Io,
quando ho freddo,
sono
nero

Tu,
quando hai
freddo, sei
blu

Io, quando
ho paura, sono
nero

Tu, quando hai paura, sei
verde

Io, quando sarò morto, sarò
nero

Tu, quando
sarai morto,
sarai
grigio

E tu mi chiami
uomo di
COLORE!

reg. trib. Mi. N° 521 del 5/8/96 Spedizione in abbonamento postale art.2 comma 20 lettera C legge N° 662/92 (D.M. 4/7/97) – Filiale di Milano – Anno 8 numero 27

Io,
uomo nero,
quando sono
nato, ero
nero

Tu,
uomo bianco,
quando sei nato,
eri
rosa

Io,
ora che sono
cresciuto,
sono sempre
nero

Tu,
ora che sei
cresciuto,
sei
bianco

Io,
quando prendo
il sole,
sono
nero

Tu,
quando prendi
il sole, sei
rosso

Arché è un'associazione di volontariato che assiste, ogni giorno, da oltre 10 anni, minori affetti da disagio sociale, psichico o da virus Hiv. Sono i più indifesi, stiamo con i più piccoli.

Forse

qualche genitore si sentirà sollevato:

finalmente di fronte alla droga, tolleranza zero!

Di droga in effetti si è parlato alla presentazione del disegno di legge allo studio del governo, in occasione della relazione del rapporto ONU 2002 sulle tossicodipendenze i cui dati sono allarmanti: il consumo di ecstasy è salito del 70% e l'uso maggiore si registra tra i ragazzi dai 18 ai 20 anni. L'emergenza espressa dai numeri è spaventosa, ed è purtroppo immediatamente verificabile appena osserviamo il modo di vivere dei ragazzi e dei giovani: pare di trovarsi di fronte ad una marea montante, incapaci di capire e al contempo ansiosi di controllarla. Ma il problema droga avanza ormai da qualche decennio in maniera inesorabile e mutevole, capace di insinuarsi dentro e nella maggioranza delle nostre famiglie, grazie ad una rete di distribuzione capillare che presidia scuole, bar, intere vie... Davvero basterà abbattere la distinzione tra droghe leggere e pesanti? Sarà determinante il ripristino della dose personale giornaliera? Basterà inasprire le pene? Ma quale genitore si sentirà sollevato?

Nonostante l'esperienza ormai quarantennale con le dipendenze siamo ancora capaci di illusioni, se riteniamo che il problema, che coinvolge moltissimi dei nostri ragazzi, possa avere una soluzione con l'inasprimento delle pene. E questo per diversi motivi.

Nella realtà delle cose, le droghe non sono più distinte in leggere e pesanti, ma hanno un crescendo pauroso che inizia con l'alcol (di alcolismo muoiono 30 mila persone ogni anno) e transita per le droghe sintetiche, gli psicofarmaci, l'hashish, l'eroina, la cocaina... Se solleviamo lo sguardo dalla cucina di casa nostra e guardiamo alla casa comune europea, da tempo l'Unione indica per tutti i paesi una strategia fondata su quattro prospettive: lotta al traffico; prevenzione; cura e riabilitazione; riduzione del danno. L'Unione europea propone da anni agli Stati membri nella lotta contro le droghe una strategia che abbracci tutti i fronti e che si conferma ormai come l'unica strada percorribile: saremo noi italiani ad andare in controtendenza.

Dobbiamo molto onestamente domandarci, infine: perché un ragazzo oggi 'normale' – e non solo un ragazzo che abita nei quartieri di periferia, che ha abbandonato la scuola e che ha una famiglia disastrata –, ma un ragazzo 'normale' [sarebbe curioso approfondire la drammaticità di questa 'normalità'] debba divertirsi facendosi del male e pregiudicando il proprio futuro?

Non pretendo di esaurire la risposta in poche righe, solo vorrei che questo diventasse "come adulti" occasione per interrogarci e per ragionare su un fenomeno che ci ha trovato impreparati e incapaci nel gestire un'adolescenza prolungata nella quale il tempo della crisi si è come dilatato artificiosamente: si è dilatato il tempo dell'incertezza di sé, si è dilatato il tempo dell'intensità emotiva e affettiva, come si è dilatato lo spazio dell'assunzione di responsabilità...

E la famiglia è rimasta pressoché sola ad affrontare un vuoto propositivo, al quale ha spesso preferito rispondere anticipando le gratificazioni che in genere gli stessi genitori avevano ottenuto dopo anni di sacrifici: è stato più facile dare, anche al di sopra delle possibilità, anche senza pensare che un domani questi figli forse non potranno permettersi tutto quello che ora gli viene regalato. Ma questo non giustifica l'inasprimento delle pene: la paura del carcere non funziona e il timore delle sanzioni verrà facilmente aggirato... e anche se non dovessero riuscirci, quanti ragazzi andranno ad ingrossare il numero dei tossicodipendenti in carcere?

Una efficace politica di lotta alla droga non c'è: le famiglie sono sole, le scuole sono il luogo dell'iniziazione, gli oratori sopravvivono a stento... Il messaggio non può essere: "tolleranza zero", caso mai "consumo zero" perché vogliamo bene ai nostri ragazzi e non vogliamo essere correi della loro distruzione.Quale futuro offriamo a questi ragazzi dopo averli storditi di benessere? Un lavoro perpetuamente flessibile, un contratto a termine che magari costringe a turni esasperanti, un mutuo impossibile per chi vuole mettere su famiglia... per non pensare agli infortuni e alle malattie: chi potrà garantirsi in queste condizioni?

Una seria politica sociale deve comprendere la famiglia come soggetto globale, perché alla lunga una politica sociale centrata sui singoli soggetti (donne, bambini, anziani, poveri...) e non sulla famiglia come tale è insufficiente e contribuisce a relegare la famiglia stessa nel suo mondo privato e aumenta il divario tra il familiare e il sociale.

Una politica sociale che dica con scelte concrete quanto afferma nella ormai stucchevole retorica valoriale sulla famiglia: per contro basti pensare che il nostro è il Paese che le dedica il 3,8% della spesa sociale, contro l'8,2% della spesa europea.

Una politica sociale che smetta di considerare la famiglia come il destinatario di una pressione fiscale ormai giunta a livelli d' ingiustizia: basti pensare all'esperienza ormai decennale della Francia che ha ribaltato il trend demografico con alcune misure: incentivo alla nascita di 800 euro; 160 euro mensili sino al terzo anno di età, ovviamente a seconda del reddito (VITA, n.10,2003), misure che in confronto alle disposizioni della recente Finanziaria del nostro governo, fanno impallidire. Nessuno sogna il paese delle meraviglie, ma è anche vero

Il sommario di Arcobaleno

L'editoriale, qui a fianco

DOSSIER:
L'umanizzazione dell'ospedale **2**
Comunicare: parlarsi e capirsi 4
La scuola in ospedale: una scommessa sul futuro 6
Accompagnare per sempre 7
Tutti per uno, uno per tutti 8
Carta dei diritti dei bambini e delle bambine in ospedale 9
Che cos'è EACH 10

IL CASO
Emergenza minori, il Comune vara la lista d'attesa 12

DENTRO ARCHÉ
La crisi della crescita 17
La città della fantasia 20
Tra quegli sguardi neri e profondi 22

POLITICHE SOCIALI
Caleidoscopio 24

SOTTOSOPRA
Emergenza Africa: se i ricchi avranno coraggio 28

dir. editoriale
Giuseppe Bettoni
dir. responsabile
Cristina Traverso
dir. artistica
Jacopo Dalai
Matteo Fiorini

IN REDAZIONE:

Cristina Bocca
Maura Bordogna
Massimo Gianotti
Fabio Sangalli
Betty Soglio
Marina Tassara

Realizzazione: Pensieri e Colori
Stampa: Mediaprint
Anno 8 Numero 27
Data di pubblicazione: 31/10/03

Via Cagliero, 26 – 20125 Milano
Tel. 02/603603
Fax 02/6688408
milano@arche.it

Viale Matteotti, 8 – 50122 Firenze
Tel. 055/5048884 Fax
055/5416808
firenze@arche.it

Via Fregene, 10 – 00183 Roma
Tel. 06/772 503 28-50 Fax
06/77250391
roma@arche.it

www.arche.it
CCP 22279202

Arché è un'associazione di volontariato che assiste, ogni giorno, da oltre 10 anni, minori affetti da disagio sociale, psichico o da virus Hiv. Sono i più indifesi, stiamo con i più piccoli.

Autunno 2003

L'EDITORIALE

di Cristina Traverso

"Puoi trovare Calcutta in tutto il mondo, se hai occhi per vedere. Dovunque ci sono i non amati, i non voluti, i non curati, i dimenticati"

Madre Teresa di Calcutta

Quella figurina esile e sofferente, icona del dolore del mondo ma anche delle grandi risorse spirituali e solidali dell'umanità, quanto bene interpreta il senso che vorremmo trovare nella nostra azione accanto ai più deboli! Calcutta è dappertutto, ce ne rendiamo conto ogni giorno, anche se talvolta è tenuta nascosta, passata sotto silenzio, surclassata da altre immagini, altre prospettive. La stessa Madre Teresa ha più volte incitato a non lasciarsi abbagliare da un modo univoco di intendere la miseria: quello che in India vedi per forza, anche se non lo vuoi vedere, è più subdolo nei paesi occidentali, abbagliati come siamo da tante false luci, rintronati da tanti rumori. Ma se si ha occhi per vedere allora … sapremo riconoscere le sacche di desolante solitudine che creano le nostre città, quartieri in cui non ci si riconosce più, in cui nemmeno ci si saluta più, in cui si può morire da soli, nell'indifferenza generale
ci colpirà il fatto che i bambini sono diventati pesi, da collocare o affidare a qualcuno che abbia il tempo di occuparsene (salvo poi esigere la migliore delle educazioni possibili) o potenziali e preziosissimi consumatori, da irretire con seducenti proposte da paese dei balocchi sapremo riconoscere la difficoltà di crescere di tanti giovani intorno a noi, sedotti da un mondo che non si mantiene mai all'altezza delle aspettative e dei desideri che ha creato ci sarà palese e profondamente ingiusta la difficoltà a vivere la malattia, a maggior ragione in un contesto dominato da stereotipi e bellezze patinate … e probabilmente sapremo vedere molto altro, e tutto lì, in attesa di un gesto, un'azione, un'apertura alla speranza.

In questo numero parliamo di giovani e consumo di droghe, di bambini in ospedale, di bambini abbandonati, di bambini che non ci sono più e di bambini che ci sono e che reclamano il loro diritto a crescere anche se sieropositivi, di bambini neri che non hanno nulla e di grandi sia bianchi che neri che stentano a trovare le strade più giuste per aiutarli: tutto ciò, oltre che ad informare e a tenere vivo il sentimento di appartenenza ad Arché, speriamo che eserciti i nostri occhi a vedere la miseria di Calcutta anche a casa nostra e solleciti il nostro cuore e la nostra mente ad un intervento illuminato responsabile.

DOSSIER

L'UMANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE:

L'ESPERIENZA DELLA CLINICA PEDIATRICA DELL'OSPEDALE DI MONZA

Negli ultimi vent'anni si è assistito ad una progressiva sensibilizzazione da parte dei servizi sanitari verso i bisogni e i diritti dei pazienti in generale e dei bambini in particolare. L'introduzione di varie riforme, volte sempre più a considerare nel processo terapeutico anche le esigenze psichiche del bambino, ha portato a numerosi cambiamenti specie in ambito ospedaliero.
Tra questi miglioramenti occorre menzionare un progressivo inserimento, nel contesto generale dell'ospedale, di persone di riferimento per il bambino, come genitori e familiari, e una crescente attenzione all'abbellimento degli spazi occupati dal bambino, come decorazioni alle pareti, colorazioni intense e disegni allegri e vivaci, … Tali iniziative si sono sviluppate in modo particolare nei reparti di oncologia pediatrica, dove la problematica "psicologica" e di disagio sono avvertite maggiormente.
L'esperienza della Clinica Pediatric dell'Ospedale di Monza vuole proporsi come un esempio di avvicinamento al bambino in ambito ospedaliero e dare uno spunto di riflessione su queste tematiche.

Dott. ssa Francesca Beltrame, Dott. Momcilo Jankovic, Prof. Giuseppe Masera

Disegni tratti dal volume "Nella nebbia di Milano" di Bruno Munari

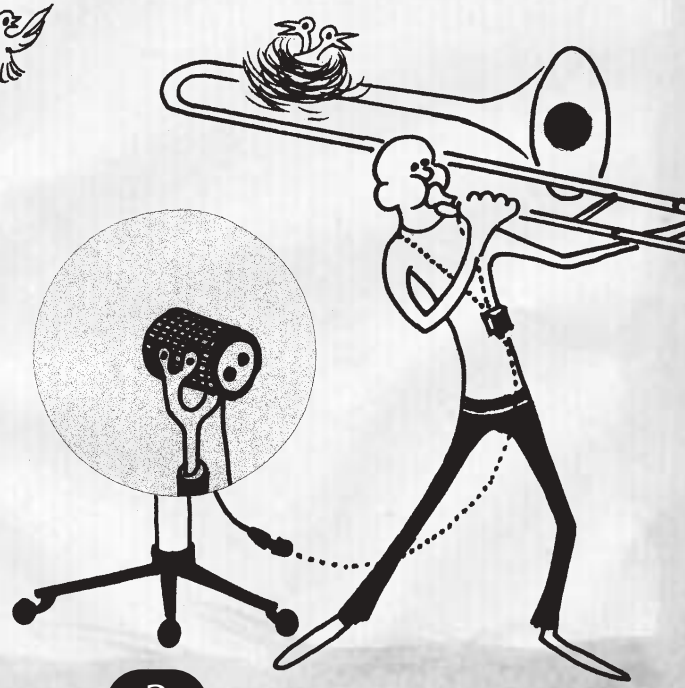
Alcune situazioni possono rendere necessario il ricovero di un bambino in ospedale. Può capitare che vi debba soggiornare per un lungo periodo o magari anche ritornare altre volte. È dunque importante che il ricovero non provochi un trauma troppo pesante, …Non sempre infatti al bambino è garantita, in occasione del ricovero,…la possibilità di rielaborare questa esperienza…

Preparazione e accompagnamento richiedono pertanto un'informazione adeguata, affinchè l'ospedale diventi un'istituzione che tratta il piccolo paziente nella sua interezza, rispettando nella stessa misura il suo corpo e la sua psiche". (*Prevenire il trauma del ricovero*, Doris Caviezel-Hidber, 1998).

Nel Centro di Ematologia della Clinica Pediatrica dell'Università di Milano-Bicocca (con sede all'Ospedale San Gerardo di Monza) da oltre vent'anni si è andato realizzando e perfezionando un programma di intervento psico-socio-educativo riguardante il bambino con emopatia (leucemia, in modo particolare, ma anche linfoma, istiocitosi, thalassemia, piastrinopenia, aplasia, …). Tale programma è basato su un approccio multidisciplinare con la partecipazione integrata di vari operatori (pediatri, psicologi, pedagogisti, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali, infermieri, educatori, volontari, …) e degli stessi genitori.

Alla base di tutto il lavoro sta, infatti, l'attuazione del principio di "alleanza terapeutica", ovvero di "collaborazione" fra le diverse figure professionali che prendono in carico il bambino e la sua famiglia: il concetto comune a tutti gli operatori e che finalizza ogni intervento è non solo quello di guarire il bambino, ma anche quello di offrirgli la miglior "qualità di vita". Ogni bambino, infatti, ha il diritto di vivere pienamente la sua età evolutiva ed è pertanto necessario trovare tutte le strategie possibili al fine di consentirgli lo svolgimento pieno delle sue attuali potenzialità così da garantirgli tutte le più adeguate opportunità di crescita.

L' equipe multidisciplinare comprende il Direttore della Clinica, un medico responsabile del programma, una coordinatrice (assistente sociale) delle diverse figure e dei diversi interventi, quattro medici interni alla struttura, un'infermiera, quattro psicologi, una pedagogista, sei insegnanti, tre clown-dottori, un gruppo numeroso di volontari ("Gruppo Ascolto", "Friends", "ABIO", "Arteterapeuta", …).



La metodologia di lavoro si basa sullo sviluppo di un'"alleanza" tra i bambini, le famiglie e l'equipe multidisciplinare per identificare i loro bisogni psico-sociali nei vari momenti del percorso di cura e programmare i relativi interventi di sostegno attraverso incontri periodici programmati.

Nel Marzo 2002, come sintesi di questa positiva esperienza, si è elaborato a Monza un protocollo di accoglienza e presa in carico globale del bambino con emopatia e della sua famiglia. Tale protocollo include i primi interventi da parte dell'equipe multidisciplinare all'esordio di malattia: la diagnosi, l'ingresso del paziente in reparto, il primo ricovero, la dimissione. Hanno tra l'altro avuto particolare importanza e sviluppo alcune tematiche quali la comunicazione, la scuola e l'educazione, la fase terminale.

Si è delineata, inoltre, la figura del cosiddetto "medico-amico", ovvero quel medico "di riferimento" che accompagnerà prioritariamente il bambino e la sua famiglia per tutto il percorso delle cure, partecipando di persona agli eventi più significativi.

COMUNICARE: PARLARSI E CAPIRSI

La comunicazione è una modalità indispensabile per entrare in relazione con il bambino malato e la sua famiglia. Pertanto, è necessario dedicarle tempo, spazio e modalità adeguate. **Si intende per comunicazione sia la comunicazione della diagnosi alla famiglia da parte del Direttore della Clinica sia la comunicazione della diagnosi al bambino e ai fratelli e/o sorelle da parte del medico.** Nel primo caso non solo si "spiega" la malattia del bambino, ma anche l'intero "progetto di cura" ed è in questo momento che vengono presentate le varie figure operanti nel Centro. È molto importante che tale comunicazione avvenga tempestivamente, in un luogo riservato, tranquillo, senza telefoni ed è auspicabile che il pediatra curante del bambino partecipi a questo colloquio: conoscendo già la famiglia, infatti, il pediatra può aiutare l'equipe ospedaliera a infondere fiducia e capacità di reazione positiva alla famiglia e al bambino stesso.

In un secondo momento si parla direttamente con il bambino e con i suoi fratelli e/o sorelle della malattia e del percorso terapeutico: a differenza di quanto può sembrare a prima vista, ciò ha lo scopo di ridurre le paure e le ansie scatenate soprattutto dal mistero che grava spesso su un bambino malato e di aprire così una comunicazione all'interno della famiglia. Tale comunicazione è volta all'ottimismo e all'obiettivo di raggiungere la completa guarigione e per questo non segue un modello "standard", ma si cerca di adattarla alla tipologia e al grado di conoscenza e di sensibilità del bambino con cui si comunica. L'obiettivo a cui si tende è quello di instaurare con il bambino e i suoi fratelli un dialogo più che una lezione passiva. Ci si serve anche di mezzi visivi per stimolare e colpire la fantasia degli interlocutori a cui viene poi chiesto di spiegare tutto ai genitori; infatti **il modo "originale", e forse un po' controverso, di questa Clinica Pediatrica, è quello di parlare al bambino e ai suoi fratelli senza la presenza catalizzatrice dei genitori**; questo avvia in modo positivo una comunicazione intrafamiliare, che comporta un coinvolgimento attivo anche di altri membri della famiglia e del pediatra curante e aiuta il bambino malato ad aprirsi più positivamente all'interno della famiglia stessa.

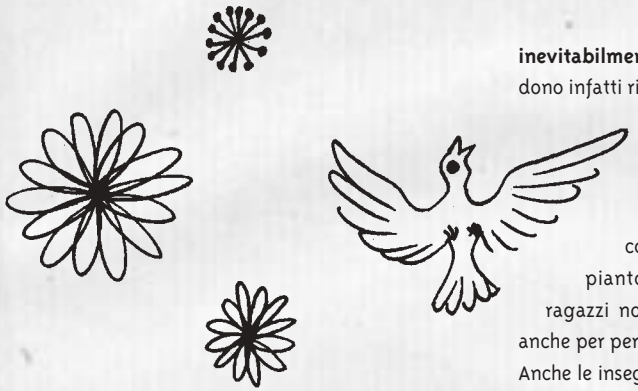
In questa prospettiva merita necessariamente una particolare attenzione l'adolescente nel quale il processo cognitivo e di razionalizzazione e le conseguenti paure sono maggiori e quindi più pericolose.

La comunicazione va, comunque, promossa, strutturata e continuata anche durante tutto il decorso della malattia e nei momenti molto critici e delicati quali la ricaduta e la fase terminale dove la "presa in carico" del bambino assume un significato particolarmente profondo e impegnativo.

LE COSE PIÙ BELLE DEL REPARTO...	... E LE COSE PIÙ BRUTTE
Non ti fanno sentire mai solo.	Le mascherine.
Ti tirano sempre su di morale.	La sveglia troppo presto.
C'è sempre della musica e i volontari.	Le terapie.....le prendo, sto zitto, ma non mi garbano.
Portano tanti giocattoli.	Il sabato e la domenica.
C'è un'attrezzatura moderna e anche la televisione.	Il fatto che nella stanza non ci può stare più di una persona.
Gli infermieri sono simpatici.	Il fatto che tanti bambini stanno male.
Si festeggiano tutte le feste.	
Io non ho mai visto un ospedale con la scuola, è bella ma mi piacerebbe farla insieme a tanti altri bambini.	

Leonardo, 1999 da *Vi mando un bel Ciao! Il giornalino del Meyer di Firenze* - N. 1 Giugno 1997

LA SCUOLA IN OSPEDALE: UNA SCOMMESSA SUL FUTURO



Assicurare al bambino malato la continuità del suo sviluppo educativo anche nel momento problematico della malattia significa mantenere, attraverso l'attività scolastica, l'aggancio e la continuità tra la realtà del ragazzo ospedalizzato e l'esterno.

L'intervento didattico e pedagogico della scuola si inserisce nell'ambito del progetto di assistenza globale, basato su una rete di interazioni fra operatori diversi (medico, psicologo, assistente sociale, insegnante) e offre ai bambini e ai ragazzi l'opportunità di crescere, svilupparsi e orientarsi verso il futuro.

La ricaduta di questa collaborazione si registra su tantissimi fronti: **un bambino che, pur ospedalizzato, non abbandona la scuola è innanzitutto un bambino che tiene vivo l'interesse per attività di tipo cognitivo e a cui è consentito un più facile reinserimento nella classe di appartenenza, riducendo al minimo le lacune che assenze più o meno prolungate inevitabilmente comportano.** Le terapie prevedono infatti ricoveri in reparto e giornate di day hospital che spesso, soprattutto nella fase iniziale della malattia, causano numerose e prolungate assenze da scuola; in casi particolari, come ad esempio per il trapianto di midollo osseo, i bambini/ragazzi non possono frequentare la scuola anche per periodi di diversi mesi.

Anche le insegnanti fanno parte effettiva dell'equipe, l'ospedale fornisce alle insegnanti lo spazio, gli strumenti, le risorse per una formazione permanente e la possibilità di incontri regolari con altre figure professionali, medici pediatri e oncologi, psicologi e assistenti sociali.

Il lavoro didattico in Ospedale ha una sua precisa organizzazione, viene infatti seguito il calendario scolastico per quanto attiene l'attività diretta al singolo bambino e nel contempo viene richiesta una particolare flessibilità da parte delle insegnanti per meglio rispondere alle esigenze specifiche dei bambini (durata delle lezioni, luogo in cui incontrare i bambini, ...).

Le lezioni sono tenute direttamente nelle camere d'ospedale o nel day hospital e sono svolte in rapporto 1/1 con metodologia che associa la lezione all'uso di tecnologie e sussidi didattici innovativi e comunque atti a favorire la partecipazione dell'alunno e la motivazione all'apprendimento.

ACCOMPAGNARE PER SEMPRE

È importante e necessario garantire una buona qualità di assistenza ai bambini anche nel caso in cui non ci siano più per loro prospettive di guarigione.

Si tratta di una materia delicata e complessa, perché, forse più che per altri ambiti, è in gioco l'umanità e il coinvolgimento personale di tutti coloro che assistono, professionalmente e no, il bambino. Attraverso studi, inchieste, questionari rivolti agli operatori si cerca continuamente di migliorare questo processo di accompagnamento, di prestare attenzione alla qualità di vita del bambino, alle relazioni che si stabiliscono fra i medici, infermieri e famiglia e contemporaneamente di agire sullo stato d'ansia che inevitabilmente creano situazioni di questo tipo. A tale proposito l'Ospedale di Monza ha attivato un programma di assistenza domiciliare che vede il coinvolgimento di medici interni specializzandi e del personale infermieristico.

RIDERE IN OSPEDALE...

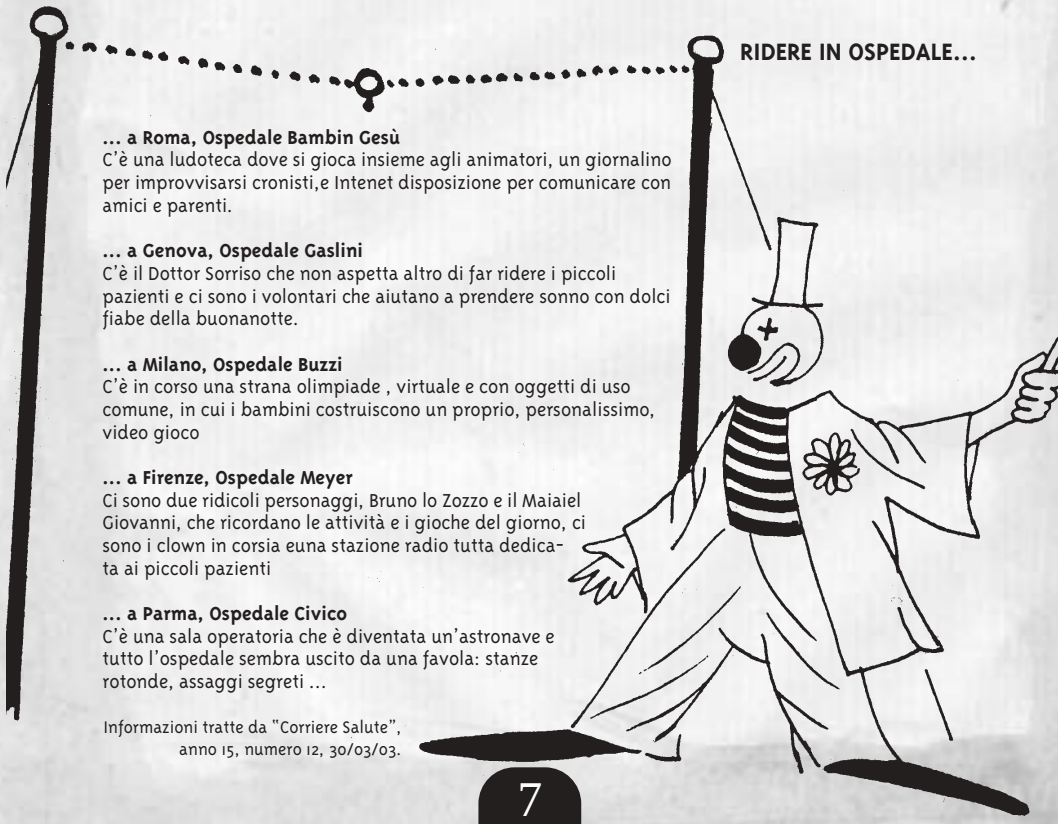
... a Roma, Ospedale Bambin Gesù
C'è una ludoteca dove si gioca insieme agli animatori, un giornalino per improvvisarsi cronisti,e Intenet disposizione per comunicare con amici e parenti.

... a Genova, Ospedale Gaslini
C'è il Dottor Sorriso che non aspetta altro di far ridere i piccoli pazienti e ci sono i volontari che aiutano a prendere sonno con dolci fiabe della buonanotte.

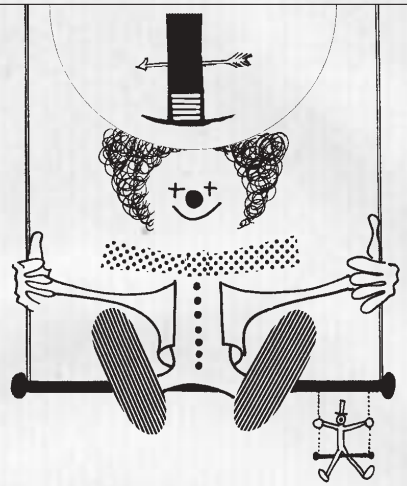
... a Milano, Ospedale Buzzi
C'è in corso una strana olimpiade , virtuale e con oggetti di uso comune, in cui i bambini costruiscono un proprio, personalissimo, video gioco

... a Firenze, Ospedale Meyer
Ci sono due ridicoli personaggi, Bruno lo Zozzo e il Maiaiel Giovanni, che ricordano le attività e i gioche del giorno, ci sono i clown in corsia euna stazione radio tutta dedicata ai piccoli pazienti

... a Parma, Ospedale Civico
C'è una sala operatoria che è diventata un'astronave e tutto l'ospedale sembra uscito da una favola: stanze rotonde, assaggi segreti ...



Informazioni tratte da "Corriere Salute", anno 15, numero 12, 30/03/03.



TUTTI PER UNO, UNO PER TUTTI

Altre attività psico-sociali importanti e di una certa "originalità" svolte nella Clinica Pediatrica dell'Ospedale di Monza sono:

• **il "Gruppo Ascolto"**: costituito da genitori che hanno avuto esperienza di figli con leucemia, con l'obiettivo di creare delle occasioni di ascolto e di dialogo per chi desidera parlare di quello che sta vivendo;

• **i Clown-dottori**: specificamente formati per svolgere attività di animazione negli ospedali; la loro visita settimanale, sia in day hospital che nei reparti di ematologia e pediatria, consente ai piccoli di evadere la realtà, a volte temuta, dell'ospedale;

• **i volontari**: l'ABIO (Associazione Bambino in Ospedale), i cosiddetti angeli dal camice azzurro per far giocare i bambini e supportare con la loro presenza i genitori; i "Friends" (animatori, "insieme per un sorriso");

• **l'arteterapeuta**;

• **il Comitato Maria Letizia Verga**: riunisce genitori, parenti, amici e operatori sanitari con l'obiettivo di offrire a tutti i bambini ammalati di emopatie l'assistenza medica e psico-sociale più qualificata a garantire loro la migliore qualità di vita e le più elevate possibilità di guarigione.

Dal Gennaio 2000, inoltre, viene condotta un'interessante esperienza di raccolta di frasi spontanee di bambini.

Inoltre, sempre nell'intento di migliorare ulteriormente l' assistenza al bambino e alla sua famiglia, sono stati attivati diversi progetti di ricerca, collaborazioni nazionali e internazionali con differenti strutture sanitarie e contatti con servizi di valutazione esterni alla struttura.

Insomma, molto è stato fatto, molto ancora c'è da fare seguendo soprattutto l'ascolto e lo svolgimento della CARTA DEI DIRITTI dei BAMBINI, e consapevoli che il bambino malato deve essere al centro dell'attenzione di tutti noi e che in tale tipo di assistenza "più umana" vanno comunque inclusi i genitori e i fratelli e tutto quel nucleo familiare coinvolto direttamente o indirettamente dalla malattia del piccolo.

CARTA DEI DIRITTI DEI BAMBINI E DELLE BAMBINE IN OSPEDALE

Uno dei diritti fondamentali, soprattutto dei bambini,
è il diritto alle migliori cure mediche possibili. (UNESCO)

1. Un bambino o una bambina saranno ricoverati in ospedale solo se le cure di cui hanno bisogno non possono essere assicurate, con la stessa efficacia, a casa o in regime di day hospital.
2. Un bambino o una bambina ricoverati in ospedale avranno diritto alla vicinanza dei propri genitori o di altre persone amiche in ogni momento della giornata.
3. I genitori verranno accolti all'interno del reparto e saranno aiutati e incoraggiati a rimanervi. Essi saranno messi in condizione di non dovrer affrontare spese aggiuntive o subire perdite economiche. Per partecipare alla cura del proprio figlio, i genitori saranno informati riguardo ai tempi e ai ritmi della vita del reparto e la loro attiva collaborazione sarà incoraggiata.
4. Bambini e genitori hanno diritto a ricevere informazioni in modo adeguato alle proprie conoscenze e capacità di comprensione. Il personale cercherà di minimizzare lo stress fisico ed emotivo conseguente al ricovero ed alla lunga ospedalizzazione.
5. Bambini e genitori hanno il diritto a partecipare consapevolmente alle decisioni sanitarie che li riguardano. Ad ogni bambino o bambina saranno evitate cure mediche ed esami superflui.
6. Un bambino o una bambina ricoverati saranno curati assieme ad altri bambini che hanno le stesse esigenze di crescita e sviluppo e non saranno inseriti in reparti per adulti. Non viene posto nessun limite all'età dei visitatori dei bambini ricoverati.
7. Un bambino o una bambina ricoverati avranno la possibilità di giocare, divertirsi e lavorare in maniera adeguata alla loro età e condizione medica. Avranno la possibilità di vivere in un ambiente pensato e attrezzato per le loro esigenze in questo senso.
8. Bambini o bambine saranno seguiti da uno staff adeguatamente preparato in grado di affrontare i bisogni fisici, emotivi, e di crescita dell'intero nucleo familiare.
9. Continuità e costanza nelle cure sarà assicurata dall'equipe del reparto.
10. Bambini e bambine ricoverati saranno trattati con tatto e comprensione; la loro privacy sarà rispettata in ogni momento.

Fonte: EACH - European Association for Children in Hospital – www.each-for-sick-children.org

Un bambino in ospedale è un problema di tutti. Diffondete la Carta del bambino in ospedale!

CHE COS'È EACH

EACH, European Association for Children in Hospital (associazione europea per il bambino in ospedale) raccoglie le associazioni di volontariato impegnate per il benessere del bambino prima, durante e dopo il ricovero in ospedale. Attualmente ne fanno parte associazioni provenienti da 16 Paesi europei (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Islanda, Italia, Norvegia, Olanda, Portogallo, Svezia, Svizzera).

Tutte le associazioni membri di EACH sono costituite da volontari, non hanno fini di lucro, sono aconfessionali e apartitiche. Si sostengono con le quote associative ed eventuali donazioni.

PERCHÉ È STATA FONDATA EACH

Negli Anni '50 numerosi studi di psicologi e pediatri hanno messo in evidenza gli effetti dannosi del ricovero in ospedale sul benessere psicoaffettivo dei bambini. In particolare la separazione quasi completa dalla famiglia, a quel tempo prassi comune in tutti gli ospedali, provocava disturbi a livello emozionale di varia entità, anche di lunga durata. Furono avviati dei cambiamenti per favorire un maggior coinvolgimento delle famiglie nell'assistenza dei bambini malati, cambiamenti che ottennero via via l'appoggio degli operatori sanitari.

Nel 1961 cominciarono a sorgere, dapprima in Gran Bretagna e poi in altri Paesi europei, associazioni di volontari per il benessere del bambino in ospedale per consigliare e sostenere i genitori e informare e collaborare con gli operatori sanitari.

Nel 1988 dodici di queste associazioni si incontrarono a Leida, nei Paesi Bassi, su iniziativa dell'associazione "Kind en Ziekenhuis" (=Bambino e ospedale) e nel corso di questo primo Convegno europeo fu redatta la CARTA di LEIDA, che riassume in 10 punti i diritti del bambino in ospedale enunciati dalla Risoluzione del Parlamento europeo sui diritti del bambino del 1986 (a sua volta ispirata al Documento Collins del 1984). Nel 1993 fu fondata EACH, che raccoglie e coordina le associazioni non profit impegnate per il benessere del bambino in ospedale: suo scopo è l'applicazione della Carta di Leida, da allora chiamata "CARTA di EACH" "C-LEIDA.htm" .

CHE COSA POTETE FARE PER NOI

L'applicazione dei 10 punti della CARTA DI EACH richiede un nuovo approccio nella formazione di medici e infermieri addetti all'assistenza pediatrica. È necessario che questi operatori considerino il bambino e la sua famiglia come una unità e accettino i bambini come individui con uguali diritti in ogni settore dell'assistenza. I bambini devono essere trattati con tatto, comprensione e rispetto per il loro sviluppo. Devono essere assistiti in un ambiente adeguato alle loro esigenze e da personale specificamente preparato per l'assistenza all'infanzia.

Enti e singole persone che hanno a cuore i diritti dell'infanzia possono aiutare EACH promuovendo la conoscenza e l'applicazione della CARTA di EACH presso le autorità sanitarie e il governo. Ciò assicurerà la miglior assistenza possibile ai bambini malati.

DOVE POTETE TROVARCI

Per qualsiasi informazione su EACH, visitate il sito ufficiale dell'Associazione:

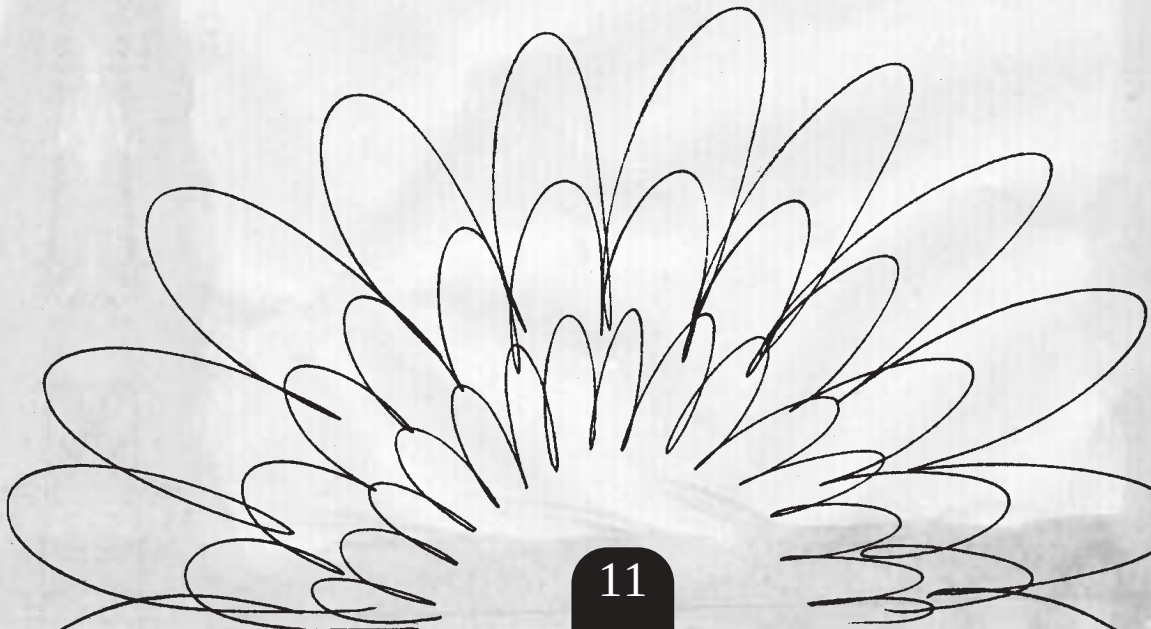
www.each-for-sick-children.org

Il membro italiano di EACH è ABIO, Associazione per il Bambino In Ospedale

via Losanna 44 - 20154 Milano - tel.02-33101751, fax 02-33105502 - info@abio.org

Coordinatore europeo: Giuliana Filippazzi

via Tesio 7, 20151 Milano - filippazzi@aicanet.it



EMERGENZA MINORI, IL COMUNE VARA LA LISTA D'ATTESA

A MILANO AUMENTANO I CASI SEGNALATI DAL TRIBUNALE, MA NON BASTANO I SOLDI PER PAGARE A TUTTI I BAMBINI LA RETTA IN COMUNITÀ. L'ASSESSORE MAIOLO: "IL PROBLEMA NON PUÒ ESSERE AFFRONTATO A LIVELLO LOCALE". VIA AD UNA CAMPAGNA DI INFORMAZIONE SULL'AFFIDO.

di Betty Soglio

I posti, negli istituti e nelle comunità, ci sarebbero anche. Il problema è che mancano i soldi. E, mentre i conti si fanno sempre più severi, aumenta di continuo il numero dei bimbi dei quali si deve occupare l'amministrazione. Un bel guaio: al punto che il Comune di Milano, che di soldi per l'assistenza ai minori ne spendeva già parecchi, si è visto costretto alle liste di attesa. L'assessore ai Servizi alla Persona, Tiziana Maiolo, è riuscita alla fine di lunghe insistenze, lettere, dati e telefonate, ad ottenere dalla giunta Albertini un incremento di 3 milioni di euro soltanto per pagare le rette dei bambini che devono essere affidati alle varie comunità. "Spendiamo ogni anno 44 miliardi di vecchie lire per seguire 1.100 bambini e ragazzi distribuiti in vari istituti. Ma non basta ancora. Negli ultimi mesi, grazie ai contributi aggiuntivi, siamo arrivati a poter seguire 1364 bambini, con un aumento di 440 casi rispetto al 2002". Tutto risolto? Per nulla. L'emergenza rimane: "Siamo passati da 1719 segnalazioni di tutto il 2002 a 1354 nei soli primi mesi del 2003: con una previsione del 35% di incremento della nostra chiamata in causa". Il risultato è che quest'anno per la prima volta il Comune si è trovato costretto a definire una lista d'attesa anche per l'assistenza ai minori.

Assessore Maiolo, come si è arrivati a questa situazione?

In gennaio, la Provincia ci ha scaricato la responsabilità di tutti i minori che fino a quel momento aveva seguito lei: sia chiaro, una scelta legittima perché in applicazione di una legge nazionale. Il problema è stato che non si è usata gradualità e quindi abbiamo fronteggiato tutto insieme. Allo stesso tempo, i decreti del Tribunale che ci affidano i bambini è aumentato, soprattutto per i bambini stranieri: ne abbiamo discusso con la presidente del tribunale Livia Pomodoro. Per noi è un problema.

Cioè?

Beh, al Comune vengono affidati anche i ragazzi che vengono lasciati a Malpensa: zona non proprio del territorio milanese. E il fenomeno è in crescita: sanno che qui da noi i ragazzi vengono cresciuti, educati, sfamati e vestiti e molte famiglie scelgono appositamente di metterli su un aereo e farli arrivare dove troveranno prospettive che nel loro paese non avrebbero. Io credo che dovremmo porre dei limiti, altrimenti le liste d'attesa saranno inevitabili e sempre più affollate.

Alternative ne esistono?

Come prima cosa vogliamo insistere molto sulla possibilità dell'affido. Il mio assessorato darà il via a una campagna informativa a tappeto, coinvolgendo giornali e televisioni, per richiamare le famiglie disponibili a questa responsabilità: facendo anche in modo che le porte delle case siano aperte non soltanto per i bambini biondi di cinque anni, ma anche per l'albanese di 14 anni. Nel frattempo, mi sono incontrata con la presidente della commissione parlamentare bicamerale sull'Infanzia, Maria Burani Procaccini, e mi è stato assicurato che si stanno facendo accordi bilaterali con paesi esteri per accelerare le pratiche dell'adozione internazionale.

Che tipo di assistenza garantisce il Comune per i minori in difficoltà?

Complessivamente, stanziamo per il settore circa 23 milioni di euro e, come dicevamo, la maggior parte viene utilizzata per il pagamento delle rette.

Seguiamo complessivamente 4500 minori e la fascia più bisognosa è quella che va dai 6 agli 11 anni, con 1500 casi sul totale. Spendiamo 3 milioni di euro per i sostegni economici a favore della famiglia, un altro milione per l'affido e un altro milione per l'assistenza domiciliare. Poi, c'è il pronto intervento che si occupa in modo praticamente esclusivo di bambini stranieri.

Esiste la possibilità che il bilancio del suo settore venga ulteriormente limato?

Mi auguro non ci provino, perché abbiamo già spiegato al sindaco e all'assessore che meno di così non possiamo fare. Ma sono ottimista, perché mi sembra che Albertini sia sensibile alla questione.

Felipe se ne è andato nel sonno, mentre lei lo teneva in braccio. Poco prima lui le aveva fatto una domanda, la stessa del giorno precedente — La vedi anche tu la signora che mi coccola? Non la conosco, forse è la Madonnina …Sì, è lei … —.

La mamma di Luis Felipe racconta serena e sorridente, dice che in quel momento ha capito che se lo stavano venendo a prendere. Hanno iniziato a cantare una ninna nanna, prima lui da solo, poi anche lei. Un grande sorriso quindi il piccolo è scivolate nel sonno, dolcemente. Non si è più svegliato. Mentre ricorda anche lei sorride — Ringrazio il Signore anche per quei momenti, così duri, ma sublimi, lo ringrazio perché ho potuto stare con lui fino alla fine.

Duérmete, mi niño;
duérmete, mi bien,
porque ya tu madre
va a dormir también.
Duérmete, mi vida;
duérmete, mi amor;
rosa sin espinas,
clave en botón.

La crisi della Crescita

L'intervento di Arché al Convegno internazionale "Aids Impact" tenutosi a Milano dal 7 al 10 luglio 2003.

di Mirella Savegnago

La possibilità di dire cose già dette e scritte in questi ultimi anni sul tema dei problemi dei bambini Hiv positivi è notevole. Per cercare di limitare questo rischio, l'alternativa è forse quella di non esporre un trattato, ma di avviare un dibattito a più voci con lo scopo di evidenziare alcuni rischi, segnalare alcune preoccupazioni e porre alcune attenzioni.

I RISCHI

La nostra storia nasce nel 1989 al fianco di bambini che difficilmente raggiungevano i 5 anni di vita e che passavano metà della loro difficile esistenza tra cure domiciliari e ricoveri in ospedale. L'Aids ci ha così obbligato a confrontarci da subito con la sofferenza e la morte. La corsa quotidiana era contro un tempo che spesso non era dato e aspettative per il futuro che avevano orizzonti limitati. Negli anni 80 la mortalità era vicina al 100%.

Nel 2002 le terapie sanitarie presentano una serie di problemi, dalla tossicità, all'aderenza, alle mutazioni del virus che diventa resistente alla terapia, ma la mortalità è scesa al 9%.

Ne consegue che la percezione dell'emergenza e della problematicità relativa all'Aids è drasticamente diminuita. Le nuove sfide indotte dagli sviluppi terapeutici hanno migliorato le possibilità di vita e hanno aperto il dibattito sulla questione della qualità della vita su diversi piani.

In primo luogo quello personale (legato alla consapevolezza di sé, al processo di riconciliazione con la propria famiglia, alla dignità del pensiero personale), poi quello relazionale (le nuove possibilità dell'amicizia: le confidenze tra pari, la devianza come luogo dell'affermazione di sé, le relazioni affettive...) e sociale (per quale futuro si studia? quale professione possibile? ...).

Il primo rischio che corriamo oggi è quello di **non considerare la complessità che comporta la sfida all'Aids perché la malattia è in via di cronicizzazione**.

L'ulteriore rischio che corriamo è forse quello di **accettare risposte semplici o settoriali**.

Fin dall'inizio abbiamo appreso che l'Aids è molto più di una malattia: è stigma sociale che segna le relazioni tra le persone, l'inserimento nella società e nel lavoro.

È senso di colpa per i genitori nei confronti dei figli ai quali hanno trasmesso la malattia senza riuscire a tutelarli. È sfida quotidiana e al futuro.

Un ulteriore rischio è quello di **sottovalutare per ragazzi Hiv positivi, con un'esistenza infantile segnata da notevoli disagi, la particolare difficoltà del fattore crescita**.

Molti hanno già sperimentato l'emarginazione scolastica e sociale con conseguente abbandono e stasi della progettualità anche a breve termine. Spesso la realtà esterna ha già fatto capolino da

tempo, in modo tanto più rapido e violento quanto più il bambino vive in situazioni economiche e sociali sfavorevoli.

La crisi dovuta all'autoaffermazione del preadolescente nella ricerca di formazione della propria identità determina una costante ribellione contro l'autorità, la sfiducia verso quanto gli viene detto da parte delle figure adulte che lo circondano. Oggi, che il tempo sembra potersi dilatare per i bambini Hiv, le difficoltà insite nel processo di crescita e nel graduale allontanamento dalle figure adulte ci portano a porre la sollecitazione a continuare il dibattito sui significati e incognite che il futuro comporta per i minori Hiv.

La domanda urgente è: **come progettare e accompagnare l'inserimento nella società e nella vita di ragazzi che per sviluppo e per particolari difficoltà dei genitori, si trovano ad allontanarsi sempre più dalla famiglia di riferimento e a prendere le distanze dai tutori, dai servizi, dai terapeuti e dagli stessi volontari**.

Forse dovremmo provare a pensare a servizi "leggeri" e "flessibili" che sostengano il minore facendo da ponte con le difficoltà dei genitori e il suo andare fuori dalla famiglia.

Abbiamo individuato nella **comunicazione della diagnosi** un punto nodale per prendere possesso della propria storia e da lì poter iniziare a pensare al futuro. Proprio nel momento in cui l'adolescente sta attraversando una fase in cui vive il sentimento di rottura-cambiamento nel proprio corpo e negli affetti, lo svelamento della sieropositività ridefinisce i fatti del passato e lo immette immediatamente in un destino di trasmissione, di contagio, proprio a causa di quella sessualità che gli trasforma il corpo, il pensiero, gli affetti e che è spinto a sperimentare. Accanto alla rivelata sieropositività, c'è anche la certezza riconfermata di una vita purchè si accetti l'aiuto dei farmaci (*compliance*). Sarà anche permesso accedere alla sessualità, naturalmente con le necessarie precauzioni; probabilmente sarà permesso anche procreare, e avere dei figli sani. Il rischio invece è che la rivelazione della diagnosi possa costituire un punto di arrivo, se essa è di tipo traumatico e passivizzante.

Essere stati a lungo accanto a questi disagi forti, a questi processi dolorosi, spinge oggi Arché a formulare un progetto che possa indicare e prevedere possibili interventi capaci di sostenere la crescita di questi adolescenti che per primi stanno cercando strumenti per costruire un loro futuro possibile.

LE ATTENZIONI

La nostra responsabilità nostra potrebbe stare nel lavorare in forte **integrazione e collaborazione con i servizi del territorio e il nucleo famigliare**.

Da perseguire con sempre maggiore determinazione crediamo sia il passaggio da un approccio settoriale e standardizzato, volto alla soddisfazione di un bisogno, sia esso sanitario o psicosociale, che pone il soggetto su un piano di destinatario di un singolo intervento, allo sviluppo di un approccio di responsabilità e di rete dove il destinatario è al centro.

Non è facile però entrare nell'ordine di idee del superamento della tradizionale distinzione tra soggetti e senza chiarezza sulle risorse. Siano essi pubblici, privati, professionisti di una disciplina o di un'altra, tutti dovrebbero lavorare a favore di una organizzazione più complessa nella quale ai vari attori venga riconosciuta la possibilità di accedere alla definizione degli obbiettivi e dei contenuti di una programmazione condivisa. Dove le parole chiave diventano: rete, programmazione, progettazione, integrazione...

Curando solo il bisogno tecnico-professionale si ha un approccio individuale e quindi forzatamente parziale che si scontra con la **mancanza di riconoscimento della complessità**.

Tale complessità necessita della costruzione di condizioni strutturali, operative, culturali ed economiche e di adeguate risorse economiche, perché nessun cambiamento può avvenire a prescindere dalle risorse disponibili.

Il nostro compito è anche quello di diffondere la cultura che l'aiuto e la compassione (nel senso di sentire con l'altro) non possono essere solo nelle mani delle corporazioni professionali o volontaristiche o confessionali, ma che sono una responsabilità di tutti in quanto cittadini.

La città della Fantasia

Cosa possiamo fare per non pensare a quei brutti tubicini che non ti fanno correre via? Vuoi parlare dei tuoi sogni, della tua voglia di volare via con gli aquiloni nel vento tra le nuvole? È possibile, se entriamo nel mondo della "Fantasia" e vedrai come ricostruiamo la tua stanza! Sul tuo cuscino disegniamo le nuvole, il cielo, il sole; sul letto i prati e gli alberi. Alla sera, noi stanchi ma felici; i medici e le infermiere commossi. Senza parole. "Allora domani possiamo scrivere? Io vorrei scrivere una poesia, conosci un poeta?" Sì.

di Paola Liuni e Vittoria Premoli

Questi momenti,queste emozioni forti con i bimbi in ospedale sono all'inizio della storia di Arché e dei suoi volontari.

Quando il Comune di Roma ha richiesto un progetto per le attività ludiche in ospedale, è stato facile rispondere con "La città della Fantasia".

È una città che non è in un luogo preciso,ma si trova sempre dove ci sono bambini; non ha muri e case ma solo invenzioni; lì si costruiscono giochi, maschere e burattini. Si disegnano e colorano sogni e pensieri; si scrivono storie che resteranno sul grande Libro della Fantasia insieme a proposte e suggerimenti per i bambini che verranno dopo.

Gli operatori e i volontari arriveranno in ospedale con una valigia piena di piccoli oggetti (occhiali, cravatte,cappelli) che gli attori-bambini possono scegliere ed entrare così più facilmente in una dimensione diversa.

È importante che i bambini siano coinvolti in forme di intervento attive, per facilitare il passaggio da una situazione di passività (visite, medicazioni,terapie) ad una di creatività coinvolgendoli nel compito faticoso ma entusiasmante di rendere spazi e atmosfere "a misura di bambino".

Io sogno una stanza blu
con tanti piccoli pesci colorati
ogni pescetto è un desiderio
il più bello è quello più vero
il mistero si è svelato
in questo mare tutto colorato.

Aprile 1997 Fabiola e Gabriella
Ospedale Bambino Gesù

Le attività si differenziano secondo le possibilità di movimento e i tempi di degenza media; con i bambini presenti solo per il Day Hospital non saranno mai troppo lunghe per consentire il completamento dei piccoli lavori o dei giochi iniziati; saranno più lunghe per i ricoverati, pur prevedendo sempre la conclusione dei lavori in due incontri.

Essere a letto e non poter camminare non dovrà mai costituire uno svantaggio per la partecipazione e nel caso in cui molti non possano seguire le attività da protagonisti, saranno gli operatori e i volontari che unitamente agli altri bambini rappresenteranno i racconti inventati o disegnati e lasciati sul "Grande Libro", che dimostrerà una volta di più la sua funzione di documento di un'esperienza fatta con i bambini dai bambini per i bambini.

Il coinvolgimento dei genitori (o parenti) in queste attività è fortemente auspicato e può collaborare efficacemente alla realizzazione degli obiettivi che Arché si propone con questo impegno: vivere momenti difficili costruendo insieme,coinvolgere e condividere con il personale medico e infermieristico la finalità delle attività, consegnare ai bambini e genitori dei ricordi positivi che li aiuteranno a un eventuale futuro ricovero in modo meno traumatico.

Mi fate venire la prossima volta?... Quando si gioca? Ci capita sempre più spesso di sentir fare queste domande, alle infermiere o ai medici alla fine di una visita o di un Day Hospital, specialmente quando questi ricorrono con una certa frequenza.

L'attesa dei bambini per i prelievi e le visite è sempre un momento di nervosismo, che si somma alla ribellione di dover interrompere il gioco o l'attività appena iniziata; quindi di volta in volta cerchiamo di graduare tempo e proposte per permettere ai bambini particolarmente coinvolti di terminare i propri lavori e portarli, se lo chiedono, anche a casa. Sono molto contenti di poter avere con loro gli oggetti fatti insieme e soprattutto se sono dei burattini – ci raccontano i genitori – continuano a casa le storie iniziate con noi.

Negli ultimi mesi è aumentata la presenza dei bambini stranieri e in qualche caso (specialmente con l'arabo) è stata determinante una pronta traduzione sommaria dall'inglese magari per poter proseguire le attività.

In un ospedale sono spesso ricoverati bambini Rom molto piccoli accuditi da mamme giovanissime che partecipano volentieri a tutte le attività; ma la nostra presenza è stata ed è per loro una occasione di relazione e di richieste di informazioni al personale ospedaliero che accoglie e conta spesso su di noi nei momenti di difficoltà di gestione del capriccio o del pianto disperato. Spesso però ci sono i sorrisi... Quando ci vedono apparire da lontano... con tutte le nostre attrezzature... allora... via si comincia con una storia. Poi un burattino e il pianto si fa sospiro, poi si ride.

TRA QUEGLI SGUARDI NERI E PROFONDI

UNA VOLONTARIA DEL PROGETTO DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE DI ARCHÉ IN ZAMBIA, RACCONTA IMPRESSIONI, PENSIERI E RIFLESSIONI AL SUO RITORNO DA CHIKUNI.

di Silvia Speziale

Sono qui nella mia stanza, circondata dalle comodità e dagli agi della mia casa, della mia vita occidentale... riesco a guardarmi dall'esterno: ciò che vedo è la mia immagine, seduta alla scrivania che cerca, annaspando, le parole adatte a descrivere un'esperienza unica, magnifica e ancora troppo viva per essere raccontata. I miei pensieri, il mio cuore e la mia anima sono ancora lì in quel paesino sperduto in mezzo al bush a sud- est dello Zambia, Chikuni, tra quegli sguardi neri e profondi, quei sorrisi così bianchi e solari che in pochi istanti hanno il potere di farti rinascere, di farti sentire viva e felice per il solo fatto di essere lì.

In questo mese ho toccato con mano la vita, quella autentica, fatta di cose semplici ed essenziali; una vita in cui nulla è superfluo, ma tutto indispensabile, una vita scandita dal sorgere e dal tramontare del sole.

Durante questo cammino di conoscenza non ero sola, mi hanno accompagnato in maniera discreta, ma sempre presente, come due angeli custodi, due uomini eccezionali, due padri gesuiti con i quali ho condiviso tutte le mie giornate, il mio irrefrenabile entusiasmo e le mie paure e dei quali conservo gelosamente una parte dentro di me.

Mi hanno insegnato tanto e mi hanno aiutato a capire l'importanza dell'aiuto che Arché sta offrendo alla comunità di Chikuni, i loro obiettivi e l'intento dell'intero progetto.

Quando siamo arrivati era pronto per noi un intenso e dettagliato programma, studiato meticolosamente e concordato da Tadeuszz, uno dei due padri gesuiti, e da alcuni membri locali del "comitato per gli orfani".

Con i fondi inviati in questi anni da Arché vengono pagate le tasse scolastiche a circa 900 dei 2000 orfani della comunità di Chikuni, che ricopre un'area circolare di 90 Km di diametro. Gli orfani sostenuti hanno un'età compresa dai 6 ai 17 anni: l'obiettivo è quello di permettere loro di completare l'intero ciclo di studi, dal grade 1 al grade 12, frequentando così la Primary, la Basic e la Secondary School.

Da quest'anno il governo zambiano ha deciso di rendere gratuita la Primary School (equivalente delle nostre elementari); i soldi così risparmiati sono stati investiti nell'acquisto di circa 1000 coperte distribuite a tutti gli orfani per riuscire a fronteggiare le fredde notti d'inverno.

Ogni giorno andavamo a visitare, accompagnati da alcune insegnanti locali e altre donne membri del comitato, gli orfani e i loro guardiani delle varie piccole comunità cristiane dislocate nell'area di Chikuni. Dopo diversi km di cammino in mezzo alla savana, sotto un sole caldo e un cielo blu, raggiungevamo i luoghi degli incontri; lentamente arrivavano sempre più

bimbi e adulti e quando c'erano più o meno tutti iniziavano lunghe assemblee in cui, ordinatamente grandi e piccini, raccontavano i loro problemi, ringraziavano per l'aiuto offerto e avanzavano le loro richieste.

Le necessità e le carenze che emergevano erano di solito le stesse: mancanza di cibo, di vestiti, di divise per andare a scuola, di quaderni e materiale scolastico. Colpita dalla loro povertà, dalle misere condizioni di vita e dalle loro parole, ho discusso con i due padri gesuiti riguardo alla possibilità di investire il denaro che Arché manda anche in scarpe, vestiti... La loro opinione, frutto d'anni d'esperienza e convivenza con quel popolo, è stata unanime e ferma: l'obiettivo ultimo del progetto è quello di formare, grazie all'istruzione ricevuta con il nostro aiuto, uomini e donne socialmente attivi e responsabili, capaci con le loro forze di far crescere la comunità e di aiutare sempre più orfani. "Non serve regalare loro vestiti, non è costruttiva la carità..". – sosteneva con foga Tadeuszz- "l'unico aspetto sul quale serve realmente investire per crescere è l'educazione..."

Questa è la linea guida dell'intero progetto che Arché condivide e sostiene con convinzione. I soldi distribuiti ai guardiani degli orfani non sono a fondo perso: al termine di ogni trimestre scolastico ogni comunità deve rendere una somma almeno pari a quella ricevuta impegnandosi in alcuni microprogetti, quali la vendita dello zucchero, dell'olio di semi di girasole, della farina... Le entrate e i guadagni sono minuziosamente registrati su quaderni dal tesoriere e dalla segretaria del comitato, così come il profitto, le presenze a scuola e l'andamento scolastico dei bambini. Si può così monitorare l'andamento del progetto, controllare che i soldi siano usati correttamente e instillare in questo popolo l'idea di autonomia e di intraprendenza.

Ringrazio Arché per l'opportunità che mi ha offerto, per avermi dato, ancora una volta, la possibilità di arricchirmi e di constatare con mano la validità e i risultati anche di questo progetto. Vorrei poter trasmettere la tempesta di emozioni che tuona dentro di me e urlare a tutti che basta davvero poco per "inventare ogni giorno la speranza".

Prosegue l'intervento di Arché in **Kenya**, a favore di alcune centinaia di bambini e ragazzi orfani a causa dell'Aids. Le notizie che ci giungono da **Marco Casiraghi**, il volontario Arché coordinatore del progetto, sono molto incoraggianti.

La relazione tra lo staff di educatori ed insegnanti locali guidati da Marco e gli orfani si fa sempre più intensa. In un nuovo clima di fiducia, collaborazione e familiarità, alcuni giovani ospiti del Dala Kiye (che in lingua Luo significa *Casa degli Orfani*) trovano il coraggio di raccontare storie personali segnate da abusi e sfruttamento, con le quali gli operatori Arché si stanno confrontando.

Marco sta organizzando un quanto mai urgente corso di formazione per gli operatori locali, che si svolgerà prima della fine dell'anno, e che verrà realizzato grazie alla collaborazione di padre Kizito Sesana (un pioniere in Africa nella formazione di educatori locali).

Prosegue il supporto di Arché alla scuola primaria per gli orfani, mediante la fornitura di materiale didattico e la remunerazione di quasi tutti gli insegnanti, che lavorano in stretta collaborazione con Marco. Vengono segnalati e subito indagati i casi di scarsa frequenza scolastica, dietro ai quali si cela lo sfruttamento del minore nei lavori domestici o nei campi. È stata inoltre organizzata la tuition pomeridiana, cioè corsi di recupero per gli studenti più deboli di ogni classe.

CALEIDOSCOPIO

a cura di Massimo Gianotti

ITALIA TAGLIA I FONDI ONU

Devo esprimerle la mia profonda preoccupazione riguardo ai tagli nei contributi pubblici allo sviluppo destinati alle organizzazioni multilaterali, previsti nella legge finanziaria 2003.

Inizia così la lettera inviata nello scorso mese di giugno al presidente del Consiglio Silvio Berlusconi da Kofi Annan, segretario generale delle Nazioni Unite. Nel 2002 sono stati 794,4 i milioni di euro destinati agli "investimenti a dono" gestiti dal ministero degli Esteri, diventati 628 milioni nel 2003, e che sembrano destinati a scendere ancora. In base a questi stanziamenti, l'Organizzazione delle Nazioni Unite e le sue agenzie, come Unicefe Fao, hanno ricevuto dal governo italiano per l'aiuto allo sviluppo 182 milioni di "fondi volontari" che nel 2002 sono calati a 165 milioni. Secondo quanto dalla previsto dalla finanziaria, nel 2003 questa somma è ulteriormente decurtata del 20 % e continuerà a diminuire negli anni successivi. È chiaro che l'impegno dell'Italia nelle Nazioni Unite verrebbe fortemente ridimensionato dai consistenti tagli al bilancio. L'allarme già lanciato dalle ONG viene così confermato in questa lettera recapitata a Palazzo Chigi a fine giugno.

da VALORI, n. 19, giugno 2003, p. 52

BANCA ETICA

Una banca che cresce e si consolida sempre di più sul territorio nazionale. È questo lo stato di salute della Banca Popolare Etica che emerge dal bilancio di esercizio 2002, presentato all'assemblea dei soci il 24 maggio a Firenze. Al 31 dicembre dello scorso anno la raccolta aveva raggiunto quasi i 200 milioni di euro, che al 30 aprile 2003 sono già saliti a 219 milioni. Gli impieghi netti ammontavano a 56 milioni di euro mentre il capitale sociale superava i 14 milioni. Decisamente in crescita anche il numero dei soci che, a fronte dei 17.372 del 2001, supera nel complesso le 20mila unità (di cui circa 3000 sono persone giuridiche). In aumento anche il numero dei dipendenti, passati dai 38 del 2001 ai 71 dell'aprile 2003. Per quanto riguarda gli sportelli aperti, attualmente sono 8 e l'ultimo è stato aperto nel mese di aprile a Bologna.

VITA, 30 maggio 2003

VERTICE DI CANCUN

La campagna "Questo mondo non è in vendita" ha espresso esultanza per il fallimento del vertice di Cancun dello scorso mese di settembre. Quello che riportiamo è parte dell'intervento svolto su Cancun da Franco Giampiccoli, coordinatore della Commissione "Globalizzazione e ambiente", sostenitrice della campagna.

Con le organizzazioni internazionali che domina in modo finora pressoché totale — WTO, FMI, BM — il mondo sviluppato predica da anni il dogma della liberalizzazione, subordinando prestiti ed aiuti al Terzo Mondo all'apertura dei loro mercati senza ostacoli tariffari. Ma ha continuato a contraddire questa dottrina mantenendo il protezionismo dei propri mercati agricoli con dazi che bloccano le esportazioni dei paesi del Sud del mondo e rovesciando sulla propria agricoltura una valanga di sussidi interni (alla produzione) ed esterni (all'esportazioni). Con questo sistema il mondo sviluppato ha riversato nel terzo Mondo le proprie eccedenze alimentari a prezzi sottocosto (dumping) rovinando la produzione locale. Questa colossale menzogna è stata denunciata in faccia al mondo alla V Conferenza ministeriale del WTO a Cancun, Messico, dai paesi del Sud e dell'Est che si sono rifiutati di sottoscrivere un accordo che non prevedesse un avvio dello smantellamento di questo protezionismo in tempi rapidi e certi. È questa dunque la grande novità che emerge sull'orizzonte economico mondiale: una variegata coalizione di paesi del Sud non si sono piegati a sottoscrivere qualche compromesso dell'ultima ora. In testa il G21 guidato dal Brasile di Lula — invano pressato dagli USA anche con insistenti telefonate di Bush — dalla Cina, l'India e il Sud Africa. Ma accanto a questa colossale alleanza, che rappresenta più della metà della poplazioone mondiale (USA e UE ne costituiscono solo il 10%), altre coalizioni, come quella del gruppo Africa—Carabi-Pacifico, o quella che si è presentata come un G90. È questa varietà di alleanze e connessioni che ha permesso di sopperire al cedimento di alcuni e di mantenere un fronte compatto di fronte allo strapotere di USA e UE che non immaginavano di trovare una resistenza così agguerrita.

da ADISTA 27 settembre 2003

La World Trade Organization è l'organismo internazionale che si occupa di regolamentare lo scambio di beni e di servizi tra Paesi diversi: lo scopo è favorire il movimento di ricchezza per aumentare il benessere e favorire lo sviluppo.
Il WTO è nato nel 1985 e ha sede a Ginevra. Attualmente aderiscono all'organizzazione 146 dei 193 stati del mondo, ciascuno dei quali viene rappresentato da una delegazione permanente nominata dal proprio governo. L'attività ordinaria è coordinata da un direttore generale nominato dai membri; il direttore in carica è il tailandese Supachai Panichpakdi.
Oltre a decidere gli equilibri macroeconomici, l'organismo ha l'autorità di emanare risoluzioni sovraordinate alle leggi dei singoli stati membri e agli accordi bilaterali. Le dispute tra gli stati membri vengono risolte da un apposito organo, attraverso un procedimento relativamente rapido, che può giungere ad imporre sanzioni e regolamenti qualora una riconciliazione fosse impossibile.
Il massimo organo direttivo è il Consiglio ministeriale, composto dai ministri del commercio dei paesi membri. Tutte le Conferenze ministeriali tenute fino ad oggi — Singapore, Ginevra, Seattle, Doha e Cancun — sono state accompagnate da manifestazioni e polemiche da parte di gruppi di contestazione appartenenti al movimento no-global.

Guerra del cotone

Benin, Burkina Faso, Mali e Ciad hanno ufficialmente chiesto, a nome di tutti i paesi dell'Africa occidentale e centrale, l'abolizione delle garanzie economiche che i Paesi ricchi, cioè UE e USA, concedono ai propri produttori di cotone. L'iniziative, lanciata in vista della conferenza del WTO di Cancun, è una protesta formale contro l'ingiustizia che penalizza i paesi africani, per i quali il cotone è fondamentale mezzo di sostentamento. Almeno 10 milioni di contadini africani dipendono dalle piantagioni di cotone. Ogni anno l'Africa perde circa 300 milioni di dollari a causa dei sussidi concessi ai produttori europei e americani. Ma il cotone è solo uno dei casi: secondo l'Ong Oxfam, l'Africa perde annualmente quasi 2 miliardi di dollari a causa dei sussidi, mentre basterebbe solo l'1% di incremento nel commercio a portare nel continente 70 mld. di dollari, cinque volte tanto gli aiuti che l'Africa riceve oggi.

ALTREconomia, settembre 2003, p. 36

Clean Clothes Campaign

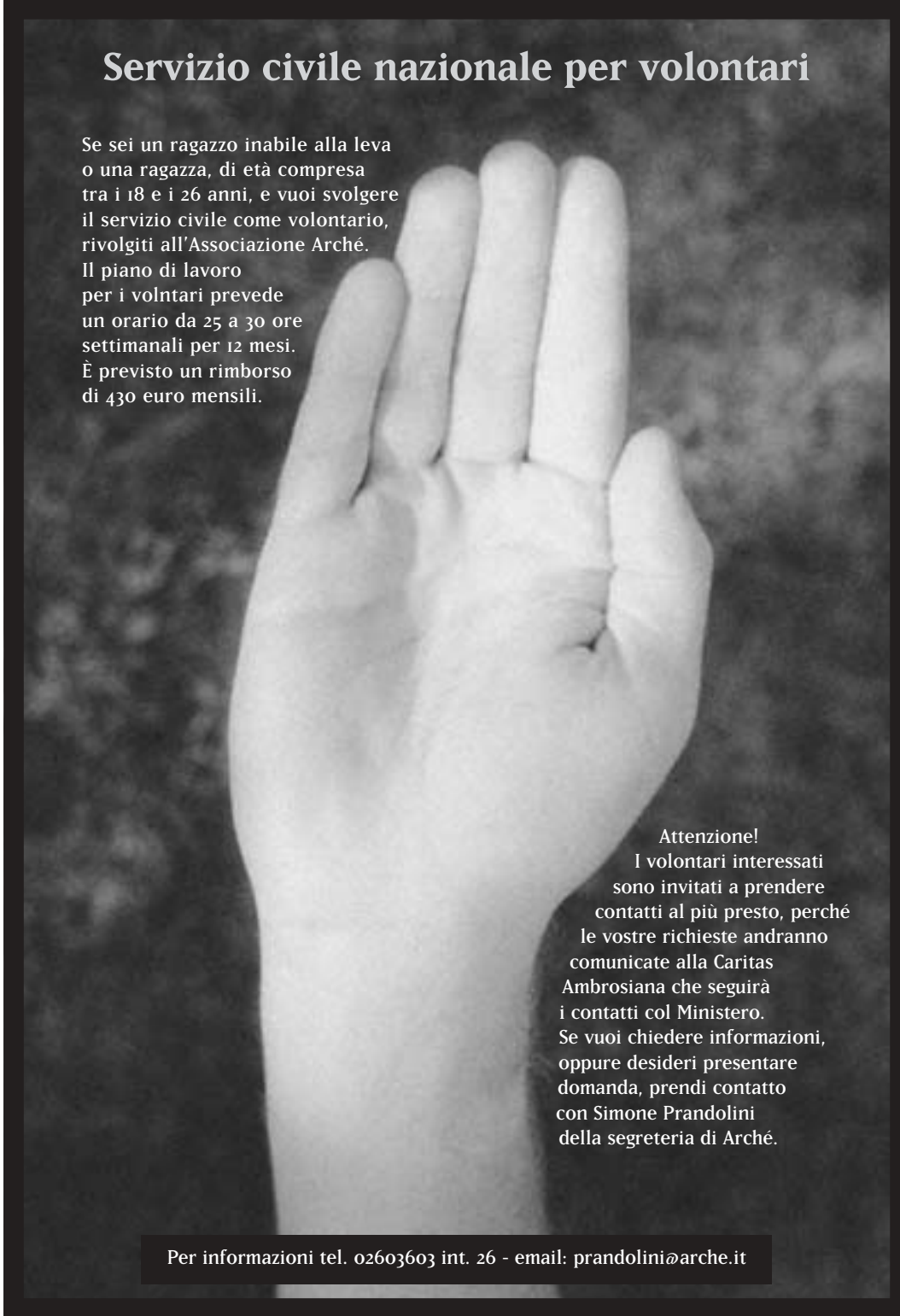
Solo lo 0,4% del costo finale di un paio di scarpe firmate va come stipendio al lavoratore che le ha materialmente prodotte. È la denuncia di Clean clothes capaign, coalizione internazionale di associazioni che si battono per il rispetto dei diritti dei lavoratori del vestiario e dell'abbigliamento sportivo. Una sua ricerca analizza la ripartizione del costo di un paio di scarpe di marca, "made in Indonesia", con prezzo finale di 100 dollari. Il 50% resta al negozio, un altro 33% viene trattenuto dall'azienda che detiene il brand delle scarpe (18,5% finanzia le campagne promozionali, l'11% supporta la ricerca e il 13% è puro profitto). Altri 5 dollari coprono trasporto e imposte. Solo 12 dollari finiscono all'azienda che ha effettivamente prodotto le scarpe: 8 dollari coprono i costi delle materie prime, 2 rappresentano il profitto dell'industria e 2 coprono i costi di produzione. Di questi solo 40 cents vanno a chi realizza le scarpe. Clean clothes capaign sostiene che i maggiori responsabili siano i dettaglianti e la casa madre. Perciò sono state avviate numerose campagne che auspicano il miglioramento delle attuali condizioni.

da VALORI, n. 21, sett. 2003, p. 35

Caffè equo da McDonald's?

McDonald's e commercio equo? Il diavolo e l'acqua santa per molti. Ma non per tutti: in Svizzera, da Marzo, i 139 ristoranti della multinazionale vendono caffè certificato Max Havelaar, caffè equo e solidale. Le critiche? Solo un'operazione d'immagine per McDonald's. Una buona possibilità dice invece Max Havelaar: "Il nostro marchio è uno strumento concreto per influenzare e cambiare l'economia. Non abbiamo il compito di criticare le aziende, ma di offrire un'alternativa equa ai partner commerciali". Un'opportunità anche per i produttori: "Più prodotti di questo tipo vengono venduti, meglio è per i lavoratori del Sud. E inoltre aumenta la pressione anche sui partner commerciali, perché assumano responsabilità nel senso del commercio equo."

ALTREconomia, luglio-agosto 2003, p. 27



EMERGENZA AFRICA:
SE I RICCHI AVRANNO CORAGGIO

"CREDO CHE DIO CI CHIAMI ALL'AZIONE. NOI ABBIAMO LA RESPONSABILITÀ DI AIUTARE UN VICINO NEL BISOGNO, UN FRATELLO O UNA SORELLA IN CRISI". IL PRESIDENTE AMERICANO GEORGE W. BUSH LO SCORSO LUGLIO HA EFFETTUATO LA SUA PRIMA VISITA UFFICIALE IN AFRICA, PASSANDO PER CINQUE PAESI, SENEGAL, SUD AFRICA, BOTSWANA, UGANDA E NIGERIA. IN UNA SORTA DI TOURNÉE-MARATONA, HA INCESSANTEMENTE RASSICURATO GLI AFRICANI DELLA SOLLECITUDINE DEL SUO PAESE "NON SIETE SOLI, L'AMERICA HA DECISO DI AGIRE"... STAREMO A VEDERE.

di Graziella Aquino

Durante i mesi precedenti alla sua prima visita ufficiale in Africa, il presidente aveva annunciato al Dipartimento di Stato la decisione di lanciare un Piano di Emergenza per il soccorso all'Aids in Africa e nei Caraibi. L'impegno sottoscritto, il più cospicuo sforzo della storia, assunto da un singolo paese e per un'iniziativa internazionale di salute pubblica riguardante una sola malattia, dovrebbe ammontare a 15 miliardi di dollari da erogare in 5 anni e avrebbe l'obiettivo di prevenire sette milioni di nuove infezioni attraverso la realizzazione di test volontari e attività di counseling; trattare con antiretrovirali due milioni di persone infette da Aids e assistere 10 milioni di persone infette ed assicurare sostegno ai bambini rimasti orfani a causa dell'Aids.

I 15 miliardi stanziati triplicherebbero virtualmente gli impegni fin qui assunti dagli Stati Uniti nella lotta contro l'Aids, che in Africa affligge circa 30 milioni di persone, di cui 3 milioni di bambini sotto i 15 anni. Ma proprio mentre il capo della Casa Bianca attraversava il continente per promuovere solennemente il suo piano, una commissione della Camera dei rappresentanti decideva il taglio dei finanziamenti del primo anno!

In ogni caso, il piano di emergenza per il soccorso all'Aids segna un'inversione nella posizione assunta dall'attuale amministrazione americana in tema di lotta contro la malattia; soprattutto se si considera che, solo tre anni fa, durante la campagna per le elezioni presidenziali del 2000, nei programmi di politica estera di George Bush non c'era alcun spazio per il continente africano in quanto privo di interesse strategico per l'America. Perché appena tre anni dopo quello stesso continente è diventato "determinante" per la Casa Bianca? Secondo una diffusa opinione, solo dopo gli attentati dell'11 settembre l'amministrazione Bush ha iniziato ad interessarsi d'Africa sotto la pressione di numerosi responsabili del Pentagono che intravedono nei

regimi instabili di numerosi paesi africani il terreno fertile per il terrorismo internazionale. È difficile dunque isolare le ragioni politiche alla base del "nuovo corso": la visita-lampo doveva essere per l'amministrazione americana l'occasione per migliorare la propria immagine su un continente largamente ostile alla guerra in Irak; inoltre, in previsione della campagna elettorale per le presidenziali del 2004, doveva servire a cercare il consenso della destra cristiana sensibile per lunga tradizione agli aiuti umanitari ad opera dei missionari in Africa.

Negli stessi giorni della visita di Bush in Africa, a Maputo, in Mozambico, si svolgeva il vertice promosso dall'Unione Africana e finalizzato alla costituzione di istituzioni tutte africane impegnate nella lotta contro la povertà e nella promozione di processi di democratizzazione e di pace, un altro passo dopo la costituzione del NEPAD, il nuovo partenariato per lo sviluppo dell'Africa lanciato dai capi di stato africani. Un approccio che, nelle dichiarazioni ufficiali, incontra il favore dell'Unione Europea: è proprio la politica di sostegno e di incoraggiamento alla determinazione degli africani ad assumersi in pieno le proprie responsabilità e a prendere in mano il proprio destino la nuova parola d'ordine che il vecchio continente declama in tema di cooperazione allo sviluppo. Le grandi regioni industrializzate del mondo avrebbero così il compito di unirsi nello sforzo e sostenere gli impegni che l'Africa si è posta. A partire dalle condizioni sanitarie, il primo e più grave sintomo della povertà. Per migliorare la situazione in Africa occorre sviluppare la capacità dei paesi poveri di fornire un adeguato servizio sanitario di base. In questo settore, la posizione politica di fondo dell'Europa per gli aiuti allo sviluppo prevede il sostegno diretto alle finanze pubbliche, la remissione del debito e l'aiuto allo sviluppo di buone politiche sanitarie.

La lotta alla fame è un'altra emergenza prioritaria: l'Europa è convinta della necessità di spezzare la dipendenza cronica dei governi africani dalla beneficenza ma l'unica strada per garantire lo sviluppo a lungo termine è consentire all'Africa di sviluppare un settore agricolo orientato all'esportazione. È proprio in questo ambito che emergono gravissime contraddizioni nella politica europea, e più in generale dei paesi occidentali. Gli agricoltori dei paesi industrializzati percepiscono ogni anno dai propri governi sussidi superiori a 300 miliardi di dollari, pari a circa sei volte gli aiuti finanziari erogati ai paesi in via sviluppo: ciò ovviamente abbatte artificiosamente i prezzi, e distorce il mercato mondiale, dal quale restano inesorabilmente esclusi i coltivatori dei paesi poveri. In Ghana il concentrato di pomodoro prodotto in Italia costa molto meno dei pomodori freschi prodotti localmente, nonostante il minor costo del lavoro, di trasporto e di produzione. Come possono i produttori africani di cotone competere con quelli statunitensi che percepiscono circa 4 miliardi di dollari l'anno dal governo Usa? Si pensi che tale importo supera l'intero prodotto interno lordo del Burkina Faso, uno dei paesi produttori di cotone dell'Africa occidentale.

La liberalizzazione del commercio mondiale, ed in particolare l'abbattimento di tutte le forme di sussidi agli agricoltori dei paesi ricchi, o dazi sulle importazioni di prodotti agricoli provenienti dal sud del mondo, potrebbe generare secondo stime ufficiali un reddito sufficiente a togliere dalla povertà 144 milioni di persone

entro il 2015. Ma ciò richiederebbe coraggio e lungimiranza da parte di USA e Unione Europea, che al contrario continuano a conservare gelosamente le proprie politiche commerciali.

Già nel 2001 a Doha, nel Qatar, la WTO (Organizzazione Mondiale del Commercio) pose per la prima volta al centro gli interessi dei paesi in via di sviluppo, ma da allora i negoziati sono giunti a un punto morto. La questione dell'accesso ai mercati occidentali per i prodotti agricoli dei paesi poveri si è imposta con forza al primo punto dell'agenda del vertice interministeriale del WTO tenutosi a Cancun (Messico) lo scorso settembre, dove la delegazione dei 20 paesi in via di sviluppo (PVS) è apparsa per la prima volta unita e quanto mai determinata. Il cartello dei G20, diventato nel corso del vertice G21 e poi G23 e guidato da Brasile, Cina e India, si è battuto fin da subito per ottenere dalle nazioni ricche l'impegno ad eliminare tutti i sussidi che concedono ai propri agricoltori. Il summit si è concluso con un niente di fatto sul piano sostanziale ma la nascita di un nuovo soggetto politico, espressione dei paesi in via di sviluppo, è senza dubbio un fatto eccezionale, un primo segnale di lento riequilibrio nella bilancia del potere a favore della cosiddetta "scomoda armata".

Il prossimo appuntamento è ora fissato per metà dicembre, quando i PVS presenteranno una nuova bozza di negoziati. Solo se i paesi ricchi sapranno dimostrare il coraggio e la volontà politica di raggiungere accordi che aiutino milioni di persone a liberarsi da una povertà opprimente avranno risposto all'appello a produrre ed agevolare politiche che consentano ai popoli dell'Africa di prendere in mano il proprio destino.

Per il momento, la distanza tra le dichiarazioni ufficiali e le azioni concrete rimane abissale, anche per quanto riguarda il nostro paese: basti pensare che alla vigilia del semestre italiano alla presidenza dell'Unione Europea, lo stesso segretario delle Nazioni Unite Kofi Annan si è visto costretto a richiamare il governo italiano per i tagli del 20% nei fondi per l'aiuto allo sviluppo erogati attraverso l'ONU e le sue agenzie, previsti dalla nostra legge finanziaria 2003. Poco prima l'associazione delle ONG italiane aveva lanciato un appello al Presidente della Repubblica perché bloccasse la decisione, già approvata con decreto dal consiglio dei ministri, di dirottare gli ultimi 308 milioni di euro disponibili per la cooperazione allo sviluppo a copertura dei costi per il contingente italiano in Irak.

Il 30 agosto scorso, pochi giorni prima del fallimentare vertice di Cancun, in seno all'Organizzazione Mondiale del Commercio, è stato siglato un importante accordo sui cosiddetti farmaci salvavita, quelli cioè capaci di arginare gravi epidemie, prima tra tutte quella da Aids. L'accordo delinea specifiche deroghe al diritto sui brevetti in modo da consentire ai paesi poveri, privi di industria farmaceutica e afflitti da gravi emergenze sanitarie, di importare farmaci generici (copie di medicinali brevettati, prodotti da paesi come India e Brasile in esenzione dei diritti di proprietà intellettuale e pertanto assai meno costosi dei farmaci brevettati).
L'intesa, che offre ai paesi poveri uno strumento potenzialmente importante per combattere malattie quali l'Aids, la tubercolosi o la malaria, ha sollevato le perplessità di alcune ONG: secondo Medici senza Frontiere i limiti e vincoli imposti ai paesi che intendono avvalersi dell'accordo, e che mirano a placare i timori delle multinazionali farmaceutiche di re-importazione dei generici dai paesi poveri ai mercati occidentali, rischiano di rendere inapplicabile l'accordo.

Arché ringrazia

Angela Bianchi e Roberta Antonini - Novartis per Familyday • Associazione Alda • Branca Maria Vittoria • Daniela Gaslini e Mario Vallotti - Iniziative s.r.l. • Gruppo Media • Francesca Beltrame • Fabrizio Cannizzaro - Sagit • Luciano Capriati - Chatta.it • Jesi Carlotta • Prof. Giuseppe Masera, Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Ospedale San Gerardo • Jankovic Momcilo • Knoll Cristine - Berndes • Negri Pinuccia e Pozzi Tiziana • P. Silvano e gli amici di S. Benedetto, Giulia Nova e Tortoreto • Photonica • Trotta Simona • Viganò Alessandra • Viganò Paolo • Visentin Este • Un grande grazie per aver rifatto il cortile della Casa Arché a: Achille D'Antoni - Presidente Citifin; S. Marder - PAO Citigroup; P. Germani - M. Marzotto - N.Brivio - S. Ferrara e i bancari in veste di volontari A. Beretta - L. Bettini - R. Bodo - C. Bossi - A. Caporali - G. Cattaneo - R. Ciarla - M. D'Ambra - A. Dede - T. Fanari - P. Foltran - M. Fontana - F. Perfetti - D. Spiller - P. Taeggi - C. Tonesi - A. Tomeo • V. Fazio - M. Ceriotti - F. Tosoni - Sodalitas