di cucito e *patchworks* dalla cui vendita si ricavano fondi per le iniziative assistenziali.

In tempi di crisi, come l'attuale, il disagio nasce anche dall'indigenza, dal fare fatica a fare la spesa fino alla fine del mese. Perciò l'Associazione Amici di San Camillo di recente ha esteso la propria attività agli aiuti alimentari per persone indigenti. Il nuovo progetto ha preso il nome di "Banco Alimentare", lo stesso della struttura nazionale fondata e gestita dalla Compagnia delle Opere che si chiama appunto Banco Alimentare ONLUS.

4.1. Il "Banco Alimentare": da progetto a realtà

Già da qualche anno alcuni Amici di San Camillo svolgevano una attività di distribuzione di aiuti alimentari a persone indigenti. Infatti dal 2004 la Croce Rossa di Padova ci consegnava, ogni tre o quattro mesi, alcuni generi alimentari di prima necessità come pasta, riso, biscotti, formaggio, burro e latte. Tali alimenti venivano raccolti presso la "Casa di Accoglienza" (per parenti di persone ricoverate in ospedale) di via Forcellini e poi smistati, tramite i volontari, alle famiglie bisognose. Nel 2008 sono stati distribuiti 275 Kg di alimenti a circa quaranta persone indigenti nel quartiere Forcellini - S. Osvaldo.

Il 2009 è stato l'anno della svolta: dopo vari mesi di contatti e di preparazione, è stata stipulata una convenzione con il Banco Alimentare del Veneto ONLUS di Verona in sostituzione di quella con la Croce Rossa di Padova. Così dal 2009 abbiamo iniziato, con frequenza mensile, il ritiro degli aiuti presso la sede Regionale del Banco Alimentare a Verona. Grazie all'esperienza precedente con gli aiuti della Croce Rossa i volontari della San Camillo si sono mobilitati per raggiungere un numero maggiore di indigenti.

Nel primo anno di attività (da febbraio 2009 a gennaio 2010) sono stati distribuiti circa 3.800 Kg di alimenti. Gli assistiti sono passati dalle iniziali 12 famiglie a 25 nuclei familiari, ovvero da circa 40 a circa 90 persone. Mediamente ogni nucleo familiare assistito ha ricevuto circa 20 Kg di alimenti al mese, ovvero ogni persona assistita ha ricevuto oltre 5 Kg ogni mese. Una "spesa" piccola ma impor-



tante per chi fatica ad arrivare a fine mese. Gli aiuti vengono distribuiti personalmente ai bisognosi dai volontari dell'Associazione Amici di San Camillo. Ogni volontario assiste, in media, due famiglie in modo continuativo.

Da novembre 2009 è stato allestito il nuovo deposito degli aiuti alimentari presso il Patronato della Parrocchia di San Prosdocimo a Padova. Il nuovo deposito è completamente ristrutturato, dotato di due frigoriferi e adeguato per contenere un quantitativo di aiuti alimentari doppio dell'attuale. Il nuovo deposito è stato realizzato grazie alla disponibilità del parroco di San Prosdocimo, don Francesco Farronato che ha messo a disposizione gli spazi e al contributo economico della Fondazione Banca Antonveneta. Tale contributo economico ci ha permesso di coprire nel 2009 sia i costi di allestimento del nuovo deposito sia le spese connesse con il trasporto degli aiuti alimentari da Verona a Padova.

4.2. Il progetto “Banco Alimentare” e l'Associazione Amici di San Camillo

L'attività del Banco Alimentare avviene grazie a quanto ci assegna mensilmente l'ente Banco Alimentare di Verona ONLUS, la “materia prima”. Occorre quindi ritirare gli alimenti dal magazzino provinciale di Padova e gestire il deposito locale (e i relativi libri contabili). Il 60% circa degli aiuti è finanziato dalla società AGEA (ente della Comunità Europea) il 40% proviene dalla “Colletta Alimentare” e dalle case produttrici convenzionate col Banco Alimentare di Verona - ONLUS.

Gli aiuti alimentari che ci vengono forniti mensilmente dal Banco Alimentare del Veneto - ONLUS consentono di assistere circa 90 indigenti ma la domanda cresce. Le segnalazioni di nuovi indigenti arrivano all'Associazione Amici di San Camillo da varie fonti: volontari e soci che vengono a conoscenza di nuovi “casi” con il passaparola, gli stessi assistiti che ci segnalano loro parenti e conoscenti in difficoltà. Altre segnalazioni vengono dalla “rete” delle associazioni di volontariato che operano nel territorio. Ad esempio ci sono mamme assistite dal “Centro aiuto alla vita” che, con il loro bambino, si trovano in stato di bisogno. Altri casi si incontrano con l'attività di “assistenza agli anziani” che la nostra Associazione conduce col progetto “Adotta un anziano”. Ci sono poi persone che si rivolgono alle parrocchie in cerca di aiuto e il parroco, a sua volta, li segnala a noi. Attualmente i volontari operano prevalentemente, ma non solo, nelle parrocchie di San Camillo e San Prosdocimo.

In futuro pensiamo di estendere gradualmente il nostro progetto alle altre parrocchie del Vicariato. Alcune parrocchie svolgono già raccolte periodiche di alimenti per gli indigenti, che costituiscono delle piccole “colletta alimentari”.

La nostra azione tende a potenziare tali iniziative frammentarie e organizzare i volontari locali per passare da episodi assistenziali sporadici ad una assistenza permanente e costante sulla quale gli indigenti possano contare.

Le visite mensili dei volontari non vanno intese come una mera “consegna a domicilio”. I volontari sono gli “occhi” che vedono i bisogni, le “orecchie” che ascoltano le segnalazioni di nuovi indigenti e

le “braccia” che portano gli aiuti a chi ne ha bisogno. È importante che le famiglie e le persone indigenti sentano un interessamento umano da parte di chi è più fortunato e porta loro un aiuto concreto con un’attenzione alla loro situazione particolare. I bisogni possono essere molteplici e l’Associazione cerca di alleviarne il più possibile coinvolgendo, se necessario, altre associazioni.

È importante che le associazioni di volontariato cerchino di operare in “rete”. Ciò significa che ogni associazione al di là della propria attività di “eccellenza” ricorra ad altre associazioni per ampliare ed integrare, se necessario, l’azione assistenziale. In poche parole, è difficile e dispersivo che “tutti facciano tutto”, è preferibile unire gli sforzi per dare a chi ne ha bisogno il massimo dell’aiuto e del sollievo. Nel volontariato non serve la concorrenza, vale molto di più la sinergia! Ciò è tanto più vero quando si cercano finanziamenti e contributi per progetti di assistenza. I progetti promossi congiuntamente da più associazioni hanno anche maggiori possibilità di essere finanziati dagli enti di beneficenza.

5 – I nuovi “samaritani” e la sfida del futuro

Nell’anno trascorso la Provvidenza ci ha aiutato in modo eccezionale. Tutto ciò che ci serviva è arrivato puntualmente e in misura adeguata. Ciò ci ha consentito di “avviare la macchina”. Per continuare (e magari migliorare) serve la “benzina”!

Cosa è la “benzina” per l’assistenza alimentare? Certamente servono più aiuti alimentari (non bastano mai!) e ci servono idee per trovare nuove fonti, esercenti che ci diano alimenti in eccedenza, contributi in denaro per acquistare alimenti di base, ecc. ecc.

Recentemente una “amica di San Camillo” mi ha chiamato per dirmi che non ha tempo libero ma vuole contribuire offrendo una “spesa” ad una famiglia di quattro persone. Detto fatto, dal prossimo mese l’amica porterà al deposito il sacchetto della spesa e un volontario provvederà a portarlo alla famiglia destinataria!

Ecco che l’aiuto “in natura” arriva al 100% a chi ne ha bisogno senza tagli e oneri “amministrativi” di alcun tipo: chiunque può adottare una famiglia indigente facilmente e ad un costo modesto.

Servono più volontari automuniti (studenti, casalinghe, lavoratori, pensionati): bastano due o tre ore al mese per “dar da mangiare agli affamati”, almeno ad alcuni!

Servono anche altre associazioni, parrocchie, enti benefici per stabilire collaborazioni, fare “rete” in questo nuovo settore del volontariato. Dobbiamo unire le forze, le risorse e le competenze per essere più efficaci e far arrivare l’aiuto concreto a quanti ne hanno bisogno. In particolare vorremmo conoscere le altre iniziative analoghe già esistenti nel territorio di Padova e provincia per condividere esperienze e idee.

6 – Verso il futuro

Rileggendo il testo, prima di consegnarlo alla Direzione, ho pensato che qualche Confratello sicuramente avrà fatto i suoi commenti: è sempre così: le proprie esperienze sono sempre belle, positive, senza difetti ecc., oppure si guarda solo al “mezzo bicchiere pieno” e si dimentica il “mezzo bicchiere vuoto”; ma in questo caso devo dire che non è così: non ho mai fatto parte di questa parrocchia e mi sono limitato solo a ‘registrare’ quanto è stato in parte presentato nelle pubblicazioni di altre persone, ma tuttavia vorrei terminare con una riflessione personale che mi viene suggerita dal fatto che nella Cappella del Santissimo – sempre nell’ambito delle celebrazioni – siano state poste tre antiche icone di notevole rilievo e significato. Le ricordiamo senza doverle descrivere interamente: a) *Icona della Natività* (inizio del XVIII sec. - scuola di Yaroslav città a nord est di Mosca - cm 36-29); b) *Icona della Trasfigurazione* (XVII sec. - provenienza Russia centrale - cm 31,40 - 26,80); c) *Icona della Resurrezione* ((XVIII sec. - scuola di Mosca - cm 36,32 - 30,50). Si tratta certamente di un cammino spirituale che, dopo aver avuto un inizio ‘fisico’ porta ad una trasformazione in conformità alla Parola di Dio (la Legge ed i Profeti) vivendo intensamente la carità come agape con Dio ed i fratelli sofferenti con quella testimonianza del cuore e della misericordia che continuamente scaturiscono dalla vita e dall’esempio di San Camillo.

Meditando su questo ci accorgeremo che non siamo giunti alla perfezione, ma possiamo sempre impegnarci nel fare in modo che... il bicchiere, alla fine dei tempi, sia pieno di opere buone da presentare con gioia sulla mensa celeste per la vita eterna! E a questo punto sarebbe bello se anche san Camillo prendesse la parola per dire, francamente e con il cuore, la sua opinione.

P. Eugenio Saporì

* I dati contenuti sotto i nn. 4; 4.1.; 4.2 e 5 sono di VITTORIO GALASSI, *Amici di San Camillo*, rivisti dal sottoscritto.

A Happy Anniversary in the City of Padua:

The Fiftieth Anniversary of the Parish of St. Camillus (1960-2010)

It is certainly not easy to survey the events of fifty years in the life of a 'Camillian' parish: we all know that there are facts that recur, activities that are begun and ended, and old and new projects in order in order to always keep up with the times of society and the Church. Specifically in order to remain faithful to the slogan produced to commemorate the event that is celebrated – 'Remembering for the Future' – I will dwell upon certain initial episodes of the parish and then refer to certain significant moments of the celebration, calling attention to certain projects begun by the voluntary group 'Friends of St. Camillus', which began and developed in the hospital but which now has its headquarters and activities in the parish and the local area and works in voluntary service in the city.

1. The Beginning

In the *Cronistoria della Parrocchia* (edited by G. Iori, A. Celli Berti and M. Larese Betetto) we read: 'the notary's act in which reference is made to a parish Church of St. Camillus de Lellis being built is dated 25 October 1957; to this end Don Giuseppe Mistrelio, on behalf of H.E. Msgr. Girolamo Bortignon, bought land for 2,500,000 lire'. This notary's act was arrived at after a series of meetings between the Bishop of Padua and the Father Superior of the Camillains about the advisability of entrusting to the fathers a parish near to the hospital. After long and arduous negotiations, above all about the economic costs and who was to meet them, on 18 July 1958, at 19.00 (on the feast of St. Camillus), the first stone of the church was laid. On 19 April 1959 the work on the rectory and the prayer room began.

Father Franco Avi, a Camilliano, who was ordained a priest in 1959 and was a medical student, lived in the new rectory, and celebrated Holy Mass

helped by the Camillian fathers of the hospital. On 4 February the blessing of the little Church of St. Camillus by the bishop and the first baptism of the community took place. The provisional altar of the church came from Villa Berta di Camin. Finally, on 25 May 1960, a decree, rigorously in Latin, sanctioned the official birth of the parish 'after long and very demanding negotiations', with the neighbouring parishes as well, about the what the boundaries of the new parish were to be.

On 26 May, the Ascension of the Lord, this event was celebrated with the Episcopal Vice-Chancellor, Don Cesare Zaggia, who emphasised the subject of charity, a strong element of the Camillian community.

On 31 May Father Giuseppe Nardin arrived, sent there by the Provincial Superior to be its first parish priest. He also acted as substitute financial administrator. He remained in this capacity until 7 October 1960, when he was elected parish priest 'after praiseworthily passing the examination prescribed by the diocesan synod'. Father Giuseppe took responsibility for the parish officially on 20 November, in the presence of the civil and religious authorities, and Father Giovanni Maria Rossi directed the choir.

He was followed as parish priest by Fr. Mariani (15.07.1963-7.12.1974), by Fr. Grandi (8.12.1974 - 28.6.1980) and the by Fr. Roberto Nava (who has been the parish priest since 1 July 1980). The number of vicars who have helped in the parish for short or long periods is much longer. One may remember here the first (Fr. Virgilio Marcheluzzo) and the one who is currently present (Fr. Renzo Rizzi, since 6.7.2009). Other brothers have stayed in various capacities. Some to study medicine or psychology, others for experience in a parish before their ordination as priests.

At the side of these priests a sizeable number of members of the laity have always worked in oth-



er initiatives of a pastoral character or to do with recreation and formation. For those readers who want to know more about this, they need only consult the commemorative booklet *Parrocchia San Camillo 1960-2010* (published in May 2010). It is sufficient to quote certain thoughts expressed by H.E. Bishop Antonio Mattiazzo in his letter of 25 March 2010 to the parish community: 'Reporting to you on my pastoral visitation of March 1999 I observed to you 'how the history and the profile of your community are defined by the charism of St. Camillus de Lellis: the *primacy of charity*, which has been brought to the fore by the inauguration of the house to accommodate relatives of patients who have been admitted to the hospital structures of the city'. 'Lastly', the Bishop concluded, 'I am confident that the intense preparation made up of reflection and prayer in the liturgical context of the period of Easter, thanks to the maternal intercession of the Mother of God and your Patron Saint St. Camillus, will ensure that the commemoration of the fiftieth anniversary of your parish will constitute an event of grace for a renewed spiritual dynamism and an increasingly radiant witness to charity on behalf of the poor and the suffering'.

2. The Celebrations

The parish of St. Camillus in the neighbourhood of Forellini in Padua remembers its first fifty years by thinking of the future: 'the celebrations do not aim at self-celebration but at reawakening the memory and the energies of the present so as to respond with renewed vigour, together with the other parishes of our Vicariate and the city, to the

request for the gospel as it presents itself today in this area'.

To celebrate this important achievement a series of events have been organised beginning on Thursday 21 May, with the consecration of the parish to Our Lady, until Sunday 13 June which is dedicated to the thirtieth anniversary of the foundation of the parish scout group. All the faithful are also invited to go over the journey that has been followed by visiting the photography exhibition at the parish centre. A special edition of the bulletin *Vita Nostra* contains the testimonies of half a century of history.

In the calendar of events religious initiatives alternate with social and recreational ones, amongst which the outing with a picnic lunch to Monteortone, organised for Wednesday 2 June. Amongst other appointments, there stand out the solemn celebration of the Eucharist presided over by Father Renato Salvatore, Superior General of the Camillians, on Sunday 20 May at 11.00 and the prayer vigil of 11 June (at 20.45 in the church) in which the Bishop of Padua, Antonio Mattiazzo, will also take part.

The involvement of a numerous group of members of the laity is without doubt one of the distinctive features and points of strength of the journey of the parish which over the years has led to the birth of positive initiatives in various sectors. In addition to the parish council, a group of Friends of St. Camillus works in the parish and these people are dedicated to providing assistance and care to the sick and the elderly. In addition there is a lively sports group, as well as the parish choir, Catholic Action (young people and adults), the scouts, and a group which organises recreational activities in the parish. As testimony to this constant ferment, recently a new choir of boys was created which animates Holy Mass on Sundays at 11.00. Since February the initiative has been established of offering once a month a Sunday lunch to the marginalised and homeless to support the charity kitchens and the diocesan Caritas.

However points of growth have also emerged thanks to dialogue with organisations which have arisen in the local area such as the Green Cross, the *Opera Immacolata Concezione* (for the elderly) and the Don Bosco Institute, run by the Daughters of Mary the Helper, which has weekly activities for Christian education. Now the aim is to strengthen further the relationships with other parishes of the Vicariate so as not to close in on ourselves and so as to share in the charisms of each parish.

3. *The St. Camillus Home: Explicit Care for the Sick*

When the Parish of St. Camillus was created, Padua was fully immersed in the so-called economic boom which was also translated into a powerful building boom and profound changes in the urban landscape. This economic ferment was matched by a social and cultural ferment which was described in the following terms by Giuseppe Lori, a parishioner: 'it was a city involved in the clashes between opposing extremisms which however were allied against the democratic system, during a period which specifically in Padua was characterised by aggression, violence, and attacks of all kinds within the framework of what was at that time defined as the strategy of tension'.

In that climate of strong contrasts, the birth of the new parish was imbued with profound meanings and in fact the decision to entrust its running to the Order of the Camillians expressed the wish of the Church in Padua to place itself at the side of the suffering. The fulcrum of the Camillian charism is spiritual and corporeal assistance to the sick who are seen not as objects but as subjects. From this vocation bloomed the project of the St. Camillus Home which was opened in 1998 and which since then has offered hospitality to more than ten thousand people – patients in the day hospital and the people who accompany them. It has become a model that is imitated at a national level. In order to alleviate the suffering of sick people receiving treatment, the parishioners were sensitised and from the outset they welcomed and made their own the Camillian spirit. When an area did not yet exist arranged to receive these people, families made themselves available and offered hospitality in their own homes. A task for the future will be to transmit and to know how to communicate the charism, which is based on care for the sick, to the other communities that operate in the Vicariate. The involvement of young people and non-believers should not be neglected because charity is a transversal value that is able to speak to people of all ages and also to those who do not go to church.

4. *The Association of the Friends of St. Camillus*

The Association of the Friends of St. Camillus, which was created in 1998, works according to its statutes as a non-profit organisation of social utility (ONLUS) and is registered with the Regional

Register of Voluntary Organisations and at the City Council Register of Associations of Padua. It is based on the work and the teaching of St. Camillus de Lellis who invited people to have for sick people 'the same care that a mother has towards her sick only child'. The volunteers of this association offer support in problematic and difficult situations connected with suffering, illness and loneliness.

The 'historic' activities of the association are hospital care, with special attention being paid to the paediatric department, and 'homes' for the relatives of hospital patients. In addition, the 'little market' group is always active and in a loving and careful way it packages sowing and patchworks which are sold to produce funds for these charitable initiatives.

At times of crisis, such as the one we are now living through, malaise also derives from poverty, from encountering difficulty in paying for the shopping for the whole month. Thus the Association of the Friends of St. Camillus has recently extended its activities to food aid for poor people. The new project has taken the name 'The Food Bank', the same of the national structure founded and managed by the Company of Works which is called 'The Food Bank' ONLUS.

4.1. *The 'Food Bank': from project to reality*

For some years the Friends of St. Camillus have engaged in the distribution of food aid to poor people. Indeed, from 2004 onwards the Red Cross of Padua handed over to us, every three of four months, primary food products such as pasta, rice, biscuits, cheese, butter and milk. This food was collected at the home for relatives of hospital patients in Via Forcellini and then taken by volunteers to families in need. During the year 2008 275kg of food was distributed to about forty people in the Forcellini-S. Osvaldo neighbourhood.

The year 2009 was a turning point. After various months of contacts and preparation, an agreement was signed with the Food Bank of Veneto ONLUS of Verona to replace that already signed with the Red Cross of Padua. Thus in 2009 we began, every month, to collect the aid from the regional headquarters of the Food Bank in Verona. Thanks to the previous experience with the aid from the Red Cross, the volunteers of St. Camillus mobilised themselves to reach a greater number of poor people. During the first year of activity (from February 2009 to January 2010) about 3,800 kg of

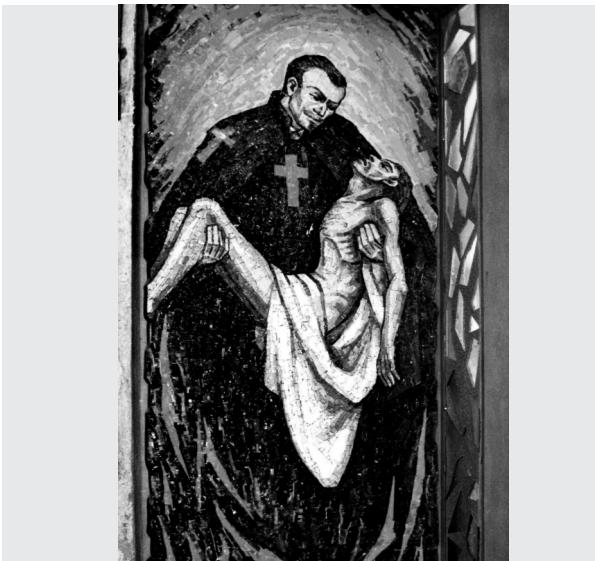
food was distributed. The people helped went from the initial twelve families to twenty-five families, that is to say from about forty to about ninety people. On average each family unit received 20kg of food each month, that is to say every person helped received over 5kg of food each month. A small 'expenditure' but an important one for those who have difficulty in keeping going until the end of the month. The aid is distributed personally to those in need by the volunteers of the Association of the Friends of St. Camillus. On average each volunteer helps two families on an ongoing basis.

In November 2009 a new food aid storeroom was created at the Parish of San Prosdocimo in Padua. This new storeroom was completely refurbished, equipped with two refrigerators and also equipped to contain double the foodstuffs now housed. The new storeroom was created thanks to the help of the parish priest of the Parish of San Prosdocimo, Don Francesco Farronato, who made the space available, and to the economic help of the Banca Antonveneta Foundation. This economic help allowed us during the year 2009 to cover the costs of furnishing the new storeroom and the costs connected with the transportation of the food from Verona to Padua.

4.2. The 'Food Bank' project and the Association of the Friends of St. Camillus

The activity of the Food Bank is possible thanks to what it is given every month by the Food Bank of Verona ONLUS, that is to say the 'raw material'. The food has to be collected from the provincial warehouse of Padua and the local storeroom (and the relative registers) has to be administered. About 60% of the aid is financed by AGEA (an organisation of the European Community) and 40% comes from the 'Food Collection' and from the producing companies who have agreements with the Food Bank of Verona ONLUS.

The food aid that comes to us every month from the Food Bank of Veneto ONLUS allows us to help about ninety poor people, but the demand is growing. Information about new poor people reaches the Association of the Friends of St. Camillus from various sources: volunteers and members who learn about new 'cases' by word of mouth and the people who are helped who provide information on their relatives and acquaintances who are in difficulty. Other information comes from the 'network' of voluntary associations which work in the local area. For example, there are the mothers who are



helped by the 'Help in Life Centre' who, together with their children, find themselves in a state of need. Other cases are come across through the activity of the 'Help for the Elderly' which our association engages in through the project 'Adopt an Elderly person'. And then there are people who turn to the parishes for help and the parish priest in turn refers them to us. At the present time the volunteers work in the main but not only in the Parish of St. Camillus and the Parish of San Prosdocimo.

We are thinking in the future of gradually extending our project to the other parishes of the Vicariate. Some parishes are already engaged in the periodic collection of food for the poor and these constitute small 'collections of food'.

Our action seeks to strengthen such fragmentary initiatives and to organise local volunteers in order to move from sporadic episodes of providing assistance to constant and permanent assistance on which poor people can rely.

The monthly visits of volunteers should not be understood as an example of mere 'home deliveries'. The volunteers are the 'eyes' that see needs, the 'ears' that listen to references to new poor people, and the 'arms' that bring help to those people who need it. It is important for the poor families and individuals to feel human interest on the part of those who are more fortunate and bring them concrete help with attention being paid to their special situation. Their needs can be many in number and the association tries to alleviate them as much as possible by involving, if this is necessary, other associations.

It is important for the associations of voluntary work to try to work as a 'network'. This means that

every association, beyond its own activity of ‘excellence’, should turn to other associations to broaden and supplement, if this is necessary, its action involving assistance. In a few words, where ‘everyone does everything’ this is problematic and dispersive; it is preferable to unite efforts in order to give those who are in need the greatest help and relief. Competition is of no help in the voluntary world – synergy is much more valuable! This is even truer when funds and contributions are sought after for projects of assistance. Projects promoted in a joint way by more than one association have a greater possibility of being financed by charitable organisations.

5. *The New ‘Samaritans’ and the Challenge of the Future*

In the year gone by Providence helped us in an exceptional way. Everything that was needed arrived promptly and was on the right scale. This allowed us to ‘set the machine in motion’. To go on (and perhaps to improve), ‘petrol’ is needed!

For food aid what is this ‘petrol’? It is certainly the case that more food is required (there is never enough!) and we need ideas to find new sources, shop owners who give us their surplus food, contributions in cash to buy basic food-stuffs, etc. etc.

Recently a ‘friend of St. Camillus’ called me to tell me that she does not have any free time but that she wanted to make a contribution by offering a ‘shopping basket’ to a family made up of four people. Having said this, starting next month, this friend will bring a shopping basket to the store-room and a volunteer will organise its delivery to the family that will receive it!

Thus it is that the aid at the level of materials arrives in its entirety in the hands of those who need it without cuts and ‘administrative’ charges of any kind: anyone can adopt a family in need easily and at a modest cost.

More self-equipped volunteers are needed (students, housewives, workers, pensioners): two or three hours a month are sufficient to ‘feed the hungry’, or at least some of them!

Other associations, parishes and charitable organisations are needed to establish forms of cooperation, to make a ‘network’ in this new sector of voluntary work. We must unite our forces, re-

sources and skills so as to be more effective and to make sure that concrete help reaches those who need it. In particular, we would like to know about other similar initiatives that already exist in the Padua area and in the Province of Padua so as to share experiences and ideas.

6. *Towards the Future*

When re-reading the text, before handing it over to the editors, I thought that some brothers would certainly have made some comments: ‘it’s always like that: one’s own experiences are always good, positive, without defects etc., or one looks only at the ‘half-full glass’ and one forgets about the ‘half-empty glass’’, but in this case I have to say that such is not the case: I have never been a part of this parish and I have confined myself solely to ‘registering’ what in part has been presented in the publications of other people. But nonetheless I would like to end with a personal observation that was suggested to me by the fact in the chapel of the most holy host – always within the framework of the celebrations – three ancient icons of notable importance and significance have been placed. I will refer to them without describing them entirely: a) the *Icon of the Nativity* (beginning of the eighteenth century – the school of Yaroslav, a city north east of Moscow, 36x 29cm); b) the *Icon of the Transfiguration* (seventeenth century, from central Russia, 31.40x26.80cm); c) the *Icon of the Resurrection* (eighteenth century, Moscow school, 36.32x30.50 cm). This is certainly a spiritual journey which, after a ‘physical’ beginning, led to a transformation in conformity with the Word of God (the Law and the Prophets), intensely living charity as *agape* with God and our suffering brethren with that witness of the heart and mercy which constantly spring from the life and the example of St. Camillus.

In reflecting on this we realise that we have not achieved perfection but we can always commit ourselves to ensuring that...the glass, at the end of time, is full of good works to be presented with joy to the celestial supper for eternal life! And at this point it would be very good if also St. Camillus spoke to express, frankly and with his heart, his opinion.

Fr. Eugenio Saporì

* The data in nn. 4; 4.1.; 4.2 are 5 were provided by Vittorio Galassi, of the Friends of St Camillus, and recise by the author.



"Mission" di Salute e Sviluppo

1 – Le esigenze di Moralità e la missione di essere nel mondo

La svolta del mio impegno con la ONG Salute e Sviluppo coincide con la decisione di dedicare un'attenzione particolare ai più bisognosi degli uomini e allo sviluppo dei popoli più poveri perché anche loro partecipino al banchetto e alla festa. Il lavoro che personalmente ho sempre fatto per i malati come camilliano ha tentato una risposta alle sofferenze viste sempre come una sfida e un interrogativo misterioso della condizione umana. Il lavoro della cooperazione internazionale, invece, è un orizzonte quasi infinito, che contiene le sfide più pesanti dell'umanità: il dolore e la sofferenza senza senso, innocente, evitabile e superabile che tormenta la gran parte degli uomini. Non sono mai stato sordo o cieco di fronte a questa tristezza, anche quando guardavo alla realtà più vicina e più prossima, ho sempre pensato che il dolore ha sempre un sapore amaro. Naturalmente più l'orizzonte è ampio più numerosi sono i problemi, più difficili si fanno gli ostacoli e le risposte. Ci rendiamo conto di quanto siamo piccoli, limitati e impari ai bisogni. Dobbiamo riscoprire la bellezza e l'importanza del "bicchiere d'acqua" che possiamo dare all'assetto per non perdere la speranza.

Lavorando nella cooperazione internazionale allo sviluppo si spalancano orizzonti illimitati e si scopre che, anche in questo settore, c'è un **grande bisogno di moralità**. Dove circolano molti soldi, specialmente se guadagnati da altri, ci sono tentazioni facili e comportamenti morali difficili. L'impegno alla correttezza, alla trasparenza e alla giustizia è il primo valore che in Salute e Sviluppo vogliamo praticare, è l'aspetto fondamentale della *mission*. L'etica del comportamento non è una novità, ma una esigenza antica, eppure oggi sembra assai dimenticata e non solo in campo laico.

I soldi hanno certamente il marchio ambiguo del potere, l'aspetto pagano della realtà, la tentazione sottile e diabolica con cui bisogna sempre fare i conti. C'è, però, anche un altro significato profondo che hanno i soldi, sono il simbolo della fatica umana, dei sacrifici che occorre fare per

metterli insieme, per guadagnarli. Proprio nella cooperazione hanno la connotazione della sacralità del dono, del sacrificio dei donatori, che possono essere istituzioni pubbliche, private, ecclesiali o semplici cittadini, ma sono sempre soldi da restituire ai poveri, ai bisognosi, agli infermi. Chi lavora in questo campo deve sapere che sono il frutto del sacrificio, l'immagine della fiducia da non tradire. In questo caso chi si appropria indebitamente, ruba il pane e l'acqua ai poveri. Chi approfitta non è un furbo, ma un ladro, diceva Benedetto XVI parlando ai preti di Roma. Un monito per la Chiesa, per noi Chiesa. Naturalmente questo vale sia per chi lavora in Italia, sia per chi è nei PVS. Non solo come singoli, ma come gruppo, come ONG dobbiamo essere portatori di eticità nel nostro lavoro. Ho sempre pensato che la professionalità e la qualità, sia nel lavoro che in campo comportamentale, alla lunga paga. Proprio in questi mesi, il Ministero ha bloccato la rendicontazione di oltre 2.000 progetti avviati, per un valore di decine di milioni. Quando abbiamo consegnato il rendiconto della prima annualità di un progetto, seduta stante hanno esaminato alcune voci spia, per vedere la correttezza e dirci se era da bloccare subito o se passava l'esame. Le mie collaboratrici sono state lodate per la correttezza e la precisione.

2 – L'uomo al centro dei nostri interessi

I settori in cui siamo impegnati sono *la sanità, lo sviluppo umano, la formazione, il sostegno e la sfida di futuro*. Quando ho scelto il nome dell'organizzazione "Salute e Sviluppo", evidenziavo l'oggetto dei nostri interessi e il campo delle nostre attività. **L'uomo** è il focus delle nostre attenzioni e dei nostri programmi, con lui stabiliamo un'alleanza totale. L'uomo, in tutto lo splendore della sua importanza e dignità, è la "gloria di Dio", a lui tutto deve convergere e in suo favore sono tutte le operazioni, perché è la misura di ogni cosa. La sua dignità deve essere sempre rispettata, in tutti i momenti della sua vita; i suoi diritti fondamentali devono essere riconosciuti, difesi e incrementati. La salute e

la cura delle malattie sono diritti fondamentali di ogni bambino, donna e uomo; hanno diritto a mangiare ogni giorno; hanno diritto a non essere maltrattati, picchiati o schiavizzati. L'homo sapiens è fatto per stare in piedi, per guardare lontano, per sognare i suoi sogni. Il benessere, la cultura, l'amore sono i diritti inalienabili dell'essere uomo.

La vita e la salute dell'uomo è il nostro credo. Intendiamo il diritto alla vita sana, alla cura delle malattie e la possibilità concreta di accedervi. Per questo siamo impegnati ad ammodernare, costruire, attrezzare e far funzionare gli ospedali, perché in molti paesi non ci sono, o non funzionano, o non tutti (anzi pochi) possono accedervi. Molte donne non possono curare i propri bambini perché sono troppo povere, non possono pagare la piccola/grande quota per la visita o per le medicine e decidono di lasciarsi morire, altre volte il medico o l'ospedale non esistono proprio.

Una mia collaboratrice ha accompagnato la suora missionaria nella visita ai malati. Sono entrate in una capanna di un paese desertico. C'era la giovane mamma con diversi bambini, in quella capanna adornata di nulla. Abdul era più gracile degli altri, con qualche difetto fisico. La mamma, non ce la faceva più, non poteva più accudirlo. Un giorno, secondo i loro usi, fa al bambino un vestitino nuovo, il vestito della morte; poi lo veste, lo porta un po' lontano dalla capanna, e lo abbandona in un avvallamento della sabbia. Uno dei fratellini, al ritorno dalla povera scuola del villaggio, non vede più Abdul. Saputo della storia va in cerca del fratello e lo riporta a casa. Lascerà tutto, anche la scuola, per curare Abdul, perché gli voleva bene. La mia collaboratrice, invece, tutta la notte, dopo la visita alla capanna, non riuscì a prender sonno.

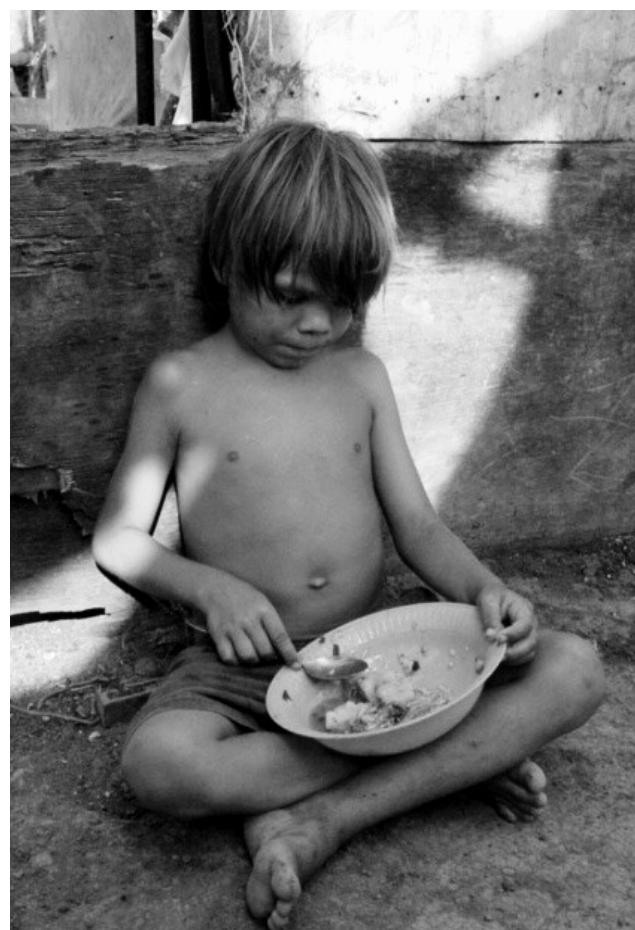
Il mondo non è l'Italia, l'Europa, gli Stati Uniti. Questi sono la piccola parte dove abita l'umanità fortunata, dove i diritti sono scontati, le cure sono gratuite per tutti, la scuola è ovunque e per chiunque. Nell'altra parte del mondo, invece, si mangia quando ce n'è, ci si ammala perché si beve acqua infetta e si muore per delle banalità.

La salute vuol dire anche **formazione** degli operatori sanitari, che nei PSV sono merce rara, di amministratori capaci, dei veri manager che sappiano inventare le soluzioni, merce ancora più rara.

Se mi è permesso aprire una parentesi bisogna non dimenticare che i Camilliani sono nati dal sogno di un "maestro di casa" dell'ospedale san Giacomo, un amministratore. Che la clericalizzazione abbia fatto i suoi danni e continui ... può essere sopportata nei paesi ricchi, ma nei PVS il

prezzo è veramente troppo alto. È molto bello invece rinverdire questa dimensione del "patrimonio camilliano". È affascinante scoprire la ricchezza del "nostro tesoro". I Camilliani, nati nei PVS, mi pare siano collocati dalla storia come "maestri portatori di vita e di salute". La ONG camilliana è al loro fianco (anche se limitata) in questa splendida avventura.

Pensiamo alla **sanità in modo globale**. Certamente riguarda l'impegno della cura delle malattie, la necessità di *costruire strutture sanitarie* perché in molti paesi non ci sono, ma bisogna pensare anche a quelli che non possono andare in ospedale, spesso c'è gente che non va in ospedale semplicemente perché non si possono permettere di pagare le cure! Se non si fa sviluppo, spesso gli ospedali rimarranno vuoti, perché la gente non può pagare l'ospedale. I progetti che facciamo, hanno sempre l'aspetto della formazione, della sensibilizzazione, della prevenzione dentro e fuori dell'ospedale. L'ospedale, specialmente in certi paesi, lo immaginiamo come un centro propulsore di formazione sanitaria, di prevenzione e di sviluppo sul territorio. Non può essere concepito come un'isola o un fortilizio. Deve fare questo preziosissimo lavoro di supplenza, perché altrimenti non c'è pro-



gresso. Può diventare, invece, un centro propulsore di iniziative di salute. È molto bello quando vediamo gli ospedali inseriti nel territorio e sono fonte di tante iniziative per lo sviluppo generale, che genera situazioni di salute per tutti.

3 – La salute e lo sviluppo possibile

Un autista, che lavora in un nostro progetto, ha avuto un grosso incidente in "matatu", ha perso la figlia adolescente e la moglie è rimasta multirfratturata e con un trauma cranico. Durante un viaggio mi hanno riferito che da molto tempo racimolava ogni soldino per poter fare una TAC alla moglie. Sono intervenuti subito, perché altrimenti avrebbe passato il resto della sua vita a cercare i soldi e la malata non avrebbe mai potuto fare l'esame necessario.

Ci siamo resi conto che se non riusciamo a **creare sviluppo**, non riusciamo a dare salute, anzi questa è un miraggio irraggiungibile. Da diversi anni ci chiediamo: come potrà essere autosufficiente l'Africa, le strutture che siamo realizzando, le giovani Fondazioni? Non si tratta di volare sopra le nuvole, ma siamo costretti, come metodologia del nostro lavoro, a dare ragione della "sostenibilità" dei progetti che presentiamo, altrimenti vengono bocciati. Dobbiamo far vedere come potranno continuare, una volta terminato il nostro intervento.

Il nodo fondamentale è lo *sviluppo possibile*, non uno sviluppo che non risponde alle situazioni locali, che sarebbe necessariamente destinato a fallire.

Il primordiale settore è quello alimentare. Per non ammalarsi bisogna avere un nutrimento sufficiente, quindi occorre una produzione alimentare, incrementare e razionalizzare il sistema di produzione. Si deve passare da una produzione di sussistenza e primitiva a una produzione che crei ricchezza, che venga commercializzata. Bisogna inescare un circolo virtuoso per creare benessere, creare condizioni di vita sana, comunicare una cultura che aiuti a uscire da situazioni subumane. Si deve passare da un allevamento semi brado e spontaneo a una metodologia più razionale che implementi qualità e quantità. Se vogliamo creare salute dobbiamo impegnarci a creare le condizioni fondamentali per la salute. Tutta la storia dell'uomo lo insegna.

Se la popolazione beve acqua infetta ben pochi possono resistere e non ammalarsi. Pensare a curare i malati è opera pia e giusta, ma fare in modo che non si ammalino è ancora meglio. Fare un acquedotto e potabilizzare l'acqua per una cittadina vale almeno quanto fare un ospedale. Fare un'azienda ortofrutticola o zootecnica che possa dare da mangiare alla gente è la migliore prevenzione delle malattie, è prendersi cura dei poveri e degli infermi.

P. Efisio Locci



The “Mission” of Health and Development

1. The Requirements of Morality and the Mission of Being in the World

The turning point of my role in the NGO ‘Health and Development’ coincided with the decision to dedicate especial care to human beings who are most in need and to the development of the poorest peoples so that they also could participate in the banquet and the feast. The work that I have always personally done for the sick as a Camillian has tried to provide a response to suffering which is always seen as a challenge and a mysterious question of the human condition. The work of international cooperation, instead, is an almost infinite horizon which contains the heaviest challenges of humanity: pain and suffering without meaning, pain and suffering that is innocent, avoidable and capable of being overcome and which torments the majority of human beings. I have never been deaf or blind in the face of this sadness, even when looking at the nearest of realities. I have always thought that pain always has a bitter taste. Naturally, the broader the horizon the more numerous the problems, the more difficult the obstacles and the answers. We realise how small we are, limited and unequal to the needs that exist. We must rediscover the beauty and the importance of the ‘glass of water’ that we can give to the thirsty so that they do not lose hope.

When working in the field of international development cooperation unlimited horizons are opened up and one discovers that in this sector, as well, there is a *great need for morality*. Where a great deal of money circulates, especially if earned by other people, there are easy temptations and difficult moral behaviour. The commitment to correctness, to transparency and to justice is the first value to be practised in Health and Development; it is the fundamental aspect of *mission*. The ethics of behaviour is not an innovation but an ancient requirement, and yet today it seems to be rather forgotten, and not only in the lay field.

Money certainly has the ambiguous mark of power, the pagan aspect of reality, a subtle and diabolical temptation that always has to be ad-

dressed. There is, however, also, another deep meaning to money – it is the symbol of human hard work, of sacrifices that have to be made to accumulate it, to earn it. Specifically in human cooperation, it has the connotation of the sacredness of a gift, of the sacrifice of donors, who can be public, private or ecclesial institutions or ordinary citizens, but one is always dealing with money that has to be returned to the poor, to the needy, to the sick. Those who work in this field have to know that money is the fruit of sacrifice, the image of a trust that must not be betrayed. In this case those who appropriate unduly, steal bread and water from the poor. Those who take advantage are not smart but thieves, as Benedict XVI said when speaking to the priests of Rome. A warning for the Church, for we the Church. Naturally this applies both to those who work in Italy and to those who are in developing countries. Not only as individuals but as a group, as NGOs we must be bearers of the ethical in our work. I have always thought that professionalism and quality, both in work and in the behavioural field, in the long run pay. Specifically in recent months, the Ministry has blocked the budgeting for another 2,000 projects already set in motion and worth tens of millions. When we handed in the budget for the first year of a project, at a meeting they examined certain indicative headings to assess the correctness involved and to tell us whether it was to be blocked immediately or passed. My co-workers were praised for the correctness of the budget and its precision.

2. Man at the Centre of our Interests

The sectors where we are active are *health care, human development, formation, support and the challenge of the future*. When I chose the name of the organisation, ‘Health and Development’, I stressed the aim of our interests and the field of our activities. *Man* is the focus of our attention and our programmes; with him we establish a total alliance. Man, in all the splendour of his importance and dignity, is the ‘glory of God’; every-

thing must converge in him and all operations are on his behalf, at all moments of his life: his fundamental rights must be recognised, defended and increased. Health and the treatment of illness are the fundamental rights of every child, woman and man; they have the right to eat every day; they have the right not to be maltreated, beaten or enslaved. *Homo sapiens* is made to stand on his own feet, to look far ahead, to dream his dreams. Well-being, culture, and love are the inalienable rights of human beings.

The life and health of man is our creed. We believe in the right to a healthy life, to the treatment of illness and to the practical possibility of having access to such treatment. For this reason, we are committed to modernising, building, equipping, and achieving the functioning of, hospitals because in many countries hospitals do not exist or do not function or not everyone (indeed very few people) can have access to them. Many women cannot obtain treatment for their children because they are too poor, they cannot pay the small/large fees for an examination or for the medical products and decide to allow their children to die; in other cases medical doctors or hospitals do not exist at all.

A person who works with me accompanied a missionary sister in visits to the sick. They entered a hut in a desert country. Inside was a young mother with a number of children in that hut which was decorated with nothing. Abdul was weaker than the others and had some physical defects. His mother could no longer put up with this; she could no longer look after him. One day, in line with their customs, she made new clothes for her child: the clothes of death. She then dressed him, took him far off from the hut, and abandoned him in a dip in the sand. One of his little brothers, when he had come back from the poor school in the village, no longer saw Abdul. Learning what had happened he went to look for his brother and took him home. He left everything, his school included, to look after Abdul, because he loved him. My co-worker, instead, after her visit to the hut, was not able to sleep the whole night.

The world is not Italy, the United States of America. These are the small parts of the world where fortunate humanity lives, where rights are taken for granted, treatment is free for everyone, and where schools are everywhere and for everyone. In the other part of the world, instead, people eat when there is food, people fall ill because they drink infected water and people die for banal reasons.

Health also means the *formation* of health-care workers, who in developing countries are a rare

commodity; capable administrators, true managers who know how to invent solutions, commodities that are even rarer.

If I am allowed to open a parenthesis, one should not forget that the Camillians were born because of the dream of the 'house manager' of the Hospital of St. James – an administrator. That clericalisation has caused damage and continues to do so...can be borne in rich countries but in developing countries the price to pay is truly too high. However it is a very fine thing to return to this dimension of the 'Camillian heritage'. It is fascinating to discover the wealth of 'our treasure'. Camillians born in developing countries seem to me to be located by history as 'teachers, the bearers of life and health'. This Camilian NGO is at their side (even though it is limited) in this splendid adventure.

We think about *health care in overall terms*. It certainly concerns commitment to treating illnesses, the need to build health-care structures because in many countries these do not exist, but one should also think of those people who cannot go to a hospital: often there are people who do not go to a hospital simply because they cannot afford to pay for treatment! If development is not engaged in, often a hospital will remain empty because people will not be able to pay for hospital treatment. The projects that we engage in always have the dimension of formation, of sensitisation, of prevention inside and outside hospitals. We see a hospital, especially in certain countries, as a centre which is an engine for health-care formation, of prevention, and of development for the local area. Hospitals cannot be seen as an island or a fortress. They have to engage in this very valuable work of support because otherwise there would be no progress. They can, instead, become centres which are engines for health initiatives. It is a very fine thing to see hospitals integrated into their local areas and being a source of very many initiatives for general development, generating situations of health for everyone.

3. Health and Possible Development

A driver who works in our project had a major accident in Matatu; he lost his teenage daughter and his wife had multiple fractures and a cranial trauma. During a trip they told me that for a long time he had saved every penny to give his wife a TAC. I acted immediately because otherwise he would have spent the rest of his life looking for



money and his infirm wife would never have been able to have the necessary brain scan.

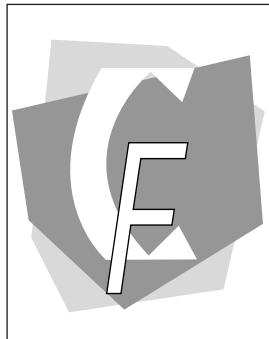
We realise that if we do not manage to *create development*, we do not manage to give health – indeed this last become an unreachable mirage. For some years we have been asking ourselves: how can Africa be self-sufficient, how can the structures we are putting in place and the young Foundations be self-sufficient? This is not a matter of flying above the clouds but we are forced, as a methodology in our work, to support the ‘sustainability’ of the projects that we present, otherwise they would be turned down. We have to show that they can continue once our action has been completed. The fundamental point is *possible development*, but development that does not correspond to the local situations which would necessarily be destined to fail.

The primary sector is the food sector. In order not to fall ill a person must have sufficient nutrition and thus food production must be engaged in, the system of production must be increased and rationalised. One must move from subsistence and

primitive production to production that creates wealth, that is commercialised. One must set in motion a virtuous circle to create prosperity, to create healthy life conditions, to communicate a culture that helps people to exit from sub-human situations. One must move from a semi-wild and spontaneous system of livestock farming to a more rational methodology which implements quality and quantity. If we want to create health we must commit ourselves to creating the fundamental conditions for health. The whole of the history of man teaches this.

If the population drinks infected water very few people resist or do not fall ill. Thinking about treating the sick is a pious and good thing but ensuring that people do not fall ill is even better. To create an aqueduct and produce drinkable water for a town means as much as creating a hospital. To produce a fruit and vegetable farm company or a livestock company which can give people food to eat is the best prevention of illness, it is to take responsibility for the poor and the sick.

Fr. Efisio Locci



La Famiglia Camilliana Laica

The Lay Camillian Family

Spiritualità Camilliana in chiave cilena

con detti tipici

Nel 10° anniversario della pubblicazione del testo: BRUSCO A. ALVAREZ F., *Spiritualità camilliana, itinerari e prospettive*, Ed. Camilliane, Torino 2001.

A cura della **Familia Camilliana Laica de Chile** nelle persone di Ingrid Toro, Verónica Mundaca, Sara Hurtado, Omar Zuñiga, Luisa Zuñiga, Rosa Silva, Sergio Gallardo, Onécima Silva, Mirta Cañon ed inoltre: Anita Concha, Ruth Diaz, novizio Cristián Andrés Contreras. Sintesi e traduzione di P. Pietro Magliozi m.i.

INTRODUZIONE

(P. Pietro Magliozi m.i.)

Quando nel 2001 uscì la prima edizione del testo sulla spiritualità camilliana (dopo quasi 10 anni di lavoro di P. Brusco e P. Alvarez), feci un lungo articolo di “invito alla lettura” o sintesi/recensione dello stesso libro concludendo l’articolo con la speranza che tanta ricchezza di contenuti ed espressioni della spiritualità camilliana potesse trovare opportunità e luoghi per essere attualizzata nell’oggi e in vari contesti culturali e sociali (in quell’epoca insegnavo e mi interessavo dell’inculturazione della fede).

Oggi, a 10 anni dal primo articolo, con 6 anni di missione in Cile ho realizzato io stesso la speranza auspicata nel primo articolo. Ho riunito la FCL de Chile, ho dato un capitolo a ciascuno da leggere ed inculturare nel contesto cileno, poi ci siamo incontrati varie volte per condividere le scoperte. Ho chiesto successivamente di aiutarmi aggiungendo detti locali (lo spirito e l’essenza di un popolo), ed è uscito quello che segue.

Si tratta di un articolo semplice, senza pretese, parla della visione dei laici/he che hanno conosciuto solo tre religiosi camilliani, da pochi anni e in un contesto sociale medio-basso in una città dormitorio di Santiago de Chile, San Bernardo (120.000 abitanti). Si tratta di una prospettiva non di più. Però è un esempio vivace di come la nostra spiritualità camilliana si arricchisce ricevendo dalla cultura e arricchisce la stessa cultura, oggi più che mai; inol-

tre è una spiritualità che sana chi la riceve (malati) e chi la pratica (agenti sanitari e pastorali). Per questo offro questo lavoro come un esempio per altre missioni camilliane e come passo in avanti verso una *Chiesa sanante* in un periodo di tristi esempi contrari.

PARTE I L’ITINERARIO SPIRITUALE DI SAN CAMILLO

CAPITOLO 1 PROFILO BIOGRAFICO DI SAN CAMILLO

La vita di San Camillo lascia molti insegnamenti in Cile. Possiamo vedere alcune similitudini tra la biografia del santo e la cultura cilena.

1563-1569. Camillo perde sua madre e suo padre quando ancora era un adolescente, il che lo porta a sentirsi solo e disorientato, “**como pollo en corral ajeno**” (come un pollo in un pollaio estraneo), si aggrappa per sopravvivere a questi due lutti a cose che gli produrranno problemi. Quanti giovani soffrono in Cile lo stesso di Camillo adolescente! Ci sono figli di ragazze madri (3 milioni), figli che vivono tra seri conflitti familiari, con i due genitori che lavorano 12 ore al giorno e non si vedono mai, adolescenti che vivono in ambienti di violenza intrafamiliare. Molti giovani si sentono soli, disorientati, si aggrappano alla prima persona che gli offre amo-

re commettendo, come Camillo, molti errori: “**farre-ando**” (facendo bisboccia), “**a carrettear**” (tra feste notturne), pensando di “**pasarla bien**” (spassarsela), “**a beber y a tragare que el mundo se va a terminar**” (a bere e ubriacarsi perché il mondo finirà).

1570. Camillo ha 20 anni e gli appare una piaga sulla gamba destra: questo dolore lo porterà a scoprire il suo vero cammino come uomo scelto da Dio. Per i cileni, molte volte, il dolore porta alla conversione a Dio, secondo il detto: “**a cualquier dolor paciencia es lo mejor**” (di fronte a qualunque dolore meglio è avere pazienza), come nel caso di un malato terminale in famiglia, di fronte ad una depressione, quando c’è un figlio con problemi, debiti, disoccupazione. Sono esperienze dolorose che, se si vivono accompagnati, permettono capire quello di cui uno ha veramente bisogno in questa vita: “*ringraziare Dio, ricordarsi di Dio e stare in comunione con Lui*”.

15 agosto 1582. Camillo è angosciato, perché vede che gli infermi sono soli, gridano affinché li assistano, però nessuno li aiuta. Allora, Camillo si domanda: “*Come avere 100 braccia per servire questi malati?*”. Fortunatamente la sua “ossessione” di come servire meglio coloro che soffrono ci ha permesso di avere oggi una meravigliosa spiritualità di servizio e di amore. Quanti cileni malati soffrono in ospedali colllassati, sperando una veloce attenzione. Quanti malati in ospedale non hanno appoggio spirituale né la possibilità salvifica di una Unzione, per mancanza di volontari e di cappellani. Quanti malati non hanno denaro per comprare farmaci... Oggi la Gran Famiglia Camilliana in Cile sente la stessa angoscia di Camillo e si pone di fronte al crocifisso perché ci indichi il cammino di carità: “**haz el bien sin mirar a quien**” (fai il bene senza guardare a chi lo stai facendo).

Maggio 1584. Camillo riceve l’ordinazione sacerdotale. Giugno 1584 è nominato cappellano dell’ospedale San Giacomo. Settembre 1584 usa l’abito nero. 8 marzo 1586 porterà sull’abito la croce rossa e nel 1591-92 nascerà l’Ordine religioso dei Ministri degli Infermi.

Quanti sacrifici, quanti ostacoli, difficoltà economiche, quanti nemici interni ed esterni, molti religiosi morti per contagio ed altri che si ritirano per eccesso di lavoro, però, nonostante tutto, la “pianticella” va crescendo. Il sogno della madre di Camillo, si va realizzando passo a passo con la gioia di vedere costruire un progetto di carità. È così, il modo in cui la Famiglia Camilliana Laica (FCL) in Cile sta costruendo i suoi progetti, poco a poco, “**despacito por la piedras**” (lentamente per un cammino pericoloso), soffrendo cadute, “**a golpes y porrazos**

aprendemos” (a colpi e botte impariamo), però alzandosi di nuovo, perché “**no hay mal que por bien no venga**” (non c’è male che non venga per un bene).

1607. Ai 57 anni Camillo rinuncia al suo incarico di Generale e comincia una revisione della sua vita; nasce di nuovo, adesso come uomo della terza età. Così in Cile, impariamo da un Camillo anziano ad osservare i propri errori del passato, con clemenza e quelli degli altri, con perdono; guardiamo la nostra vita come esseri scelti da Dio per offrire le sofferenze della vecchiaia a favore del prossimo, come diceva Giobbe: “Dio ha dato e Dio ha tolto, sia lodato sempre il nome del Signore”.

CAPITOLO 2 CONVERSIONE DI SAN CAMILLO

Camillo fu illuminato il 2 febbraio del 1575 trasformandosi in un altro uomo. Da questo nuovo Camillo possiamo imparare quello che significa conversione. Ecco alcune conversioni che si possono vedere in Cile e che insegnano alla luce di quello che Camillo imparò quel 2 febbraio.

- 1- “Posso sentirmi forte e autosufficiente, penso che posso controllare tutto e tutti, non ho bisogno di niente, neanche di Dio”, “**bien parado en la hilacha**” (ben aggrappato al filo del vestito, nel senso che, nonostante la persona stia in condizioni di inferiorità fisiche, economiche, di salute, sociali, affronta ugualmente il suo antagonista). Però, di fronte ad una grave malattia mi posso sentire come di fronte a una “**parada de carro**” (fermata brusca della carrozza), un “**alto**” e rendermi conto che senza Dio né fede, non sono niente, ho bisogno dell’aiuto dell’altro. La fede è come il respiro.
2. Di fronte a un incidente automobilistico, a un altro incidente grave, all’eccesso di consumismo, posso attaccarmi alla preghiera e al Santo Rosario, perché è “**cuando estamos mal que nos acordamos del caballero de allá arriba**” (quando stiamo male che ci ricordiamo del cavaliere di lassù – Dio).
3. Di fronte a una malattia dolorosa, con lamenti continui, malumore, ingerendo analgesici senza limiti, posso vivere un “**cambio de rumbo**” (cambio di rotta) e passare a sopportare questo dolore con pazienza, offerta, tranquillità e fede, che senza dubbio aiutano lo spirito. Ve-

diamo qui, come la conversione cambia il centro d'azione nella persona. Non è più l'io ma il tu che soffre, che mi permette di aiutarlo e praticare uno stile di vita di pace e di servizio.

4. All'osservare i religiosi camilliani servendo i malati, sentiamo in noi, come FCL, il bisogno di farlo senza scuse: "fa freddo, piove, sto in riposo, non ho denaro per muovermi, non ho voglia, ho visite", senza cioè "**arreglarse los bigotes**" (aggiustarsi i baffi, nel senso di cercare prima il proprio utile e poi tutto il resto). Accudiamo ai malati con prontezza e di buona voglia, sentendo che è un privilegio e una grande gioia. Convertiamolo in una necessità e una gioia, come dice il nostro santo cileno, S. Alberto Hurtado: "**contento Señor contento... dando hasta que duela**" (dando fino a che fa male). E questo farlo "**poniéndose las pilas**" (mettendosi le pile, dandosi energia).
5. Di fronte ad una malattia impariamo a comprendere la Messa come una opportunità e un segno nel quale Dio mi chiama a lasciare il negativismo e optare per il soprannaturale, sentirlo necessario.

Secondo il detto: "**el amor mueve montañas**", la gran Famiglia Camilliana, con i suoi esempi di amore crea una scuola di conversione per la chiesa cilena: invita a condividere con i malati ad aiutare i più poveri, ad essere la compagnia nel lutto, a spingere per partecipare al mese di Maria, ad andare a Messa più frequentemente (non solo nelle ricorrenze), a pregare nel lavoro o in famiglia, ed anche a sapersi difendere con serenità e convinzione stando li "**al pie del cañon**" (al piede del cannone, diritti e saldi, nella vittoria come nella sconfitta), di fronte alle burle di molti contro la fede e contro una vita di pietà e carità.

CAPITOLO 3 IL FONDATORE

Camillo si convertì nel fondatore di un Ordine religioso quasi senza rendersi conto. Lui solo voleva che i malati fossero assistiti nel miglior modo possibile, vedendo e servendo in loro lo stesso Cristo. Questo ideale, che gli fu donato dallo Spirito Santo, fu come il piccolo seme di senape che si convertì in un grande albero e che con umiltà e tenerezza egli continuava a chiamare "pianticella". Attento all'illuminazione dello Spirito e portando alla pratica

un'ispirazione dopo l'altra, cercò collaboratori e, dopo aver vinto molte difficoltà, "**a Dios orando y con el mazo dando**" (pregando Dio e battendo con la mazza, cioè con preghiera e lavoro), si convertì nel fondatore dell'Ordine, senza lasciarlo mai. Questa sarà l'opera di Cristo crocifisso.

In Cile, non è facile fondare qualcosa che resista nel tempo. All'entusiasmo iniziale segue la mancanza di costanza, i conflitti interni, la mancanza di motivazioni soprannaturali che fanno crescere un'associazione. Così fu anche per la FCL in Cile. Vari all'inizio se ne andarono, "**los que somos, somos los demás palomo**" (chi c'è c'è, il resto non importa) e, quelli che siamo rimasti, siamo andati approfondendo la nostra appartenenza e impegno. La *motivazione* fu la più importante per restare nella FCL: "qui incontro Cristo e apprendo ad amarlo nella forma più profonda nel malato". Cile non è un paese di molte fondazioni caritative verso i malati, a parte l'*Hogar de Cristo* (per i poveri), *las Rosas* (per gli anziani), *Maria Ayuda* (per bambine con rischio sociale). Per questo il Cile ha molto da apprendere dai fondatori come Camillo.

San Camillo fu preparato da Dio ad essere fondatore attraverso cinque conversioni: "**Cuando Dios quiere dar a la casa manda a dejar**" (quando Dio vuole donare a una casa, manda a lasciare, cioè manda un emissario, mostra la sua provvidenza).

Prima conversione: Camillo si converte a Dio come misericordia (amore che perdonata). Questa sarà la sua prima esperienza vera con il Padre.

Seconda conversione: dopo aver conosciuto Dio, conosce l'uomo, immagine viva del Dio vivo. Il malato è il Signore, che gli dice quello che deve fare: amare, secondo il detto "**amor con amor se paga**" (amore con l'amore si paga).

Terza conversione: Camillo impara a rispettare il cammino e la libertà degli altri; già non obbligherà più i funzionari dell'ospedale a servire gli infermi, in quanto non è un dovere forzato, è un volere e un amare. Riunisce un gruppo di uomini buoni che, aperti allo Spirito, invita a lavorare con diligenza e carità: "**a quien madruga, Dios lo ayuda**" (a chi si sveglia presto, Dio lo aiuta).

Quarta conversione: Camillo impara a seguire i progetti di Dio, accettando la sua croce e vivendo in pace di fronte alle tribolazioni. Questo perché succedono molti problemi, gli vogliono "**chantar la moto**" (frenare bruscamente la moto), ostacolare il progetto fondazionale. Allora Cristo gli fa capire tre cose: questa opera è di Gesù vivo e non la sua, che

vada avanti senza paura e, che Lui Gesù starà sempre al suo fianco; così Camillo si purifica “**Har-neándose**” (pulendosi, purificandosi, separando il buono dal cattivo) e prosegue fino alla morte.

Quinta conversione: Camillo sente la necessità di studiare, in quanto deve assistere anche i malati istruiti. Pensa che se i camilliani non si educano, non potrà assistere i bisogni di questi ultimi.

In Cile si vedono conversioni da un momento all'altro. La persona, per un evento traumatico della sua esistenza, si rivolge a Dio: lo crede, lo ama, lo segue, lo serve. Pensiamo a quante conversioni si osservano in Cile in carcere e negli ospedali. Molti di noi, nella FCL, siamo passati attraverso una sofferenza e questo ci fa *guaritori feriti*; abbiamo sofferto e così abbiamo appreso ad accompagnare chi soffre.

Camillo al sentirsi accettato da Dio, al sentire la sua misericordia, al comprendere che era stato scelto personalmente, nonostante fosse un ignorante, un peccatore, come lui stesso si autodenominava, ha la capacità di accettarsi così come era e di accettare gli altri con umiltà. Dio lo amò con tutte le sue debolezze e lo trasformò nel fondatore di un Ordine che si caratterizza per la sua disponibilità, la sua carità, il suo amore senza limiti al prossimo; dall'esterno gli altri vedono in quest'Ordine “**harta pega**” (molto lavoro), “**sacarse la mugre**” (raschiarsi il sudiciume, molto sforzo), “**estar chiflado por la caridad**” (star fissato per la carità), però per il camilliano questo stile di vita è “**bacàn**”, “**achiuntarse a la vida**” (buono, azzeccarla nella vita, fare la cosa giusta). E questo si vede riflesso nel quarto voto dell'Ordine religioso, che implica accettare perfino la propria morte, se fosse necessario, per il bene del malato.

Anche a noi, i cileni, Dio non ci rinfaccia i limiti legati alla cultura, ci accetta, con i nostri difetti e virtù, con le nostre capacità e vulnerabilità, così potremo guardare il nostro interno ed ascoltare l'invito che Dio ci fa per unirci alla grande missione di Camillo. Tutti siamo chiamati alla santità, come FCL la vocazione è quella di essere costruttori di grandi opere di carità, guadagnando il premio “**dándole el palo al gato**” (bastonando il gatto, nel senso di scoprire qualcosa di buono).

CAPITOLO 4

IL CROCIFISSO E SAN CAMILLO

Siccome Camillo affrontò tanti ostacoli nella sua vita, ebbe una speciale vicinanza con il crocifisso; la

sua famiglia era molto devota di questo e lui stesso ne aveva una devozione speciale. Visse due esperienze con il crocifisso che lo portarono a provare la sua perseveranza. Nelle sue disgrazie, le due apparizioni saranno un appoggio alla sua fede, in quanto le sue domande non avevano risposta. Fu grazie a quest'esperienza che Camillo si convinse della bontà del cammino della croce: “fede nell'abbandono in Dio”. Quando stiamo di fronte ad una prova, ci domandiamo: “dove sta Dio?” Ed è qui quando in realtà, è più vicino a noi, “il cuore deve battere secondo i battiti di Dio”. Camillo non “**saca el quite**” (aggira) la croce, ma si scopre davanti la croce come un essere bisognoso di questa stessa compassione, conosce la sua vera essenza.

Come cileni dobbiamo accettarci ed avere misericordia di noi, in quanto Dio ci ama così come siamo. Se faremo così, potremo distinguere necessità diverse dalle proprie. Camillo deposita tutto nella piaga di Cristo. Il crocifisso rappresenta per lui la sofferenza di Gesù e del malato crocifisso. San Camillo ci chiama a lasciare tutto per i suoi malati, ad essere perseveranti. In Cile è stata molto forte nel passato la devozione a Gesù crocifisso, di eredità spagnola: i crocifissi con molto sangue, si pensi al Cristo de Cahuach, Chiloé, il Cristo de Mayo a Santiago, il Santo Cristo de la Matriz a Valparaíso, la via crucis del Venerdì Santo. Tutto questo perché la personalità emotiva e molto affettiva dei cileni, sentendo compassione di fronte a questo Gesù che soffrì tanto per noi, si commuove ed è aiutata nel dare senso cristiano alle proprie sofferenze e a condividere le sofferenze di Cristo. Altre personalità più razionali e operative non sarebbero toccate tanto da un crocifisso insanguinato e pieno di dolore. Per questo l'elemento crocifisso è centrale nella spiritualità camilliana come nella cultura religiosa cileana e può essere un ottimo strumento di evangelizzazione e di conversione.

Le nostre ferite cilene, come i pensieri malevoli, ascoltare quello che non si deve sull'altro, parlare male dell'altro, le possiamo curare leggendo la vita di Camillo e con lui passare da atteggiamenti pettegoli ad altri autentici: “**amistades que son ciertas mantienen la puerta abierta**” (amicizie che sono sicure, mantengono la porta aperta). Camillo ci insegnà a guardare più in là di noi stessi e vedere la sofferenza degli altri come la propria, con amore e autenticità, “**mirando en el fondo**” (cercando qualcosa senza risposta, una soluzione quasi impossibile però che esiste).

CAPITOLO 5

SAN CAMILLO E I MALATI

Tutti abbiamo "umanità", però a volte non la esprimiamo per vari motivi. I laici della FCL sono chiamati per lavorare insieme ai religiosi camilliani per difendere questa umanità, essendo parte delle 100 braccia che Camillo voleva. Camillo, nonostante si sia comportato in maniera disordinata "**de zamba y canuta**" (come indiani ed evangelici, all'inizio erano in Cile i più disordinati e disobbedienti) per 25 anni, dopo aver sentito il richiamo di Dio, dimostrò quanto grande era la sua compassione. Ha meriti sovrabbondanti nel farsi carico ed assistere i malati, con tutti i mezzi possibili ed immaginabili.

Vedrà in tutti gli infermi, lo stesso Gesù e si consegnerà ad essi con tutto il cuore e le forze, senza fare nessuna distinzione. Avrà bisogno di mani ed appoggio per concludere questa missione, in quanto Dio gliela aveva raccomandata. Oggi pochi sono come Camillo, che non hanno paura dei contagi, danno tutto il loro tempo per la carità. Dobbiamo rivestirci di questa carità di San Camillo, in quanto noi, come FCL, dobbiamo essere disposti ad aiutare i nostri fratelli che soffrono, non solo con cose materiali, ma anche con la preghiera. Dobbiamo umanizzare specialmente il personale degli ospedali, che assistono i loro infermi, le loro ferite, le loro sofferenze.

Questo sarà "l'oro" con il quale si guadagnerà il cielo. Come FCL dobbiamo impegnarci a imitare San Camillo con il suo donarsi e con la sua forma di vedere e sentire gli infermi, che significa, assistere lo stesso Gesù.

CAPITOLO 6

DIMENSIONE MARIANA DI SAN CAMILLO

Da Maria SS. San Camillo ha estratto una chiave di interpretazione per intendere il significato di tutta la missione e la fondazione che Dio gli aveva raccomandato.

1. Attraverso Maria passano tutte le grazie ricevute da Dio.
2. Con Maria e il suo infinito amore, Camillo arriva al malato, che è Cristo crocifisso e lo aiuta a completare la passione di Gesù.
3. Con il modello di Maria, Camillo ed ogni camilliano, è quello che lei vuole che sia.
4. Attraverso un quadro di Maria Immacolata nel Collegio Romano, che Camillo meditava per ore, piangendo e contemplando in esso il

mistero dell'Incarnazione, egli intendeva meglio la missione della sua fondazione. Così potrà viverla con radici teologiche mariane.

Per questo ogni camilliano vive sotto la tutela e la protezione della Vergine Maria; Madre, avvocata, intercessora abbondante di grazie, protettrice. Lei è colei che ci accoglie sotto il suo mantello sacro.

Cile condivide, come lo fece San Camillo, questa "mariologia" che si vive e sente ferventemente. Questo si può apprezzare nei numerosi santuari mariani frequentati dal popolo: *Santuário della Puríssima de lo Vásquez, Tempio de Maipú, de Andacollo, de Lourdes en Santiago, de las Condes, de la Tirana* (al nord), *de las 40 horas de Limache, del Rosario de Maipú* (Andacollo del nord), etc. Durante il mese di Maria, a novembre, i cileni partecipano attivamente, nonostante il secolarismo avanzi a passi da gigante in Cile, cantando: "**Virgen del Carmen, mira a tu pueblo que clama a ti**" (Vergine del Carmine, patrona del Cile, guarda al tuo popolo che ti supplica). La gente va con i rosari in mano e realizzano lunghe orazioni, offrono voti e sacrifici per ottenere l'intercessione della Vergine, che è Madre del popolo. È profondamente significativo in Cile che la Madre sia sempre disponibile, per aiutare un figlio, per stare con lui e dargli risposte di fronte alle inquietudini. Come Madre di Gesù, Maria, inoltre ci aiuta ad andare più in là, a contattarci con il divino, che è suo Figlio. Lei è, pertanto, il nostro regno di Dio qui e ora e ci prepara per il regno definitivo, quello della speranza ed eternità.

Altra relazione tra Cile e San Camillo, nella dimensione mariana, è la vicinanza con Maria Addolorata, una madre che soffre per suo Figlio, una madre che si sente invitata a visitare ed aiutare sua cugina Elisabetta. Questi sono modelli del camilliano che visita il malato. Maria Immacolata è una Madre piena di amore, che si vede, si sente e si tocca, dimensioni tanto importanti per la sensibilità latinoamericana. In Cile non esiste quell'amore freddo, inespressivo e introverso di alcune culture razionaliste. Maria si fa sentire con calore umano e vicinanza affettiva, si ascolta nell'amore delle sue parole, nell'amore dei suoi gesti e atteggiamenti di fronte al Vangelo; manifesta la sua tenerezza incommensurabile nelle immagini, statue e quadri che la rappresentano. Questa vicinanza di Maria con il popolo del Cile le permette chiederle e ottenere con "**cariño y respeto**" (affetto e rispetto) che i cileni camminino verso l'immagine di suo Figlio e diano un servizio d'amore a colui che soffre. Questo è l'amore camilliano appreso da Maria.

CAPITOLO 7

PRIMA COMUNITÀ CAMILLIANA

Qual è la caratteristica di una comunità camilliana oggi in Cile? Dove si trova lo specifico camilliano rispetto ad altri gruppi di consacrati o ai sacerdoti diocesani?

La risposta la troviamo nel modello della prima comunità camilliana dei secoli 16 e 17. Essa si presenta prima nella teoria e poi nella pratica tenendo come priorità il malato, nel quale si serve Cristo. C'è da rinunciare a tutto per stare più liberi in questo servizio. In quanto tutto funziona intorno al malato. Ecco alcune osservazioni fatte in base al comportamento cileno dei religiosi camilliani.

1. Nelle omelie il sacerdote camilliano parla di carità per colui che soffre e della salvezza vera di Dio per colui che sta passando per un periodo di crisi.
2. C'è una totale disponibilità verso gli infermi, come il rispondere al cellulare a chiamate che vengono dall'ospedale, accorrere presso persone moribonde e malati che stanno in casa. Non sono come il "**padre Gatica que predica y no practica**", ma loro "*predicano e praticano*" al visitare coloro che soffrono, senza meschinità, non come "**Capitán Araya que embarca a todos y se queda en la playa**" (Capitano Araya che imbarca tutti e lui resta sulla spiaggia).
3. C'è una differenza nell'abito proprio, con la croce rossa che i camilliani vestono. Anche c'è nella dinamica di muoversi in funzione di tutto quello che significa la sofferenza, i camilliani sono sensibili nel creare la salute spirituale e personale. Cercano di sensibilizzare tutta la nazione cilena, intorno ai malati, agli infermi terminali e moribondi, che sono la pilla di Dio.
4. La povertà si nota nel vivere in un quartiere socioeconomicamente basso, nella municipalità di San Bernardo. Si lavora e condivide con tutti, senza distinzioni di nessun tipo. Tutto questo, per attrarre a Dio tutte le persone di buona volontà.

Il tema della povertà ha caratteristiche proprie in Cile. Per tradizione, i cileni poveri perdono tempo "**sacando la vuelta**" (girando a vuoto), non hanno vocazioni alla vita consacrata e sacerdotale, non vanno molto a Messa, non si confessano, frequentemente si vede negli uomini poveri l'abuso di alcool,

la "**rayuela corta**" (alzare il gomito), non arrivano alla università e i problemi si moltiplicano; si dice "**en casa del pobre la alegría dura poco**". Però attualmente le possibilità di studio nella scuola superiore stanno aumentando, esiste la prima generazione di giovani universitari che proviene dalle classi medio-basse e basse, raggiungendo un 70% della popolazione totale universitaria. In Cile c'è un detto: "*un ricco ha nella sua famiglia un sacerdote per difenderlo da Dio, un avvocato per difenderlo dagli uomini e un militare per difenderlo dai nemici*". Nella pratica, questo è un uomo protetto, sicuro, che può soddisfare i suoi bisogni più anelati, inclusi quelli spirituali. Al contrario, il povero non ha nessuno che lo difende, vive con la paura e l'insicurezza, il che aggrava i suoi numerosi problemi, le sue carenze materiali e spirituali. La presenza camilliana in questo ambito è preziosa e particolare.

5. Altra innovazione della comunità camilliana nel paese è il servizio costante. Ci sono molti esempi che mostrano come si interrompe una promozione sociale e un'evangelizzazione. Basta generare conflitti, lotte, offese che dolgono, "**leseando**" (burlandosi) "**tomando por el tandeo**" (prendendo per i fondelli) a colui che entra in un gruppo di umanizzazione sanitaria o evangelizzazione del mondo della salute, "**cállate tonto**" (fai silenzio), la routine, i problemi economici, le ironie "**le falta sólo la sotana**", "**va a ser monja**" o "**está chiflada con la iglesia**". Nonostante questo, il membro della FCL fa "**al mal tiempo buena cara**" (buon viso a cattivo gioco), ha chiaro il suo obiettivo di servizio e sa per chi lo sta facendo, sa che questa è la sua priorità e nessuno né niente può avvilarlo e allontanarlo dagli infermi sociali, mentali, spirituali e corporali. Può cambiare luogo d'apostolato, se non gli si permette di servire come lui vuole, con un servizio degno, umano, con grandezza cristiana; però mai abbandonerà il carisma, perché è vincolato a un quarto voto, di servizio, che è solenne.

Per ultimo, la priorità per gli infermi si nota nella specializzazione dei consacrati camilliani e nella formazione della FCL, per servire in modo perfetto i poveri degli ospedali e i moribondi nelle case. Dedicare tempo al resto (parrocchia, devozioni,...) non è il nostro impegno: "**en todo lado se cuecen hervas**" (dappertutto si cuociono fave) e toglierebbe tempo per lo specifico camilliano e non lo manifesterebbe, realizzando il detto "**en casa de herrero**,

cuchillo de palo" (nella casa del fabbro, il cucchiaino è di legno).

In sintesi, il volto della comunità camilliana oggi in Cile, è dare un servicio misericordioso al malato, un servizio forte, perseverante, carismático, specializzato; lottando per la giustizia sociale, denunciando e smascherando, per aiutare il fratello malato che non è assistito, o che è povero e senza voce.

CAPITOLO 8 LE FONTI DELLA SPIRITUALITÀ CAMILLIANA

È evidente che la prima fonte della spiritualità in San Camillo è Dio che, attraverso il proprio Spirito ed i suoi doni, lo rese particolare e diverso.

Però, teologicamente e storicamente, si devono mettere in conto le mediazioni esterne che aiutarono Camillo a scoprire la sua spiritualità, soprattutto Fray Luis de Granada, domenicano spagnolo, teologo e predicatore. San Camillo amava i libri ascetici, specialmente quelli che trattavano di carità al prossimo. Fray Luis parla e tratta dei poveri in generale e non tanto degli infermi, però il genio di Camillo consisterà nell'applicare agli infermi i concetti del Granada, applicandoli all'esperienza dell'ospedale grazie al suo spirito pratico e mistico. Fu così che la sua spiritualità brillò con una nuova luce.

- Fray Luis diceva: “*facendo il bene al prossimo, si fa il bene a Cristo*”, “*Non dobbiamo essere avari né egoisti con i poveri*”.
- Camillo diceva: “*Felici se sarete accompagnati al tribunale di Dio da una lacrima, da un sospiro di questi poverelli infermi*”.
- Fray Luis: “*Ah, se gli uomini pensassimo di più nel valore e nella grandezza della misericordia, non per mettersi in mostra ma perché vogliamo cercare i poveri tirandoli fuori dalla terra*”.
- Camillo: “*Se non incontrassimo i malati nel mondo, dovremmo andare a cercarli scavando sotto le pietre, per fargli il bene e usargli misericordia*”.
- Fray Luis: “*Le opere di carità e misericordia non solo devono lasciare l'alimento corporale, ma anche lo spirituale, per soccorrere le necessità dei poveri*”.
- Camillo: “*Dovete lasciare perfino la Messa e la Comunione per servire i malati*”, “*Non si prenda mai la assistenza spirituale senza la corporale e viceversa*”, secondo il detto: “***amor con hambre no dura***” (amore con fame non dura).

- Fray Luis: “*La carità ha il potere di liberarci dai peccati, perché i poveri sono medici delle nostre ferite e le loro mani, i rimedi*”.
- Camillo arrivava a inginocchiarsi davanti i malati per confessare i suoi peccati, considerandoli come suoi veri intercessori davanti il trono di Dio.
- Fray Luis non solo parla di carità, ma anche della sua devozione al crocifisso e della passione e morte di Gesù, elementi che sono direttamente relazionati con la carità.
- Camillo li usò come testi di meditazione per conoscere la natura di Dio.

I pensieri, opere, concetti di Fray Luis Granada, furono un complemento per Camillo per approfondire la sua spiritualità, però attingendo soprattutto da quello che gli diceva lo Spirito. Quest'ultimo permise a Camillo di trasformare una teoria teologica in azione pastorale.

Il Cile ha una virtù culturale che è la “apertura mentale” a quello che è buono e utile; dallo straniero sa ricevere elementi nuovi integrandoli nella sua cultura latina; non si tratta di “copiare”, “imitare” come alcuni dicono, ma di accogliere il diverso che arricchisce. Così a Valparaíso arrivavano tutte le novità dall’Europa e il Cile le accoglieva volentieri personalizzandole. Come Camillo accolse il pensiero di Fray Luis, così la cultura cilena di oggi accoglie la spiritualità di San Camillo (scuola di salute, scuola di carità e relazione di aiuto), in università, nel mondo della pastorale; si accoglie il pensiero della salute biografica, della salute umanizzata integrale, interdisciplinaria, relazionale che altre nazioni, meno aperte, non hanno saputo valorizzare.

PARTE II LA SPIRITUALITÀ CAMILLIANA OGGI

CAPITOLO 1 SEQUELA ATTUALE DEL CRISTO MISERICORDIOSO

Seguire Cristo misericordioso come camilliano, non è frutto di un metodo, di una tecnica spirituale, di una preghiera specializzata o della lettura di un libro, come questo che stiamo analizzando. È la conseguenza del ricevere ed accogliere un carisma: quello dello Spirito che si appropria della persona e le da la possibilità di avere un’esperienza divina,

che genera in lei una nuova vita. Il carisma camilliano, riporta allo Spirito di Cristo come sua origine. Se si parte dallo Spirito (per noi camilliani, Spirito di misericordia), l'effetto sarà quello che caratterizzò a San Camillo, avere una fede operativa, viva e credibile nella bontà e nella speranza.

Vivere il carisma camilliano dall'interno è fondamentale, in quanto solo così potremo esercitare un servizio che va più in là del materiale. Tuttavia, si tende a boicottare la persona che segue un carisma, incluso con scherzi da parte degli amici o della stessa famiglia: "*El perro del hortelano no come, ni deja comer al amo*" (il cane dell'ortolano non mangia, nè lascia mangiare al padrone, è inquieto, non sta tranquillo e non lascia tranquilli agli altri). Solo chi sta motivato dallo Spirito potrà seguire, senza nessun dubbio, il Cristo misericordioso.

Che cos'è la misericordia per i camilliani?

1. È un impegno-essere, il principale del nostro progetto vitale: credere nell'amore di Dio.
2. È ciò che più ci avvicina all'immagine e somiglianza di Dio-Madre; così San Camillo ha servito e si è avvicinato al prossimo.
3. È assistere qualcuno quando te lo chiede, senza dubitare di aiutarlo. La misericordia non può avere espressioni come: "non ho niente da darti", "non mi disturbare", "per te ho solo un minuto", "vado di fretta, sbrigati", "ho cose molto più importanti da fare che ascoltarti", "**no estoy ni ahí contigo**" (non me ne frega niente di te) "**para mí tú eres sólo un dolor de cabeza**".

Non può esistere un rifiuto secco, la misericordia invece esige uno sguardo di amore e di pace, un dare con rispetto l'affetto, un pensare al riconoscimento che devo a un "Dio che mi ha dato e mi da tanto...". Vivendo così, si potrà accogliere il malato e il povero per aiutarlo, per ascoltarlo, discernendo con intelligenza la risposta che si gli darà, non può essere un sì o un no a caso. È la misericordia che fa discernere con intelligenza se dire sì o no o sì fino a quando? Cercando sempre il bene del malato.

C'è bisogno di misericordia quando il centro è il povero infermo; prima deve stare bene lui e poi io. Quando il Camilliano segue Cristo misericordioso, si trasforma: *teologicamente* in Cristo che vive in lui, e *moralmente* vive gli stessi sentimenti di Cristo, vive il bene, la salute dell'essere e la offre a tutti. In Cile i gesti di affetto sono importanti, il sorriso, l'abbraccio, l'immancabile bacio, l'intavolare un dialogo amabile, cercare di far sentire a qualcuno come fos-

se in famiglia, l'ospitalità squisita; tutto questo è far presente la misericordia.

Tutto ciò si incontra soprannaturalmente nell'Eucaristia, mezzo privilegiato per seguire Cristo e la sua misericordia, instruendo i nostri occhi, mani e orecchie per adorare il suo corpo.

CAPITOLO 2

SPIRITALITÀ CAMILLIANA E TEOLOGIA DELLA SOFFERENZA

Questo capitolo ci insegna a vedere il ruolo del dolore nella vita personale, in quanto senza di esso la vita diventerebbe superficiale e schiava dell'egoismo; "**a cualquier dolor, paciencia es lo mejor**" (di fronte a qualunque dolore, meglio avere pazienza), dicono i cileni, però solo quando il dolore è illuminato dai significati evangelici, la persona si purifica in profondità, viaggia al suo interiore, si apre al contatto con gli altri, ha forza per guardarlo come un mistero e trasformarlo in amore, nell'amore misericordioso di Dio. Ogni volta che l'amore generoso penetra nella nostra interiorità spariscono le paure ed appare una vibrazione ed una nuova forza nella malattia, la sofferenza e la morte. San Camillo è un esempio di tutto questo, in quanto il suo fine, mezzo, origine, era l'amore.

Nella cultura cilena, ci sono esempi di grande coraggio umano di fronte alla sofferenza e alla morte. Frasi come "**hasta aquí no más llegué**" (fino a qui sono arrivato, non di più), quando sentono che la morte si avvicina; "**aquí estamos**" (stiamo qui), "**no nos queda otra**" (non si può fare altrimenti), "**hay que aguantar no más**" (non si può far altro che sopportare), quando sanno che non si può fare niente più con i mezzi naturali e il soggetto deve sopportare con rassegnazione la malattia. La religiosità cilena si aggrappa ai voti "**a cada santo le llega su día**" (ad ogni santo arriva il suo giorno), "**pídele a San Expedito que te responde rápido**" (chiediglielo a San Espedito che ti risponde rapido). Nelle frequenti conversioni a Dio nei momenti di sofferenza: "**así lo quiere Dios**" (così lo vuole Dio), "**esto es castigo divino**", "**él manda**" (lui comanda), si evidenzia un'immagine di Dio che non è di misericordia e speranza. Invece il Dio di Gesù Cristo vuole darci salute e salvezza, vuole aiutarci a illuminare questo momento ed accompagnarci con il balsamo della pietà, insieme a Maria Madre. Quello che in altre culture potrebbe sembrare religiosità infantile e superstiziosa, qui in Cile è, spesso, fede

forte, fede che sana e salva; per questo più frequentemente che in altre nazioni si vedono in Cile grazie ricevute, presunti miracoli di guarigione che fanno pensare alla frase di Gesù: “*va’ in pace, la tua fede ti ha salvato*”.

La teologia serve, pertanto, in Cile, per cambiare l’immagine di Dio, un Dio che spera un figlio prodigo con pazienza infinita. Non chiedergli più: “*perché a me?*” “*fino a quando?*”. Non sentirsi più abbandonato e senza speranza: “**estoy desausiado, paute laucha**” (sono sfinito, con le zampe all’insù, come il topolino morto) “**esta vez quedó la escoba**” (questa volta è un macello).

Vedere, invece Dio, come qualcuno presente nel dolore, come colui che si trasforma in un compagno di viaggio “**Dios dice: ayúdate que yo te ayudare**” (aiutati che Dio ti aiuta). È un Dio che non spiega il dolore, né lo risolve, non avvisa sul momento della morte, solo rivela che Lui, di fronte a tutti i dolori, ha un senso di vita in abbondanza, un frutto di vita eterna. Per questo l’invito della teologia è: “*abbi fede e Dio provvederà*”, come disse Abramo a suo figlio.

Di fronte allo squilibrio dell’uomo che soffre in Cile come in qualunque altro luogo della terra, di fronte alle sensazioni di abbandono di solitudine, di ribellione, la risposta finale è: “la nuova ed eterna alleanza” (la comunione con la morte e resurrezione di Gesù), ottenuta con l’Eucaristia. Solo nel sacramento, Gesù intavola un’alleanza con chi soffre e gli offre la sua stessa speranza, maturazione, forza e fede. Il dolore, luogo oscuro che non si sopporta e opprime, Cristo lo trasforma in un luogo di pace, di apprendimento, maturità umana e spirituale. Come Gran Famiglia Camilliana in Cile non possiamo rimanere addormentati come i discepoli nel Getsemani, dobbiamo stare al fianco di Gesù che soffre la sua passione, dobbiamo aiutare con compassione, un Dio “**todopoderoso en el amor**” (onnipotente nell’amore).

CAPITOLO 3

SPIRITALITÀ CAMILLIANA

E TEOLOGIA DELLA VITA CONSACRATA:

L’INCONTRO CON IL MALATO

La spiritualità camilliana ci presenta un tipo distinto di *incontro* con colui che soffre: incontrare il malato con l’amore di Dio. In forma divinamente umana, San Camillo imparò a incontrare il Cristo sofferente nel malato e formò una scuola di carità, di spiritualità e di santificazione per insegnare e

comprendere questo tipo di incontro spirituale e corporale.

I camilliani seguono imparando, in questa scuola, dagli stessi malati e mostrando le 100 braccia di aiuto. L’incontro si impara gradualmente, nel silenzio della preghiera e della meditazione; nella mistica dell’amore e nella visita all’infermo. La presenza e la devozione a Maria SS. Maestra è fondamentale per apprendere a vivere questo incontro; Maria come Immacolata (collaboratrice della redenzione), come Madre dolorosa (che sa sul dolore umano), come Regina dei Ministri degli Infermi (che protegge e aiuta ad incontrare il malato in Cristo).

Tutti questi concetti, la Gran Famiglia Camilliana in Cile può praticarli nel visitare gli infermi di un ospedale, dove si crea un ambiente sereno, di relazione umana sicura e gioiosa, dove si riempie lo spazio di preghiera, dove è presente Dio. Al malato si dà tempo e libertà per raccontare le sue storie, le sue pene; in questi ricordi affiorano le lacrime, la tristezza si trasforma in parole, si arriva al fondo dello spirito che vive la crisi. Infine, si preparano gli infermi per la confessione o la comunione, l’unzione, la venuta del **padrecito**. L’incontro è arrivato al suo fine, un incontro con Cristo medico, con Cristo Salvatore che sana e salva.

CAPITOLO 4

LA SPIRITALITÀ CAMILLIANA

E IL MINISTERO

L’integrazione tra azione (con gli infermi) e preghiera contemplativa, la realizzo come laico/a camilliano/a quando:

1. Sto impregnato di solidarietà, dello spirito di servizio. Mi immergo lentamente nella tranquillità dello spirito, la pratico, domandandomi: “*perché lo faccio?*”, “*che mi motiva a servire?*”, e mi rispondo: “*lo faccio perché voglio servire*”, “*perché voglio essere spirituale*”, o “*lo faccio per Dio*”. È lui e il suo spirito che ci porta a servire. “Va’ dove ti porta il Padre” che ti riempie della sua compassione e spiritualità.
2. Abbraccio il malato come persona immagine di Dio. Non posso vederlo superficialmente come un essere imperfetto, solo come un peccatore o solo per osservare le sue caratteristiche fisiche e psicologiche, non posso giudicarlo perché “**me cae bien o mal**” (mi è simpatico o antipatico), non posso stigmatiz-

- zarlo per pregiudizi. Sì, devo vederlo spiritualmente in Dio, accoglierlo e accettarlo senza condizioni. Attraverso il mio servizio al malato, vivo in Dio, mi sento parte di Dio.
3. Sono vulnerabile, in quanto una frase malintenzionata o una difficoltà, può far crollare il mio lavoro di preghiera e di incontro con il malato; questo significa "**mucho ruido y pocas nueces**" (molto rumore e poche noci, in Italia: tanto fumo e poco arrosto). Per questo avvicino a me San Camillo e imito il suo stile di donazione, come "**la gallina que se da a sus pollitos**" (la gallina che si dà per i suoi pulcini).
 - a. Mi dimentico del superficiale perché mi allontana dal mio fine.
 - b. Mi rendo conto che mi irritano i funzionari della salute che non rispettano i malati e producono ingiustizie e li smaschero.
 - c. Prendo come modello Gesù misericordioso, il divino Samaritano; mi dono e prendo la croce, mi dispongo ad apprendere dal donarsi camilliano. Il difficile è lasciare quello che siamo. Per questo, è importante l'ascesi: arrivare ad essere virtuosi. Rinunciare a se stessi e a tutte le cose che ci sembrano importanti, rendendosi conto che dalla povertà nasce la carità e il servizio, perché: "**en la necesidad se conoce la amistad**" (nel bisogno si riconosce la vera amicizia).
 4. Sono presente con il malato, mi trasformo in un ponte tra lui e Dio. Quando lui soffre, sente che lo aiuto ad avvicinarsi a Dio ed io stesso mi trasformo in preghiera.
 5. Vivo la purezza, la vita autentica, in quanto la autentica contemplazione porta all'azione; la autentica azione porta alla contemplazione. L'autenticità è il frutto di una ricerca fondata sulla lettura della Parola di Dio, nella vita sacramentale, nella vita spirituale, nella comunione ecclesiale e nella sua obbedienza. La purezza salva e sana, la disonestà ammala e uccide.

CAPITOLO 5

SPIRITALITÀ CAMILLIANA E PASTORALE

Nella persona e vita di San Camillo, possiamo comprovare il suo modo di essere e la sua maniera di agire con il malato. Camillo seguendo l'esempio

di Cristo servì i malati e insegnò agli altri il modo di farlo; con i suoi esempi e ferventi suppliche insegnò ad osservare, riflettere e praticare questo servizio creativamente e soprannaturalmente.

Al dire con San Camillo: "*servire gli infermi con la stessa tenerezza di una madre*", incontriamo l'immagine amorosa della Vergine Maria. Essa ci da una proposta di umanità, di compassione, di prossimità, di attenzione e tenerezza. Il calore umano è chiave per entrare nel cuore delle persone che soffrono. È portare all'azione lo spirito del Buon Samaritano, che è amore presente, segno di speranza, è l'incontro con l'uomo malato nella sua globalità, nel corpo e anima, nei suoi problemi esistenziali, è onorare la dignità umana, è ricevere la missione salvatrice dei malati, evangelizzatori dei sani.

San Camillo, "guaritore ferito", è un vero modello per i cileni. Egli attraversò cammini difficili di dolore, di angoscia e sofferenza, egli ci anima ad essere più concreti nella carità, a superarci nello spirito, per non cadere nell'inefficacia e restare solo nelle buone intenzioni e propositi, perché "*di buone intenzioni è lastricata la via che va all'inferno*" o come si dice in Cile: "**otra cosa es con la guitarra**" (quando c'è la chitarra è tutta un'altra cosa).

Lo spirito del buon Samaritano che abbiamo ricevuto nella nostra formazione camilliana, si trasforma in azione, c'ispira, umanizza e sensibilizza. Così la spiritualità camilliana raggiungerà il suo obiettivo: "*essere nuova scuola di carità e salute nel mondo dove si soffre e muore*".

CAPITOLO 6

VERSO I POVERI E IL TERZO MONDO

La Chiesa afferma che la missione di predicare il Vangelo, nei nostri giorni, esige un reale impegno, non tanto solo di parola, ma di cuore e di opere, come si dice in Cile: "**sacarse la mugre**" (togliersi lo sporco, sforzarsi). Noi, come FCL, abbiamo il dovere di considerare i bisogni ed aiutare i più poveri dei poveri, i più emarginati del mondo che nessuno vuole aiutare, come gli alcolizzati e le prostitute, i malati in fase terminale, le vittime della droga e delle nuove malattie, gli anziani, i disabili, gli indigeni e i mendicanti. Il nostro impegno è portare una parola di sollievo e speranza a chi soffre. Con un semplice sorriso gli si dà un'identità ed è come se gli si dicesse: "*Gesù, sto con te e non ti abbandonerò*". Non possiamo "**pasar a llevar**" (scalvalcare) a un povero sapendo che Gesù sta con lui.

In Cile, nonostante il rapido progresso economico, sanitario, politico, tecnologico, ancora è presente una forte ingiustizia distributiva di beni con relativi problemi sociali. Chiara dimostrazione di questo è che nessuno fece caso alla Chiesa cilena quando nel 2009 un Vescovo parlò di “salario etico”. Continua molta “povertà mascherata”, coperta dietro cifre statistiche e, le classi sociali alte e basse seguono separate, in conflitto e senza possibilità di interagire per risolvere un problema che è semplicemente di “distribuzione”. In questo contesto socioculturale molta risonanza potrebbe avere l'applicazione dello slogan dell'ultimo Capitolo Generale dei camilliani “Giustizia e Salute” (2007).

CAPITOLO 7 **DIMENSIONE MISSIONARIA** **DELLA SPIRITUALITÀ CAMILLIANA**

Il camilliano sa essere missionario da tutte le parti, sa trascendere i paesi, le culture, per entrare nella condizione di tutti gli uomini, specialmente delle persone malate. Il camilliano è chiamato a servirle, al di sopra di frontiere, razze o manifestazioni religiose. Secondo San Camillo l'uomo malato si converte nel nostro signore e padrone e, di conseguenza, è il suo stato di malato e i suoi bisogni quelli che ci parlano, più che le differenze culturali. Se c'è un serio problema di salute in un paese, sorge una chiamata urgente, non possiamo negarci a soccorrere quella “terra di missione”. Se la comunità camilliana è per il mondo della salute, lo sarà anche per il mondo della missione.

Gli aspetti fondamentali della spiritualità camilliana sono sintetizzati nell'articolo 13 della costituzione: “l'esperienza personale di Cristo, la sua presenza nel servizio dato all'infermo e la sua presenza nei malati. Questi aspetti suppongono un serio e costante impegno con la vita religiosa, cioè, una vita totalmente donata a Cristo casto, povero, obbediente, orante e missionario”.

Il missionario camilliano è il fratello universale, che porta con sè lo spirito della Chiesa, la sua apertura ed attenzione a tutti i popoli e uomini, specialmente ai più piccoli e poveri. È segno dell'amore di Dio al mondo, è amore senza discriminazione né preferenze.

Cile ha ricevuto questo spirito missionario camilliano da 6 anni, apprezzandolo, evidenziando elementi nuovi per la cultura cilena. La sfida è trasmettere ai cileni lo stesso spirito missionario, motivarli

ad essere evangelizzatori “discepoli e missionari” nella propria famiglia, nella propria terra come ha esortato “Aparecida” nel 2007. I religiosi camilliani stanno oggi in 41 nazioni, segno di vitalità e ascolto dello spirito missionario. Cile sarà degno di questo spirito se saprà non solo aprirsi al suo insegnamento di carità, ma anche lanciarsi a contagiare altri con essa.

CAPITOLO 8 **PREGARE COME CAMILLIANI**

La spiritualità e la preghiera sono inseparabili. All'unificarsi, si prega come Cristo misericordioso. La spiritualità è servizio a Dio, una forma di vita che accentua la nostra fede, ci spinge a seguire il cammino di Gesù. I laici della FCL, devono pregare seguendo l'esempio di San Camillo, sempre ponendo Dio nel centro. Come camilliani preghiamo con una preghiera cristiana di tenerezza e compassione. La FCL deve seguire questo cammino, tener presente che serviamo gli infermi nella persona di Gesù.

Un buon esercizio di preghiera è intavolare un dialogo tra la mia persona e la persona di Dio presente nel malato: *“tutti ci purifichiamo davanti al malato”*. San Camillo prega servendo e assistendo i malati. La FCL deve scoprire quello che significa ciascuno di loro. Cristo ci perdonà, nascendo di nuovo nell'Eucarestia. Camillo vede Maria come un modello di salvezza... saremo capaci, i laici, di servire Dio come Camillo e come lo servono i religiosi camilliani? Impariamo ad ascoltare i nostri fratelli malati, che ci parlano attraverso Dio. La FCL non deve dimenticare che Cristo è il centro di tutto. Il cristiano prega dando un senso alla vita, il camilliano incontra questo senso glorificando Dio in ciascun malato. Riceviamoli come Cristo che soffre.

Per i laici, l'apprendere a “preghere come camilliani” è un apprendimento meraviglioso e che implica sforzo, poiché significa partecipare all'immensa ricchezza della solidarietà e della saggezza “salutare” che il Signore ha regalato alla Chiesa.

Il miglior consiglio per un pregare camilliano, lo incontriamo nel testo, quando dice: una parte importante del ministero camilliano è promuovere, nella comunità cristiana, la *dimensione guaritrice della liturgia*, l'importanza di una *catechesi adeguata a chi soffre e l'attenzione preferenziale agli infermi e anziani*.

“Pregare con la vita”, significa che la preghiera deve essere profonda, deve arrivare al centro del

mio essere, la preghiera non può separarsi dall'esistenza. Significa che pregare è un evento che non ha senso se la separo da me. C'è bisogno di pregare dalla vita, nella vita e con la vita. Allora, che cosa è pregare? È apprendere a accogliersi. È un tutto senza staccare la vita dalla preghiera.

Se noi preghiamo con il nostro corpo, ascoltiamo i nostri battiti, la nostra mente, ringraziamo per quello che abbiamo, per quello che riceviamo nei nostri dolori o sofferenze, apprendiamo a diventare più sensibili di fronte alle situazioni di un malato... sia nel suo corpo come nella sua anima, stiamo glorificando Dio nel corpo di quel malato. Concludendo, il laico della FCL, deve pregare molto, apprendere a pregare come Cristo misericordioso, cioè:

1. Sentirsi accompagnato nell'orazione dalla figura di Maria, Madre di amore e solidarietà, tanto presente e importante in Cile.
2. Fare del sacramento dell'eucaristia, possibilmente, il nostro alimento quotidiano.
3. Apprendere a guarire le nostre ferite, per servire e guarire le ferite di quelli che soffrono, come una madre affettuosa serve suo figlio.
4. Essere un Cristo di amore infinito per il malato e riceverlo come a un Cristo sofferente.
5. Porre a Cristo nel centro della nostra vita, pregare con il nostro corpo, dando sempre grazie a Dio. Lasciar entrare lo Spirito Santo in noi, per effettuare il nostro compito con amore.
6. Leggere sempre "Il Buon Samaritano".
7. Aiutare i presunti Samaritani che non testimoniano amore, essendo freddi funzionari della salute. Evidenziare quello che dice il testo: "*il servizio della salute ha bisogno di uomini e donne che estraggano vita, forza e saggezza dalla orazione*".

CAPITOLO 9

SPIRITALITÀ CAMILLIANA E FORMAZIONE

È impossibile compiere un lavoro di volontariato sanitario della FCL, senza formazione. Questa serve in Cile per:

1. Apprendere ad accompagnare chi soffre. In latinoamerica le emozioni sono forti e le domande complesse, soprattutto nel cercare il senso della sua sofferenza.

2. Pregare e creare un clima interiore adatto a visitare, accompagnare infermi e moribondi.
3. Difendere la propria fede cattolica da agnostici, atei, e soprattutto dalle numerose sette che sono apparse in Cile in questi ultimi 30 anni.
4. Acquistare lo stile di San Camillo: madre, seruo diligente, eroe della carità, persona capace di dare consolazione e speranza, quando queste mancano.
5. Vedere il volto di Cristo nel malato ed emozionarsi, sapendo che ogni incontro è un incontro con Dio.
6. Pulire difetti e incorporare le virtù ed atteggiamenti corretti del volontario.
7. Sentirsi, come laico/a, sempre più collaboratore dei religiosi/e e costruire insieme la missione di dare amore a tutti i malati che si incontrano.

CONCLUSIONE

(P. Pietro Maglizzoli m.i.)

La spiritualità religiosa (o la religiosità spirituale) definita come *l'essenza relazionale dinamica della persona* con Dio non esiste in forma astratta, ma prende "forma", "colore", "dimensione e importanza" a seconda della personalità, delle scelte del soggetto, delle grazie ricevute e della cultura. In questo articolo abbiamo visto l'effetto della prospettiva della cultura cilena nell'apprezzare il carisma e la spiritualità camilliana: in sintesi, si è presentata l'offerta in Cile, da parte dei camilliani (religiosi e laici), della salute/salvezza in teoria e in pratica.

Scrive L.J. Luzbetak, uno dei più famosi esperti in missiologia, che dove il missionario si è integrato con l'antropologo culturale sono riuscite le migliori e più soddisfacenti esperienze missionarie, di evangelizzazione e promozione umana. Come camilliani questo studio spiritual-culturale ci aiuterà ad ubbidire meglio in Cile al comando di Gesù ai 12 di evangelizzare, guarire le malattie e guarire i malati (Lc 9,1-2), in sintesi, costruire il Regno, e concludo come nel primo articolo con San Camillo: *è tanto bello stare alla presenza del malato con questo nuovo e profondo senso camilliano "che non cambierà questo stato di vita con nessun altro al mondo"*.

Camillian Spirituality in a Chilean Key

with typical sayings

On the Tenth Anniversary of the Publication of the Work A. BRUSCO and F. ALVAREZ,
Spiritualità camilliana, itinerari e prospettive (Ed. Camilliane, Turin 2001).

Edited by the **Lay Camillian Family of Chile** represented by Ingrid Toro, Verónica Mundaca, Sara Hurtado, Omar Zuñiga, Luisa Zuñiga, Rosa Silva, Sergio Gallardo, Onécima Silva, Mirta Cañon, as well as Anita Concha, Ruth Diaz, and the novice, Cristián Andrés Contreras. Summary and translation by Fr. Pietro Magliozi MI

INTRODUCTION (Fr. Pietro Magliozi MI)

When, in 2001, the first edition of the work on Camillian spirituality was published (after ten years of work by Fr. Brusco and Fr. Alvarez), I wrote a long article which was an ‘invitation to read’ it or a summary/review of this book. I ended that article with the hope that so much wealth of contents and expressions of Camillian spirituality could find opportunities and places to be implemented today and in various cultural and social contexts (at that time I taught and I was involved in the enculturation of faith).

Today, ten years after that first article, and after six years of mission in Chile, I myself gave expression to the hope wished for in that first article. I brought together the members of the Lay Camillian Family of Chile, I gave a chapter to each one to read and to acculturate in the context of Chile, and then we met on various occasions to share in our discoveries. I subsequently asked to be helped through the addition of local sayings (the spirit and the essence of a people) and what follows is what emerged.

This is a simple article, one without claims, which speaks about the vision of lay men and women who have known only three Camillian religious, and only for a few years, in a middle-low social context in a dormitory town of Santiago in Chile: San Bernardo (120,000 inhabitants). This is a general approach and nothing more. But it is a vivacious example of how our Camillian spirituali-

ty is enriched by receiving from a culture and how it enriches that culture; indeed, today more than ever before. In addition it is a spirituality that heals those who receive it (the sick) and those who practise it (health-care and pastoral workers). For this reason, I offer this work as an example for other Camillian missions and as a step forward towards a *healing Church*, and this during a period of sad contrary examples.

PART 1 THE SPIRITUAL ITINERARY OF ST. CAMILLUS

CHAPTER 1 A BIOGRAPHICAL PROFILE OF ST. CAMILLUS

The life of St. Camillus left behind it many teachings in Chile. We can see some similarities between the biography of this saint and the culture of Chile.

1563-1569. Camillus lost his mother and his father when he was still a teenager, and this led him to feel alone and disorientated, ‘como pollo en corral ajeno’ (like a chicken in a strange chicken run). To survive these two losses he held onto things that would later produce problems for him. How many young people in Chile suffer what Camillus suffered as a teenager! There are children of unmarried girls (three million), children that live amidst serious fam-

ily conflicts, with both parents who work twelve hours a day and never see each other; and teenagers who live in contexts of intra-family violence. Many young people feel on their own, disorientated, they grasp hold of the first person who offers them love, making, as Camillus did, many mistakes: '*farreando*' (living it up), '*a carrettar*' (at night time parties), thinking that they can '*pasarla bien*' (have a good time), '*a beber y a tragarse que el mundo se va a terminar*' (getting drunk because the world will finish).

1570. Camillus was twenty and a wound appeared on his right foot: this pain led him to discover his real pathway as a man chosen by God. For Chileans it often happens that pain leads to conversion to God, in line with the saying '*a cualquier dolor paciencia es lo mejor*' (faced with pain the best thing is to have patience), as in the case of a terminally-ill person within a family, or depression, or when there is a child who has problems, or when there are debts and unemployment. These are painful experiences which, if they are experienced by being accompanied, allow us to understand what we really need in life: 'to thank God, to remember God and to be in communion with Him'.

15 August 1582. Camillus was worried because he saw that sick people were alone, he cried out for them to be cared for, but nobody helped them. Camillus asked himself: 'how can I have a hundred arms to serve these sick people?' Fortunately, his 'obsession' regarding how to serve in a better way those who suffered allows us to have today a wonderful spirituality of service and love. How many Chilean sick people suffer in hospitals that have collapsed, hoping for speedy care! How many hospital patients do not have spiritual support or the salvific possibility of anointing because of a lack of volunteers and chaplains! How many sick people do not have enough money to buy medicinal products...! Today, the Great Camillian Family of Chile feels the same concern of Camillus and places itself in front of the crucifix so that it may point out to us the pathway of charity: '*haz el bien sin mirar a quien*' (do good without looking at those you are doing it to).

May 1584. Camillus received his priestly ordination. In June 1584 he was appointed chaplain of St. James' Hospital. In September 1584 he wore the black habit. On 8 March 1586 he wore a red cross on his habit and in 1591-2 the Religious Order of the Ministers of the Infirm was created.

How many sacrifices, how many obstacles and economic difficulties, how many internal and external enemies, how many religious who died through

contagion and others who withdrew because of an excess of work! But despite everything the 'little plant' was growing. The dream of Camillus' mother was coming true step by step with the joy of seeing a project of charity being created. And this is how the Lay Camillian Family (LCF) in Chile is creating its projects, gradually, '*despacito por la piedras*' (slowly because of a stony pathway), falling down, '*a golpes y porrazos aprendemos*' (through blows we learn), but getting up again because '*no hay mal que por bien no venga*' (every ill occurs for a good).

1607. At the age of fifty-seven, Camillus resigned his post as General and began an assessment of his life; he was born again, now as a man of the third age. Thus in Chile we learn from an elderly Camillus to observe the mistakes of our past, with clemency, and the mistakes of other people, with forgiveness; we see our lives as beings chosen by God to offer up the sufferings of old age for our neighbours, as Job said: 'God has given and God has taken away, may the name of the Lord always be praised'.

CHAPTER 2

THE CONVERSION OF ST. CAMILLUS

Camillus was enlightened on 2 February 1575 and was transformed into another man. From this new Camillus we can learn what conversion means. Here are some conversions that can be seen in Chile and which teach in the light of what Camillus learned on that 2 February.

1. 'I can feel strong and self-sufficient, I believe that I can control everything and everyone, and that I do not need anything, not even God', '*bien parado en la hilacha* (well attached to the thread of one's clothes in the sense that although a person is in conditions of physical, economic, health and social inferiority, he faces up to his antagonist all the same). But faced with a grave illness I can feel that I am faced with a '*parada de carro*' (sudden halt of a carriage), that I am 'another', and I realise that without God and faith I am nothing; I need the help of the other. Faith is like breathing.

2. Faced with a car accident, another grave accident, the excess of consumerism, I can grasp prayer and the Holy Rosary because '*cuando estamos mal que nos acordamos del caballero de allá arriba*' (it is when we are not well that we remember the gentleman above – God).

3. Faced with a painful illness, with constant complaints, a bad mood, swallowing pain-killers un-

ceasingly, I can experience a '*cambio de rumbo*' (change of direction) and move towards bearing this pain with patience, offering, tranquillity and faith, which without doubt help the spirit. We here see how conversion changes the centre of action of a person. It is no longer the 'I' but the 'you' who suffers, which allows me to help him and to practise a style of life of peace and service.

4. When observing Camilians at the service of the sick we feel in ourselves, as the LCF, the need to do this without excuses: 'it is cold, it is raining, I do not have any money to move, I do not want to, I have visits', that is to say '*arreglarse los bigotes*' (trim your moustache in the sense of looking to make yourself useful and then address everything else). We look after the sick readily and willingly, feeling that this is a privilege and a great joy. We convert it into necessity and a joy, as our Chilean saint, St. Alberto Hurlado, says: '*contento Señor contento... dando hasta que duela*' (living until it hurts). And doing this by '*poniéndose las pilas*' (putting batteries in oneself, giving oneself energy).

5. Faced with an illness we learn to understand that Holy Mass is an opportunity and a sign in which God calls us to abandon negativism and opt for the supernatural, feeling that it is necessary.

According to the saying '*el amor mueve montañas*' (love moves mountains), the great Camillian Family, with its examples of love, has created a school of conversion for the Chilean Church: it invites people to share with the sick and help the poorest, to be company during mourning, to encourage people to take part in the month of Mary, to go to Holy Mass frequently (and not only on important anniversaries), to pray at work or in the family, and also to know how to defend with serenity and conviction, being there '*al pie del cañon*' (at the foot of the canon, upright and solid, in victory as in defeat), faced with the assault of many on the faith and a life of piety and charity.

CHAPTER 3 THE FOUNDER

Camillus converted himself into the founder of a religious Order almost without realising the fact. He only wanted the sick to be cared for as best as possible, seeing and serving in them Christ himself. This ideal, which was given to him by the Holy Spirit, was like a small mustard seed which was converted into a large tree which, with humility and tenderness, he continued to call a 'little plant'. At-

tentive to the enlightenment of the Spirit and implementing one inspiration after another, he looked for helpers and after overcoming many difficulties, '*a Dios orando y con el mazo dando*' (praying to God and beating with a club, that is to say with prayer and work), he converted into being the founder of the Order, and never left it. This was the work of the crucified Christ.

In Chile it is not easy to find something that stands the test of time. Initial enthusiasm is followed by a lack of constancy, internal conflicts, and a lack of those supernatural motivations which make an association grow. Such was also the case with the LCF in Chile. At the outset various people left, '*los que somos, somos los demás palomo*' (those who are here are here, and the others do not matter), and those of us who stayed deepened our membership and our commitment. *Motivation* was the most important fact in remaining within the LCF: 'here I encounter Christ and learn to love him in the deepest form of the sick person'. Chile is not a country that has many charitable foundations for the sick, apart from *Hogar de Cristo* (for the poor), *las Rosas* (for the sick), and *Maria Ayuda* (for young girls at risk in a social sense). For this reason, Chile has a great deal to learn from founders such as Camillus.

St. Camillus was prepared by God to be a founder through five conversions: '*Cuando Dios quiere dar a la casa manda a dejar*' (when God wants to give to a house, He sends out so that something may be left, that is to say He sends an emissary, He shows His Providence).

First conversion: Camillus converted to God as mercy (love that forgives). This was his first real experience with the Father.

Second conversion: after meeting God he met man, the living image of the living God. The sick person was the Lord, who told him what he must do, in line with the saying '*amor con amor se paga*' (love is paid with love).

Third conversion: Camillus learnt to respect the pathway and the freedom of others; he no longer forced the administrators of the hospital to serve the sick, because this was not an obligatory duty – such a duty was wanting and loving. He called together a group of good men who, open to the Spirit, he invited to work with diligence and charity: '*a quien madruga, Dios lo ayuda* (God helps those who wake up early).

Fourth conversion: Camillus learnt to follow the projects of God, accepting his cross and living in peace in the face of tribulation. This was because

many problems arose, they wanted to ‘*chantar la moto*’ (brake his engine sharply), and to obstruct the project of his Foundation. Christ then made him understand three things: this was the work of the living Christ and not his work, that he should go forward fearlessly, and that Christ was always at his side. Thus Camillus purified himself ‘*Harneándose*’ (clearing himself, purifying himself, separating the good from the bad) and went on until he died.

Fifth conversion: Camillus felt the need to study because he also had to care for educated sick people. He thought that if the Camillians did not receive an education they would not be able to deal with the needs of educated sick people.

In Chile *conversions* can be seen at any moment. A person because of a traumatic event in his existence turns to God: he believes in Him, he loves Him, he follows Him and he serves Him. We may think of how many conversions can be observed in Chile in prisons and in hospitals. Many of us in the LCF have gone through suffering and this makes us *wounded healers*; we have suffered and thus we have learnt to accompany those who suffer.

Camillus, on feeling accepted by God, on feeling His mercy, on understanding that he had been chosen personally, and this despite the fact that he was an ignorant man, a sinner, as he himself defined himself, had the ability to accept himself as he was and to accept others with humility. God loved him with all his weakness and transformed him into the founder of a Order that was characterised by its readiness to help, its charity, its limitless love for neighbour; from the outside others saw in this Order ‘*harta pega*’ (a great deal of work), ‘*sacarse la mugre*’ (a great deal of effort), ‘*estar chiflado por la caridad*’ (a focus on charity), but for the Camillian this style of life is ‘*bacàn*’, ‘*achiuntarse a la vida*’ (good, spot on in life, doing the right thing). And one can see this reflected in the fourth vow of this religious Order which involves even accepting one’s own death, if this is necessary, for the welfare of the sick.

With us as well, we Chileans, God does not rebuke us for the limitations linked to culture; He accepts us with our defects and virtues, with our capacities and vulnerabilities, so that we can look inwards and listen to the invitation that God extends to us to join ourselves to the great mission of Camillus. We are all called to holiness. As the LCF, our vocation is to be builders of great works of charity, winning the prize ‘*dándole el palo al gato*’ (beating the cat, in the sense of discovering something good).

CHAPTER 4

THE CRUCIFIX AND ST. CAMILLUS

Since Camillus addressed very many obstacles in his life, he was especially close to the crucifix. His family was very devout as regards the crucifix and he himself had a special devotion to it. He had two experiences with the crucifix which led him to engage in perseverance. In his misfortunes, these two apparitions were a support for his faith inasmuch as his questions did not meet with an answer. It was thanks to this experience that Camillus was convinced of the goodness of the pathway of the cross: ‘faith in abandoning oneself to God’. When we are faced with a trial, we ask: ‘where is God?’ Camillus did not ‘*saca el quite*’ (sidestep) the cross: he uncovered himself in front of the cross like a being who was in need of its compassion; he knew its true essence.

As Chileans we must accept ourselves and be compassionate towards ourselves, because God loves us as we are. If we do this, we will be able to discern needs other than our own. Camillus placed everything in the wound of Christ. For him the crucifix was the suffering of Jesus and the crucified sick person. St. Camillus calls us to leave everything for his sick and to be persevering.

In the past in Chile devotion to the crucified Christ, inherited from Spain, was very strong: one may think of crucifixes with a great deal of blood – the Christ of Cahuach, Chiloé; the Christ de Mayo a Santiago; the Holy Christ de la Matriz a Valparaíso, la via crucis of Easter Friday. All of this is because the emotional and very affectionate personality of the Chileans, when feeling compassion towards this Jesus who suffered so much for us, is moved and helped to give a Christian meaning to their suffering and to share in the suffering of Christ. Other more rational and functional personalities would not be so touched by a crucifix of blood and full of pain. For this reason, the element of the crucifix is central to Camillian spirituality as it is to Chilean religious culture and it can be an excellent instrument for evangelisation and conversion.

Our Chilean wounds, like bad thoughts, listen to what should not be said about the other, think ill of the other; we can treat this by reading about the life of Camillus and with him move from approaches involving gossip to other, authentic, approaches: ‘*amistades que son ciertas mantienen la puerta abierta*’ (friendships which are solid keep the door open). Camillus teaches us to look deeper into our-

selves and to see the suffering of other people as our own, with love and authenticity, '*mirando en el fondo*' (looking for something without an answer, a solution that is almost impossible but which exists).

CHAPTER 5

ST. CAMILLUS AND THE SICK

We all have 'humanity' but at times we do not express it and this for a variety of reasons. The lay people of the LCF are called to work together with Camillian religious to spread this humanity, being a part of the hundred arms that Camillus wanted to have. Camillus, despite the fact that he had behaved in a disordered way '*de zamba y canuta*' (like Indians and evangelicals who at the beginning in Chile were the most disordered and disobedient) for twenty-five years, after hearing the call of God displayed how great his compassion was. He had superabundant merits in taking responsibility for, and helping, the sick, with all possible and imaginable means.

He saw in all sick people Christ himself and he gave himself to them with all his heart and strength, without making any distinctions. He needed hands and support to carry out this mission inasmuch as God had commended it to him. Today few people are like Camillus, people who are not afraid of being infected and give all their time for charity. We must robe ourselves anew in this charity of St. Camillus, because we, as the LCF, must be prepared to help our brethren who suffer, not only with material things but also with prayer. We must humanise in particular the personnel of hospitals who care for their sick, their wounds and their suffering.

This will be the 'gold' by which heaven is gained. As the LCF we must be committed to imitating St. Camillus with his giving of himself and his way of seeing and hearing the sick, which means to care for Jesus himself.

CHAPTER 6

THE MARIAN DIMENSION OF ST. CAMILLUS

From Mary, St. Camillus took a key of interpretation by which to understand the meaning of the entire mission and foundation that God had commended to him.

1. By way of Mary all the graces received from God pass.

2. With Mary and her infinite love, Camillus reached the sick person who is the crucified Christ and she helped him to complete the passion of Jesus.
3. With the model of Mary, Camillus and every Camillian is what she wants them to be.
4. Through a portrait of the Immaculate Mary in the Roman College, on which Camillus meditated for hours, weeping and contemplating in it the mystery of the Incarnation, he understood better the mission of his foundation. He was thus able to live that mission with Marian theological roots.

For this reason, every Camillian lives under the protection of the Virgin Mary; Mary, advocate, intercessor abundant in grace, protector. She is the woman who welcomes us under her holy mantle.

Chile shares, as St. Camillus did, in this 'Mariology' which is lived and felt in a fervent way. This can be perceived from the numerous Marian sanctuaries that are frequented by the people: *Santuario della Purísima de lo Vásquez, Tempio de Maipú, de Andacollo, de Lourdes en Santiago, de las Condes, de la Tirana* (in the North), *de las 40 horas de Limache, del Rosario de Maipú* (northern Andacollo), etc. During the month of Mary, in November, and despite the fact that secularism is advancing by leaps and bounds in Chile, Chileans participate in an active way by singing: '*Virgen del Carmen, mira a tu pueblo que clama a tí*' (Virgin of the Carmine, patron saint of Chile, look at your people who supplicate you!). People go with their rosaries in their hands and engage in long prayers, they offer up vows and sacrifices to obtain the intercession of the Virgin, who is the Mother of the people. It is profoundly significant that in Chile the Virgin is always available to help a child, to be with him and give him answers to his troubles. As the Mother of Jesus, Mary also helps us to go further, to enter into contact with the divine, her Son. She is therefore our kingdom of God here and now and prepares us for the final kingdom, that of hope and eternity.

Another relationship between Chile and St. Camillus, in the Marian dimension, is nearness to the Mary of Sorrows, a mother who suffers for her Son, a mother who feels that she is invited to visit and help her cousin, Elizabeth. These are models for the Camillian who visits the sick. The Immaculate Mary is a Mother who is full of love, who is seen, is heard, and is touched, dimensions that are very important for the Latin American sensibility. In Chile that cold, inexpressive and introverted love of certain rationalistic cultures does not exist. Mary

makes herself felt with human warmth and affective nearness, she is listened to in the love of her words, in the love of her gestures and approaches to the Gospel; she manifests her incommensurate tenderness in images, statues and pictures that portray her. This nearness of Mary to the people of Chile enables her to ask them and to obtain from them with '*cariño y respeto*' (affection and respect) a reality of Chileans walking towards the image of her Son and providing a service of love to those who suffer. This is the Camillian love learnt from Mary.

CHAPTER 7

The First Camillian Community

What is the characteristic of a Camillian community in Chile today? Where is the Camillian specific compared to other groups of consecrated people or diocesan priests?

We can find the answer in the model of the first Camillian community of the sixteenth and seventeenth centuries. It is to be found first in theory and then in practice, taking the sick person as the priority, in whom Christ is served. Everything has to be forgone in order to be freer in this service. Because everything takes place around the sick person. Here are some observations made on the basis of the Chilean behaviour of Camillian religious.

1. In homilies a Camillian priest talks about charity towards those who suffer and of the true salvation of God for those who are going through a period of crisis.
2. There is a total readiness to help the sick, such as answering a mobile phone to calls that come from a hospital, to go to dying people and sick people who are in their homes. Camilians are not like the '*padre Gatica que predica y no practica*' (Father Gatica who preaches but does not practise); they '*predicano e praticano*' (preach and practise) by visiting those who suffer, without baseness, and not like '*Capitán Araya que embarca a todos y se queda en la playa*' (Capitan Araya who puts everyone aboard but stays on the beach).
3. There is a difference in their habits – the Camilians wear a red cross. Even though their dynamic is to act in accordance with everything that suffering involves, Camilians are sensitive to creating spiritual and personal health. They try to sensitise the whole of

the nation of Chile, around the sick, the terminally ill and the dying, who are the pupils of God.

4. Poverty is observed when living in a neighbourhood of a low socio-economic level, in the municipality of San Bernardo. One works and shares things with everyone, without distinctions of any kind. All this to attract people of good will to God.

The subject of *poverty* has specific characteristics in Chile. Traditionally, poor Chileans waste time '*sacando la vuelta*' (going empty handed); they do not have vocations to consecrated or priestly life, many do not go to Holy Mass, they do not go to confession, and frequently one can see an abuse of alcohol in poor men, '*rayuela corta*' (swigging it down), they do not go to university and the problems are many; it is said that '*en casa del pobre la alegría dura poco*' (in the house of the poor happiness does not last long). But at the present time there is an increase in the possibility of studying at high school and the first generation of university students from the lower-middle and working classes exists – they constitute 70% of the total university student population. In Chile there is a saying: 'in his family a rich man has a priest to defend him against God, a lawyer to defend him against men, and a military man to defend him against his enemies'. In practice, he is a protected and safe man who can meet his most important needs, including his spiritual needs. In contrary fashion, a poor man has nobody to defend him, he lives in fear and insecurity, and this aggravates his numerous problems, his material and spiritual shortages. In this context, the Camillian presence is valuable and of a particular character.

5. Another innovation of the Camillian community in the country is *constant service*. There are many examples which demonstrate how social promotion and evangelisation are interrupted. It is enough to generate conflicts, struggles, offences that wound, '*leseando*' (mocking), '*tomando por el tandeo*' (making fun of) those who join a group for health-care humanisation or evangelisation of the world of health and health care; '*cállate tonto*' (be silent stupid!), routine, economic problems, ironies '*le falta sólo la sotana*', '*va a ser monja*' or '*està chiflada con la iglesia*'. Despite this, a member of the LCF '*al mal tiempo buena cara*' (puts a good face on things), his goal of service is clear to him and he knows whom

he is engaging in it for; he knows that this is his priority and nobody and nothing can reduce him and distance him from the socially, mentally, spiritually and physically ill. He can change the location of his apostleship if he is not allowed to serve as he would wish – with a worthy, human service and with Christian greatness. But he will never abandon the charism because he is bound to a fourth vow, a vow of silence, which is solemn.

Lastly, the priority of the sick is to be observed in the specialisation of Camilian consecrated men and in the formation of the LCF: to serve the poor in hospitals and the dying in their homes in a perfect way. To dedicate time to other things (the parish, devotions...) is not our role: '*en todo lado se cuecen havas*' (after all beans cook themselves) and this would take time away from the Camillian *specific* and would not express it, fulfilling the saying '*en casa de herrero, cuchillo de palo*' (in the house of a smith, a spoon is made of wood).

To sum up, the face of the Camilian community in Chile today is to provide compassionate service to the sick, a strong service that is persevering, charismatic and specialised in character; fighting for social justice, denouncing and unmasking, to help those sick brethren who are not cared for or those people who are poor and have no voice.

CHAPTER 8: The Sources of Camillian Spirituality

It is clear that the first source of spirituality in St. Camillus was God who through His spirit and His gifts made him special and different.

But theologically and historically, one must take into account the external meditations that helped Camillus to discover his spirituality, above all Fray Luis de Granada, the Spanish Dominican, theologian and preacher. St. Camillus loved ascetic books and especially those that dealt with charity for neighbour. Fray Luis spoke and dealt with poor people in general and not only about the sick, but the genius of Camillus involved applying the concepts of Granada to the sick, applying them to the experience of hospitals thanks to his practical and mystical spirit. Thus it was that his spirituality shone with a new light.

- Fray Luis said: 'in doing good to neighbour one does good to Christ', 'we must not be miserly or selfish with the poor'.

- Camillus said 'You will be happy if you are accompanied to the tribunal of God with a tear, with a sigh of these sick poor folk'.
- Fray Luis said: 'Ah, if men thought more of the value and the greatness of mercy, and not to put themselves forward but because they want to look for the poor by lifting them off the ground'.
- Camillus said: 'If we did not meet the sick in the world we would have to look for them by digging under stones, to do good to them and show them mercy'.
- Fray Luis said: 'Works of charity and mercy not only leave behind corporeal nourishment but also spiritual nourishment in order to meet the needs of the poor'.
- Camillus said: 'You should even leave Mass and communion to serve the sick'; 'there should never be spiritual care without corporeal care and vice versa', in line with the saying '*amor con hambre no dura*' (love with hunger does not last).
- Fray Luis said: 'Charity has the power to free us from sins because the poor are physicians of our wounds and their hands are our remedies'.
- Camillus even kneeled before the sick to confess his sins, seeing them as his very intercessors before the throne of God.
- Fray Luis not only spoke about charity, he also spoke about his devotion to the crucifix and the passion and death of Jesus – elements which are directly connected with charity.
- Camillus used these works as texts for meditation in order to know the nature of God.

The thoughts, works and concepts of Fray Luis Granada were a complement for Camillus in deepening his spirituality but he drew first and foremost from what the Spirit said to him. The Spirit allowed Camillus to transform a theological theory into pastoral action.

Chile has the cultural virtue of 'mental openness' to what is good and useful; from foreigners are received new elements which are integrated into its Latin culture: this is not a matter of 'copying' or of 'imitating', as some people say, but of welcoming the diverse that enriches. Thus all the innovations of Europe reached Valparaiso and Chile welcomed them most willingly and personalised them. Just as Camillus welcomed the thought of Fray Luis, so Chilean culture today welcomes the spirituality of

St. Camillus (a school of health, a school of charity and the relationship of health) in universities, in the world of pastoral care: the school of biographical health; humanised, interdisciplinary, relational health that less open nations have not been able to appreciate is welcomed.

Part II

CAMILLIAN SPIRITUALITY TODAY

CHAPTER 1

THE CURRENT FOLLOWERS OF THE MERCIFUL CHRIST

To follow the merciful Christ as a Camillian is not the outcome of a method, of a spiritual technique, or of a specialised prayer or the reading of a book, such as the one that we are analysing. It is the consequence of receiving and welcoming a charism: that of the Spirit which appropriates a person and gives him the possibility of having a divine experience, which generates in him a new life. The Camillian charism refers back to the Spirit of Christ as its origin. If one begins with the Spirit (for we Camilians, the Spirit of mercy), the effect is that which characterised St. Camillus: having a working, living and credible faith in goodness and hope.

Living the Camillian charism from within is fundamental because only in this way can we engage in a service that goes beyond the material. However, a person who follows a charism tends to be boycotted; he becomes the object of jokes by his friends and the members of his family: '*El perro del hortelano no come, ni deja comer al amo*' (the dog of the greengrocer does not eat and does not allow his owner to eat, he is troubled, is ill at ease and does not allow others to be at their ease). Only those who are motivated by the Spirit can follow the merciful Christ without doubts.

What is *mercy* for Camilians?

1. It is a commitment to being, the principle of our life project: believing in the love of God;
2. it is what draws us near to the image and likeness of God the Mother; in this way St. Camillus survived and drew near to his neighbour;
3. it means helping someone when that person asks for help, without having doubts about

helping him. Mercy cannot involve phrases such as: 'I have nothing to give you', 'don't bother me', 'I have only a few minutes for you', 'I am in a hurry, hurry up', 'I have much more important things to do than to listen to you', '*no estoy ni ahí contigo* (I don't give a damn about you)', '*para mí tú eres sólo un dolor de cabeza*'.

A net refusal cannot exist. Mercy, instead, requires a look of love and peace, giving affection with respect, thinking of the gratitude that I owe to a 'God who has given to me and given a great deal'. Living in this way one can welcome the sick person and the poor person so as to help them listen to themselves, discerning with intelligence the answer that will be given which cannot be a chance 'Yes' or a 'No'. It is mercy which enables us with discernment to say 'Yes' or 'No', but how? By always seeking the welfare of the sick person.

There is a need for mercy when the centre of things is the poor sick person. First he must be well, and then I must be. When Camillus followed the merciful Christ, he was transformed: *theologically* into Christ who lived in him, and morally he lived the same feelings of Christ, he lived good, the health of being and offered it to everyone. In Chile gestures of affection are important. A smile, a hug, a habitual kiss, engaging in a loving dialogue, trying to make someone feel as though he was in his own family, fine hospitality: all of these things make mercy present.

All of this is encountered in a supernatural way in the Eucharist, which is a privileged means by which to follow Christ and his mercy, educating our eyes, hands and ears to worship his body.

CHAPTER 2

CAMILLIAN SPIRITUALITY AND THE THEOLOGY OF SUFFERING

This chapter teaches us to see the role of pain in personal life, inasmuch as without it life would become shallow and a slave to selfishness; '*a cualquier dolor, paciencia es lo mejor*' (faced with any pain the best policy is to have patience), the Chileans say, but only when pain is illuminated by gospel meanings does a person become purified at a deep level, journey towards his inner self, open himself up to contact with other people, and have the strength to look at pain as a mystery and to transform it into love, in the merciful love of God. Every time that generous love penetrates our inner

selves fears disappear and a vibration and a new strength appear in illness, suffering and death. St. Camillus is an example of all of this because his goal, means and origins were love.

In Chilean culture there are examples of great human courage in the face of suffering and death. Phrases such as '*hasta aquí no más llegué*' (I have reached this point but no further) when they feel that death is drawing near, '*aquí estamos*' (we are here), '*no nos queda otra*' (one cannot do anything else), '*hay que aguantar no más*' (one can only put up with things), when they know that nothing can be done with natural instruments and the individual has to bear his illness with resignation. Chilean religiosity holds on to certain vows: '*a cada santo le llega su día*' (every saint meets his day), '*pídele a San Expedito que te responde rapidito* (ask San Espedito, he will give you a swift reply). In frequent conversions to God during moments of suffering: '*así lo quiere Dios*' (God wants this), '*esto es castigo divino, él manda*' (He commands), an image of God emerges that is neither mercy nor hope. Instead, the God of Jesus Christ wants to give us health and salvation, He wants to help us to illuminate such moments and accompany us with the balsam of pity, together with Mary and the Mother. What in other cultures might appear to be infantile and superstitious religiosity, here, in Chile, is often strong faith, faith that heals and saves. For this reason, more frequently than in other nations, graces received and presumed miracles of healing are witnesses which lead one to think of the phrase of Jesus: 'go in peace, your faith has saved you'.

Theology, therefore, is useful in Chile in changing the image of God, a God who awaits His prodigal son with infinite patience. No longer asking oneself '*perché a me? fino a quando?*' No longer feeling abandoned and without hope: '*estoy desausiado, paute laucha*' (I am finished, with my legs in the air like a dead mouse), '*esta vez quedó la escoba*' (this time it is a slaughter).

Instead, to see God as someone who is presently in pain, as a person who transforms himself into a travelling companion '*Dios dice: ayúdate que yo te ayudaré*' (help yourself and God will help you). He is a God who does not explain pain or resolve it, He does not give a warning about the moment of death, He only reveals that He, faced with all forms of pain, has a sense of life in abundance, a fruit of eternal life. For this reason, the invitation of theology is 'have faith and God will provide', as Abraham said to his son.

Faced with the imbalance of man who suffers, in Chile, as in any other place, faced with feelings of being abandoned, of loneliness, of rebellion, the ultimate answer is 'the new and eternal covenant' (communion with the death and resurrection of Jesus), which is obtained through the Eucharist. Only in this sacrament does Jesus form an alliance with those who suffer and offers them his own hope, maturation, strength and faith. Pain, a dark place that cannot be tolerated and oppresses, is transformed by Christ into a place of peace, of learning, of human and spiritual maturity. As the Great Camillian Family, in Chile we cannot remain asleep like the disciples of Gethsemane; we have to be at the side of Jesus who is suffering his passion; we must help with compassion, a God who is '*todopoderoso en el amor*' (all-powerful in love).

CHAPTER 3

CAMILLIAN SPIRITUALITY AND THE THEOLOGY OF CONSECRATED LIFE: THE ENCOUNTER WITH THE SICK PERSON

Camillian spirituality offers us a distinct kind of *encounter* with the person who suffers: encountering the sick person with the love of God. In a divinely human form, St. Camillus learnt to encounter suffering Christ in sick people and created a school of charity, of spirituality and of sanctification to teach and understand this kind of spiritual and corporeal encounter.

Camilians follow this by learning in this school from the sick themselves and demonstrating their hundred helpful arms. This encounter is learnt about gradually, in the silence of prayer and meditation; in the mystical reality of love and visiting the sick. The presence of, and devotion to, Mary the Most Holy Teacher, is fundamental in learning to live this encounter; Mary as the Immaculate (cooperator in redemption), as the Mother in pain (who knows about human pain), as Queen of the Ministers of the Infirm (who protects and helps us in encountering the sick person in Christ).

All of these concepts can be implemented by the Great Camillian Family in Chile by visiting the sick in hospitals, where a serene environment is created, of safe and joyous human relationships, where spaces are filled with prayer, where God is present. The sick person is given time and freedom to tell his stories, his tribulations; in these memories tears flow forth, sadness is transformed into words, one

comes to the innermost depths of a spirit who is undergoing a crisis. Lastly, sick people are prepared for confession or communion, anointing, and the arrival of the *padrecito*. The encounter has achieved its purpose: an encounter with Christ the physician, with Christ the Saviour who heals and saves.

CHAPTER 4

CAMILLIAN SPIRITUALITY AND MINISTRY

The interaction between action (with the sick) and contemplative prayers is achieved by a Camillian lay man or woman when:

1. It is impregnated with solidarity, with the spirit of service. I immerse myself slowly in the tranquillity of the spirit, I practise it, asking myself: 'why am I doing this?', 'who is motivating me to serve?', and I answer: 'I am doing this because I want to serve', 'because I want to be spiritual', or 'I do it for God'. It is He and His spirit who lead us to serve. 'Go where the Father leads you', a Father who fills you with compassion and spirituality.
 2. I embrace the sick person as a person who is in the image of God. I cannot see him in a shallow way as an imperfect being, only as a sinner or only so as to observe his physical or psychological characteristics; I cannot judge him because '*me cae bien o mal*' (I like him or dislike him); I cannot stigmatise him because of my prejudices. Yes, I must seem him spiritually in God, welcome him and accept him without any pre-conditions. Through my service to the sick I live in God; I feel a part of God.
 3. I am vulnerable because an unfortunate moment or a difficulty can lead my work of prayer and encounter with the sick to collapse; this means '*mucho ruido y pocas nueces*' (a lot of noise and no nuts – in Italy: a lot of fumes but no roast). For this reason, I draw near to St. Camillus and imitate his style of self-giving, like '*la gallina que se da a sus pollitos*' (the hen who gives herself to her chicks).
 - a. I forget about the superficial because it distances me from my goal.
 - b. I realise that the functionaries of health who do not respect the sick and produce injustices that irritate me, and I unmask them.
- c. I take as my model the merciful Christ, the divine Samaritan; I give of myself and take up the cross, I engage in a stance to learn from Camillian self-giving. What is difficult is to leave what we are. For this reason, ascesis is important: managing to be virtuous. Forgoing ourselves and everything that seems to be important, realising that from poverty comes forth charity and service, because '*en la necesidad se conoce la amistad* (real friendship is seen in need).
4. I am present with the sick, I transform myself into a bridge between them and God. When a sick person suffers, he feels that I am helping him to draw near to God and I myself am transformed into prayer.
 5. I live purity, an authentic life, inasmuch as authentic contemplation leads to action: authentic action leads to contemplation. Authenticity is the outcome of a search based upon a reading of the Word of God, in sacramental life, in spiritual life, in and ecclesial communion and obedience to it. Purity saves and heals; dishonesty leads to illness, and kills.

CHAPTER 5

CAMILLIAN SPIRITUALITY AND PASTORAL CARE

In the person and life of St. Camillus we can discern his way of being and his manner of acting with the sick. Camillus followed the example of Christ and served the sick and taught other people how to do this; with his examples and fervent supplications he taught people to observe, to reflect and to practise this service creatively and supernaturally.

To employ the words of St. Camillus, 'serving the sick with the same tenderness as a mother', we encounter the loving image of the Virgin Mary. She gives us a model of humanity, of compassion, of nearness, of care and of tenderness. Human warmth is the key by which to enter the hearts of people who suffer. This is to implement the spirit of the Good Samaritan, who is present love, a sign of hope; this is the encounter with a sick man in his totality, in his body and soul, and his existential problems; this is to honour human dignity, it is to receive the saving mission of the sick, the evangelisers of the healthy.

St. Camillus, a 'wounded healer', is a true model for the Chileans. He travelled difficult pathways of

pain, anxiety and suffering; he animates us to be more concrete in charity, to rise above ourselves in the spirit, so as not to fall into inefficacy and have only good intentions and ideas, because ‘the road to hell is paved with good intentions’ or as they say in Chile: *‘otra cosa es con la guitarra’* (with a guitar it’s another thing).

The spirit of the Good Samaritan that we received in our Camillian formation is transformed into action, it inspires us, humanises us and sensitises us. Thus Camillian spirituality achieves its goal: ‘to be a new school of charity and health in a world where people suffer and die’.

CHAPTER 6

TOWARDS THE POOR AND THE THIRD WORLD

The Church states that the mission to preach the Gospel nowadays requires a real commitment made up not only of words but also of hearts and works. As the Chilean saying has it: *‘sacarse la mugre’* (remove the dirt, make an effort). We as the LCF have the duty to see needs and help the poorest of the poor, the most marginalised of the world whom nobody wants to help, such as alcoholics and prostitutes, the terminally ill, the victims of drugs and new diseases, the elderly, the disabled, natives and beggars. Our role is to bring a word of relief and hope to those who suffer. With a simple smile an identity is given to them and it is though one had said to them: ‘Jesus I am with you and I will not abandon you’. We cannot *‘pasar a llavar’* (by-pass) a poor person knowing that Jesus is with him.

In Chile, despite rapid economic, health-care, political and technological progress, a strong distributive injustice is present as regards wealth, with accompanying social problems. A clear demonstration of this is that nobody contested the Chilean Church when in 2009 a bishop spoke about the ‘ethical wage’. A great deal of ‘concealed poverty’ continues, hidden behind statistical figures, and the high and low social classes continue to be separated, in conflict and without an opportunity to interact with each other to solve a problem that is simply one of ‘distribution’. In this socio-cultural context a great deal of resonance could be achieved by the application of the slogan of the last General Chapter of the Camillians – ‘Justice and Health’ (2007).

CHAPTER 7

THE MISSIONARY DIMENSION OF CAMILLIAN SPIRITUALITY

A Camillian knows that he is a missionary everywhere, he knows how to transcend countries and cultures so as to enter into the situation of all men, and especially individuals who are sick. A Camillian is called to serve them, beyond frontiers, races and the expressions of religion. In the view of St. Camillus, a sick man becomes our lord and master and as a consequence it is his conditions of being a sick person and his needs that speak to us, more than cultural differences. If there is a serious health problem in a country, an urgent call goes out. We cannot refuse to go to help in that ‘land of mission’. If the Camillian community exists for the world of health and health care, it also exists for the world of mission.

The fundamental aspects of Camillian spirituality are summed up in article 13 of the Constitution: ‘personal experience of Christ, his presence in service given to the sick and his presence in the sick’. These aspects pre-suppose a serious and constant commitment to the religious life, that is to say a life totally given to the chaste, poor, obedient, praying and missionary Christ’.

A Camillian missionary is a universal brother who brings with him the spirit of the Church, his openness towards, and care for, all people and men, and especially the least and the poorest. This is a sign of the love of God in the world, love without discrimination or preferences.

Chile received this Camillian missionary spirit six years ago, appreciating it and stressing elements that are new for Chilean culture. The challenge is to transmit to Chileans the same missionary spirit, to motivate them to be evangelisers, ‘disciples and missionaries’, in their own families, in their own land, as was exhorted by the ‘Aparecida’ in 2007. Today, Camillian religious are in forty-one nations, a sign of vitality and listening to the missionary spirit. Chile will be worthy of this spirit if it knows not only open itself to this teaching of charity but also to launch itself and imbue others with charity.

CHAPTER 8

PRAYING AS CAMILLIANS

Spirituality and prayer are inseparable. When they are joined, one prays like the merciful Christ. Our spirituality is service to God, a form of life that

accentuates our faith, pushes us to follow the pathway of Jesus. The lay members of the LCF should pray following the example of St. Camillus, always placing God at the centre of things. As Camilians we pray with Christian prayer of tenderness and compassion. The LCF should follow this pathway, bearing in mind that we serve the sick in the person of Jesus.

A good exercise of prayer is to engage in a dialogue between my person and the person of God present in a sick person: 'everyone is purified in front of the sick'. St. Camillus prayed by serving and helping the sick. The LCF must discover what each one of them means. Christ forgives us, being born again in the Eucharist. Camillus saw Mary as a model of salvation...will we, lay people, be able to serve God as Camillus did and as Camillian religious serve Him? We learn to listen to our sick brethren who talk to us through God. The LCF should not forget that Christ is the centre of everything. A Christian prays by giving meaning to life; a Camillian encounters this meaning by glorifying God in each sick person. We receive them as Christ who suffers.

For lay people, learning 'to pray like Camilians' is a wonderful process of learning that involves an effort because it means taking part in the immense riches of solidarity and 'healthy' wisdom that the Lord has given to the Church.

The best advice as regards Camillian prayer can be found in the text when it says: an important part of Camillian ministry is to promote in the Christian community the *healing dimension of the liturgy*, the importance of a *catechesis that is suited to those who suffer and preferential care for the sick and the elderly*.

'Praying with one's life' means that prayer must be deep, that it must reach the centre of my being; prayer cannot be separated from existence. It means that praying is an event that does not have meaning if it is separated from me. We should pray from life, in life and with life. So, what is prayer? It is learning to welcome oneself. It is a single whole, without detaching life from prayer.

If we pray with our bodies, we listen to our heartbeats, to our minds, we give thanks for what we have, for what we receive in our pain or suffering; we learn to become more sensitive in the face of the situations of a sick person...both in his body and his soul; we are glorifying God in the body of that sick person. To end, a lay member of the LCF should pray a great deal, should learn to pray like the merciful Christ, that is to say, he should:

1. Feel accompanied in prayer by the figure of Mary, Mother of love and solidarity, who is so present and important in Chile.
2. Make the sacrament of the Eucharist, if possible, our daily nourishment.
3. Learn to heal our wounds so as to serve and heal and the wounds of those who suffer, as an affectionate mother serves her son.
4. Be a Christ of infinite love for the sick and receive them as the suffering Christ.
5. Place Christ at the centre of our lives, pray with our bodies, always giving thanks to God. Allow the Holy Spirit to enter us so as to carry out our task with love.
6. Always read 'the Good Samaritan'.
7. Help the purported Samaritans who do not bear witness to love because they are cold functionaries of health. Stress what the text says: 'the service of health needs men and women who take life, strength and wisdom from prayer'.

CHAPTER 9

CAMILLIAN SPIRITUALITY AND FORMATION

It is impossible to engage in health-care voluntary work for the CLF without formation. This is of use in Chile to:

1. Learn how to accompany those people who suffer. In Latin America emotions are strong and questions are complex, above all in looking for a meaning to suffering.
2. Pray and create an inner climate that is suitable to paying visits to and accompanying the sick and the dying.
3. Defend one's own Catholic faith against agnostics, atheists and above all the large number of sects that have emerged in Chile over the last thirty years.
4. Acquire the style of St. Camillus: mother, diligent servant, hero of charity, a person capable of comfort and hope when these are absent.
5. See the face of Christ in the sick and become moved, knowing that every encounter is an encounter with God.
6. Clean defects and incorporate the correct virtues and attitudes of a voluntary worker.

7. Feel as a lay person that one is increasingly a person who works with men and women religious and construct together the mission of giving love to all those sick people who are encountered.

CONCLUSION

(Fr. Pietro Magliozi MI)

Religious spirituality (or spiritual religiosity) defined as a *dynamic relational essence of the person* with God does not exist in an abstract form but takes 'form', 'colour', 'size and importance' according to the personality and the choices of the individual, the graces that have been received, and culture. In this article we have seen the effect of the approach of Chilean culture in appreciating the

Camillian charism and Camillian spirituality, and what is offered in Chile by the Camillians (both religious and lay) as regards health/salvation in theory and practice.

L.J. Luzbetak, one of the most famous experts in missionary studies, wrote that where a missionary is integrated with local cultural anthropology the best and most satisfactory experiences as regards mission, evangelisation and human promotion have been achieved. As Camillians, this spiritual/cultural study will help us in Chile to obey better the commandment of Jesus to the twelve to evangelise, heal illnesses and heal the sick (Lk 9:1-2); to sum up: to construct the Kingdom; and I will end as I did in my first article with the words of St. Camillus: it is very fine to be in the presence of the sick with this new and profound Camillian meaning 'which I would not change for any other in the world'.



I nostri lettori sono consapevoli che **La Famiglia Camilliana Laica** del Cile ha accompagnato con la preghiera questo ***yes we can*** in favore dei minatori cileni.



A 360°

Introduzione

In questi ultime settimane ho avuto la fortuna di incontrare il Prof. Aldo Morrone, direttore generale dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP). Si è trattato di una di quelle esperienze che aprono il cuore a nuovi spazi ed orizzonti, in cui si torna a respirare aria fresca. Il Prof. Morrone si occupa di promozione della salute tra le fasce più disagiate della popolazione, soprattutto quelle che non hanno accesso alla sanità pubblica a motivo del loro status sociale o economico. Queste fasce vanno crescendo anche nei Paesi notoriamente ricchi e non si può più relegare il fenomeno alle popolazioni immigrate. Coniugi separati con figli a carico; famiglie con uno o più disoccupati; pensionati e anziani sono un grave peso per i sistemi statali basati sulla assistenza sociale, gravando in maniera forte sul bilancio dello Stato. In quei Paesi in cui, al contrario, la Salute è un bene commerciale, la sorte di queste fasce della popolazione è messa a repentaglio dalla impossibilità ad accedere a cure adeguate. La salute, che avrebbe dovuto essere accessibile a tutti entro questo nuovo millennio, sembra essersi trasformata in una chimera anche tra coloro cui essa è sempre stata data come offerta naturale da parte di Stati benevolenti e ricchi!

Ovviamente, il tema della promozione della salute tra i "fuori casta" delle nostre società o nei Paesi in via di Sviluppo è ancora più acuto. Qui, veramente, si deve parlare di un diritto che non è ancora nemmeno sancito come tale! La salute, in molte situazioni è davvero l'ultima delle priorità nelle scelte strategiche e nelle linee guida della politica. Al massimo, essa è relegata alla offerta di cura in caso di malattia acuta senza alcuna preoccupazione per l'educazione sanitaria, la prevenzione o la riabilitazione. I risultati di questa strategia – comprensibili nel disegno di una riduzione delle spese – hanno il fato corto poiché l'impatto della malattia sui grandi numeri ha effetti devastanti anche in termini di benessere e di sviluppo del Paese. Un esempio ci viene dalla epidemia dell'AIDS il cui impatto economico si può misurare in perdite percentuali del Prodotto Interno Lordo per la riduzione della capacità lavorativa (per esempio, in alcuni Paesi africani l'epidemia determinerà entro il 2020 la riduzione del 30% della forza lavoro con una caduta percentuale del 2% del P.I.L.).

Investire sulla salute, perciò, non è solo un atto di benevolenza o di generosità. Non è una sola questione di misericordia, per chi ha come riferimento ideologico dei valori spirituali e religiosi. Investire sulla salute significa anche creare condizioni per una società armoniosa ed in pace; significa occuparsi e migliorare l'economia; significa avere una parola da spendere sull'ambiente e poter intervenire efficacemente nella ecologia. La salute è un tema politico, su cui si giocheranno le relazioni tra Stati negli anni a venire. La battaglia messa in piedi dal presidente degli Stati Uniti d'America perché a tutti venisse sancito il diritto alla salute può avere alle spalle questa motivazione: costruire una società più sana in cui la salute non sia un diritto di chi può pagarsela!

Noi religiosi siamo sfidati da questi temi ed in particolare noi Camilliani, testimoni dell'amore misericordioso di Cristo verso i sofferenti, dovremmo farci paladini di questo diritto. Invitandoci a recuperare la dimensione profetica inherente il nostro carisma, il recente Capitolo generale ha spronato a identificare i due versanti dell'azione camilliana nel mondo della salute: assistenza e denuncia. "[...] *La nostra Costituzione, più che additare ad una gerarchia di ministeri, è nitida nello stabilire le motivazioni e le priorità. I due testi biblici (Mt 25, 36 e Lc 10, 29-37), punto di riferimento immancabile per il nostro Ordine, ci offrono tutto il "materiale" carismatico e profetico: la profezia che nasce dallo sguardo illuminato dalla fede,*

l'amore senza limiti che serve e pone "delle domande irresistibili"¹, l'attenzione premurosa ai bisogni urgenti²; la denuncia dell'atteggiamento dei passanti indifferenti, la promozione del coinvolgimento di altri nel soccorrere i feriti della vita, la promozione di alleanze "terapeutiche" ad ogni livello. È su questi impegni radicali che dovranno misurarsi la nostra fedeltà dinamica al carisma, e la capacità di inculturazione e di risposta alle nuove situazioni, alle urgenze incalzanti del mondo della salute e della malattia" (Art. 9).

La salute perciò come tema politico. Le strutture e le dinamiche del Governo Globale della Salute (Global Health Governance, GHG) sono dominate dai grandi poteri, in particolare dalle multinazionali farmaceutiche. Il loro paradigma operativo è fortemente influenzato dalla ideologia neoliberale, promossa attraverso un vasto reticolo di canali, tra cui i media e le Organizzazioni sovrastatali (World Economic Forum, World Trade Organization ecc).

A questo sistema si vanno opponendo molti gruppi, in uno spirito di crescente collaborazione e di creazione di network. È davvero il tempo di creare nuove alleanze, in vista di nuove scelte strategiche e di rafforzare le capacità operative e divenire così significativi nel determinare o influenzare le scelte strategiche.

Concludendo l'incontro, il Prof. Morrone riconosceva che il suo ruolo, quale promotore di salute per le fasce meno abbienti, da un lato, e di ricercatore di strategie alternative, sostenibili ed economiche, dall'altro, ha fatto sì che il suo ruolo fosse confermato dal Governo di centro sinistra (Prodi) e da quello successivo di centro destra (Berlusconi). A significare che la salute è un tema che può collegare, dato l'interesse nazionale, schieramenti opposti ed avversi nemici!

Le riflessioni che seguono sono frutto di letture prese da Global Health Governance Journal (<http://ghgj.org/>).

Politica Globale Sanitaria in un'epoca di Crisi Economica e di futuri, minacciosi scenari

Negli ultimi 10 – 15 anni, la salute globale¹ ha subito una serie di trasformazioni rivoluzionarie. Gli sviluppi di questo periodo hanno sollevato la salute globale a un ruolo di maggior spicco tra gli Stati, le Organizzazioni intergovernative ed attori non istituzionali, affrancandola dal ruolo di ancilla. Con questo impeto, la salute sembrava destinata a un alto profilo negli anni futuri.

Tuttavia, questa rivoluzione ha raggiunto una fine improvvisa nel 2008 dopo che crisi generalizzata hanno cambiato i contesti politici, diplomatici e di governo.

Le crisi del 2008 possono aver rivelato le limitazioni politiche delle strategie della salute globale, ma questo non significa che essa sia tornata ad essere negletta come lo era in passato. Una domanda chiave è se la politica sanitaria può nutrire e dare forma alla re-globalizzazione che avverrà una volta che la crisi economica generalizzata avrà ceduto il passo e le ruote del commercio avranno ripreso a girare. Il ruolo della salute globale nel processo di nuova globalizzazione determinerà il peso delle politiche sanitarie, della diplomazia e dell'autorità² nella prossima fase degli affari mondiali.

I segni di una rivoluzione

La affermazione che la salute globale è andata incontro ad una radicale trasformazione negli ultimi 10 – 15 anni non è controversa.

La salute oggigiorno è così differente da quella che esisteva nella prima metà degli anni novanta che etichettare il cambiamento come rivoluzionario non è una iperbole. Le prove si trovano dappertutto, ed includono:

- Fondi miliardari messi a disposizione da Stati, Organizzazioni intergovernative ed attori non istituzionali a favore della salute³.

- Nuovo concetto di salute, non più intesa come preoccupazione tecnica e umanitaria, ma come dimensione rilevante ai fini degli interessi di sicurezza e di benessere economico degli Stati.
- Nuovi regimi di governo adottati dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – significativamente International Health Regulations 2005⁴ ed il Framework Convention on Tobacco Control⁵.
- Nuove iniziative, meccanismi e collaborazioni per fronteggiare le minacce alla salute globale (esempio il Global Fund contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria⁶).
- La volontà dei poteri economici – il gruppo del G8 – di mettere in agenda nei propri raduni e nelle proprie linee strategiche la salute globale⁷.
- La proliferazione di nuovi attori, tra cui i grandi e emergenti poteri (Cina), influenti Organizzazioni intergovernative (Organizzazione Mondiale del Commercio), organizzazioni non governative (ONG, *Medici senza Frontiere* per esempio⁸) e singoli modellatori di politiche (Bono per esempio⁹).
- La crescita di una entità filantropica quale autorità nella salute globale (Bill e Melinda Gates Foundation¹⁰).
- L'esplosione dell'interesse verso la salute globale in comunità accademiche, dediti alle politiche, che in passato non avevano dimostrato interesse alcuno verso temi sanitari (per esempio, lo sviluppo di programmi di salute globale ad alcuni dei raduni di think tank tra i leader di politiche estere¹¹).

Una rivoluzione politica

Gli ultimi e più recenti sviluppi in materia di salute globale sono stati di natura politica e non sono stati causati da avanzamenti nella scienza medica e nelle tecnologie sanitarie

Di certo, la scienza e la tecnologia hanno giocato un ruolo importante soprattutto per quanto riguarda la disponibilità dei farmaci antiretrovirali per le popolazioni dei Paesi in via di sviluppo o di quelli sottosviluppati. L'obiettivo di rendere più accessibili le cure antiretrovirali, tuttavia, è dipeso da strategie politiche e da campagne di tutela dei diritti delle fasce deboli, mai viste prima, atte a rendere le tecnologie sanitarie fruibili ai Paesi poveri.

I cambiamenti creatisi alla fine della Guerra Fredda, con la globalizzazione e con l'aumentata influenza di attori non statali, hanno fatto sì che temi legati alla salute globale guadagnassero appoggi politici nei singoli Paesi e nelle loro relazioni. Senza la convergenza di questi sviluppi, la trasformazione della salute globale non sarebbe mai avvenuta. Questi sviluppi sono alla base del capitale politico, economico e intellettuale speso per la salute globale negli ultimi 10 – 15 anni. Il messaggio più ampio è che lo status politico, diplomatico e di governo della salute globale dipende da come si allineano nelle relazioni internazionali i fattori strutturali, sostanziali ed epidemiologici. Cambiamenti nel modo in cui i fattori si allineano possono avere un impatto, forse anche drammatico, sulle politiche di salute globale. E questo è quanto è avvenuto nel 2008.

2008 – annus horribilis per la salute globale

In qualunque modo avvengano, le rivoluzioni terminano lasciando spazio a diversi modelli politici. Nel 2008 la rivoluzione politica della salute globale giunse al termine. Quattro crisi (legate a cambiamenti climatici, accesso alimentare, energia e sistema economico globale) si acuirono o vennero alla luce, determinando così un cambio dei contesti della politica estera, dell'autorità e diplomatici. Queste crisi non contribuirono solo a generare rischi per la salute, ma misero in luce anche le fragilità della crescita della salute globale negli affari del mondo. A differenza di quanto avvenuto nei precedenti 10 – 15 anni, il peggioramento delle condizioni della salute globale causato dalle quattro crisi non ha prodotto un maggiore traino per la salute globale. Al contrario, queste crisi hanno spostato dalla salute il capitale politico, economico ed intellettuale, dal momento in cui Paesi ed Or-

ganizzazioni intergovernative lottavano per opporvisi [alle crisi]. In breve, il 2008 è stato un pessimo anno per la salute globale.

I cambiamenti climatici e le crisi energetica, alimentare ed economica, hanno generato potenziali danni per la salute su scala mondiale. Ognuna delle crisi ha messo in evidenza che la salute globale è profondamente dipendente da sistemi sempre più interdipendenti a livello ecologico, politico ed economico e da fenomeni sui quali essa ha limitata influenza. Queste crisi hanno trovato impreparati i responsabili politici delle politiche sanitarie, "primi soccorritori" presi alla sprovvista e sopraffatti, alla ricerca di una terapia umanitaria che potesse mitigare il danno fatto da forze superiori al loro controllo.

Le crisi acute si o emerse nel 2008 hanno radicalmente cambiato le condizioni in cui si realizzano le politiche, la diplomazia ed il governo della salute globale. Queste mutate condizioni hanno posto fine alla rivoluzione politica della salute globale ed hanno creato, tra gli esperti di politiche sanitarie, la necessità di combattere con una strategia di difesa a oltranza contro crisi capaci di minacciare danni ad ogni livello.

Le caratteristiche della rivoluzione politica della salute globale appaiono vulnerabili agli effetti della crisi, ora soprattutto a motivo della continua crisi economica globale, e questo include effetti su:

- Progresso verso il raggiungimento degli obiettivi sanitari stabiliti nel Millennium Goals.
- Realizzazione degli obiettivi dell' International Health Regulations 2005.
- Una più forte risposta comune contro le malattie non trasmissibili, tra cui il rafforzamento del Framework Convention on Tobacco Control.
- Necessari aumenti negli aiuti esteri e nella assistenza allo sviluppo nel campo della salute globale.

In aggiunta, la pretesa che i problemi della salute globale costituiscano una minaccia agli interessi vitali di una Nazione in materia di sicurezza e di economia è ora meno persuasiva in vista del reale e potenziale danno reso a tali interessi dalle quattro crisi.

Strategie preventive per crisi di portata pari a quelle che hanno reso il 2008 un anno orribile per la salute globale devono emergere al di fuori della sanità, il che significa che quelle aree hanno bisogno di maggiori capitali politici, economici ed intellettuali per progredire.

La fine della rivoluzione politica della salute globale non indica la fine della salute quale obiettivo importante o attività politica. Bisogna ridimensionare entrambe le prospettive, quella della rivoluzione come anche quella della lotta di resistenza. Le crisi del 2008 hanno rivelato una fragilità e una vulnerabilità della salute globale che fanno intendere che questa rivoluzione, benché impressionante, è stata incompleta ed inadeguata. La salute quale valore ed interesse politico non ha trasformato la politica estera, la diplomazia od il governo globale né si è assicurata un posto permanente nelle "alte sfere" delle relazioni internazionali. Similmente, i cambiamenti climatici, le crisi energetiche, alimentari e economiche non hanno reso del tutto impotente la salute o riportato il settore sanitario alle "basse sfere" delle scelte politiche nel mondo degli affari.

Al contrario, le crisi del 2008 rivelano che la salute può operare su una politica di media scala in cui i tessitori delle strategie usano la scienza e l'epidemiologia per sintetizzare e tradurre rischi ed opportunità tra il mondo del potere e quello delle normative. Prima della sua rivoluzione, la salute globale non aveva saputo sviluppare seri legami o credibilità con le comunità [di ricerca di strategie politiche] incaricate di proteggere gli interessi vitali di un Paese nel campo della sicurezza e del benessere economico. Ora, la salute globale guarda in faccia queste comunità, ne fa propri gli interessi, ma la sua influenza è ancora limitata, soprattutto quando le crisi non sono causate da malattie immediate, gravi e di massa.

L'accresciuto profilo della salute globale nelle aree dello sviluppo, dei diritti umani, e delle politiche umanitarie offre alla salute una voce più forte e credibile per migliorare il benessere umano. Gli interventi fatti dai politici sanitari in seguito alle crisi del 2008 sono una chiara dimostrazione del maggior profilo che la salute globale ha assunto nella difesa delle prospettive sanitarie inerenti allo sviluppo, ai diritti umani ed ai temi umanitari. Comunque, in merito alle minacce ai fattori politici, economici e so-

ciali in grado di avere un influsso sulla salute, l'influenza è limitata perché le loro strategie cadono al di fuori del dominio sanitario.

Il cammino post rivoluzione della salute globale sarà determinato dal modo in cui i tessitori delle sue strategie sfrutteranno lo spazio di politica di media scala nel mondo degli affari. La crisi economica globale ha prodotto forti contrazioni nei principali indicatori della globalizzazione quali il commercio ed il flusso di capitali, incoraggiando alcuni commentatori a percepire l'emergere di una "de – globalizzazione"¹². In prospettiva, la salute globale quale politica di media scala ha l'opportunità di accrescere la promozione della salute e la [sua]protezione tra le aree politiche mentre il mondo brancola alla ricerca di una nuova versione della globalizzazione.

L'affermazione finale emessa dopo il G20 tenutosi a Londra nell'aprile 2009 ha identificato il bisogno di un ristabilimento della economia globale capace di offrire sostegno sociale, di riflettere standard lavorativi equi e di stimolare la transizione ad una eco-economia¹³, senza tuttavia nominare la protezione della salute quale un punto di riferimento per la ripresa economica. Qui sta la sfida per la salute globale. In questa fase di cambiamento, la comunità intera deve "valutare come possa rispondere in maniera efficace alle crisi del 2008 e avvantaggiarsi di questo momento di straordinaria attenzione alla salute globale [...]"¹⁴.

La strategia della salute globale nella fase post rivoluzione dovrebbe caratterizzarsi
per uno sforzo senza sosta per rendere il processo di re – globalizzazione
il più orientato alla salute possibile.

In molti modi, la rivoluzione politica della salute globale ha rappresentato lo sforzo della comunità interessata ai temi sanitari di mettere in riga la globalizzazione in due sensi – profittando dei vantaggi della globalizzazione e indicando strategie tese a prevenire e mitigare problemi generati o esacerbati dalla globalizzazione. In entrambi gli ambiti la salute globale ha cercato di influenzare un fenomeno esploso alla fine della Guerra Fredda senza molto coinvolgimento degli esperti in materia di sanità.

Benché malandata e ferita dopo questo *annus horribilis*, la salute globale sta in una posizione migliore di prima nelle sfere politiche, diplomatiche e di governo dove il mondo ridisegnerà i processi di re – globalizzazione. Questa volta, l' intera comunità della salute globale non potrà avanzare la scusa di essere negletta ed emarginata nelle relazioni internazionali così da trovarsi impreparata a influenzare il corso degli affari del mondo.

A mo' di conclusione

È proprio dell'autorità stabilire delle norme e questo prende forma dalla relazioni tra poteri¹⁵. Queste relazioni possono coinvolgere poteri militari, politici, ideologici e/o economici¹⁶. All'interno di una economia sempre più globale, abbiamo assistito alla trans-nazionalizzazione del potere economico, passato dagli Stati ad attori non statali. Abbiamo visto uno spostamento di istituzioni ed accordi legislativi da nazionali a internazionali, su base regionale e, sempre più, globale. Molti di questi sviluppi sono stati influenzati dai forti poteri economici.

Di fronte a questo mutante scenario di governo globale, la stessa autorità della salute è stata colpita, attraverso, tra l'altro, l'entrata in gioco nel mondo della salute di istituzioni globali non sanitarie (WTO e FMI) e l'influenza di individui affluenti capaci di modificare l'agenda sanitaria¹⁷. Tutti questi sviluppi segnalano un cambio sismico nel governo della salute, passata da istituzioni sanitarie pubbliche su base statale a entità globali non pubbliche.

Ad alcuni questo pare indicare la vittoria finale della "scienza mediocre" e l'inevitabile diminuzione della salute a favore di un ritorno economico. Nondimeno, per ingaggiarsi nella salute si deve essere consapevoli del contesto di governo che si vuole influenzare vedendovi le opportunità e riducendo i rischi correlati. Per esempio, in alcuni campi la SARS fu annunciata come "la cosa migliore capitata alla salute da anni". Questo non per il forte impatto sulla salute, ma perché il mondo della economia ed i suoi attori ne furono colpiti¹⁸. Ciò la mette in parallelo con le epidemie di colera del XIX secolo. I Governi nazionali, a quel tempo, diedero inizio a Conferenze Internazionali di Salute, e non perché la salute di molti poveri veniva ad essere a rischio, ma perché le epidemie rischiavano di compro-

mettere il commercio e la rivoluzione industriale. Cioè, fattori commerciali furono uno strumento per lo sviluppo del governo della salute su base internazionale. Davvero, è solo quando vediamo il potere economico messo spalle al muro che assistiamo a iniziative di governo nella salute globale.

La SARS e le attuali preoccupazioni su scoppi di influenza Avaria o di altre epidemie, hanno aumentato la visibilità delle malattie infettive e, di conseguenza, la necessità di investimenti nella sorveglianza e nel fronteggiare le emergenze laddove capitino (per esempio, investimenti in Paesi con sistemi poveri ed arretrate strutture sanitarie). In questo senso, la SARS offre un esempio concreto di come la comunità che si occupa di salute globale possa imbrigliare le preoccupazioni delle istituzioni globali economiche ed utilizzarle a suo favore così come può rendere evidente il potere di istituzioni di governo sanitario globale, quali la OMS, vero fulcro di questo governo¹⁹.

Assieme alla prova evidente sull'impatto del degrado ambientale e sociale, la comunità della salute sta forse sperimentando l'opportunità di influenzare l'agenda di lavoro a livello mondiale, non solo in materia di salute ma anche in quelle altre aree che la possono condizionare. Per esempio, appare con maggiore evidenza il fatto che l'economia globale è insostenibile senza un'appropriata protezione sociale, sanitaria e ambientale. La comunità che si occupa di salute pubblica si trova in una posizione favorevole per mettere a frutto questo sviluppo e per riaffermarsi nel governo della salute, attraverso le sue conoscenze scientifiche e la sua storia di azione concreta. Lo può fare percorrendo varie strade, anche se si deve lamentare il fatto che l'impegno a coinvolgersi nel mondo economico è ancora periferico. Tuttavia, è una delle più significative dimensioni del potere all'interno del governo, avendo una sempre maggiore rilevanza ed impatto sulla salute. È una dimensione di cui si deve avere una più approfondita conoscenza per meglio capire come minimizzare i rischi e massimizzare le opportunità che essa offre per un miglioramento della salute globale.

Se non lo fa, il rischio è che il governo della salute globale verrà sempre più determinato dalle istituzioni economiche il cui punto di riferimento non è la salute ma la liberalizzazione del mercato, restringendo la sovranità nazionale in campo di salute pubblica

¹ Salute globale (o salute) è la traduzione di global health molto usato nel testo originale. Il termine ha una accezione ampia e va oltre gli aspetti sanitari ed epidemiologici.

² Autorità (o governo) traduce il sostantivo governance del testo originale. Esprime l'atto e la capacità di esercitare un potere.

³ Laurie A. Garrett, *The Future of Foreign Assistance Amid Global Economic and Financial Crisis: Advancing Global Health in the U.S. Development Agenda* (Council on Foreign Relations Report, Jan. 2009), 8-9.

⁴ World Health Organization, *International Health Regulations 2005*, 2d ed. (Geneva: WHO, 2008).

⁵ World Health Organization, *WHO Framework Convention on Tobacco Control* (Geneva: WHO, 2003).

⁶ Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria. Available at: <http://www.theglobalfund.org/en/>.

⁷ John Kirton, Nikolai Roudev, and Laura Sunderland, "Making G8 Leaders Deliver: An Analysis of Compliance and Health Commitments," *Bulletin of the World Health Organization* 85, no. 3 (2007): 192-99.

⁸ *Medécins sans Frontières*, "Campaign for Access to Essential Medicines." Available at: <http://www.msfaccess.org/>

⁹ Bono found the One Campaign, an anti-poverty advocacy NGO that works on global health problems. One Campaign, "HIV / AIDS, Tuberculosis, and Malaria." Available at: http://one.org/issues/hiv_aids.html.

¹⁰ Bill & Melinda Gates Foundation, "Global Health Program." Available at: <http://www.gatesfoundation.org/global-health/Pages/overview.aspx>.

¹¹ See, e.g., the global health activities of the Brookings Institution, Center for Strategic and International Studies, Chatham House, Council on Foreign Relations, and the Stockholm International Peace Research Institute.

¹² Anthony Faiola, "A Global Retreat as Economies Dry Up," *Washington Post*, Mar. 5, 2009, A01.

¹³ G20 London Summit, Leaders' Statement, Apr. 2, 2009, 25-27.

¹⁴ Schneider and Garrett, "The End of the Era of Generosity?"

¹⁵ Strange, States and Markets.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Susan Okie, "Global health – the Gates-Buffet effect," *New England Journal of Medicine* 355 (2006): 1084-1088.

¹⁸ Marcus Keogh-Brown and Richard D. Smith, "The economic impact of SARS: how does the reality match the predictions," *Health Policy* 88 (2008): 110-120.

¹⁹ Smith, "Responding to global infectious disease outbreaks."



360°

A 360°

In recent months, an important meeting has been convened in Doha, in order to discuss how to improve international cooperation. In the form of a "marketplace for ideas", the World Economic Forum has invited decision makers and opinion leaders from the communities of policy, business and civil society to attend this meeting. The event, "The Global Redesign Summit", looks at issues ranging from building institutions for an empowered society and creating a global values framework, to looking at security, managing global risks and ensuring health for all.

Of particular interest, on 31 May 2010, a session was specifically dedicated to global health governance. The fact that health and its governance was a point to be discussed at the meeting confirms what stated in the previous A360 issue: health has grown to a higher status among policy makers, businessmen and politicians. Health has various implications on economics and politics and cannot be any more relegated to a peripheral level. Health may entail consequences on individuals' and peoples' lives as well, contributing to improve or deteriorate social well being.

This session looked at 1) How can health risk metrics be developed and applied broadly in order to improve the effectiveness of health policy? 2) How should the international community organize itself to combat chronic disease? And 3) How can governments and companies work more closely together to reduce malnutrition in children under the age of two in developing countries? Some of these issues were also hinted at in our last essay, when a question was posed on how re - globalization (in the wake of the 2008 / 09 crisis) could be health oriented so as to render health an integral component of development. In a sense, the Doha meeting continues the search for new strategies and alliances that bring health into the general arena, removing it from the close circle of experts and humanitarian workers to which it was since long relegated.

Ensuring Health For All

This is a very impressive contribution to the debate on global health governance. It brings clarity both to the challenges posed by trends in health, globalization, lifestyle and poverty and to the elements of governance required to address these issues. Global governance for health is conceived as the application of framework of international laws, conventions and agreements addressing the key risks to health and the contribution that must be expected of all sectors of society. It stresses the WHO's leadership role with national governments, "H8" and with the academic, business and civil society organisations that are increasingly important actors in global health.

In a word, Doha meeting stresses – once for all – the need for converging alliances that will promote health as a matter of global and common concern. The title of the presentation (of which I give some excerpts) beautifully summarizes the previous statement: "*everybody's business: strengthening international cooperation in a more interdependent world*".

Most of the insights presented in this issue can be found in a discussion paper written by Peter Piot, David E. Bloom and Peter C. Smith (see for reference: HYPERLINK "<http://www.weforum.org/pdf/grs2010/report/6-Health-for-All.pdf>"). Other references can also be found in HYPERLINK "<http://www.ghgj.org/>" www.ghgj.org, the website of the Global Health Governance Journal.

A New Paradigm

The current predominant paradigm in promoting health is primarily based on the treatment of acute diseases, although in middle- and high-income countries chronic diseases are also a focus, emphasizing biomedical and technological solutions for individuals, provided by medical professionals in a public or private sphere.

Such provision is complemented by childhood immunizations with limited investment in influencing social determinants and harmful behaviours. International governance is mostly restricted to interaction among ministries of health, with limited independent monitoring. The current system has led to major improvement in health outcomes in high-income countries, albeit at an increasingly unsustainable cost to society, and in selected developing nations and states such as Cuba, Costa Rica and Kerala.

At the other end of the spectrum, several low-income countries are dependent on development assistance for up to half of their health budgets.

A new paradigm is emerging to address the new and old health challenges across different types of countries. Its main elements include:

- Health as a multideterminant and multistakeholder issue: the recognition that much of health is dependent on water and sanitation systems, transportation, communication, education and information, food and individual behaviours, not on hospitals or health workers
- Improving care for acute and infectious diseases in low-income countries
- Care systems and their financing adapted to the dominance of chronic diseases in an increasing number of countries
- Community-based care outside the hospital
- Human resource shortages addressed through increased education and training schemes, and the optimal use of technologies
- The new prominence of disease prevention and wellness, with a focus on keeping people healthy, instead of only dealing with diseases
- Independent monitoring and evaluation as drivers for accountability
- Governance adapted to new realities, including stronger community and patient involvement, with new international governance including NGO and business involvement, the drafting of binding health treaties, and the recognition that social sector spending is essential for development.

A New Health Ecosystem Involving Multiple Actors

Rather than trying to rally other sectors around an agenda entirely conceived and driven by health professionals, the time has come to involve other sectors (e.g. transport, environment, agriculture, education, law) from the planning stage to improve the impact of curative and particularly preventive health activities, and realize co-benefits.

The concept of “embedded health” should become an integral part of new social and infrastructure programmes, such as welfare benefits, urban planning, public transport, housing design, agricultural subsidies, as well as international trade rules.

A serious handicap is that the key concept of the social determinants of health has rarely been translated into policy or operationally practical guidance.

New actors in the field of health

- New international institutions and programmes, such as the Global Fund and the US President’s Emergency Plan for AIDS Relief, have been set up to respond to new threats or to develop new technologies through public-private partnerships such as the Medicines for Malaria Venture.
- A plethora of non-governmental organizations are now active locally and transnationally – too often with loose coordination and monitoring and, as a result, sub-optimal efficiency.

- For-profit businesses from the mining industry to the food sector are addressing health among their workforces and in their marketing – trends that accompany growth in the healthcare, technology and maintenance industries.
- Ministries of foreign relations in a limited number of countries are timidly addressing health challenges in their portfolio.
- Above all, people affected by health issues such as AIDS and breast cancer have become powerful advocates and policy influencers, inaugurating an era in which people are increasingly acting as public agents for population health.

Redesigning Healthcare Services

In general, innovations in medicines and medical devices are easily embraced by health professionals. However the tremendous potential of information technology and mobile applications, such as wireless devices, low-cost sensors, and Internet-based applications for improving healthcare and lowering costs, has only been timidly exploited. It seems the health sector lags a decade behind other sectors in terms of the integration and use of IT applications.

Global Agenda Council on the Future of Mobile Communications

The Council on the Future of Mobile Communications calls for strengthened global coordination among stakeholders to provide for investment, interoperability, innovation and social inclusion. As it relates to the health sector, the Council sees a tremendous opportunity to leverage the pervasiveness of mobile networks and devices as an enabling global platform. Mobile solutions are vital in the transformation of the health sector as it becomes more personal, real time and a “closed-loop” system. These factors are seen as critical to reduce costs, increase wellness, improve productivity and positively impact social benefits.

Key priorities for mobile health include:

Empower individuals to keep themselves healthy (wellness) and manage their own health (e.g. Chronic care) via real time feedback, while owning and controlling their own health data

Cost effectively improve and extend the reach of existing health services to support more people at all economic level.

Increase the collecting and sharing of a base of evidence to demonstrate efficacy and return on investment.

Integrate mobile health solutions into the payment programmes of governments, insurers, employers and other payers.

Insofar as access to health services is largely determined by access to health workers, any meaningful discussion of global health gaps must address inequities in health worker supply, training and certification, and distribution.

The World Health Organization (WHO) ranks 57 countries as having “critical shortages” in health workers, resulting in a global need for 4.3 million additional trained health professionals.

Developing countries suffer from disproportionate losses of health workers due to both internal migration, where health workers migrate towards urban centres, and international migration to more developed countries.

Managing or stemming the tide of this migration is complicated. Some of the possible mechanisms involve difficult trade-offs between health workers’ individual freedoms and the basic health needs of populations.

Need for New Prominence of Prevention

A great deal of mortality and disability can be alleviated through preventive biomedical interventions (vaccines, polypill), healthy behaviour (smoking cessation, exercise, hand-washing, condom use), a healthy environment (indoor and workplace pollution control), structural interventions (sanitation and trans fat bans), or social and individual incentives (conditional cash transfers). These interventions' return on investment for society and individuals is usually high to very high, although we need much better evidence on which specific prevention efforts offer good returns; many currently used interventions may be poorly focused. Population-based disease prevention is grossly under-resourced, while resources have been concentrated on individual healthcare.

Patient demand, the power of the medical profession, higher remuneration of treatment over prevention services, and the motivation of the pharmaceutical industry to sell its products, which are overwhelmingly for treatment, are all powerful disincentives for prevention. Moreover, there has also been a striking lack of national and international leadership on disease prevention. The skyrocketing healthcare costs and of the economic crisis may be a renewed emphasis on staying healthy rather than on disease treatment.

Disease prevention and the creation of a good evidence base are public goods that should be supported by society and the international community.

Need for Significant Strengthening of Measurement and Accountability

The provision of relevant, accurate and timely performance metrics is central to improving the performance of all aspects of health systems. The transparency offered by measuring performance is an essential element in securing accountability for health system performance, and thereby improving the health of citizens and the efficiency of the health system. Citizens, patients, governments, politicians, payers, policy-makers, managers and clinicians all need performance information in order to assess whether the health system is operating as well as it should, and to identify where there is scope for improvement. Without performance information, there is no evidence with which to design health system reforms, no means of identifying good and bad practice, no protection for patients or payers, and ultimately no case for investing in the health system.

The role of performance metrics and evaluation becomes even more crucial as health systems become more global and more local. International cooperation requires that donors, regulators, lawmakers, funders and industry obtain improved assurance that funds are being spent wisely and that lessons learned from policy experiments are transmitted rapidly and effectively to all relevant decision-makers. At the same time, the ambition to devolve greater control of health services to the local level requires high levels of reliable performance information if local organizations and individual citizens are to make informed decisions, to hold local providers properly to account, and thereby to promote quality and efficiency improvements.

Global Agenda Council on Global Healthcare Systems & Cooperation

Partnership for Health Risk Accountability

Recommendations:

- I. Promote a shared understanding and objectives for reducing health risks across a broad set of actors beyond the traditional health system
=> World Economic Forum to convene a multistakeholder group of global leaders, across sectors, to engage in health
2. Improve the evidence base on the magnitude of different health risks
=> Commission a Global Burden of Disease Study on 10 major risks by November 2010

3. Provide standardized metrics for tracking health risks and the contribution to health risks of different sectors in society, such as schools, the built environment, the workplace
=> Identify interventions, policies and programmes that address these 10 risks by year end 2010
4. Report to citizens, agents, institutions on progress on managing leading health risks
=> Assess, compare and communicate responses and contributions to implementing and delivering these interventions across society by November 2011
5. Catalyse shared learning across different actors on successful models to reduce health risks in different contexts
=> Institutionalize the partnership at the global and national levels for launch at the World Economic Forum Annual Meeting 2012 in Davos-Klosters.

International Cooperation and Governance

International cooperation is becoming increasingly important in health because of growing trans-border epidemics and major population movements. Like prevention, health-related research, which is being conducted increasingly across countries, is a global public good. By contrast, healthcare and financing are largely a national responsibility and take many forms, depending on a country's political and social history and resources. Nevertheless, a proposal for a "world health insurance" has been made to fund healthcare services in low-income countries from a share of healthcare financing in high-income countries.

International health-related governance is no longer adapted to the new ecosystem, as it largely excludes nonstate actors (be they NGOs or businesses), is disconnected from financial, trade and economic decisionmaking, and lacks the power to broker binding accords promoting global health.

Better coordination of these multiple health actors would undoubtedly be beneficial to developing countries with limited government capacity and may reduce transaction costs. However, the time has come for national, multilateral and bilateral institutions to welcome and embrace this pluralism of health actors, in contrast to lamenting about it as we can read in statements by international development agencies and public health experts. This diversity can be a formidable force if brought together by strong political and policy leadership working for a common agenda.

In order to make the two basic principles of new governance in health – health as an issue for the whole of government and inclusive of all main actors – the following recommendations are proposed:

International governance, in particular the WHO with its main multilateral partners, but not exclusively, should create mechanisms ensuring the participation of sectors traditionally not included, such as civil society, business, private foundations, and patient and survivor groups.

A clearer division of labour among the main multilaterals engaged in health would enhance their effectiveness.

International legal instruments have emerged around specific health issues, such as tobacco control and infectious disease epidemics. Additional global accords on health are needed – just as they exist for international trade.

Reinforce a truly global system of epidemic preparedness under the WHO's leadership, and to conclude binding agreements on prompt and uncensored information sharing of epidemiological information.

Development assistance for health should be driven far less by donor binding conditions and by a commitment to support both national priorities, as determined by multiple stakeholders in health, and global public goods, such as Research and Development, and monitoring and evaluation.

Incentives for "embedded health" should be created, along with accountability measures such as health indexes for cities, companies, and sectors.

Beati i morti nel Signore Blessed are those who Die in the Lord



P. Umberto Rizzo

1919 – 2010

Il 24 giugno, festa di San Giovanni Battista, ci ha lasciati p. Umberto Rizzo.

In quest'ultimo mese di giugno più volte è stato ricoverato in ospedale per complicazioni cardiache e respiratorie e, proprio il 24 giugno si è deciso, per rispettare la sua volontà, di portarlo da Forte dei Marmi a Torino. È arrivato in ambulanza e, dopo soli 10 minuti dal suo arrivo al Presidio Sanitario San Camillo, è mancato.

P. Umberto era nato a Bologna il 10/09/1919. Entrato come aspirante a Imperia il 5/11/1934, ha iniziato il noviziato a Verona il 9/10/1936. Emette la Prima Professione, sempre a Verona, il 10/10/1937. Il 12/10/1937 viene trasferito a Torino Villa Lellia per gli studi filosofici.

Il 1° novembre 1940 emette la Professione Perpetua. Viene ordinato diacono il 5/07/1942 e presbitero il 19/08/1942 dal Card. Fossati nella Chiesa dell'Arcivescovado di Torino.

Il 17/11/1942 viene trasferito a Casale per terminare gli studi teologici.

Il 15/06/1943 gli viene chiesto di fare da segretario al Provinciale a Imperia.

Il 17/03/1944 viene trasferito a Villa Lellia a Torino come assistente dei postulanti.

Il 30/09/1948 viene trasferito a Castelvecchio come insegnante dei postulanti.

Il 1°/02/1949 è eletto Economo della casa, mentre il 1 ottobre dello stesso anno viene eletto Direttore dei postulanti.

Il 3/05/1953 è eletto Superiore della casa di Imperia, dove rimane fino al 3/05/1955 quando viene eletto Superiore della nostra casa di Torino Villa Lellia, incarico confermato fino al 1958.

Il 17/03/1959 è eletto 2° socio per il Capitolo generale.

Il 29/05/1959 viene eletto come Superiore della casa di Forte dei Marmi e a luglio dello stesso anno è eletto Consigliere Provinciale. Entrambe le cariche gli sono confermate nel triennio successivo e il 19/02/1965 è Delegato al Capitolo generale.

Il 19/05/1965 viene eletto Superiore provinciale e confermato Superiore della Casa di Forte dei Marmi

Il 20/05/1967 rinuncia alla carica di Superiore di Forte dei Marmi e si trasferisce alla residenza provvisoria di via Luisa del Carretto 3 Torino. Il 3 novembre dello stesso anno trasferisce la sede provincializia a Torino Villa Benso.

Il 3/05/1968 viene eletto "ad triennum" Superiore provinciale.

Il 3/05/1970 viene eletto Vice presidente dell'ARIS.

L'11/05/1971 termina il suo mandato di Superiore provinciale e a luglio dello stesso anno è nominato Superiore della nostra casa di Villa Lellia.

Il 16/03/1972 viene nominato dalla S. Sede Assistente nazionale della F.I.R.O e il 25/09/1972 rinuncia all'incarico di Superiore di Villa Lellia e si trasferisce a Roma per assolvere il suo nuovo compito presso la F.I.R.O.

Nel 1973 viene confermato nell'incarico alla F.I.R.O e nel 1976 è nominato Presidente nazionale dell'A.R.I.S. (ad triennum) e viene confermato nell'incarico per gli anni 1979- 1984.

Nel 1978 è nominato Visitatore apostolico per l'Istituto serafico per ciechi di Assisi "Plemo ivre".

Nel 1995 è ancora confermato Presidente dell'ARIS. Di Comunità a Villa Lellia (To).

Il 1°/06/1999 rientra definitivamente in Provincia rinunciando all'incarico di Presidente dell'ARIS e viene inserito nella Comunità di Genova Righi.

Il 1°/03/2000 viene nominato Direttore del nuovo Segretariato Missioni.

Nell'aprile 2003 viene trasferito a Forte dei Marmi come Direttore della Casa di cura.

Nel 2007 rimane a Forte dei Marmi a riposo e senza alcun incarico.

Il 24 giugno 2010 muore a Torino Villa Lellia.

La sua è stata una vita intensa, ha ricoperto importanti incarichi ma, soprattutto, sarà sempre ricordato per i suoi trent'anni trascorsi a Roma, all'Aris, di cui è stato Presidente dal 1976 al 1999.

Uomo gioviale, di compagnia, sempre molto ospitale, amante della convivialità ha saputo coniugare le responsabilità derivanti dagli incarichi ricevuti alla capacità di mettersi in fraterna comunicazione con tutti coloro che ha incontrato nella sua lunga vita.

Si può ben dire che p. Umberto è stato un amante della vita e l'ha saputa vivere in pienezza.

Il Signore lo accolga nella festa che ha preparato per tutti gli uomini di buona volontà e lo renda partecipe della sua pace e della felicità senza fine riservata a tutti coloro che Egli ama.

Il funerali si celebreranno sabato 26 giugno alle ore 10,00 presso il Presidio Sanitario San Camillo di Torino e alle ore 15,00 a Massimino (SV).

Fr. Umberto Rizzo

1919 – 2010

On June 24, the feast of St. John's birthday, Fr. Umberto has departed from us.

In this last month, in several occasions he had to be admitted to the hospital, because of heart and lung failure and, on June 24, it was decided to follow his desire to be transported to Turin and admitted at the S. Camillus Hospital. Unfortunately, few minutes after his arrival he was declared dead.

Fr. Umberto was born in Bologna on September 10, 1919. He joined the Order in Imperia on November 5, 1934. A novice in Verona (October 9, 1936), he made his Temporary Profession on October 10, 1937. The day after his profession, he was transferred to Turin for the Philosophy studies. On November 1, 1940 he made his Perpetual Profession. His Eminence, the Card. Fossati ordained him as a Deacon (July 5, 1942) and as a Priest (August 19, 1942). In November 1942, he was transferred to Casale where he completed his Theological studies.

In 1943 he became the personal secretary of the Provincial. In 1944 he acted as the master of the postulants in Turin. Four years later, he became a member of the teaching body for the postulants. On February 1, 1949 he was nominated bursar at Castelvecchio and on October 1, 1949 he was elected as the Director of the Postulants.

On May 3, 1953 he was elected as the Superior at Imperia, remaining there until 1955, when he was appointed as the Superior at Turin Villa Lellia for two consecutive terms.

On March 17, 1959 he was a delegate to the General Chapter. In May 1959 he was elected as Superior at Forte dei Marmi and a member of the Provincial council. Both charges were confirmed for the following term. In 1965, he was again a delegate to the General Chapter.

On May 19, 1965 he was elected as the Provincial and confirmed as the local superior at Forte dei Marmi. Two years later, he gave in the charge of Superior at Forte dei Marmi and transferred temporary to Turin, via Luisa del Carretto 3. In November 1967, he transferred the Provincial residence to Villa Benso, Turin.

In 1968 he was elected again as Provincial. In 1970 he was elected as vice president of the National Guild of Catholic Health Institutions (ARIS). At the completion of his mandate as provincial superior (1971) he was elected as superior at Villa Lellia, Turin.

In 1972 the Holy See appointed him as National Assistant of F.I.R.O. In order to better fulfill this new duty, he resigned as Superior at Villa Lellia (September 25, 1972) and moved to Rome.

Beside his appointment at F.I.R.O., in 1976 he was nominated as the National President of ARIS, a position confirmed for other two terms until 1984. In 1978 he was also chosen as the Apostolic visitor to supervise the activity of a catholic Association in Assisi. In 1995 he was again nominated National President of ARIS, attached to the community at Villa Lellia, Turin.

On June 1, 1999 he finally gave in his mandate as the national President of ARIS and returned to his Province, a member of the community in Genoa, Righi. He was nominated Director of the recently established Secretariat for the Missions.

In 2003 he was transferred to Forte dei Marmi as the Director of Our Facility. In 2007 he retired and remained in Forte dei Marmi.

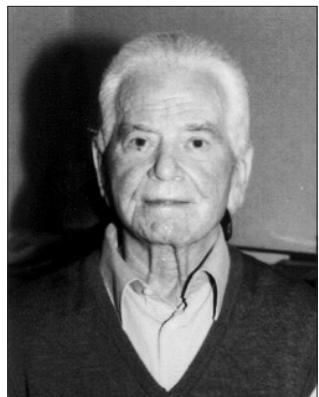
On June 24, 2010 he has died in Turin, Villa Lellia.

Fr. Umberto's was a fully lived life. He has carried on many, important duties but he will be remembered as a long time President of ARIS (1979 until 1999).

A jovial man, friendly, a lover of companionship, he blended responsibility and fraternity. A lover of life, he fully lived his life.

May the Good Lord welcome him to the Feast He has prepared for all men and women of good will and unite Fr. Umberto to His endless joy and peace.

The funeral will be held on June 26, 2010 at 10 a.m. at San Camillo Hospital Villa Lellia (Turin). Another Mass will be celebrated at 3 p.m. at Massimino (Savona).



P. Gaetano Bernini

1925 – 2010

Nasce il 29 giugno 1925 a Campagnola di Guastalla (RE), da papà Amedeo e mamma Elisa Manicardi.

Entra nel seminario di Villa Visconta a Besana Brianza (MI) il 26 settembre 1936. Entra in noviziato a Verona, casa di S. Giuliano, il 7 settembre 1942 per concluderlo coi primi voti l'8 settembre 1943. La professione perpetua dei voti ha luogo nella casa di Mottinello in Rossano Veneto (VI) il 6 gennaio 1947, casa nella quale nel frattempo era giunto per il curriculum degli studi di teologia. È sempre nella cappella della casa formativa che viene ordinato diacono il 1° novembre 1948 per le mani di mons. Carlo Agostini, vescovo patavino che l'anno seguente, il 16 aprile 1949, gli conferisce anche il Sacro Ordine del presbiterato nel seminario di Padova.

Il ministero di padre Gaetano prende da subito una chiara configurazione e tale resterà per tutta la sua vita religiosa. Sacerdote novello, è destinato alla Casa di cura S. Camillo di Milano come vice dell'economista. Impara il mestiere o, meglio, la tipologia di servizio, ed è promosso economo della medesima dal giugno 1956 al febbraio 1964. Il 10 febbraio di quell'anno, infatti, è nominato primo economo della nascente Casa di riposo "Ovidio Cerruti" a Capriate S. Gervasio (BG), gestendo bene i rapporti con la vedova benefattrice Ceruti prima e garantendo poi una dignitosa nonché affettuosa assistenza a Silvio, il figlio di lei affetto da sindrome Down. Il 1° novembre 1984 viene nominato economo nel seminario di Villa Visconta a Besana Brianza. Il 23 settembre 1990 arriva la nomina di economo per la Casa provincializia di S. Maria del Paradiso a Verona, dove pure esiste una piccola struttura socio-assistenziale.

Dal 29 ottobre 1998 ritorna nella sua Capriate per l'ultimo tragitto di vita, a riposo stavolta anche se non fa mancare un aiuto nell'amministrazione e nel ministero della messa fino a quando, negli ultimi anni, la demenza senile lo porta gradualmente e ineluttabilmente alla non-autosufficienza e all'assistenza in quella stessa struttura, dove aveva profuso il meglio del suo ministero camilliano. Muore alle prime ore del 2 luglio 2010 per un improvviso malore.

P. Gaetano è un tipico rappresentante del classico economo religioso, che da una parte cerca di mantenere una nota di sobrietà e, dall'altra, è generoso nell'andare incontro alle esigenze dei confratelli: sapeva fare una felice combinazione di povertà e carità, come recita la Costituzione dell'Istituto.

Più che versatile nell'uso delle parole e nella predicazione, per la quale si sentiva inadeguato – forse anche a causa di un tratto di timidezza che si palesava nel prendere la parola in pubblico – mostrava il meglio di se stesso nella concretezza, sapendo cogliere i bisogni e fornire le risposte. Chiamato spesso a consulenza per la ristrutturazione di strutture socio-assistenziali delle quali era diventato un esperto. Anche per questo ha fatto parte del segretariato Provinciale per l'Economia a partire dal 1984. Diceva degli ospiti nelle case-soggiorno: "l'anziano non vuole grandi giardini per passeggiare perché è pigro, però gli piace stare a guardare la natura, gli animali e la gente che passa".

Il Signore lo accolga ora fra il numero degli "amministratori fedeli", sempre pronti ad accogliere il Padrone quando arriva, che bussi di giorno o nell'ora tarda della notte.

Fr. Gaetano Bernini

1925 – 2010

Fr. Gaetano was born on June 29, 1925 at Campagnola di Guastalla (RE), the son of Amedeo and of Mrs. Elisa Manicardi.

On September 26, 1936 he joined the Minor Seminary in Villa Visconta (Milan). A novice at S. Giuliano (Verona) in 1942, he made his Temporary Profession on September 8, 1943. On January 6, 1947 he made his Perpetual Profession in Mottinello, where he was studying theology. The Bishop of Padua, Mons. Agostini, ordained him as a deacon (November 1, 1948) and as a priest (April 16, 1949) in the local chapel.

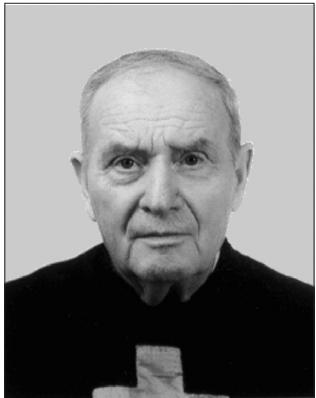
Fr. Gaetano's ministry took an initial orientation that never changed all throughout his religious life. As a newly ordained priest, he was destined to work as the assistant bursar at Our Facility S. Camillus in Milan. Having learnt the "job", he was promoted as the bursar in the same facility, a charge that he held from 1956 to 1964. On February 10, 1964 he was transferred to Capriate, the first bursar of the going – to – be established Home for the Elderly. Here, he was able to gain the affection of the benefactor, Mrs. Cerruti; after her death, he ensured dignified care to her only son, Mr. Silvio, affected by down syndrome. On November 1, 1984 he was appointed as the bursar of the minor seminary in Villa Visconta. On September 23, 1990 he was made bursar at the Provincialate in Verona, in charge of the local social and health care Facility.

On October 29, 1998 he made his last journey to Capriate, as a retired religious even if he made himself available to help in the administration and with the celebration of Masses until his health permitted so. His last years, in fact, were marked by progressive dementia that reduced his ability and made him in need of total care, provided by the staff of the same Facility that he had greatly contributed to set up. On July 2, 2010, at dawn, he has died due to a sudden illness.

Fr. Gaetano is the typical model of religious bursar, blending sobriety and generosity toward the confreres: he was able to mix poverty and charity, in accordance with the Constitution of the Order.

Because of his shyness, he felt inadequate to preach publicly and he could give the best of himself in concrete terms, given his ability to perceive the needs and to provide practical responses. He was often requested for advices, especially when Facilities had to undergo renovation work, of which he was an expert. From 1984 on, he was a member of the Secretariat of Finances. Sensitive to the needs of the elderly in Institutions, he used to say "*elderly do not want vast gardens because they are too lazy to stroll around; but they like watching nature, animals and the people who pass by*".

May the Good Lord welcome him among the many "faithful administrators", who are ready to open the doors to the master when He comes, early in the morning or late in the night!



Padre Luigi Pisetta

1922 – 2010

Nasce a Fornace (TN) il 3 ottobre 1922 da Ferdinando e da Annunziata Girardi. Entra nel seminario camilliano di Villa Visconta a Besana Brianza (MI) il 12 dicembre 1935 ed in noviziato nella casa di S. Giuliano a Verona il 7 settembre 1941. Emette i voti temporanei l'8 settembre 1942 e quelli perpetui l'8 settembre 1945. L'Ordinazione diaconale gli viene conferita nel Seminario diocesano di Padova il 27 marzo 1948 da mons. Carlo Agostini, mentre quella presbiterale in Trento nella casa delle Suore del S. Cuore, il 15 agosto dello stesso anno, da mons. Carlo De Ferrari. Nell'ottobre 1948 si trasferisce ad Innsbruck per completare l'ultimo anno degli studi di teologia e dando un contributo in una cappellania ospedaliera di Vienna.

Il 6 novembre 1949 è inserito nella comunità di S. Maria del Paradiso in Verona come cappellano a Mezzane (VR). Il 2 maggio 1950 è trasferito all'Ospedale civile di Verona ma già il 23 gennaio 1951 passa alla Metropoli meneghina al Sanatorio di Vialba che negli anni '70 viene convertito in ospedale generale col nome di Ospedale "Luigi Sacco". Il 3 dicembre 1984, dopo 34 anni di servizio, approda all'Ospedale di Montecroce in Desenzano del Garda (BS) dove continua l'assistenza spirituale fino al novembre 2008, dopo che la Provincia Religiosa – per le sue precarie condizioni fisiche e non disponendo di sostituzioni - aveva concordato il passaggio di consegne della cappellania alla Diocesi. Muore per un improvviso infarto il 14 luglio 2010, giorno della nascita al cielo del suo Fondatore S. Camillo.

P. Luigi (per gli amici, Gigiòti), è il secondo di tre fratelli che abbracciano la vocazione sacerdotale nell'Istituto di S. Camillo. Nei due luoghi di ministero dove svolge la più parte del servizio pastorale, lascia dietro di sé una scia di stimatori e, se è concesso il termine, di devoti, ammirati per il tipo di presenza che offriva. Ancora due anni dopo la sua partenza, una sottoscrizione del personale di Vialba chiede al Superiore Maggiore il suo ritorno offrendone questo profilo: "... amato e stimato da tutti; la sua presenza è stata un esempio vivente di come la fede può illuminare ogni momento della giornata anche in un ambiente di sofferenza... Egli con la sua presenza umile, tenace, continua, ha acquistato molta stima tra credenti e non credenti... egli si muove con l'entusiasmo di un bambino e la dedizione di un uomo altamente spirituale...". Non diversamente avviene per la sua dimissione dall'ospedale gardesano, con una petizione sottoscritta da 400 persone affinché l'ormai 86enne religioso possa trascorrere il resto della sua vita presso l'ospedale, dove "si sente in famiglia, è il vero padre spirituale che, riteniamo, per noi è stato come un dono di Dio, imprevisto, un dono gratuito e gradito".

La grande "vocazione nella vocazione" di P. Luigi è la devozione fiduciosa, schietta e inossidabile per la Madonna. Il 27 settembre 1951 ha inizio la sua attività pastorale di trasporto degli ammalati a Lourdes in collaborazione con l'UNITALSI, pellegrinaggi che al termine della sua vita superano il numero di 170! Quando e come può, fa la donazione di statue mariane e di campane ai luoghi sacri a lui familiari, a partire dal paese natale sempre amato dove – ritenendo di avere avuto segnali particolari – erige un vero e proprio santuario, denominato "Madonna delle Grazie".

Non è certo persona da badare al look; per le cose in cui crede non ha falsi pudori a fare la questua, con la sua bella talare crocesegnata in vista. Su un quotidiano lombardo viene descritto "uomo dalla statura alta e massiccia, ma dall'atteggiamento dimesso: il suo fare è quello di una persona mitissima, la sua voce è dolce, flebile cantilante. Sotto sotto si vede l'esistenza di una intelligente arguzia, che si espone con una felice confidenzialità". Lui si definisce l'uomo che sta dietro il carro, ed ama girare con la moto e col mitico "Ape". In cielo lo accoglie certamente la Madre tenerissima di Gesù e lo stuolo di malati che ha accompagnato coi conforti della fede fino all'ultimo approdo.

Fr. Luigi Pisetta

1922 – 2010

He was born on October 3, 1922, the son of Mr. Ferdinando and of Mrs. Annunziata Girardi. He joined the Minor seminary at Villa Visconta (Milan) on December 12, 1935; he started his Novitiate in Verona on September 7, 1941. On September 8, 1942 he made his Temporary Profession and on September 8, 1945 he made his Perpetual Profession. On March 27, 1948, he was ordained as a Deacon in the Diocesan Seminary in Padua by Mons. Agostini. On August 15, 1948, he was ordained as a priest in Trento by Mons. De Ferrari. In October, he was transferred to Innsbruck where he completed his theological studies and rendered his service in the chaplaincy of Wien.

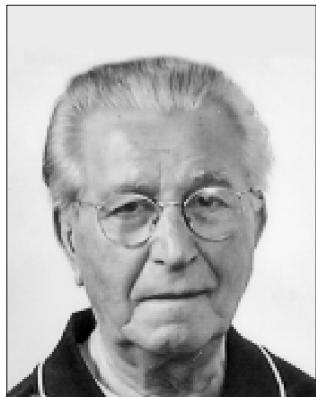
On November 6, 1949 he was aggregated to the community in S. Maria del Paradiso (Verona), as a chaplain at the sanatorium in Mezzane. On May 2, 1950 he was transferred to the Public Hospital in Verona but, after a short period, he was moved to the TB Sanatorium Vialba in Milan, that was later on turned into a General Hospital and named after "Luigi Sacco". After 34 years as a Chaplain in Milan, on December 3, 1984 he landed to Desenzano del Garda, as a chaplain at the Montecroce Hospital. He retained this post until 2008, when the Province decided to remove him because of his ill health and gave in the chaplaincy, which was taken up by the Diocesan clergy. Fr. Luigi has died unexpectedly on July 14, 2010 the Feast day of our Founder St. Camillus.

Fr. Luigi (nicknamed *Gigioti*) is the second of three brothers who became Camillian priests. In the two places where he served as a chaplain, Fr. Luigi had many people who appreciated him and, if one can say so, to the point of devotion, taken by awe by his care and touch. Two years after his departure from the Hospital in Milan, many health professionals signed a petition addressed to his Major Superior asking his return. The petition stated that "*...he was loved and appreciated by all; his presence visibly witnesses how faith can shed a light on every moment of the day, even when stricken by suffering.With his humble, steadfast, and continuous presence, he has gained esteem among believers and no believers, ...he moves around with enthusiasm and with the commitment of a very spiritual man*".

Similarly, it happened when he was asked to leave the Hospital at Desenzano. 400 people signed a petition asking that the now 86 years old religious could spend the rest of his life in the hospital, where "*he feels at home, a member of a large family, a real spiritual father, a gift of God to the staff, appreciated by all*".

Fr. Luigi's "vocation within the vocation" was his trustful, sincere and hard-to-die devotion to Mary. On September 27, 1951 he organized his first pilgrimage to Lourdes and, by the end of his life, he had organized 170 pilgrimages. Whenever possible, he donated Marian statues or bells to shrines and churches that were familiar to him, starting from his home town where – as a token of appreciation for received graces – he built a shrine dedicated to "Mary, mother of Grace".

As a person, he did not care for external appearance; he did nor refrain from begging in order to raise funds for projects dear to him, always wearing his cassock with the red cross. A newspaper from Milan described Fr. Luigi as "*a tall and well built man, yet unassuming and unpretending. He behaves as a very meek person, with a sweet and singing voice. Underneath, one discovers an intelligent cleverness that opens to trust*". Of himself, he used to say that he was the man behind the cart, working hard to accomplish his projects. He moved around with an old fashioned, now a mythic, "Vespa Piaggio". In Heaven, Mary and the many sick whom he accompanied in their final journey will receive Fr. Luigi.



Padre Abbondio Clerici

1926 – 2010

Nasce il 27 gennaio 1926 a Limido Comasco (CO) da papà Martino e mamma Giuseppina Clerici.

Il suo ingresso nel seminario di Villa Visconta a Besana Brianza (MI) risale al 4 ottobre 1938, mentre quello in noviziato il 7 settembre 1943 nella Casa di S. Giuliano a Verona. La professione dei primi voti avviene nel medesimo luogo l'8 settembre 1944, e quella perpetua il 18 luglio 1948 nella Casa di cura S. Camillo a Cremona. In quegli anni degli studi, vuoi per motivi di salute vuoi per ragioni di sicurezza in periodo bellico, trascorre periodi prolungati in Val Colorina, nella casa di cura S. Camillo di Cremona e a Vedano Olona (VA). Riceve l'Ordine Diaconale il 17 dicembre 1950 nel Seminario di Padova per le mani di mons. Gerolamo Bortignon, e l'Ordine Presbiterale il 10 marzo 1951 nella chiesa di S. Bernardino di Milano dal card. Ildefonso Schuster.

Dopo una sostituzione estiva a Forlì, il 24 settembre 1951 inizia il suo ministero di cappellano ospedaliero al Sanatorio di Sondalo, nella struttura dell'Abetina. Il 29 marzo 1957 è trasferito a Galliera Veneta (PD), facente parte della comunità di Mottinello. Il 4 marzo 1959 alla struttura INAIL di Padova ed in seguito all'Ospedale Civile. Il 16 marzo 1970 passa all'Ospedale di B.go Trento in Verona, dove trascorre la più parte della sua vita ministeriale.

Il 10 giugno 2005 giunge per lui il momento di mettersi a riposo, e accetta il trasferimento nella casa di Castellanza (VA), prestandosi per quanto può nell'offrire assistenza spirituale presso la casa di riposo "Fondazione Moroni", la clinica "Mater Domini", le suore Salesiane ed il Centro diurno per Anziani di Nizzolina.

Con la chiusura canonica della casa del Varesotto, è lui l'ultimo a lasciarla il 15 settembre 2009 per trasferirsi a Villa Visconta dove rimane fino al 2 luglio 2010, quando le condizioni molto compromesse del fegato lo obbligano ad un'assistenza impegnativa nella casa di riposo di Capriate S. Gervasio. Ivi muore a breve nel pomeriggio di un caldissimo 17 luglio 2010.

P. Abbondio, conosciuto anche come padre Angelo nell'ambiente camilliano, è il classico religioso che trascorre la sua vita di consacrazione operando quotidianamente "il giro dei malati" nei reparti ospedalieri, compito cui attende con scrupoloso senso del dovere. Non è l'uomo delle grandi innovazioni ma lascia che altri più portati lo facciano: conosce i propri limiti e non ama essere forzato a fare qualcosa di diverso o di più rispetto a quanto in coscienza sente di poter fare. Più che la scioltezza e la disinvolta della platea, sa gestire bene le relazioni brevi e amicali; alquanto introverso e a volte suscettibile, non manca di qualche osservazione umoristica nei momenti di relax. Sa interessarsi dei casi umani e si informa sulle procedure e le leggi per agevolare alcuni casi di bisognosi. La sua voce quasi sussurrata ed i lineamenti del volto improntati ad una certa qual triste seriosità, danno l'impressione che il quotidiano contatto col malato l'abbia in qualche modo sincronizzato e modellato.

Ha due interessi particolari dove egli meglio che in altri tira fuori la sua passione e senso di famigliarità: il primo è la bicicletta da corsa con la quale ha i suoi fedeli appuntamenti e che gli permette di rilassarsi; il secondo è il piacere culinario di arricchire la mensa dei confratelli – e anche di ospiti - di qualche piatto speciale, cosa oltremodo gradita in ambiente sanitario, dove si procede per menù fissi. Ora il Signore lo ripagherà del suo amore alla vocazione camilliana con la fragranza e giocosità del suo Spirito di vita.

Fr. Abbondio Clerici

1926 – 2010

He was born on January 27, 1926 at Limido Comasco (Como), the son of Martino and of Mrs. Giuseppina Clerici. He joined the Minor Seminary at Villa Visconta on October 4, 1938; he started his Novitiate on September 7, 1943 in Verona San Giuliano. He made his Temporary Profession on September 8, 1944 and, four years later, he made his Perpetual Profession. Because of his ill health and on account of safety rea-

sons due to the Second World War, he spent most of his study time at Val Colorina, in our Health Facility St. Camillus in Cremona and in Vedano Olona (Varese). He was ordained as a Deacon on December 17, 1950 by Mons. Bortignon, and as a Priest on March 10, 1951 by the Card. Schuster.

After a short spell in Forlì, to replace a confrere during summer vacation, he started his ministry as a chaplain at the TB Sanatorium in Sondalo (September 24, 1951). On March 29, 1957 he was transferred to Galliera Veneta (Padua) as a member of the local community in Mottinello. On March 4, 1959 he was again transferred to the Pubblic Hospital in Padua. On March 16, 1970 he was moved to the Public Hospital in Verona, where he spent most of his ministerial service. In fact, it was only on June 10, 2005 when he retired and accepted the transfer to the community in Castellanza (Varese), making himself available to provide spiritual care at the Home for the Elderly "Fondazione Moroni" and at the Health Facility "Mater Domini". After the community was canonically closed down, he was the last one to depart and on September 15, 2009 he left the house and moved to Villa Visconta where he remained until July 2, 2010. Because of his serious health conditions, he was transferred to Capriate, where he has passed away in a very hot afternoon on July 17, 2010.

Fr. Abbondio, nicknamed Angelo by the Camillians, is the typical religious who spends his ministerial life in close contact with the sick, whom he daily visits in the hospital wards, moved by his scrupulous sense of duty. He is not an innovative man, leaving creativity to others : he knows his limitations and does not like being forced to something different or new which he knows he cannot do. Unease in public, he is capable of close and friendly relations; introverted and even hot tempered, he does not refrain from humoristic comments in time of relax. He shows interest toward those in need to the point of getting to know rules and regulations that may help solving cases. His voice, a whisper, and his feature, marked by sad seriousness, give the impression that the daily contact with the sick has shaped his character.

He has two main interests where he shows the best of himself, his passion and his sense of familiarity: cycle racing, that provides him with relaxation; and cooking, enriching the meals with special dishes.

May the Good Lord reward him for his love to the Camillian vocation, giving him the freshness and the joy of His spirit of life.



P. Sean Bredin

1937 – 2010

P. Bredin nacque il 2 aprile 1937, il maggiore dei cinque figli di Joseph e Margaret Bredin. Avendo terminato il periodo di postulandato ed il noviziato, P. Bredin emise la professione temporanea l'8 settembre 1955. Fu inviato a Roma per studi superiori in preparazione alla Ordinazione sacerdotale che avvenne il 18 marzo 1961.

Nel 1963, Sean fu uno dei due Camilliani cui fu richiesto di andare in Australia per iniziare la nuova Fondazione a Perth. Qui rimase per 45 anni, svolgendo una varietà di ministeri nella Arcidiocesi di Perth.

Assunse molti ruoli. In molte occasioni fu amministratore della Camillian Nursing Home a Forrestfield; parroco a Subiaco; cappellano al S. Giovanni di Dio a Subiaco e reperibile per molti altri Ospedali di Perth in rotazione con altri Camilliani. L'Arcivescovo Jickey nominò Sean Vicario Episcopale della Pastorale della Salute, ruolo che coprì per circa 20 anni. Svolse anche il ruolo di superiore regionale per molti mandati.

Fu un accurato redattore di verbali, specialmente degli incontri cui doveva partecipare. La stessa meticolosità la mise nei resoconti finanziari e nella stesura delle Cronache (adesso raccolte negli archivi provinciali).

Poiché il suo italiano era molto buono, Sean fu facilitato nel suo ministero con i molti italiani che risiedevano a Perth.

Alcuni anni fa gli venne diagnosticata una malattia grave ma questo non rallentò il suo zelo pastorale né la attenzione alle chiamate notturne negli ospedali locali, persino quando aveva raggiunto i 70 anni di età. Negli ultimi 13 anni, Sean dovette tornare in Irlanda per la morte della madre (1997), del fratello Kieran (2002); il padre era invece morto nel 1979.

Sean fu responsabile per la coordinazione iniziale della collaborazione con i Camilliani italiani e filippini che vennero a risiedere a Perth nel 1998. Successivamente, essi si stabilirono a Sidney. Fu poi coinvolto nella collaborazione con i Camilliani indiani, benché questa esperienza ebbe termine dopo solo 3 anni.

Sean desiderò ritornare in Irlanda per i suoi ultimi anni, facendo ritorno alla Provincia madre nel 2008. Nei primi mesi fu molto preso dalla corrispondenza con i molti amici e conoscenti di Perth, oltre che alla ripresa della relazione con amici e parenti in Irlanda.

La salute di Sean iniziò a peggiorare negli ultimi mesi, anche se seppe mantenersi caloroso e di spirito allegro. Sean è morto serenamente il 14 agosto 2010 a Killucan.

Possano Maria Salute degli Infermi e San Camillo pregare per lui!

Fr. Sean Bredin

1937 – 2010

Fr Sean Bredin was born on 2 April 1937. He was the eldest of five sons born to Mr & Mrs Joseph & Margaret (nee Clancy) Bredin.

After attending St Camillus Juniorate Sean entered the Order and at the end of his novitiate he was professed on 8 September 1955. He went to Rome where he trained for the priesthood. Sean was ordained on the 18 March 1961.

In 1963 Sean was one of two Camillians who were asked to go to Australia to open a new foundation in Perth. He spent the next 45 years there ministering in a variety of places in the Archdiocese of Perth.

Sean performed a variety of roles. He was at various times Administrator of the Camillian Nursing Home in Forrestfield, Parish Priest of Subiaco, Hospital Chaplain to St John of God Hospital Subiaco as well as being on call to the hospitals in Perth on a rostered basis with other Camillians. Archbishop Hickey appointed Sean as Episcopal Vicar for Health Care and he fulfilled this role for almost 20 years. Sean served several terms as Regional Superior. He was a meticulous reporter and very methodical in his recounting of what took place at a meeting. He was meticulous also in his financial returns and his keeping of the Chronicles (all now in the Provincial files).

Sean spoke Italian fluently and this was of enormous benefit to many Italians whom Sean met in the course of his ministry in Perth.

Sean was diagnosed with a serious illness some years ago but this did not stop him from continuing his ministry and undertaking night calls at the local hospital even at the age of 70. In the last 13 years Sean had the sad experience of returning to Ireland from Australia on the occasion of the death of his mother in 1997 and his brother Kieran who died in 2002. Sean's father died in 1979.

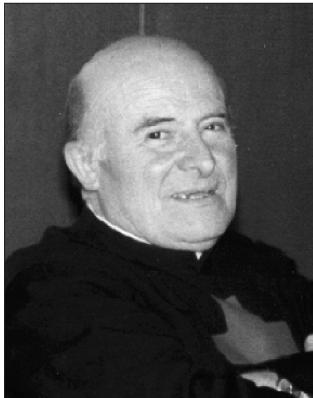
Sean was responsible for coordinating our initial collaboration with the Philipino/Italian Camillians who came to Perth in 1998. They have since moved to Sydney. He was then involved in collaboration with the Indian Camillians in Perth, although this ended after a 3 year period.

It was Sean's desire to return to Ireland in his later years and he did return in November 2008. He was quite busy in those first few months with a huge correspondence to be dealt with from his many friends and associates in Perth as well as catching up with his family and friends. In these last few months Sean's health gradually deteriorated but he was always cheerful and in good spirits. Sean died peacefully in St Camillus Nursing Centre, Killucan on Saturday afternoon, 14 August 2010.

Our Lady Health of the Sick, pray for him.

St Camillus, pray for him. RIP

May he rest in peace, Amen.



P. Odino Natale Didoné

1924 – 2010

Nasce a Rossano Veneto (VI) il 23 dicembre 1924, da papà Giovanni e da mamma Maria Trevisan.

Entra in religione il 28 settembre 1936 in quel di Besana Brianza (MI), località di Villa Visconta. Il suo noviziato inizia a Verona S. Giuliano il 7 settembre 1941 e termina con la prima professione religiosa l'8 settembre 1942. Professa solennemente il 15 agosto 1946 nella casa di Mottinello, in Rossano Veneto, dove sta studiando teologia. Lì viene anche ordinato diacono l'1 novembre 1948 e sacerdote il 2 aprile 1949, per le mani di mons. Carlo Agostini, vescovo di Padova.

Fin dall'inizio del suo sacerdozio a P. Odino viene richiesta dai superiori la disponibilità a dare una mano alla Provincia Siculo-Napoletana, carente di personale religioso, obbedienza che accetta sia pure con qualche timore dovuto soprattutto alla lontananza da casa. Viene inserito all'ospedale di Taranto nel luglio 1949. Nelle case della provincia meridionale presta la sua opera per oltre cinque lustri.

Il 30 ottobre 1976 rientra nella sua Provincia madre Lombardo-Veneta, e dall'ospedale di Napoli ed è incaricato della assistenza spirituale nell'ospedale di Passirana, in Rho (MI).

Vi resta fino al 30 settembre 2004, quando la cappellania viene rilevata dalla Diocesi Ambrosiana.

Ormai ottantenne egli si ritira a riposo nella casa di Mottinello, la casa dove sua madre aveva lavorato come inserviente quando essa era un affollato seminario. Vi resta fino agli inizi del 2007, quando è trasferito nella comunità milanese di S. Camillo. Nel 2007 ha un imprevisto malore ed è ricoverato in sala rianimazione proprio a Passirana, dove ha prestato molti anni di assistenza spirituale. Sopravvive alla difficile crisi ma riportando le conseguenze di una totale non autosufficienza. Viene amorevolmente assistito nella casa di cura di S. Camillo fino a che muore la domenica 22 agosto 2010.

Nell'immaginetta della prima S. Messa P. Odino cita queste parole del salmo: "Salirò l'altare di Dio che allietà la mia giovinezza". Forse non è un caso, perché il tratto della giovanile gioialità sempre lo caratterizza, molto simile in questo al fratello padre Graziano che ha seguito le sue stesse orme del sacerdozio fra i Camilliani. Fra i confratelli e amici P. Odino è famoso per il suo spirto libero, per la sua voce tenorile, che egli non disdegna di esibire nelle agapi fraterne, naturalmente dopo essersi fatto un po' pregare e sempre temendo d'essere oggetto di qualche lazzo. Assieme al bel canto ama onorare la buona cucina. È molto legato al gruppo milanese degli "Amici di Lourdes", col quale annualmente ama visitare in pellegrinaggio il famoso santuario francese. Soffre la morte prematura del fratello P. Graziano: se P. Odino sa vivere la dimensione solare e festosa della vita, si trovava un po' a disagio con quella umbratile. Forse per questo nei colloqui coi malati che visita preferisce introdurre una buona barzelletta piuttosto che ascolti - come si usa dire oggi - di comprensione empatica.

Fr. Odino Natale Didoné

1924 – 2010

Fr. Odino was born in Mottinello on December 23, 1924, the son of Mr. Giovanni and of Mrs. Maria Trevisan.

He joined the Order in 1936 at Villa Visconta. He started his novitiate on September 7, 1941 and made his Temporary Profession one year later. On August 15, 1946 he made his Perpetual Profession in Mottinello, the house for the students of Theology. In the same house he was also ordained as a Deacon (November 1, 1948) and as a Priest (April 2, 1949) by the Bishop of Padova, Mons. Agostini.

After his Ordination, Fr. Odino gave his availability to collaborate with the Sicilian – Neapolitan Province that was short in religious personnel. His first assignment was in Taranto at the local public hospital (1949). He rendered his service in several houses of the Sicilian – Neapolitan Province for more than 25 years.

On October 30, 1976 he returned to his own Province, assigned to the chaplaincy at the public hospital in Passirana – Rho (Milan). He remained in this chaplaincy until September 30, 2004 when the pastoral work was taken up by the clergy of the local Archdiocese.

Aged 80, Fr. Odino retired at Mottinello, in the house where his mother had worked as a staff at the time when it was a seminary, filled with many students. He remained in this house until 2007, after which he was transferred to Our Facility in Milan. Here, Fr. Odino fell very sick and had to be admitted at the I.C.U. at Passirana – Rho, the same hospital where he had ministered during many years. He survived this illness but was rendered totally dependant. He was lovingly cared for by his confrères and staff at St. Camillus Facility, until he died on August 22, 2010.

In the card for his First Mass, Fr. Odino quoted the Psalm "*I will climb to the Altar of God who makes my youth joyful*". It was not by chance, since Fr. Odino was always a youthful and jovial religious, like his own brother – late Fr. Graziano – who followed his footsteps becoming a Camillian priest. Among his confrères and friends, Fr. Odino was famous for his free spirit and for his skills as a singer, making himself available to render fraternal meals enjoyable: of course, he had to be forced to sing in public for his fear to be made fun of! Along with the good music, he was always keen to enjoy good food.

He was close to a group called "friends of Lourdes", with whom he went on pilgrimage to Lourdes every year. He suffered for the premature demise of his brother Fr. Graziano: at ease with the festal side of life, Fr. Odino had to struggle to accept its dark side. This may explain why, in his ministry as a chaplain, he made a great use of jokes and of reassuring comments.



P. Antonio Tempera

1926 – 2010

Padre Antonio nato a Giulianova (Teramo) il 19 aprile 1926, fece il suo ingresso nell'Ordine il 2 giugno 1938.

Divenne novizio il 31 ottobre 1942; fece la Professione temporanea il 1° novembre 1943 ed emise quella perpetua il 19 marzo 1948.

Ricevette gli Ordini Minori il 13 febbraio 1949 e il Suddiaconato il 20 novembre 1949.

Il mese successivo (17 dicembre 1949) fu ordinato Diacono e il 15 gennaio 1950 fu consacrato Sacerdote.

L'11 novembre 1951 fu chiamato a svolgere il delicato compito di Assistente degli Aspiranti a Villa Sacra Famiglia.

Il 20 settembre 1954 fu trasferito al Sanatorio "Forlanini" di Roma, come Economo.

Dal 1956 fu Assistente spirituale in alcune cliniche di Roma.

Il 3 maggio 1968 fu nominato Superiore all'Ospedale di San Giacomo di Roma.

Il 3 luglio 1974 tornò a Villa Sacra Famiglia, come economo.

Il 6 agosto 1977 viene nominato Superiore al "Villaggio E. Litta" di Grottaferrata e nell'agosto del 1980 viene trasferito all'Ospedale del "Bambino Gesù" di Roma.

Il 16 giugno 1998 viene trasferito a Villa S. Famiglia – Roma, dove vi rimane fino al 25 luglio 2010, giorno in cui il Signore lo ha chiamato a sé.

Ha vissuto gran parte del suo ministero a contatto con i malati, in modo particolare con i bambini ricoverati nei reparti di pediatria, esercitando la sua paternità spirituale e facendosi anche portavoce presso i re-

sponsabili della gestione amministrativa e sanitaria di tutti gli Ospedali, in particolare del Bambin Gesù, di istanze a favore dei piccoli pazienti, affinché venissero assistiti nel migliore dei modi.

La celebrazione del sessantesimo della sua Ordinazione Sacerdotale, il 6 febbraio 2010, è stata una bella occasione di festa in cui abbiamo con lui ringraziato il Signore per averlo chiamato a servire la Chiesa nel nostro Ordine Camilliano.

Dotato di una grande abilità artistica, ha realizzato negli anni diverse opere pittoriche di grande pregio, apprezzate da numerosi pittori e critici d'arte.

Ha sempre manifestato, durante tutta la sua vita, una grande fiducia negli altri, in modo particolare nei giovani aspiranti alla vita religiosa e sacerdotale.

A tutti noi rimane la bella testimonianza di una vita spesa senza riserve per amore di Dio a favore del prossimo.

Dal Cielo egli continuerà ad amare il suo Ordine, la sua Provincia e ciascuno di noi.

Fr. Antonio Tempera

1926 – 2010

Fr. Antonio joined the Order on June 2, 1938. A novice in 1942, he made his Temporary Profession on November 1, 1943. He made his Perpetual Profession on March 19, 1948.

On November 17, 1949 he was ordained as a Deacon and few months later, January 15, 1950, he was ordained as a Priest.

On November 11, 1951 he was appointed as the master of the Aspirants at Villa Sacra Famiglia (Rome).

On September 20, 1954 he was transferred to the TB Sanatorium “Forlanini” as the local Bursar.

Starting from 1956, he was appointed as the spiritual assistant in various Health Facilities in Rome.

On May 3, 1968 he was appointed as the local superior at the San Giacomo Hospital in Rome.

On July 3, 1974 he returned to Villa Sacra Famiglia, as the local Bursar.

On August 6, 1977 he was appointed as the Superior at “Villaggio Litta” in Grottaferrata and three years later he was transferred to the Paediatric Hospital “Bambin Gesù” in his capacity as a chaplain.

On June 16, 1998 he was finally transferred to Villa Sacra Famiglia (Rome) where he resided until July 25, 2010 when the Good Lord called Fr. Antonio to His eternal glory.

Fr. Antonio has spent most of his ministry close to the sick, especially to the children admitted in paediatric wards. He showed his spiritual paternity and turned into a passionate spoke-person for their rights. In many instances, in fact, he raised his voice against the local health authorities pleading for better care to the sick.

On February 6, 2010 the local community celebrated Fr. Antonio’s 60th anniversary of Ordination. It was an occasion to thank the Lord for calling Fr. Antonio and making him a gift to the Order.

Gifted with art skills, during many years he finalized several paintings of great value, which were appreciated by other painters and art critics.

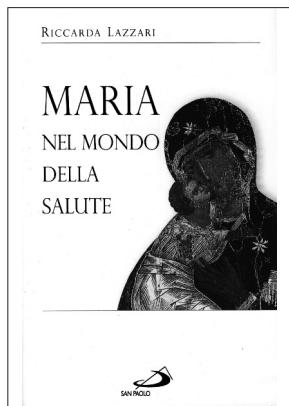
All throughout his life, he showed great trust in others, especially in the young seminarians and aspirants to religious life.

We are left with the testimony of his life, spent entirely for the love of God and the service of his brothers.

From Heaven, Fr. Antonio will continue loving and blessing the Order, his Province and all of us.



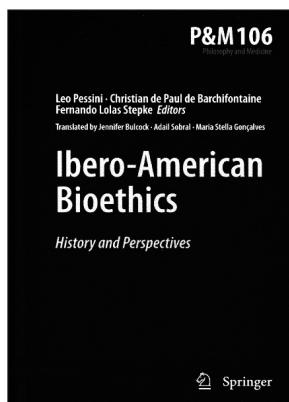
Recensioni / Book Reviews



RICCARDA LAZZARI, *Maria nel mondo della salute*, Edizioni S. Paolo, Milano, 2010.

Questo libro è dedicato a tutti coloro che nella vita desiderano incontrare il volto della Vergine Madre. In particolare, è rivolto ai professionisti della salute: gli operatori pastorali e professionali, il volontariato sanitario. È soprattutto rivolto ai malati e sofferenti affinché sappiano incontrare, nei duri sentieri della vita, la presenza materna di Maria che dona la compassione, trasmette la speranza, infonde la consolazione, conduce teneramente i figli al Figlio. È questo l'obiettivo che porto nel cuore e che affido umilmente alla Madre del Signore, che cammina nel tempo, "innanzi al peregrinante popolo di Dio (...), fino a quando non verrà il giorno Signore" (*Lumen Gentium*, n. 68).

(dalla *Introduzione*)



LEO PESSINI – CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE – FERNANDO LOLAS STEPKE (EDS.), *Ibero-American Bioethics*, Springer, 2010

History and Perspectives is a landmark work, collecting the voices of those who participated in the founding and development of bioethics in Latin America, the Caribbean, and the Iberian Peninsula. The volume offers the reader a cluster of perspectives on the various births of bioethics in this region.

The book gives a rich, deep, broad and pluralist presentation of Ibero-American bioethics and its contribution to the international phenomenon of bioethics. It is a volume for all readers interested in bioethics, Ibero-American studies, and international approaches to health care policy.

(dalla sintesi della quarta di copertina)



MARISA SFONDRINI, *Germana Sommaruga e il «sogno» di Dio. Appunti per una biografia*, Ancora Editrice, Milano, 2010.

Dopo Gesù Cristo e il suo Vangelo, principale ispiratore di Germana fu san Camillo (...) Da san Camillo la Sommaruga imparò la straordinaria lezione della carità che si sprigiona dalla parola evangelica del Buon Samaritano: imparò, così, a rimanere accanto agli infermi e fece sì che altre donne e altri uomini, con lei, fossero attratti dall'amore ricevuto e donato nei momenti del dolore. Si impegnò inoltre perché lo stile camilliano di approccio alla sofferenza non si limitasse a preoccuparsi di alleviare i bisogni fisici, ma si prendesse cura anche dell'animo umano, spesso più malato e ferito del corpo.

(dalla Prefazione del Cardinale Dionigi Tettamanzi)