



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Corso di laurea triennale in
Educazione Professionale, classe SNT/2

TESI DI LAUREA

**I minori ospedalizzati in Italia per le cure mediche non
accessibili nelle aree di provenienza:
conoscenza del ruolo dell'educatore e della realtà educativa
attraverso un'esperienza di tirocinio.**

Relatore

Dott. Michele Viel

Correlatore

Dott. Salvatore Rimmaudo

Laureanda

Luna Bellotto

matricola 144600

Anno accademico 2020/2021

Sommario

Introduzione	4
1. Il diritto alla cura per i bambini malati.....	6
1.1 Inquadramento normativo internazionale e nazionale.....	6
1.2 Correnti attuazioni del diritto alla cura nel mondo.....	14
1.3 Sfide per il futuro	19
2. Un caso italiano: l'Associazione KIM onlus di Roma e l'ospedale pediatrico 'Bambino Gesù'	23
2.1 Il centro di accoglienza "CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM"	23
2.2 Cooperazione internazionale e procedimento di arrivo.....	29
2.3 L'ospedale 'Bambino Gesù' di Roma	31
2.4 La figura dell'educatore, il suo ruolo e l'équipe educativa.....	36
2.5 Il ruolo dei volontari nel progetto di accoglienza	40
3 La relazione educativa e di cura e la loro applicazione nell'esperienza di tirocinio.	43
3.1 La relazione educativa.....	43
3.2 Dimensione della cura.....	45
3.3 La relazione educativa e di cura nell'esperienza di tirocinio residenziale	47
3.4 Attuazione del progetto	50
Conclusione.....	55
Bibliografia	57
Sitografia	60
Legislatura.....	62

Introduzione

*«E guarirai da tutte le malattie
Perché sei un essere speciale
Ed io, avrò cura di te.»
La cura, Battiato*

Con le parole di Battiato, nella celeberrima canzone ‘La cura’, viene introdotto quello che sarà l’elaborato sviluppato nelle pagine successive.

Questa tesi prende forma in seguito ad un’esperienza di tirocinio, svolta presso l’Associazione KIM onlus e alla necessità di raccontare la realtà educativa qui scoperta e conosciuta.

La KIM, presente nel territorio di Roma, si occupa di accogliere e tutelare i bambini italiani e stranieri che si trovano in grave stato di salute, permettendo a loro e alle loro madri di essere accolti presso il proprio Centro di Accoglienza “CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM”, per poter avere accesso alle cure ospedaliere.

Nel corso delle pagine successive, si avrà modo di comprendere quali diritti questa realtà si impegna a tutelare e in che modo, con un focus particolare sul ruolo dell’educatore nell’associazione.

Si inizierà introducendo i riferimenti normativi che tutelano il diritto alla cura per i bambini malati, partendo da un livello internazionale, la cui fonte principale è la ‘Convenzione internazionale sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza’, redatta a New York nel 1989, per poi arrivare al diritto italiano generale e specifico in materia di immigrazione per cure mediche.

Ci sarà inoltre, nel secondo paragrafo, una considerazione su quanto queste leggi vengono o meno rispettate nel mondo, facendo riferimento allo stato di salute della popolazione, considerando le malattie che più la mettono a rischio.

Il terzo paragrafo è dedicato infine alle ‘sfide per il futuro’, racchiuse nel documento ‘Agenda 2030’ redatto dalle Nazioni Unite nel 2015, in particolare sul programma ‘Every woman, every child’, stilato dall’allora segretario generale dell’ONU Ban Ki-Moon, nel quale trovano spazio una serie di interventi il cui scopo è migliorare la salute dei bambini e delle donne.

Il secondo capitolo darà delle informazioni circa l’Associazione KIM: la sua strutturazione ed il suo funzionamento; la cooperazione internazionale, inerente, nello

specifico, le procedure di richiesta di accoglienza e di arrivo in Italia; i rapporti con l'Ospedale pediatrico 'Bambino Gesù' e la sua nascita; il ruolo del personale educativo e dei volontari che collaborano alle attività, rispetto a quest'ultima cosa, ci saranno le parole di chi, ogni giorno, partecipa alle attività Centro di Accoglienza CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM

La messa a fuoco sull'educatore e sulle sue mansioni è fondamentale per la delimitazione, effettuata nel capitolo successivo, di quelle che sono la relazione educativa e la dimensione della cura e come trovano spazio nell'intervento dell'Associazione KIM.

A conclusione dell'elaborato vi è un paragrafo dedicato alla stesura e attuazione del progetto di tirocinio, effettuato durante le 300 ore ed inerente il coordinamento dei gruppi di volontariato presenti in struttura durante il periodo estivo.

Capitolo 1

Il diritto alla cura per i bambini malati

1.1 Inquadramento normativo internazionale e nazionale

Il diritto alla salute rappresenta un diritto imprescindibile di ogni essere umano e un onere di natura legale per ogni governo e nazione.

Avvalendoci della definizione di diritto alla salute, sancito dalla Conferenza Internazionale della Sanità di New York del 1946, possiamo affermare che la salute è:

“Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale che non consiste soltanto nell’assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce un diritto fondamentale di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli; essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate.”¹

In questo trattato, tra le funzioni elencate e messe in evidenza al fine di raggiungere gli obiettivi di salute, si fa riferimento al rafforzamento dei sistemi sanitari delle nazioni, con l’esplicita inclusione della tutela dei bambini.

La principale fonte normativa internazionale che regola questo diritto è la *Convenzione internazionale sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza*, nello specifico agli articoli 24 e 25, che riporterò in seguito:

“Gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi.

Gli Stati parti si sforzano di garantire l’attuazione integrale del summenzionato diritto ed in particolare, adottano ogni adeguato provvedimento per: a) diminuire la mortalità tra i lattanti ed i fanciulli; b) assicurare a tutti i minori l’assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie; c) lottare contro la malattia e la malnutrizione, anche nell’ambito delle cure

¹<http://www.ristretti.it/areestudio/salute/inchieste/baccaro/diritto.htm> (ultima consultazione in data 27.09.2021)

sanitarie primarie, in particolare mediante l'utilizzazione di tecniche agevolmente disponibili e la fornitura di alimenti nutritivi e di acqua potabile, tenendo conto dei pericoli e dei rischi di inquinamento dell'ambiente naturale; d) garantire alle madri adeguate cure prenatali e postnatali; e) fare in modo che tutti i gruppi della società, in particolare i genitori ed i minori, ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore, sui vantaggi dell'allattamento al seno, sull'igiene e sulla salubrità dell'ambiente e sulla prevenzione degli incidenti e beneficino di un aiuto che consenta loro di mettere in pratica tali informazioni; f) sviluppare le cure sanitarie preventive, i consigli ai genitori e l'educazione ed i servizi in materia di pianificazione familiare.

Gli Stati parti adottano ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori.

Gli Stati parti si impegnano a favorire ed a incoraggiare la cooperazione internazionale in vista di attuare gradualmente una completa attuazione del diritto riconosciuto nel presente articolo. A tal fine saranno tenute in particolare considerazione la necessità dei Paesi in via di sviluppo.”²

“Li Stati parti riconoscono al fanciullo che è stato collocato dalle autorità competenti al fine di ricevere cure, una protezione oppure una terapia fisica o mentale, il diritto ad una verifica periodica di detta terapia e di ogni altra circostanza relativa alla sua collocazione.”³



Grafico visivo degli Stati che hanno sottoscritto la “Convenzione internazionale sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza” di New York fino all’anno 2016 (valido ancora oggi)

² ART 24 della Convenzione internazionale sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza, New York 1989

³ ART 25 della ‘Convenzione internazionale sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza’, New York 1989

Redatta nel 1989 ed entrata in vigore nel 1990, con i 196 stati contraenti (la cui firma degli ultimi due si è aggiunta nel 2015, ne sono esclusi gli Stati Uniti) si pone come pietra miliare e principale promotrice della nuova visione del minore di età.

Il minore di diciotto anni è ora un soggetto attivo, titolare di diritti, ha un'opinione che deve essere ascoltata e presa in considerazione (tenendo conto dell'età e della maturità del fanciullo) e lo Stato deve prendersene cura attribuendogli la dignità che merita e ha l'obbligo di dargli informazioni circa ciò che lo riguarda in prima persona.

Viene sottolineato altresì il ruolo dei Governi per l'applicazione pratica di questi diritti, l'indispensabile funzione della cooperazione internazionale, con un'attenzione particolare per gli Stati in cui i bambini si trovano in condizioni particolarmente critiche o svantaggiate.

Al fine di monitorare l'effettiva sottoscrizione della Convenzione da parte degli Stati firmatari, l'art. 44 predispone:

“(1) Gli Stati parti si impegnano a sottoporre al Comitato, tramite il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, rapporti sui provvedimenti che essi avranno adottato per dare effetto ai diritti riconosciuti nella presente Convenzione e sui progressi realizzati per il godimento di tali diritti:

a) entro due anni a decorrere dalla data dell'entrata in vigore della presente Convenzione per gli Stati parti interessati; b) in seguito, ogni cinque anni.

(2) I rapporti compilati in applicazione del presente articolo debbono se del caso indicare i fattori e le difficoltà che impediscono agli Stati parti di adempiere agli obblighi previsti nella presente Convenzione. Essi debbono altresì contenere informazioni sufficienti a fornire al Comitato una comprensione dettagliata dell'applicazione della Convenzione del Paese in esame.

(3) Gli Stati parti che hanno presentato al Comitato un rapporto iniziale completo non sono tenuti a ripetere nei rapporti che sottoporranno successivamente – in conformità con il capoverso b) del paragrafo 1 del presente articolo – le informazioni di base in precedenza fornite.

(4) Il Comitato può chiedere agli Stati parti ogni informazione complementare relativa all'applicazione della Convenzione.

(5) Il Comitato sottopone ogni due anni all'Assemblea Generale, tramite il Consiglio economico e sociale, un rapporto sulle attività del Comitato.

(6) Gli Stati parti fanno in modo che i loro rapporti abbiano una vasta diffusione nei loro Paesi.”⁴

L'utilità di questi rapporti sta anche nel coinvolgimento, da parte delle Nazioni Unite, di molteplici organi che con essa collaborano, al fine di dare opinioni e pareri nei settori di loro competenza e, così facendo, avere sotto controllo il lavoro degli Stati membri e attivarsi in caso di violazioni e inadempienze.

La forza e l'importanza di questa convenzione si ritrovano anche nella sua applicazione nelle norme promulgate dall'Europa; in particolare, uno dei più importanti è la *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea* redatta nel 2000 a Nizza e successivamente riadattata nel 2007 a Strasburgo al cui art. 24, comma 1 si impegna a tutelare il diritto di cura dei minori:

“I bambini hanno diritto alla protezione e alle cure necessarie per il loro benessere [...]”.⁵

Questo documento è stato scritto dall'Unione Europea in un'ottica di rafforzamento della comunità, ponendo la pace e la solidarietà come basi e il rispetto, la tutela e il perseguimento dei diritti umani e dei minori come obiettivo comune dei popoli.

L'Italia ha dato attuazione alla Convenzione dei Diritti del bambino e dell'adolescente con la legge 176/1991: “Art. 1: Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare la convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989”.⁶

Inoltre, nell'articolo 31 della costituzione italiana si legge: “[...] Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo”⁷; a tale proposito, è stata istituita, con la legge 112/2011 la *Autorità garante per “infanzia e l'adolescenza”*, che sancisce all'art. 1:

“Al fine di assicurare la piena attuazione e la tutela dei diritti e degli interessi delle persone di minore età, in conformità a quanto previsto dalle convenzioni internazionali, con particolare riferimento alla Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989 e resa esecutiva dalla legge 27 maggio 1991, n. 176, di seguito denominata: «*Convenzione di New York*», alla Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950 e resa esecutiva dalla legge 4 agosto 1955, n. 848, e alla Convenzione europea

⁴ ART 44 della ‘Convenzione internazionale sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza’, New York 1989

⁵ Art 24, comma 1 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea, Nizza, anno 2000

⁶ Art. 1 Legge 176/1991, Gazzetta Ufficiale

⁷ Art. 31 Costituzione italiana, 1948

sull'esercizio dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996 e resa esecutiva dalla legge 20 marzo 2003, n. 77, nonché dal diritto dell'Unione europea e dalle norme costituzionali e legislative nazionali vigenti, è istituita l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, di seguito denominata «*Autorità garante*», che esercita le funzioni e i compiti ad essa assegnati dalla presente legge, con poteri autonomi di organizzazione, con indipendenza amministrativa e senza vincoli di subordinazione gerarchica”.⁸

L'Italia prevede inoltre, in accordo con l'art. 32 della Costituzione⁹ e l'articolo 2 della *Convenzione dei diritti del fanciullo*¹⁰, attraverso leggi e decreti legislativi, la possibilità di entrare nel suolo italiano per ricevere delle cure mediche specifiche che non possono essere effettuate nel Paese della persona richiedente.

Addentrandoci maggiormente in quelle che sono le norme che regolamentano il diritto alla cura per gli stranieri, vanno citate:

- La Legge n. 449 del 1997 al cui articolo 32, comma 15 vengono specificati i destinatari di tale diritto:

“Le regioni, nell'ambito della quota del Fondo sanitario nazionale ad esse destinata, autorizzano, d'intesa con il Ministero della sanità, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere ad erogare prestazioni che rientrino in programmi assistenziali, approvati dalle regioni stesse, per alta specializzazione a favore di:

a) cittadini provenienti da Paesi extracomunitari nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie e non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria;

b) cittadini di Paesi la cui particolare situazione contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari o di altra natura, gli accordi eventualmente esistenti con il Servizio sanitario nazionale per l'assistenza sanitaria.”¹¹

⁸ ART 1 Legge 112/2011, Istituzione dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

⁹ L'art. 32 prevede il diritto alla salute “come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività”

¹⁰ “Gli Stati parti si impegnano a rispettare i diritti enunciati nella presente Convenzione ed a garantirli ad ogni fanciullo che dipende dalla loro giurisdizione [...]”, intesa come ‘giurisdizione’ sia l'appartenenza allo Stato parte (quindi l'obbligo di garantire i diritti anche a chi si trova lontano dal territorio, ma sotto la giurisdizione dello Stato parte), sia la presenza nel territorio dello Stato e quindi sotto la sua giurisdizione (in questo caso rientrano anche gli stranieri, anche non registrati, i rifugiati e coloro che rientrano sotto altre norme espressamente previste dal diritto internazionale ed europeo).

¹¹ ART 32, comma 15, Legge 449/1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica

- La Legge n.40 del 1998 al cui articolo 34 si definiscono le caratteristiche per l'ingresso e il soggiorno per cure mediche:

“1. Lo straniero che intende ricevere cure mediche in Italia e l'eventuale accompagnatore possono ottenere uno specifico visto di ingresso ed il relativo permesso di soggiorno.

A tale fine gli interessati devono presentare una dichiarazione della struttura sanitaria italiana prescelta che indichi il tipo di cura, la data di inizio della stessa e la durata presunta del trattamento terapeutico, devono attestare l'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale, tenendo conto del costo presumibile delle prestazioni sanitarie richieste, secondo modalità stabilite dal regolamento di attuazione, nonché documentare la disponibilità in Italia di vitto e alloggio per l'accompagnatore e per il periodo di convalescenza dell'interessato. La domanda di rilascio del visto o di rilascio o rinnovo del permesso può anche essere presentata da un familiare o da chiunque altro vi abbia interesse.

2. Il trasferimento per cure in Italia con rilascio di permesso di soggiorno per cure mediche è altresì consentito nell'ambito di programmi umanitari definiti ai sensi dell'articolo 12, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, previa autorizzazione del ministero della Sanità, d'intesa con il ministero degli Affari esteri. Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, tramite le regioni, sono rimborsate delle spese sostenute, che fanno carico al Fondo sanitario nazionale.

3. Il permesso di soggiorno per cure mediche ha una durata pari alla durata presunta del trattamento terapeutico ed è rinnovabile finché durano le necessità terapeutiche documentate.

4. Sono fatte salve le disposizioni in materia di profilassi internazionale”.¹²

In seguito, questa dicitura è stata riportata anche:

- nel Dlgs 286/98, all'articolo 36, a tal proposito si indicano i 3 diversi procedimenti così come previsti:

1) Straniero che chiedi il visto di ingresso per motivo di cure mediche.

¹² Art. 34 Legge n. 40 del 6 marzo 1998

Ai fini del rilascio del visto da parte dell'Ambasciata italiana o del Consolato territorialmente competente deve essere presentata dall'interessato la seguente documentazione:

- a) dichiarazione della struttura sanitaria prescelta, pubblica o privata accreditata, che indichi il tipo di cura, la data di inizio e la durata presumibile della stessa, la durata dell'eventuale degenza prevista, osservate le disposizioni in vigore per la tutela dei dati personali;
- b) attestazione dell'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale sulla base del costo presumibile delle prestazioni richieste. Il deposito cauzionale, in euro o in dollari statunitensi, dovrà corrispondere al 30 per cento del costo complessivo presumibile delle prestazioni richieste e dovrà essere versato alla struttura prescelta;
- c) documentazione comprovante la disponibilità in Italia di risorse sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie e di quelle di vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria e il rimpatrio per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore;
- d) certificazione sanitaria, attestante la patologia del richiedente nel rispetto delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali. La certificazione rilasciata all'estero deve essere corredata di traduzione in lingua italiana.

In questo caso è lo straniero o il garante che paga le cure in Italia.

2) Straniero che venga trasferito per cure in Italia nell'ambito di interventi umanitari, ai sensi dell'art. 12 - comma 2 - lettera c) del Decreto legislativo 30/12/92 n. 502, così come modificato dal Decreto legislativo 7/12/93 n. 517.

Tale intervento si concretizza nell'autorizzazione all'ingresso per cure in Italia, da parte del Ministero della Sanità, di concerto con il Ministero degli Affari Esteri, di cittadini stranieri residenti in paesi privi di strutture sanitarie idonee ed adeguate. L'individuazione dei soggetti beneficiari di tale intervento rientra nell'ambito della discrezionalità politica dei due Ministri.

Il Ministero della Sanità, sulla base della documentazione acquisita, provvede ad individuare le strutture che si ritengono idonee all'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste ed a rimborsare direttamente alle stesse strutture l'onere delle relative prestazioni sanitarie; non si può far luogo al rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno al di fuori della struttura sanitaria.

Quindi, in questo caso, il Ministero della Salute paga tutte le spese sanitarie.

3) Straniero che venga trasferito in Italia nell'ambito di programmi di intervento umanitario delle Regioni, ai sensi dell'art. 32 - comma 15 - della legge 27.12.1997, n. 449.

Le Regioni, nell'ambito della quota del Fondo Sanitario Nazionale ad esse destinata, autorizzano, d'intesa con il Ministero della Sanità, le Unità Sanitarie Locali e le Aziende ospedaliere ad erogare prestazioni di alta specializzazione, che rientrino in programmi assistenziali approvati dalle Regioni, a favore di:

- a) cittadini provenienti da Paesi extracomunitari nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie e non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria;
- b) cittadini di Paesi la cui particolare situazione contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari o di altra natura, gli accordi in vigore per l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

In tal caso è la Regione che, se ha un proprio programma di interventi umanitari per l'anno, può autorizzare le cure al cittadino extracomunitario. Ma il Ministero, autorizza il programma di massima, ma non dispone di dati singoli sui cittadini stranieri che entrano per cure.

- Nel Decreto del Presidente della Repubblica 394/1999, all'articolo 44.

Il decreto legislativo numero 517 del 1993, all'art. 12 comma 2, lettera c, a cui la presente legge fa riferimento afferma “[...] rimborsi alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, tramite le regioni, delle spese per prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia previa autorizzazione del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro degli affari esteri”¹³. Gli articoli successivi fanno riferimento alla modalità e all'entità del rimborso.

Regolato dal DPR 103 del 2007 ed istituito con la legge 451/1997, l'*Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza*: “L'Osservatorio predispose ogni due anni il piano nazionale di azione di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, di cui alla Dichiarazione mondiale sulla sopravvivenza, la protezione e lo sviluppo dell'infanzia, adottata a New York il 30 settembre 1990, con l'obiettivo di conferire priorità ai programmi riferiti ai minori e di rafforzare la cooperazione per

¹³ Art. 12, comma 2, lettera c, decreto legislativo 517 del 1993

lo sviluppo dell'infanzia nel mondo [...]”¹⁴, importante in quanto coinvolge le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano nel coordinamento degli interventi locali con particolare riferimento alla raccolta dati anche dell'ambito sanitario.¹⁵

Altro organo indispensabile all'attuazione di questo diritto ma trasversale a tutti gli stati è l'*Organizzazione Mondiale della Sanità*, organizzazione intergovernativa il cui accordo con le Nazioni Unite trova attuazione nel 1948; l'OMS si impegna, da sempre, ad attuare strategie che, appianando le disparità tra i Paesi, garantiscono i livelli minimi di salute.

L'obiettivo primo dell'Organizzazione della sanità è di permettere a tutti i popoli, di raggiungere il più alto livello possibile di salute, inoltre, nell'atto costitutivo due viene esplicitamente dichiarato che:

“[...] Lo sviluppo sano del fanciullo è d'importanza fondamentale; l'attitudine a vivere in armonia con un ambiente in piena trasformazione è essenziale per questo sviluppo”¹⁶;

Il dodicesimo passo dell'elenco puntato componente l'articolo secondo specifica:

“Promuove lo sviluppo dell'azione in favore della sanità e del benessere della madre e del bambino, come pure la loro attitudine a vivere in armonia con un ambiente in piena trasformazione”¹⁷.

1.2 Correnti attuazioni del diritto alla cura nel mondo

Il diritto alla salute per i bambini malati e non, è sempre stato un argomento delicato, su cui il mondo sta cercando di mobilitarsi da diversi anni; nonostante i progressi delle ultime decadi però ad oggi questo diritto non trova attuazione in tutti i Paesi; purtroppo sono ancora troppi i posti in cui le cure primarie non sono accessibili, in cui la malnutrizione, la scarsa igiene e le malattie infettive concorrono all'abbassamento del livello di salute, creando disagi e morti soprattutto tra i più piccoli.

¹⁴ Art. 1.2 del Regolamento dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza 103/2007

¹⁵ “Le regioni, in accordo con le amministrazioni provinciali e le province autonome di Trento e di Bolzano, adottano idonee misure di coordinamento degli interventi locali di raccolta e di elaborazione di tutti i dati relativi alla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in ambito regionale. In particolare, entro il 30 aprile di ciascun anno, sono acquisiti i dati relativi a: a) la condizione sociale, culturale, economica, sanitaria e psicologica dell'infanzia e dell'adolescenza”, Art. 1.4 comma a, del Regolamento dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza 103/2007

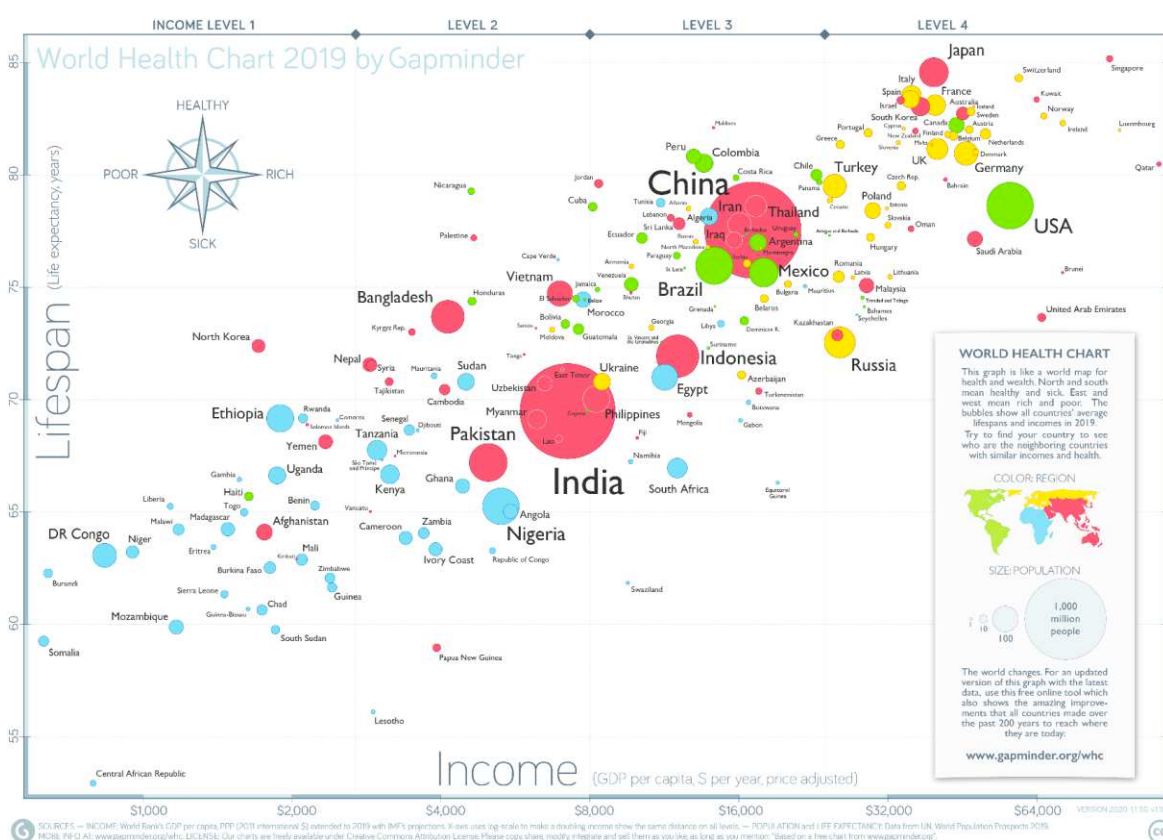
¹⁶ Atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948

¹⁷ Art 2, comma I, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948

Una delle grandi sfide di questo millennio è la riduzione della forte disuguaglianza tra il nord e il sud del mondo, responsabile, ad oggi, del diverso livello di salute nel mondo.

Dal grafico sottostante, rappresentante la salute ed il benessere nei vari Paesi, prodotto nel 2019, si evince la differenza tra i vari Stati, rispetto alle aspettative di vita e ad i soldi investiti nella sanità.

Gli indici più bassi sono relativi a molte regioni dell’Africa, alcune aree dell’Indocina e un paese del Sud America; Al contrario, gran parte dell’Europa, delle Americhe e dell’Asia primeggiano tra gli indicatori più elevati.



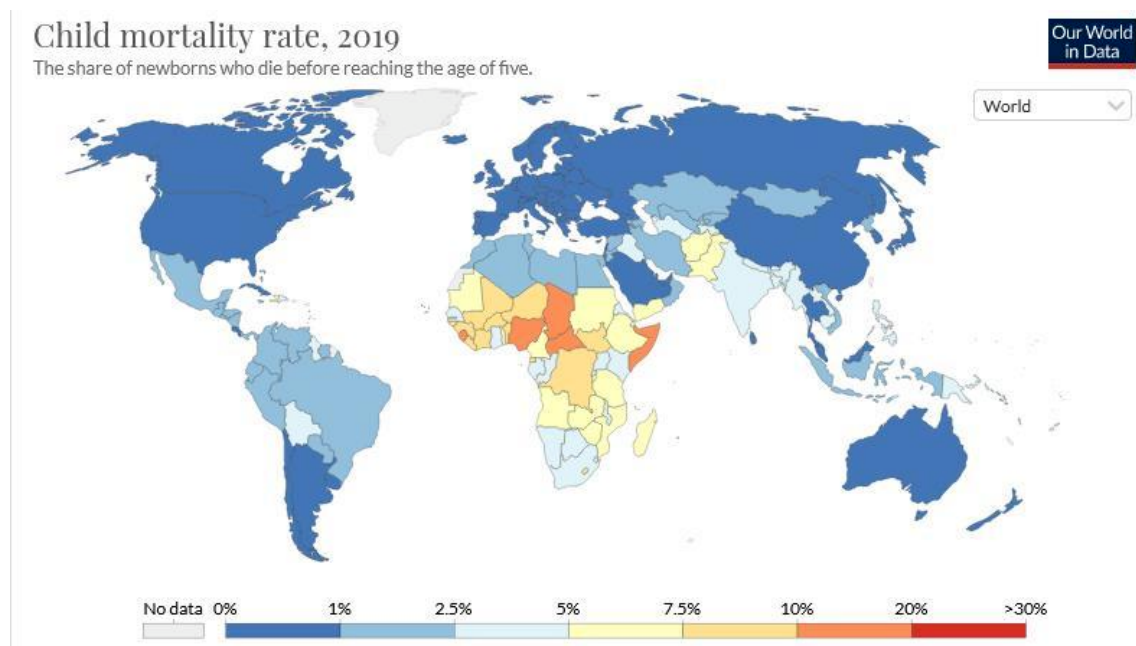
(Si veda la nota 18 per il riferimento sitografico)

La mancata efficienza di un sistema sanitario solido e all’avanguardia comporta un considerevole numero di decessi per malattie che, nei paesi più avanzati dal punto di vista sanitario e tecnologico, non figurano più come rischi mortali per la salute: ne sono un esempio la diarrea, la tubercolosi, la polmonite, l’HIV e la malaria; Anche l’estrema povertà connessa al malnutrizione e alla denutrizione, i conflitti armati, le calamità

¹⁸ <https://www.gapminder.org/fw/world-health-chart/whc2019/>, ultima consultazione in data 27.10.2021

naturali, la mancanza di cure adeguate prima e durante il parto, la scarsità di servizi igienici e la presenza di acqua inquinata o sporca (o l'assenza della stessa), concorrono a decretare la morte di moltissimi bambini ogni anno.

Nei grafici ¹⁹ ²⁰ ²¹ che seguono viene illustrata la distribuzione mondiale della mortalità infantile, con un focus su quanto malattie come la diarrea e la polmonite ancora incidano in questi drammatici dati.



Dal grafico sotto riportato, si possono trovare delle affinità tra le aree in cui i bambini sono maggiormente vulnerabili rispetto alla polmonite e i Paesi in cui i sistemi sanitari hanno ancora delle carenze o in cui l'accesso alla sanità avviene solo attraverso il pagamento di una somma di denaro consistente.

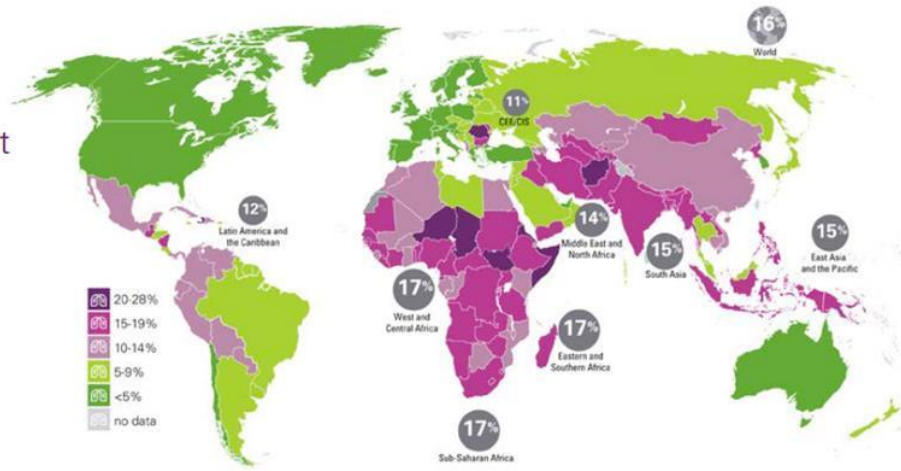
La diarrea, viceversa, continua a rimanere una delle cause più importanti di morte nei bambini nei Paesi in cui vi sono delle carenze nutrizionali nella dieta, scarsità di igiene, di accesso all'acqua potabile e di servizi sanitari e igienici adeguati.

¹⁹ <https://ourworldindata.org/>, ultima consultazione in data 27.09.2021

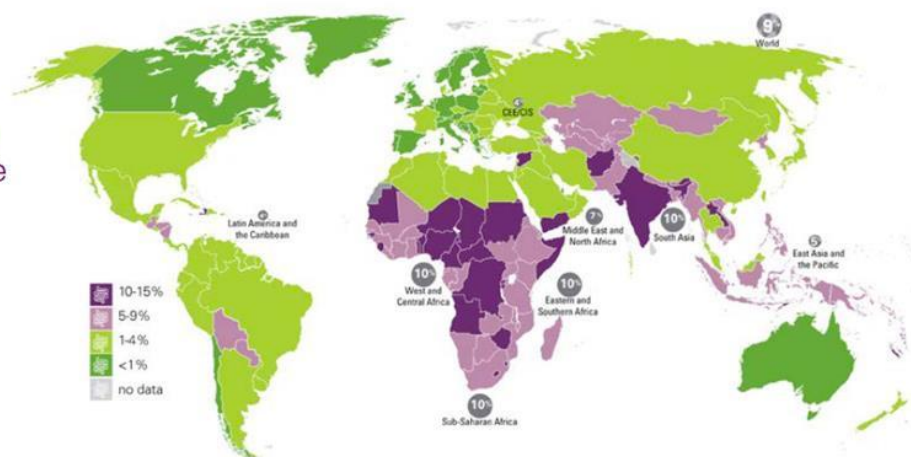
²⁰ UNICEF, One is too many – UNICEF-Pneumonia-Diarrhoea-report-2016

²¹ Ivi

Pneumonia claims the lives of the world's most vulnerable children



Diarrhoea is most deadly in the poorest places in the world



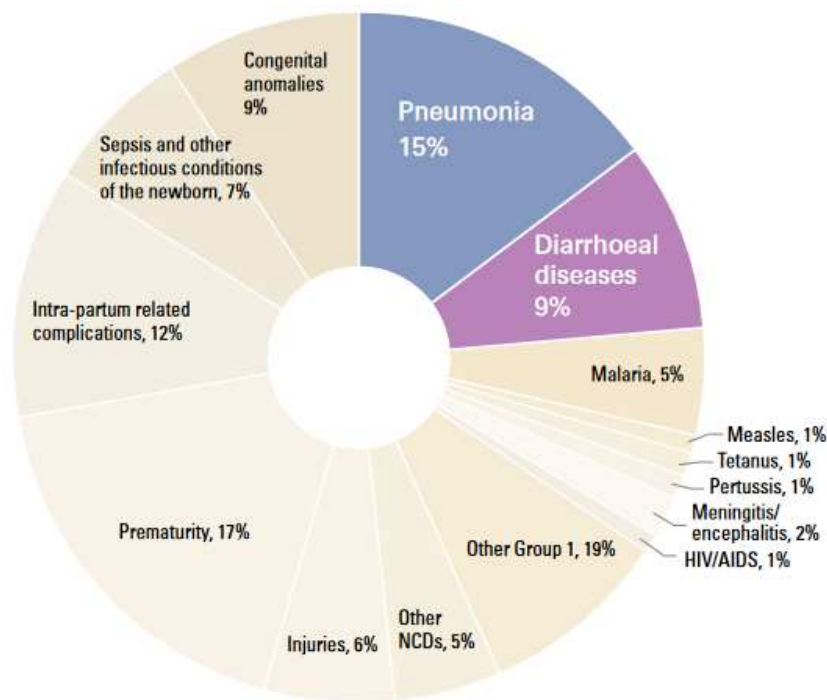


Figure 1: Distribution of causes of death among children under 5 in 2015

L'immagine sopra riportata ²², poi, illustra le cause della mortalità infantile a livello mondiale, in percentuali, sottolineando quanto malattie facilmente curabili nei paesi occidentali figurino tra le più importanti cause di morte negli stati meno sviluppati.

Tutti gli stati firmatari la 'Convenzione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza', si stanno impegnando costantemente nella lotta alle disparità e alle disuguaglianze e all'adempimento del diritto alla cura per i bambini.

Al lavoro degli Stati parte, si affianca l'intervento di Organizzazioni e Organi locali o internazionali che, cooperando tra loro e con i governi sia in loco che no, rendono possibili delle azioni concrete per garantire il diritto alla cura.

Tra queste non possiamo non menzionare l'UNICEF (Organo sussidiario delle Nazioni Unite per l'infanzia) e *Save the Children* (ONG), che da anni sono impegnate in tutto il mondo per contrastare la povertà, la malnutrizione e intervenendo a protezione dei minori in situazioni di emergenza (calamità naturali, conflitti armati, povertà estrema).

²² UNICEF, One is too many – UNICEF-Pneumonia-Diarrhoea-report-2016

Vi sono altresì numerose associazioni locali che, attraverso i rapporti di cooperazione internazionale con i vari Paesi garantiscono in loco l'ospedalizzazione dei minori che nel proprio Stato non possono aver accesso alle cure necessarie.

1.3 Sfide per il futuro

Nel 2015 *l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile*, celebrando il settantesimo anniversario dell'ONU, ha preso il testimone di quelli che erano gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e i suoi nuovi 169 traguardi sono stati sottoscritti da 193 Paesi.

Le aree di intervento previste sono 17 e il fine ultimo è lo sviluppo globale nelle dimensioni: economica, sociale e ambientale, da realizzarsi entro il 2030.

L'importanza di questo documento è immensa, non solo per gli obiettivi che intendono raggiungere entro i prossimi nove anni, ma anche per il coinvolgimento e la grande fiducia che hanno attribuito al lavoro delle nuove generazioni che detengono le potenzialità per poter cambiare davvero il mondo, insieme, oltre ogni barriera linguistica e culturale (concetto ribadito al punto 53 della dichiarazione); a questo proposito diverse personalità importanti sono state invitate alle Assemblee Generali delle Nazioni Unite come ospiti o hanno testimoniato a favore degli OSS (Obiettivi di Sviluppo Sostenibile), un modo per sensibilizzare ed avvicinare la gioventù a queste tematiche molto attuali, tra queste ricordiamo Greta Thunberg, Malala Yousafzai, le Black Pink e i BTS.

Al punto 26 della dichiarazione si fa riferimento alla salute, con un'attenzione alla globalità e accessibilità dei servizi:

“[...] dobbiamo garantire una copertura sanitaria universale e l'accesso ad un'assistenza sanitaria di qualità, senza escludere nessuno. Ci impegniamo a velocizzare il progresso finora compiuto nella riduzione della mortalità di neonati, bambini e madri mettendo fine a tutte le morti che si possono prevenire, entro il 2030. Ci stiamo impegnando per assicurare l'accesso universale ad un'assistenza sanitaria che comprenda servizi sanitari che si occupano di salute riproduttiva e sessuale, il controllo delle nascite, l'informazione e l'educazione. Velocizzeremo anche l'andamento dei progressi fatti nella lotta contro la malaria, l'HIV/AIDS, la tubercolosi, l'epatite, l'ebola e altre

malattie trasmissibili ed epidemiche; ci impegneremo per la crescita della resistenza anti-microbiotica e per combattere tutte quelle malattie normalmente trascurate che affliggono i paesi in via di sviluppo. Ci stiamo impegnando per la prevenzione e la cura di malattie non trasmissibili inclusi disturbi comportamentali, di sviluppo e neurologici che costituiscono la sfida più grande per lo sviluppo sostenibile.”²³

L’importanza di questi obiettivi viene sottolineata anche durante la settantaquattresima Assemblea Mondiale della Sanità, svoltasi a Ginevra dal 24 al 31 maggio 2021.

Il terzo obiettivo dell’Agenda 2030 riguarda il tema della salute: *Assicurare la salute e il benessere per tutti e tutte le età*, analizziamo qui alcuni sotto obiettivi da raggiungere entro il 2030:

- 3.1) ridurre il tasso di mortalità materna globale a meno di 70 per 100.000 nati vivi
- 3.2) mettere fine alle morti evitabili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età, con l’obiettivo per tutti i paesi di ridurre la mortalità neonatale a non più di 12 su 1.000 nati vivi e, per i bambini al di sotto dei 5 anni, ridurre la mortalità a non più di 25 su 1.000 nati vivi
- 3.3) porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate e combattere l’epatite, le malattie legate all’uso dell’acqua e altre malattie trasmissibili
- 3.4) ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e la cura e promuovere la salute mentale e il benessere
- 3.5) Rafforzare la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze, tra cui abuso di stupefacenti e l’uso nocivo di alcool
- 3.6) Entro il 2020, dimezzare il numero di decessi a livello mondiale e le lesioni da incidenti stradali
- 3.7) garantire l’accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, compresi quelli per la pianificazione familiare, l’informazione e l’educazione, e l’integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali
- 3.8) Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l’accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l’accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti

²³ Trasformare il nostro mondo: l’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile A/RES/70/1

3.9) ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da inquinamento e contaminazione di aria, acqua e suolo”.²⁴

Traguardo nel quale vengono incluse anche delle *Strategie Globali per la salute delle donne e dei bambini*, iniziativa lanciata già nel 2010 dall’allora Segretario Generale delle Nazioni Unite Ban Ki-Moon, che si presentava come “movimento globale senza precedenti che mobilita e intensifica le azioni internazionali e nazionali dei governi, il settore privato e la società civile per indirizzare le più importanti sfide che le donne e i bambini si trovano a fronteggiare riguardanti la salute.”²⁵

L’intento del Presidente Ban Ki-Moon è quello di favorire un cambiamento che parta dalla società, perché questa consenta a tutte le donne, i bambini e gli adolescenti di vivere e realizzarsi potendo usufruire dei più alti standard di salute e benessere, in modo che non vi siano ostacoli alla piena realizzazione di sé (viene quindi ripreso anche il concetto di salute dell’OMS, che non si riferisce alle mere prestazioni fisiche).

In sintesi, vengono dichiarate delle azioni che si vorrebbero attuare per la promozione e il diritto alla salute di ogni donna e bambino, di cui il diritto alla cura è parte, prendendo in considerazione gli stadi di sviluppo, l’ambiente e le politiche statali.

²⁴ Obiettivo 3, Agenda 2030 ONU

²⁵ ‘Salute e Popolazione’, sdgs, UN



(Si veda la nota ²⁶ per il riferimento sitografico)

L'attuazione di queste politiche diviene fondamentale per garantire ad ogni bambino il diritto alla cura nel proprio Paese d'origine, senza dover emigrare in altri Stati (con tutte le conseguenze a livello familiare e personale che questo sradicamento comporta) per avere accesso alle cure.

²⁶ The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030)

Capitolo 2

Un caso italiano: l'Associazione KIM onlus di Roma e l'ospedale pediatrico 'Bambino Gesù'

2.1 Il centro di accoglienza "CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM"

La nascita

L'Associazione KIM muove i suoi primi passi nel 1997, a Roma, dall'impegno di alcuni giovani che, dopo un'esperienza di servizio scout in un'Albania provata da una grave crisi economica e sociale, si mobilitano per cercare di risolvere quest'emergenza sanitaria le cui persone maggiormente coinvolte erano i bambini.

Fu una grande sfida, una scommessa nata dal profondo desiderio di cambiare le cose e di fare del proprio meglio nella vita di qualcuno che non aveva altre possibilità.

Questa onlus, basata sul volontariato, si occupa, in totale gratuità, di accogliere e tutelare i bambini italiani e stranieri che si trovano in grave stato di salute, permettendo loro di avere un accesso alle cure mediche in Italia e garantendo a loro e alle loro madri di essere accolti in struttura e di ricevere supporto materiale e psicologico per tutto il periodo di ospedalizzazione e successivi controlli, oltre che ricevere sostegno anche per le procedure legate alla richiesta dei documenti necessari all'arrivo in Italia.

Il nome KIM è quello del protagonista dell'omonimo romanzo di Rudyard Kipling, personaggio che, nonostante le difficoltà che si trova ad attraversare, riesce a riscattarsi; Importanti componenti di questo racconto sono il coraggio, la solidarietà e la determinazione, ingredienti importantissimi anche nell'associazione.

In struttura viene accolto il nucleo familiare mamma-bambino, il cui piccolo ospite è gravemente ammalato e necessita di cure, spesso urgenti, che nel paese di origine non possono essere effettuate.

Ad oggi l'Associazione KIM, con sede a Roma in Via di Villa Troili, ha ospitato oltre 500 bambini da 60 paesi del mondo ed è conosciuta come realtà di spicco a livello nazionale e internazionale.

La Mission

La Mission della Associazione KIM onlus è Garantire il diritto alla cura dei bambini malati. Questo si estrinseca principalmente in due modi,

- far arrivare a Roma per le cure mediche bambini gravemente malati e accoglierli durante tutto il percorso terapeutico presso il Centro di Accoglienza della KIM;
- impegnarsi nella formazione e informazione, soprattutto verso i giovani dei valori del Diritto alla Cura, della Solidarietà e del Volontariato.

L'Associazione è sostenuta da forti valori, tra le quali spiccano la responsabilità della cura, il desiderio di dar voce a chi si trova in una condizione di fragilità, di creare opportunità per tutti i bambini che, grazie all'intervento del "CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM", possono avere un futuro e riappropriarsi della propria vita.

La struttura

La struttura può ospitare fino ad un massimo di 14 nuclei familiari mamma-bambino (numero sceso a 10, durante l'emergenza Coronavirus per tutelare maggiormente gli ospiti), distribuiti tra il "CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM", l'Oasi e una terza struttura situata all'interno del parco.

A disposizione degli ospiti ci sono degli spazi comuni, che diventano anche luoghi di socialità e dialogo, tra questi: il soggiorno e sala da pranzo, la lavanderia e la cucina, zona, quest'ultima, che favorisce la socializzazione e l'incontro con le altre ospiti, cucinare è una delle cose comuni a tutte le mamme del mondo.

Grande importanza, per la gestione delle varie mansioni e per il gioco dei bambini, viene rivestita dagli spazi esterni dell'Associazione, composti da un grande giardino in cui sono situati i giochi per i piccoli ospiti, una tettoia che ripara un tavolo in cui si svolgono molte delle attività giornaliere (soprattutto durante l'emergenza Coronavirus, la presenza di uno spazio all'aria aperta ha permesso di continuare parte della routine), la 'Baita Arcobaleno' (utilizzata per i corsi di cucito, ceramica, italiano e sede della 'Bottega di KIM') e la 'Baita del Silenzio' (spazio aconfessionale e inter-religioso a disposizione di ogni persona che desideri raccogliersi in preghiera o a riflettere).

La cura degli spazi concorre al benessere degli ospiti e di chi ogni giorno collabora alla vita della struttura, motivo per il quale viene data importanza alla manutenzione, alla pulizia e al riordino, interventi ai quali contribuiscono gli ospiti, gli operatori e i volontari.

L'organizzazione

“KIM è dotata di un'organizzazione trasparente, di organi sociali con precisi poteri e di organi indipendenti con una funzione di controllo. Tutti i Soci, i membri del Consiglio d'Amministrazione, i Sindaci e i Probi Viri, così come i numerosi volontari impegnati in diverse attività, prestano il loro servizio a titolo gratuito”.²⁷

Fanno parte degli organi dell'Associazione:

- L'Assemblea dei Soci, composta da 67 membri, che si impegnano a dare indirizzi, suggerire strategie e approvare o meno le azioni del Consiglio di Amministrazione;
- Il Consiglio d'Amministrazione, in cui collaborano sette persone che hanno il potere dell'ordinaria e straordinaria amministrazione;
- Il Collegio dei Sindaci, di cui fanno parte tre membri, impegnati nel monitoraggio della situazione finanziaria e della contabilità;
- Il Consiglio dei Probiviri, composto da due persone, incaricate di attenuare le eventuali controversie.

A completare l'organico dell'Associazione vi è l'équipe operativo-educativa, il cui ruolo verrà approfondito successivamente.

Le Collaborazioni

Per la sua attività, il “CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM”, nel tempo, ha stretto importanti collaborazioni con diversi organi e istituzioni pubbliche e private, locali e non. Tra le altre ricordiamo la “Fondazione P. Bellincampi Onlus”, che ha in carico la gestione e manutenzione della struttura; la “Fondazione Banco Alimentare – Lazio”, che contribuisce alla spesa alimentare; la “Fondazione Banco Farmaceutico Onlus”, che fornisce medicinali; la “Fondazione Flying Angels Onlus”, che partecipa alle spese di viaggio per l'arrivo in Italia dei piccoli ospiti e delle loro madri; l'UNHCR, organo delle Nazioni Unite per la tutela e il benessere dei rifugiati; le strutture

²⁷Bilancio di missione, Associazione KIM, 2020

ospedaliere che spesso si fanno carico dell'intera spesa necessaria alla cura, ricordiamo ad esempio l'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", eccellenza della capitale in materia.

Alcuni dati importanti

Nei grafici successivi (²⁸ ²⁹ ³⁰ ³¹ ³²) si avrà modo di osservare i numeri, le provenienze e le patologie degli ospiti nel corso degli anni, con un focus particolare nell'anno 2020, periodo che ha comportato, a causa della pandemia, una diminuzione degli arrivi (i tempi per predisporre i documenti si sono allungati) e un prolungamento del tempo di permanenza di chi era già presente in struttura (le visite in ospedale si sono diradate, i confini sono stati chiusi...).

Zone geografiche delle richieste pervenute all'Associazione KIM

AREA GEOGRAFICA	1997-2018	2019	2020	TOTALE	TOTALE %
Europa	346	18	9	373	58%
Asia	25	1	1	27	4%
Medio Oriente	30	9	3	42	6%
Africa Settentrionale	21	4	1	26	4%
Africa Centrale e Occidentale	68	8	5	81	13%
Africa orientale	75	4	3	82	13%
Centro-Sud America	12	1	1	14	2%
Totale	577	45	23	645	100%

Totale (numeri e %) nel solo 2020, nel solo 2019 e nel periodo 1997 - 2018 (calcoli al 31 dicembre). I dati del 2019 e del 2020 si riferiscono ai casi accolti. Il dato 1997 - 2018 si riferisce invece alle domande ricevute. Questa discrepanza è dovuta a un diverso sistema di classificazione, che si è perfezionato negli anni. Avendo escluso le cifre decimali, alcuni valori % risultano approssimati per eccesso o per difetto.

²⁸ Bilancio di missione, Associazione KIM, 2020

²⁹ Ivi

³⁰ Ivi

³¹ Ivi

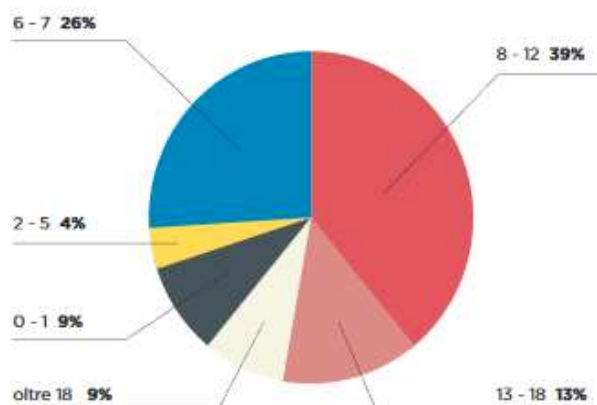
³² Ivi

Casi accolti 2020

PAESI	In corso	Nuovi	Totale
Albania	3	2	5
Burundi	0	1	1
Cameroun	1	0	1
Congo	1	0	1
Costa d'Avorio	1	0	1
Etiopia	1	1	2
Italia	0	1	1
Kenia	1	0	1
Marocco	1	0	1
Messico	1	0	1
Romania	2	0	2
Senegal	1	0	1
Siria	3	0	3
Ucraina	1	0	1
Vietnam	0	1	1
TOTALE	17	6	23

Fasce di età

Fasce di età	2019	%	2020	%
0 - 1	4	9%	2	9%
2 - 5	10	22%	1	4%
6 - 7	11	24%	6	26%
8 - 12	12	27%	9	39%
13 - 18	5	11%	3	13%
Oltre 18	3	7%	2	9%
TOTALE	45	100%	23	100%



Fasce d'età dei bambini seguiti nel corso del 2020. Le percentuali.

PATOLOGIE				
	1997/ 2018	2019	2020	1997/ 2020
	n. casi	n. casi	n. casi	n. casi
Cardiologia	107	10	2	119
Chirurgia Neonatale	4	1	0	5
Chirurgia Pediatrica	3	3	0	6
Chirurgia Plastica	28	4	2	34
Chirurgia Toracica	3	2	2	7
Dermatologia	8	1	1	10
Ematologia	86	1	0	87
Endocrinologia	1	0	0	1
Epatologia	10	0	0	10
Nefrologia	17	0	0	17
Neurol./Neurops./Neuroch.	50	4	3	57
Oculistica	36	3	1	40
Oncologia	122	8	9	139
Ortopedia	33	2	1	36
Otorino	8	0	0	8
Pediatria	3	0	0	3
Traumatologia	7	0	0	7
Urologia/Chirurgia Urologica	24	5	2	31
Altro	27	1	0	28
TOTALE	577	45	23	645

*Al 31 dicembre. **La voce Altre, riassume un insieme di casi non ben definiti pervenuti all'Associazione nei primi anni della sua vita.

2.2 Cooperazione internazionale e procedimento di arrivo

Intendendo per cooperazione internazionale:

“La cooperazione internazionale per lo sviluppo sostenibile, i diritti umani e la pace, di seguito denominata «cooperazione allo sviluppo», è parte integrante e qualificante della politica estera dell'Italia. Essa si ispira ai principi della Carta delle Nazioni Unite ed alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. La sua azione, conformemente al principio di cui all'articolo 11 della Costituzione, contribuisce alla promozione della pace e della giustizia e mira a promuovere relazioni solidali e paritarie tra i popoli fondate sui principi di interdipendenza e partenariato.

2. La cooperazione allo sviluppo, nel riconoscere la centralità della persona umana, nella sua dimensione individuale e comunitaria, persegue, in conformità coi programmi e con le strategie internazionali definiti dalle Nazioni Unite, dalle altre organizzazioni internazionali e dall'Unione europea, gli obiettivi fondamentali volti a:

a) sradicare la povertà e ridurre le disuguaglianze, migliorare le condizioni di vita delle popolazioni e promuovere uno sviluppo sostenibile;

b) tutelare e affermare i diritti umani, la dignità dell'individuo, l'uguaglianza di genere, le pari opportunità e i principi di democrazia e dello Stato di diritto;

c) prevenire i conflitti, sostenere i processi di pacificazione, di riconciliazione, di stabilizzazione post-conflitto, di consolidamento e rafforzamento delle istituzioni democratiche.

3. L'aiuto umanitario è attuato secondo i principi del diritto internazionale in materia, in particolare quelli di imparzialità, neutralità e non discriminazione, e mira a fornire assistenza, soccorso e protezione alle popolazioni di Paesi in via di sviluppo, vittime di catastrofi.

4. L'Italia promuove l'educazione, la sensibilizzazione e la partecipazione di tutti i cittadini alla solidarietà internazionale, alla cooperazione internazionale e allo sviluppo sostenibile”.³³

La risposta concreta all'emergenza sanitaria si traduce anche nella risposta alle richieste di aiuto che quotidianamente arrivano al centro di accoglienza.

³³ Art.1 Legge 11 agosto 2014, n. 125 'Disciplina generale sulla cooperazione internazionale per lo sviluppo'.

Le domande di accoglienza arrivano attraverso diversi canali che possono essere o privati o istituzionali; nel primo caso la famiglia o un mediatore, qualora sia presente (spesso sono i preti delle comunità del paese d'origine), si rivolge direttamente all'associazione chiamando, inviando una mail o comunicando attraverso i social network; nel secondo caso invece vi è il passaggio attraverso le ambasciate, le agenzie internazionali, le organizzazioni di carattere umanitario o sanitario, le NGO e i missionari o volontari all'estero.

In alcuni casi sono gli ospedali che invece chiedono alle strutture convenzionate se vi è la disponibilità per ospitare un piccolo paziente che loro hanno la possibilità di curare.

Nel momento in cui arriva una richiesta di aiuto, la valutazione è quasi sempre di carattere sanitario e, in caso positivo, vengono richiesti i documenti sanitari e la cartella medica del bambino/a e viene inoltre richiesto un documento che attesta la non curabilità del minore nel paese di provenienza. Una volta in possesso dei dati, questi vengono inviati agli ospedali di riferimento (nella città di Roma), per avere una valutazione medica relativamente alle possibilità di cura del bambino e del preventivo delle spese di cui il "CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM" assicura la totale copertura finanziaria (espressa nella lettera di garanzia che sarà poi utile per fare il visto di entrata per cure mediche).

Non appena uno degli ospedali accetta la presa in carico sanitaria del minore, l'Associazione inizia a muoversi per poter attivare il visto sanitario per l'ingresso in Italia e per organizzare il viaggio, comprare i biglietti aerei e coordinarsi con l'ospedale di riferimento. Documenti fondamentali in questa fase sono: il visto e il *fit to fly*, documento che attesta la possibilità di affrontare il volo senza particolari necessità; per quattro stati (Srilanka, India, Bangladesh e Messico) vi è un ulteriore passaggio attraverso il Ministero della Salute per cui è necessario un documento medico redatto dall'ospedale che si prenderà cura del minore.

Non ci sono dei tempi prestabiliti, nell'assolvimento di queste pratiche burocratiche, purtroppo però, come accennato precedentemente, nell'ultimo anno e mezzo, a causa del Coronavirus, le tempistiche di tutti questi procedimenti si sono allungate in quanto la richiesta per i documenti e la compilazione dei vari moduli necessita ora di più tempo.

Nonostante i molti sforzi di dare un'opportunità a tutti i bambini, di essere curati nel miglior modo possibile, talvolta le richieste di aiuto non possono essere accolte in tempo utile per l'intervento a causa di:

- eccessiva gravità della situazione che viene presentata
- tempi troppo lunghi della burocrazia.

La permanenza in struttura non ha tempistiche prefissate e per il periodo in cui il minore necessita di cure ospedaliere, l'Associazione KIM si fa carico di tutte le spese e le necessità a cui il nucleo familiare può andare incontro.

Vi è inoltre la possibilità, per i piccoli ospiti, di ritornare al "CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM", qualora vi sia la necessità di fare ulteriori controlli o sottoporsi ad altre operazioni a distanza di tempo.

Sempre nell'ambito della cooperazione internazionale va sottolineato un caso in cui l'Associazione KIM si è mobilitata per la stipulazione di accordi con istituzioni governative dello stato della Costa d'Avorio, impegnandosi a dare un sostegno alle strutture sanitarie locali e puntando alla formazione medica con possibilità di studio in Italia.

2.3 L'ospedale 'Bambino Gesù' di Roma

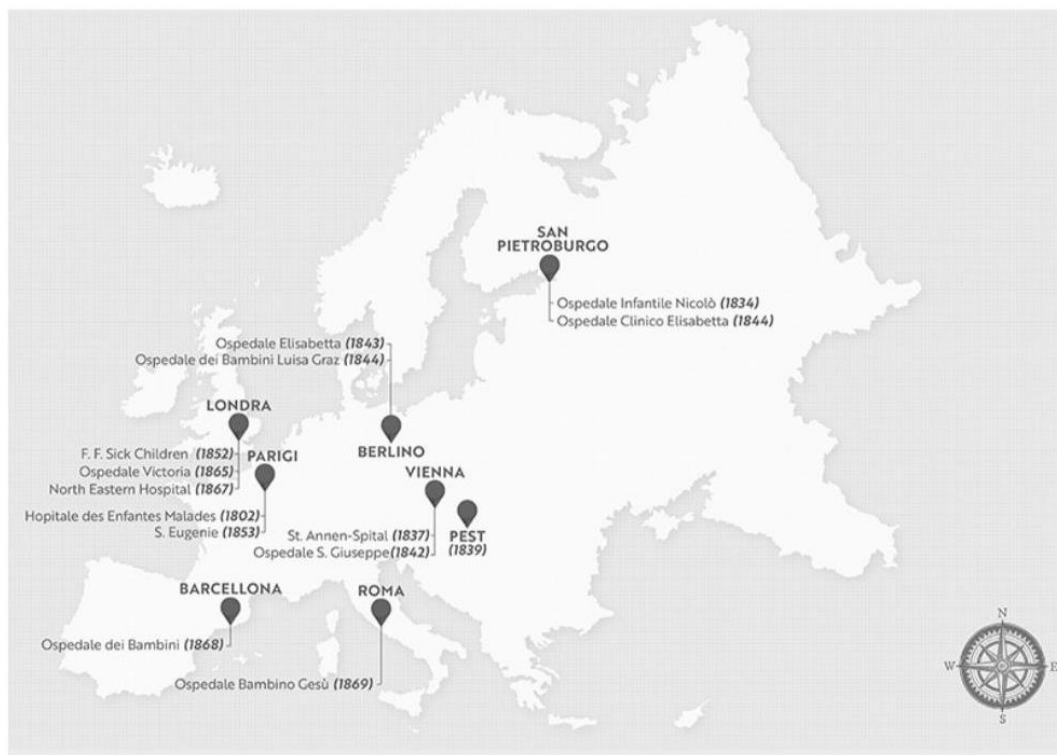
Una tra le sinergie più importanti dell'Associazione KIM è quella con l'ospedale pediatrico "Bambino Gesù", un'eccellenza della medicina italiana e di ricerca pediatrica europea.

Cenni storici

L'ospedale pediatrico viene fondato nel 1869 dalla Duchessa Arabella Salviati, che ricevette dai suoi figli (in accordo con il loro padre e marito della Duchessa), come regalo di compleanno una somma di denaro destinata proprio alla creazione di questo luogo di cura; ella stessa aveva espresso questo desiderio in seguito ad una visita ad un ospedale di Roma e avendo constatato che non vi era nessun reparto a servizio dei più piccini.

Il “Bambino Gesù” diviene quindi il primo ospedale italiano dedicato esclusivamente alla cura dei piccoli pazienti, mentre nel resto d’Europa già tra la fine del ‘700 e inizio ‘800 vi erano stati progressi in tal senso.

Nei grafici ³⁴ ³⁵ verranno riportata la distribuzione e la nascita dei principali ospedali pediatrici europei ed italiani.



³⁴ “I primi ospedali pediatrici in Europa” L’ospedale dei bambini, Andrea Casavecchia, Rizzoli Libri 2020

³⁵ “L’infografica è una rielaborazione della tabella proposta da Giovanni Battista Allaria, La pediatria in Italia, Stampa medica italiana, Milano 1937”, L’ospedale dei bambini, Andrea Casavecchia, Rizzoli Libri 2020



La nascita degli ospedali pediatrici segnò anche l’inizio di un nuovo modo di curare i bambini, essi infatti acquisiscono nuovo valore e nuova dignità; inoltre, a seguito dell’iniziativa dell’Ospedale della capitale, negli anni successivi, l’Italia si dotò di altri luoghi ad esso ispirati.

“Fu quindi tra bollettini militari, che riportavano i tentativi respinti delle incursioni garibaldine per fomentare la popolazione alla rivolta, e appuntamenti celebrativi che coinvolgevano i fedeli e gli ecclesiastici della città e che accoglievano le delegazioni diplomatiche provenienti da tutto il mondo per onorare il Santo Padre che iniziò la storia del Bambino Gesù”.³⁶

Ci troviamo di fronte, con questa vicenda, agli inizi di quello che, negli anni successivi diventerà il ‘welfare state’ che conosciamo oggi, vi è infatti la prima risposta dello stato ai bisogni della popolazione; pur non avendo un vero e proprio coordinamento e una gestione delle risorse eguale in tutto lo stato, vi è invece l’integrazione tra i soggetti pubblici e quelli privati, tra ordini religiosi, volontari e professionisti.

Internazionalizzazione

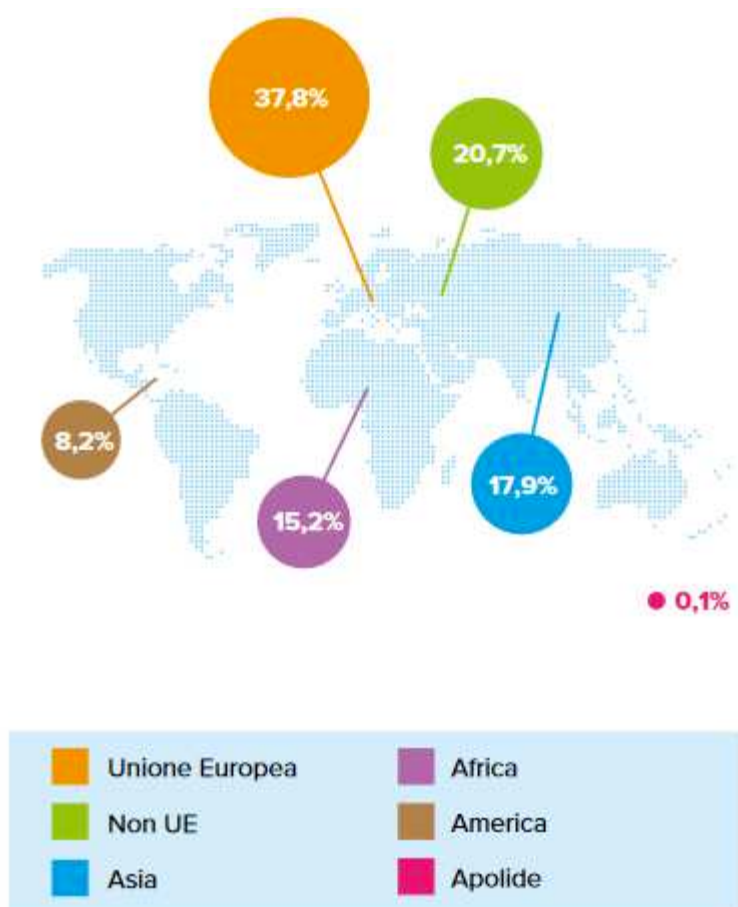
Verso la fine del ‘900 si iniziano ad avere i primi scambi internazionali, contribuendo a quella che diventerà l’universalità dell’ospedale pediatrico della capitale;

³⁶ L’ospedale dei bambini, Andrea Casavecchia, Rizzoli Libri 2020

internazionalizzazione che acquista visibilità anche grazie alla visita di Lady Diana. Colei che invece darà la spinta all'accoglienza dei casi umanitari sarà Madre Teresa di Calcutta, presentandosi in ospedale con quattro bambini che necessitavano di cure urgenti; ospitalità che ancora oggi permette la cura di moltissimi bambini da tutto il mondo.

Nell'anno 2020 i pazienti non italiani hanno rappresentato il 15% dei casi di ricovero, inoltre, la complessità degli stranieri non residenti in Italia è stata del 35% maggiore rispetto alla media dei pazienti della regione.

Nel grafico sottostante, si può vedere la distribuzione dei pazienti stranieri, dell'anno 2020, per macroaree geografiche.



(Si veda la nota ³⁷ per il riferimento sitografico)

Parlando di accoglienza va sottolineata la rete di ospitalità su cui l'ospedale pediatrico può contare e che ogni anno consente ai piccoli pazienti stranieri (che costituiscono il 70% degli ospiti nelle strutture convenzionate) di avere accesso alle cure.

³⁷ www.ospedalebambinogesu.it/attivita-sanitaria-e-scientifica

Dal grafico che riporterò in seguito emerge il considerevole numero di famiglie che, proprio per la disponibilità gratuita di questi enti, nel 2020 ha avuto la possibilità di essere accolto.

Un'accoglienza che non ha a che fare solo con le cure fisiche, ma che prende in considerazione tutta la vita dell'ospite e della sua famiglia per tutto il tempo che starà in Italia. Tra queste, con 46 famiglie accolte e 1296 presenze in ospedale, trova spazio anche la realtà dell'Associazione KIM, il cui supporto durante le degenze ospedaliere risulta essere uno degli aspetti su cui punta il grande lavoro educativo che viene svolto e di cui si parlerà nel prossimo paragrafo.

ALLOGGI GRATUITI ESTERNI	FAMIGLIE	PRESENZE
ALI DI SCORTA	41	2.817
AMACA	48	2.698
ARCOIRIS	4	476
CASA RONALD BELLOSQUARDO	186	5.155
CASA DEL SUPER EROE	29	2.642
CASA DEL PAPA'	106	1.240
CASA DI EDO	36	3.198
CASA DI FLAVIO 1	31	2.622
CASA DI FLAVIO 2	24	2.316
CASA DI MANU (PALIDORO)	9	189
CASA RONALD (PALIDORO)	1.048	10.053
CHICCO DI SENAPE	23	1.697
CIAVATTINI	191	12.538
CUORE DI MAMMA	24	1.448
GELSOMINO	46	3.407
KIM	46	1.296
LA CASETTA	31	2.829
PETER PAN	358	15.218
SOGGIORNO SERENO	506	5.383
SUORE LIBANESE	212	9.273
TARTARUGA OHANA	19	1.414
CASA ANDREA TUDISCO	130	7.344
UNITALSI	37	2.605
TOTALE	3.185	97.858

(Si veda la nota ³⁸ per il riferimento sitografico)

³⁸ www.ospedalebambinogesu.it/attivita-sanitaria-e-scientifica

2.4 La figura dell'educatore, il suo ruolo e l'équipe educativa

L'educatore vede riconosciuto il suo ruolo professionale con il DM dell'8 ottobre 1998 e da allora, ha acquisito, col tempo, un codice deontologico ed un albo, inoltre le occasioni di crescita, gli ambiti di specializzazione e la formazione aumentano di anno in anno, dando completezza e opportunità a questa figura professionale.

Le qualità innate e l'esperienza pratica e teorica acquisita durante il percorso formativo risultano fondamentali per l'assimilazione di competenze, abilità e metodi di pensiero che saranno indispensabili per l'esercizio della professione.

È utile delineare il profilo di questa figura professionale, ponendo l'accento sulle competenze che necessita, per poter comprendere come riesca ad operare al meglio in questo tipo di realtà.

Il fine primo del "CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM" è di accogliere il nucleo mamma-bambino a 360 gradi e l'educatore è colui che rende effettiva questa accoglienza attraverso lo svolgimento di tutte le mansioni che l'Associazione necessita.

Ospitando persone da tutto il mondo, che arrivano in Italia portando già delle fragilità cui vanno ad aggiungersi anche lo sradicamento dal proprio paese, dalla propria cultura e l'allontanamento dalla famiglia, vi dev'essere un'attenzione particolare, da parte del personale educativo, affinché la mamma e il bambino siano tutelati a tutto tondo e perché sia loro permesso di vivere questa parentesi (più o meno lunga) il più serenamente possibile.

Importante è la capacità di "utilizzare" il c.d. "decentramento interculturale", cioè l'abilità del singolo di mettere da parte il proprio punto di vista ed accogliere anche altri modi di pensare, vivere..., metodo che gli consente di abbattere i pregiudizi e gli stereotipi e di relazionarsi con culture, etnie e persone diverse ponendosi in una posizione di ascolto e accoglienza totale dell'altro, senza essere giudicante.

Per poter fare questo sono fondamentali la sospensione del giudizio, l'ascolto e la comunicazione, in favore di una relazione e un 'fare comunità' che davvero non conosce barriere e confini; quella comunità che può diventare ella stessa 'educante', con il sostegno dell'educatore, in un clima di solidarietà, condivisione e sostegno reciproco.

L'educatore ha il difficile compito, in questa realtà multiculturale, di promuovere l'identificazione "della comune umanità, e nello stesso tempo devono riconoscere la loro diversità, individuale e culturale"³⁹.

Riuscire a creare coesione e operare allo scopo di mettere in luce i sentimenti e le esperienze comuni tra persone molto diverse tra loro, favorisce un clima disteso, cooperante, solidale, in cui prevale il dialogo e nel quale ognuno si sente ascoltato e preso in considerazione come persona.

"Il dialogo interculturale è dunque importante per gestire la pluri-appartenenza culturale in un contesto multiculturale. È uno strumento che permette di trovare sempre un nuovo equilibrio identitario, rispondendo alle nuove aperture o esperienze e aggiungendo all'identità nuove dimensioni, senza per questo allontanarsi dalle proprie radici."⁴⁰

Possiamo quindi affermare che l'educatore si assume anche il ruolo di mediatore e di facilitatore, aspetto che deve divenire strategia educativa per una gestione positiva dei rapporti e delle relazioni interetniche.

Fondamentale all'assunzione di questo ruolo è una formazione mirata che sostenga questa figura professionale consentendogli di allenare la capacità di distaccarsi dal proprio pensiero e dal proprio punto di vista per poter dare una risposta più coerente e precisa ai bisogni che vengono espressi dall'utenza.

Uno dei sistemi consigliati per esercitare il pensiero operativo è il metodo dei "sei cappelli per pensare", coniato da Edward De Bono per dirigere il proprio pensiero e dargli intenzionalità, creando così una mappa mentale e scegliendo consapevolmente la "direzione" da seguire.

"Per indicare questo "pensiero operativo" ho coniato il termine *operacy*: la capacità di operare- e di svolgere il pensiero che vi è connesso. *Operacy* suona come *literacy* o *numeracy*, i termini inglesi che indicano la capacità di leggere e scrivere e quella di fare da conto. L'ho scelta perché credo fermamente che la capacità di operare dovrebbe affiancarsi alle altre due come ingrediente fondamentale dell'educazione."⁴¹

Questa metodologia prevede sei tipi diversi di orientamento del pensiero, contraddistinti dai sei cappelli ognuno con un colore diverso: bianco, rosso, nero, giallo, verde e blu.

Quando si indossa il primo si diventa oggettivi, si fa riferimento a cifre, fatti e informazioni certe; mettendo il secondo, invece, ci si affida all'intuito, all'istinto e

³⁹ 'I sette saperi necessari all'educazione del futuro' di Edgar Morin

⁴⁰ Libro bianco sul dialogo interculturale «Vivere insieme in pari dignità», Consiglio d'Europa 2008

⁴¹ 'Sei cappelli per pensare' di Edward De Bono, Rizzoli editore

vengono prese in considerazione anche le emozioni; coprendosi la testa con il terzo si lascia spazio alla negatività e si sottolineano le falle e i punti deboli del pensiero; con il quarto a tenere lontani i raggi UV invece, in opposizione al precedente, vengono messi in luce tutti gli aspetti positivi, le opportunità, con atteggiamento ottimista; ponendo il quinto sul capo la creatività sarà il punto chiave, facendo provocazioni, diventando fantasiosi e soprattutto cercando idee nuove ed originali; il sesto e ultimo cappello è quello che tira le fila dei pensieri, che, con controllo ed un certo distacco permette di avere una visione d'insieme e organizzata.

Sono proprio l'organizzazione, la praticità e la flessibilità a definire i diversi compiti che l'educatore può svolgere nell'Associazione KIM, inoltre è colui che riesce, a seconda delle situazioni e delle persone, a modularsi e a modulare comportamenti ed intenti risultando professionale, comprensivo, accogliente, pacato e, nel complesso, in grado di dare e ispirare fiducia.

Questa figura professionale collabora a stretto contatto con l'Équipe, fondamentale per definire un *indirizzo educativo*, e con i volontari, anch'essi impegnati nella realizzazione dell'intervento di cura.

La scelta dell'Associazione di dotarsi di un team di professionisti, impegnati nel continuo aggiornamento e nella formazione specifica, permette di eseguire un lavoro di costanza, qualità, competenza e responsabilità, tenendo conto di tutte le complessità e le delicate aree di intervento di cui il "CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM" si fa carico.

L'équipe opera secondo *intenzionalità educative* condivise da tutti, requisito essenziale per far sì che l'associazione continui ad essere un punto di accoglienza; a tale proposito viene quindi seguito un *progetto educativo di struttura*, che delinea e regola i comportamenti, le azioni ed intenzioni di tutti gli operatori; non solo, per poter rispondere al meglio alle esigenze del nucleo familiare, all'arrivo degli ospiti, inizia l'osservazione, della durata di circa un mese, al fine di redigere un *progetto di sostegno* che, attraverso un *programma di accompagnamento*, sosterrà la mamma e il bambino durante la permanenza a Roma.

Cura dell'équipe è riuscire a creare un senso di comunità attraverso momenti di socializzazione, sostegno al nucleo familiare e percorsi educativi volti all'apprendimento, dove necessario, della vita comunitaria, facendo attenzione all'igiene, all'alimentazione e alla relazione.

Vengono garantite, tra le tante cose, l'insegnamento della lingua italiana, sia per i bambini che per le madri; gli accompagnamenti in ospedale, il sostegno e la compagnia alle madri durante il ricovero ospedaliero; le attività per adulti, quali per esempio il cucito e la modellazione della ceramica; l'animazione per i bambini e l'inserimento scolastico ove possibile; la mediazione culturale e il sostegno psicologico, quest'ultimo molto importante, soprattutto durante l'emergenza del Coronavirus.

Nel 2008 nasce il gruppo "Mirsevjen", come supporto alle donne durante il soggiorno in Italia: nella costruzione di relazioni e nella vicinanza ai figli durante la malattia. Gli incontri sono a cadenza settimanale e, attraverso strumenti d'espressione universale quali ad esempio la danza, l'arte, la musica, lo sport, mirano a:

- rafforzare l'identità personale, ricercando potenzialità e risorse;
- socializzare, per combattere la solitudine;
- creare o facilitare l'autonomia e il senso di responsabilità;
- aiutare a vivere con meno tensioni la propria condizione di genitore;
- risolvere i problemi di convivenza in casa e smorzare il clima di tensione;
- dare e restituire fiducia.⁴²

Rilevante è stata la capacità degli educatori di mantenere i contatti con le mamme presenti in struttura durante il lockdown, momento molto complicata per gli ospiti della casa, la cui preoccupazione per ciò che stava succedendo nei paesi di provenienza andava ad aggiungersi a quella per i bambini e alle difficoltà dovute alla chiusura forzata e alla convivenza obbligata.

Uno dei metodi utilizzati a servizio dell'azione educativa è 'operare attraverso il sorriso', nella consapevolezza che un clima sereno trasmette serenità, favorisce la comunicazione, predispone gli animi all'apertura verso l'altro e, soprattutto, concorre al mantenimento di un tono dell'umore spensierato e positivo, al di là delle difficoltà che la malattia può comportare.

"Non sapremo mai quanto bene può fare un semplice sorriso"

Madre Teresa di Calcutta

⁴² Bilancio di missione, Associazione KIM, 2020

2.5 Il ruolo dei volontari nel progetto di accoglienza

L'Associazione KIM è una onlus basata sul volontariato, riconoscendolo come grande ricchezza, incoraggiandolo in ogni sua forma e sensibilizzando l'opinione pubblica e la società all'aiuto e al sostegno verso le persone più fragili.

La presenza del volontariato nasce in concomitanza con la nascita della struttura e da allora è andata crescendo e arricchendo sempre di più questa realtà che, prima dell'emergenza Coronavirus, vedeva la presenza operativa di circa 70 volontari e accoglieva ogni estate diversi gruppi scout per i loro campi estivi; importante è anche il ruolo del Servizio Civile Universale, le cui quattro persone selezionate di anno in anno, portano un grandissimo contributo al "CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM".

“Per KIM il volontario è:

- una persona che offre il proprio tempo e le proprie capacità per contribuire a migliorare le condizioni di vita dei bimbi malati e dei loro genitori, operando in modo libero e gratuito e testimoniando concretamente spirito di collaborazione e accoglienza;
- una persona che sappia riconoscere, rispettare, difendere e mettere al centro del proprio agire “l'individuo” considerato nella sua dignità umana, nella sua intrinseca ricchezza personale e culturale;
- un cittadino attivo che con il proprio ruolo originale concorre alla “rimozione delle cause” di ogni forma di violazione dei diritti umani”.⁴³

I volontari e i gruppi scout, in misura diversa e secondo le esigenze, vengono preparati e sostenuti attraverso momenti di formazione generale e specifica (a cura di un educatore), che si compone di più step e che mira a fornire tutti gli strumenti per poter erogare un servizio completo, attento ed adeguato, rispondendo coerentemente alle richieste dell'utenza, senza dimenticare l'intento educativo globale e la grande attenzione al singolo.

Le aree di intervento dei volontari, prima dei cambiamenti dovuti al Covid-19, erano sei, scelte secondo le inclinazioni personali e il tempo a disposizione e si dividevano in:

- *Scaccia pensieri*, persone a sostegno a mamma e bambino durante il periodo dei ricoveri ospedalieri;

⁴³ Bilancio di missione, Associazione KIM, 2020

- *Arkimede*, volontari impegnati nell'insegnamento della lingua italiana alle mamme e nel sostegno all'inserimento scolastico e prescolare dei bambini, ove necessario;
- *Arcobaleno*, coloro che si occupano di organizzare attività culturali e ricreative per il nucleo familiare;
- *Acchiappafantasmi*, volontari impegnati nel presidio notturno;
- *La bottega di Kim*, che si propone come momento di socialità e nel contempo realizza, attraverso attività di cucito e della ceramica, regali e bomboniere solidali il cui ricavato viene utilizzato a sostegno dell'associazione;
- *Kimaccompagna*, coloro che sono responsabili di tutti gli spostamenti necessari (stazioni, ospedali, aeroporti...); a questi si aggiungono i volontari che collaborano alla raccolta fondi attraverso l'organizzazione di eventi, le persone impegnate nella comunicazione e nella manutenzione degli spazi.

Ogni gruppo di volontari viene coordinato o dall'équipe del centro di accoglienza o da una persona specifica, scelta in accordo tra tutti gli operatori dell'associazione.

Il Servizio Civile Universale e il servizio dei gruppi scout durante il periodo estivo hanno avuto modo di continuare anche in quest'anno di pandemia, a differenza di altri ambiti di intervento dei volontari che sono stati sospesi o ridotti drasticamente.

Testimonianza dalle ragazze del SCU presenti quest'anno in struttura

“È impossibile raccontare in poche righe cosa significa fare il Servizio Civile all'Associazione KIM; mi ha colpito da subito l'atmosfera allegra e gioiosa che si respira, nonostante le difficoltà e la malattia, ogni giorno è caratterizzato da sorrisi, calore e amore.

Ho scelto di fare quest'anno di volontariato per mettermi in gioco, apprendere nuove competenze e, soprattutto, essere di supporto a chi ne ha bisogno.” -J

“Il servizio civile ti permette di essere utile, darti da fare e fare la tua parte per la collettività; facendo questo scopri mondi che erano lì a due passi da te, ma che non hai mai realmente conosciuto, un po' per timidezza, un po' per impegni e scelte di vita. Il servizio civile è una via privilegiata che i giovani hanno per accedere a questi mondi, per conoscerli ed entrare a farne parte. È un impegno che si prende con sé stessi e con il proprio territorio e, se ci si mette il cuore fino in fondo, diventa una delle esperienze più sorprendenti della vita adulta, da cittadino veramente consapevole.

È un'occasione preziosa e, se sei fortunato/a come lo siamo state noi con la Kim, anche rara.” -L

“Una delle grandi opportunità che ci sta dando il Servizio Civile in KIM è quella di uscire dai nostri schemi mentali e dal nostro mondo, ridimensionando e relativizzando i nostri problemi. Questa realtà, che dovrebbe parlare di sofferenza, racconta soltanto di vita e questo è, forse, uno degli aspetti più belli di KIM: i bambini hanno una forza di vivere contagiosa e le madri accudiscono con talmente tanto amore e gioia i loro figli che diventano un po' mamme di tutti alla fine, anche nostre.

Un'altra grande possibilità che questa esperienza mi sta dando è la capacità di imparare a lavorare insieme, ascoltare l'altro e crescere tanto.” -M. C.

Capitolo 3

La relazione educativa e di cura e la loro applicazione nell'esperienza di tirocinio

3.1 La relazione educativa

“Il grande dono di noi esseri umani è che abbiamo il potere dell’empatia, tutti noi possiamo percepire un misterioso legame che ci unisce”

Meryl Streep

Per definire la *relazione educativa*, dobbiamo prima prendere in esame il concetto di *persona*, che, secondo Protagora ⁴⁴ è *misura di tutte le cose*, quindi portatrice di valori atemporali (libertà, parola, giustizia, cura) che non solo vanno presi in considerazione, ma anzi, che sono imprescindibili nella vita di ogni persona.

La relazione educativa si pone come parte fondamentale dell'intervento educativo, capace di sostenere l'altro, incoraggiarlo nella propria unicità e nelle proprie aspirazioni, senza però che venga meno la 'comune umanità'.

Quello a cui tende questa relazione è espresso nella globalità dell'agire (visione olistica della persona), nell'operatività presente che però prende in considerazione anche la dimensione futura e nell'integrazione del soggetto nella società (acquisizione di consapevolezza rispetto a sé stessi e gli altri e sé stessi con gli altri).

Carl Rogers⁴⁵ sosteneva che la relazione educativa trova il massimo compimento come relazione di aiuto, quindi un rapporto in cui una delle due persone si opera perché l'altra possa raggiungere la più elevata crescita e realizzazione, riconoscendola capace di compiere scelte e non in ottica di influenza delle stesse.

⁴⁴ Filosofo greco, padre della sofistica (486 – 411 a.C.)

⁴⁵ Psicologo statunitense, fondatore della terapia non direttiva e noto per i suoi studi sul counseling e la psicoterapia all'interno della corrente umanistica della psicologia, di cui si configura come uno dei massimi esponenti del '900

Ingredienti importanti nella creazione di questo legame sono: fiducia, empatia, ascolto, autenticità, accettazione dell'altro, reciprocità, intenzionalità, abilità di problem solving, capacità di mantenere una giusta distanza.

Affidarsi all'educatore, permette al destinatario dell'intervento di venire accolto, preso in considerazione e sentirsi il destinatario di questa fiducia, sperimentando la responsabilità che questa comporta, ma anche la soddisfazione della sua conquista.

Empatia come elemento indispensabile nel rapporto di vita e terapeutico in quanto consente di cogliere le emozioni e lo 'stare' dell'altro, comprenderle e così facendo creare una connessione intima e profonda che si ponga come base del successivo intervento.

Ascolto attivo dell'altro, dei suoi bisogni, del suo umore, attribuisce valore e dignità all'altra persona. La disposizione a questa apertura fa sì che il soggetto a cui l'educatore si rivolge, sperimenti anche l'ascolto di sé stesso e una maggior chiarezza dei propri vissuti.

Autenticità intesa come riportare all'altro i propri pensieri e le proprie emozioni come sono ed esserne coerenti nelle azioni.

Accettazione dell'altro, sospensione del giudizio, atteggiamento non influenzato da preconcetti e stereotipi, creazione di un clima sereno che fa sentire l'interlocutore a suo agio e accolto.

Reciprocità come arricchimento reciproco delle parti, come relazione esistente perché le persone coinvolte riconoscono nelle altre la comune umanità; l'educatore inoltre non può operare se l'educando non accetta lo scambio.

Intenzionalità, elemento imprescindibile della relazione e dell'intervento educativo che non possono essere mai lasciati al caso o all'improvvisazione, ma che divengono parte di un progetto. Questa modalità progettuale prevede un'attenta analisi dei bisogni e del contesto e la strutturazione di attività ed interventi mirati e verificabili il cui scopo è il benessere globale della persona, raggiungibile solo se questa accetta di mettersi in discussione e di operare un cambiamento.

Intenzionalità condivisa con l'équipe con cui si trova ad operare in un clima di condivisione, consapevole che ogni realtà ha delle complessità e degli imprevisti che vanno accolti e presi in considerazione nella stesura dei progetti.

Abilità di problem solving per rispondere in modo professionale agli intoppi e ai cambiamenti che possono avvenire durante l'attuazione del progetto; cruciale

importanza rivestono la flessibilità, la prontezza e una corretta valutazione della situazione.

Giusta distanza, non sempre facile da aggiustare ma indispensabile per evitare di essere sopraffatti dalle situazioni e dalle emozioni che si presentano durante il lavoro dell'operatore; è necessaria per poter osservare i dettagli senza però perdersi il quadro complessivo che viene mostrato.

Altra componente fondamentale della relazione educativa è la dimensione della cura.

3.2 Dimensione della cura

*“Tutti hanno necessità vitale di ricevere cura e di aver cura, perché l'esistenza nella sua essenza è cura di esistere”.*⁴⁶

Va sottolineato che la cura è parte fondante dell'essere umano già da quando viene al mondo e sarà presente, in varie forme, fino alla fine dei suoi giorni, pensiamo ai bambini, agli anziani, alla persona che, da adulta, si prenderà cura di qualcuno.

“Ha bisogno di essere oggetto di pratiche di cura perché, a partire dalla nascita, il ricevere cure è la condizione necessaria affinché si dischiudano le possibilità dell'essere; e ha bisogno di aver cura di sé, degli altri e del mondo per costruire direzioni di senso nella sua esistenza”.⁴⁷

Il filosofo Martin Heidegger⁴⁸ attribuisce alla cura l'essenza stessa dell'essere, nello spirito, nel corpo e nel tempo, concetto che nel libro di Luigina Mortari⁴⁹ viene espresso con queste parole:

“La cura è, infatti, quel modo d'essere che accompagna senza soluzione di continuità la vicenda temporale dell'essere umano”.⁵⁰

La stessa autrice sostiene che, alla base della società civile vi sia proprio la cura, nella sua accezione più positiva (il termine cura, originario dal latino, ha infatti ha una doppia

⁴⁶ L. Mortari, La pratica dell'aver cura, Mondadori, 2006

⁴⁷ Ivi

⁴⁸ Uno dei filosofi tedeschi di spicco del '900, autore del libro 'Essere e tempo', ad oggi opera riconosciuta come tra le più importanti della filosofia contemporanea

⁴⁹ L. Mortari è una docente di epistemologia e filosofia, ha condotto molte ricerche in merito alla filosofia dell'educazione e della cura.

⁵⁰ Ivi

accezione e nel significato negativo comporta affanno, apprensione), concetto reso esplicito nelle seguenti parole: “Se poi si considera la parola "cultura", si vede come essa derivi da *colere*, che significa coltivare, dimorare, prendersi cura; poiché colere indica «un atteggiamento di cura amorosa» (Arendt, 1999, p. 273), si può affermare che le azioni di cura sono all'origine di una civiltà”.⁵¹

L’aver cura diviene anche pratica educativa nel momento in cui è finalizzata ad accompagnare l’altro nel percorso di acquisizione e creazione di tutti quegli strumenti che gli consentano, cognitivamente ed emotivamente, di vivere dando il giusto valore al tempo e a sé stessi. Quest’ultima cosa si riferisce, non solo, all’autostima e al riconoscimento dei propri successi ma, anche, alla conoscenza di sé stessi, alla capacità di operare e fare scelte consapevoli e soprattutto, all’apprendimento della cura di sé.

Socrate sosteneva che vi fosse una connessione molto stretta tra il principio della cura di sé e ciò che spinge l’essere umano a conoscersi; *educare* assume quindi la connotazione di alimentare, alleviare, curare, dare nutrimento.

“Questo modello di relazione educativa richiede ancora una educazione basata sull’ascolto e il pensiero condiviso, in cui si problematizzino le domande, le necessità, gli interessi, dell’educando, il quale, per questo, si riconosce soggetto attivo dell’intero processo educativo. Oggi la relazione educativa viene anche vista come “cura della persona”. In tale contesto l’educazione richiede sempre amore, bisogna che l’educatore si curi di colui il quale gli viene affidato, si faccia carico dei suoi bisogni, stringa con lui una relazione sollecita e calorosa”.⁵²

Luigi Alici⁵³, nel suo libro “Il fragile e il prezioso, Bioetica in punta di piedi”, rifacendosi a ‘Filosofia della cura’, di L. Mortari, fa riferimento alla ‘cura’, come pratica specifica, volta a soggetti incapaci di rispondere ai propri bisogni in quanto esseri fragili; condizione questa che viene ricondotta all’essenza stessa dell’essere umano.

Secondo L. Alici, la cura diviene paradigma culturale in quanto ‘*Modalità esistenziale*’ e analizza il concetto in relazione al tema della responsabilità, sia intesa come *responsabilità della cura* di cui viene sottolineato il valore sia intimo che pubblico, che

⁵¹ L. Mortari, *La pratica dell’aver cura*, Mondadori, 2006

⁵² *Pedagogy and care of frailties: Educational suggestions and didactic proposals for the prevention of aggressive behavior*, Alessandra Lo Piccolo, Education Sciences & Society

⁵³ L. Alici è un filosofo italiano, è stato un grande studioso delle opere di Sant’Agostino ed ha insegnato filosofia per molti anni presso le Università di Perugia e Macerata

come *cura della responsabilità*, concetto collegato alla dimensione culturale, civile, sociale ed educativa.

Consideriamo l'etimologia della parola *responsabilità*: 'abilità a rispondere'.

Il significato dell'origine del verbo latino risulta essere *rispondere a* qualcosa o in questo caso a qualcuno.

Secondo F. Miano⁵⁴, autore del libro 'Responsabilità', "Vi è un nesso che intercorre tra responsabilità e valore dell'uomo in quanto uomo [...]"⁵⁵, connessione fondamentale, secondo l'autore, per comprendere il futuro dell'uomo e dare un significato al suo agire.

La responsabilità della cura diviene importante "[...] poiché non solo tutti hanno la necessità di essere oggetto di cura, ma anche perché il senso della vita si trova prendendosi cura del proprio spazio vitale, che comprende le relazioni con gli altri e con il mondo, nonché il proprio universo interiore"⁵⁶.

La relazione di cura, al pari della relazione educativa, punta all'unicità del singolo in un'interazione diadica in cui l'educatore pone i bisogni e gli interessi dell'altro al centro dell'atto educativo, allo scopo di 'farlo fiorire' e sostenerlo nella sua auto-realizzazione.

"C'è dunque una cura che *preserva* la vita da quanto la minaccia, quella che la *ripara* quando si creano fessure di sofferenza e quella che la fa *fiorire* offrendo all'altro esperienze in cui poter vivere una pluralità di differenti modi del divenire il proprio essere"⁵⁷.

3.3 La relazione educativa e di cura nell'esperienza di tirocinio residenziale

L'opportunità che ho avuto, di svolgere il mio tirocinio in forma residenziale, mi ha permesso di avere un quadro della situazione globale e di cogliere, nella quotidianità, tutti quegli elementi senza cui la relazione educativa e di cura non esisterebbe.

⁵⁴ F. Miano, professore di filosofia morale presso l'Università Torvergata di Roma

⁵⁵ F. Miano, Responsabilità, Guida, Napoli 2009

⁵⁶ L. Mortari, La pratica dell'aver cura, Mondadori, 2006

⁵⁷ Ivi

Prendendo in considerazione gli elementi citati nel primo paragrafo di questo capitolo e soffermandoci su ciascuno di loro, risulterà chiara, al termine dell'analisi, l'intenzione educativa di questa realtà.

Realtà che probabilmente non esisterebbe se le famiglie non si affidassero agli operatori della struttura sia per le pratiche precedenti all'arrivo, sia nella permanenza in Italia; fiducia che si rafforza ogni giorno di più e che permette agli ospiti di affrontare le giornate serenamente e con la consapevolezza di non essere soli e agli educatori di continuare ad operare credendo nel valore del lavoro che stanno svolgendo.

La comunicazione, fondamentale nel lavoro di questa Associazione, può risultare difficile tenendo presente le eventuali barriere linguistico-culturali, per questo è necessario che gli operatori coinvolti nella quotidianità della struttura, dimostrino buone capacità empatiche e di ascolto.

Riuscire a cogliere gli stati d'animo e le emozioni degli ospiti, nonché i bisogni inespressi, anche nel momento in cui loro non riescono ad esprimerli, permette di stringere una relazione efficace, che va oltre i confini linguistici e che risponde alle necessità presenti.

L'ascolto è fondamentale, inoltre, nel rapporto con i bambini, che non sempre sono in grado di dire a parole come stanno, ma che lo fanno capire all'educatore che si ferma ad 'ascoltarli'.

L'autenticità, in questa struttura, viene espressa, in particolare, attraverso la trasparenza con cui vengono gestite tutte le pratiche e i contatti con gli ospedali e al dialogo, diretto e preciso tra gli operatori e gli ospiti. Ho avuto modo di sperimentare come, una dimensione di veridicità nell'essere sé stessi, sia un buon punto di partenza nella creazione di rapporti rispettosi e di confidenza.

Essere in grado di accettare l'altro è fondamentale considerando: il numero di persone che lavorano in questa struttura; il bacino di utenza che risulta essere il mondo intero; le famiglie, che non si conoscono prima del loro arrivo. Inoltre, questo tema coinvolge anche ai rapporti tra gli ospiti, che, come precedentemente descritto, vengono mediati (all'inizio soprattutto) dalla figura accogliente dell'educatore.

Come abbiamo già accennato la reciprocità è un elemento imprescindibile in tutte le relazioni che vengono strette, in questo specifico caso, se non venisse riconosciuta, mancherebbe la grande ricchezza che gli ospiti portano con sé. Nella realtà multiculturale dell'Associazione KIM trovano spazio moltissime storie, aspetti culturali,

musiche, cibi, tradizioni, che permettono di accorciare le distanze e di essere cittadini di un mondo comune.

Ogni attenzione, gesto e attività, che vengono svolti, hanno alla base un'intenzionalità educativa che, come è stato scritto precedentemente, trova le sue radici nel 'progetto educativo di struttura', declinato successivamente sulle famiglie presenti. Anche i progetti in cui sono impegnate, ad esempio, le volontarie del Servizio Civile Universale, sono stati redatti e concordati a priori e vengono sostenuti da occasioni di formazione continua.

La complessità e le mille sfaccettature della struttura lasciano spazio anche a degli imprevisti ed ostacoli (tempistiche più lunghe, problemi di salute), motivo per il quale è importante che coloro che lavorano all'interno dell'Associazione siano sostenuti da competenze personali e acquisite (durante il percorso formativo) che permettano la risoluzione dei problemi che possono presentarsi; anche in questo caso la collaborazione dell'équipe è fondamentale.

Il saper mantenere una 'giusta distanza' è un tema importante per tutti i professionisti che si trovano a lavorare in ambienti a stretto contatto con le persone e in situazione di fragilità. Il "CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM", occupandosi del nucleo familiare mamma-bambino il cui piccolo ospite è gravemente ammalato, è un ambiente in cui, se non si è preparati, ci possono essere dei rischi, da punto di vista emozionale e relazionale.

La creazione di un rapporto troppo stretto con gli ospiti può comportare un carico emotivo importante che non viene circoscritto all'ambito lavorativo e che rischia di diventare motivo di difficoltà nel rapporto con il bambino o la madre o quando questi vengono dimessi.

Mortari, in "La pratica dell'aver cura", suggerisce di "[...] imparare a gestire la propria vulnerabilità per non mettere a rischio la possibilità stessa della cura", attraverso lo sviluppo della competenza emotiva; pratica che permette una conoscenza profonda dei propri vissuti emotivi e di conseguenza una modulazione degli stessi a seconda delle persone con cui si interagisce.

La condivisione delle proprie emozioni nella dimensione di équipe e di supervisione, se possibile, può essere un valido supporto alla corretta assimilazione delle storie e dei vissuti degli ospiti.

La dimensione della cura, di cui si è già precedentemente parlato anche in termini legislativi, si configura come uno degli elementi centrali dell'intervento

dell'Associazione KIM onlus, che si prodiga affinché questa venga tutelata in ogni sua forma:

- Cura del bambino, che vive un momento di fragilità estrema, da parte del personale della struttura, ma soprattutto, delle madri o zie che, in alcuni casi, vivono da ormai anni a Roma, per poter dare un futuro a questi bimbi;
- Cura delle mamme, zie, accompagnatrici, alla cui preoccupazione per il futuro si aggiunge la difficoltà di vivere in una terra lontana dalla loro, di comunicare in una lingua diversa e di non avere la famiglia a sostenerle;
- Cura degli spazi, di cui c'è una pulizia e manutenzione costante, per far sì che questi non diventino ostacolo, ma anzi che contribuiscano al benessere degli ospiti;
- Cura delle attività, che tengano conto delle problematiche dei piccoli ospiti, ma anche delle necessità delle madri, delle loro inclinazioni, garantendo un supporto a 360 gradi del nucleo familiare;
- Cura delle relazioni, tra operatori, con i volontari e con gli ospiti, consapevoli che un clima sereno e positivo concorra al miglioramento e arricchimento della permanenza in Italia;
- Cura per i dettagli: un abbraccio che fa la differenza, il gelato prima di andare a dormire, la preparazione minuziosa dei pasti, l'aggiornamento continuo delle pratiche per il rilascio dei documenti, una canzone per ciascuno, il tempo per interessere relazioni...;
- Cura di ricordare, sempre, che al di là della malattia ci sono dei bambini e che una delle cose più importanti è la creazione di interventi che preservino il loro diritto all'infanzia, all'istruzione, al gioco.

3.4 Attuazione del progetto

Tenendo presente l'intenzionalità educativa, la necessità di un'attenta valutazione del contesto, una programmazione accurata dell'intervento e la dimensione della cura, seguirà la definizione del progetto stilato e realizzato nelle settimane di tirocinio.

Analisi dei bisogni

L'Associazione si avvale di un grande supporto del volontariato sociale, come illustrato nel capitolo precedente, con la presenza del servizio civile, di gruppi scout e anche di volontari che prestano costante aiuto in diverse aree della vita quotidiana (dai trasporti, alla comunicazione, alle attività con i bimbi, insegnamento dell'italiano etc).

Il fine ultimo è sempre garantire la miglior qualità della vita raggiungibile e un livello il più alto possibile di benessere, tenendo conto di tutte le difficoltà e gli ostacoli a cui i nuclei famigliari vanno incontro.

A causa del momento delicato in cui si trovava l'Associazione, per cui i dipendenti, a rotazione, si trovavano in cassa integrazione per alcune settimane, è emersa la necessità di un supervisore della presenza dei gruppi scout che prendono parte, per alcuni giorni, alla vita dell'Associazione.

Nasce da qui l'idea del mio progetto di tirocinio: mi è stato infatti proposto di occuparmi di questo progetto, in parte anche per la conoscenza dello scoutismo, delle sue tecniche, del modo di pensare ed agire che lo contraddistingue.

I miei compiti sono stati il monitoraggio delle attività che gli scout hanno proposto ai bambini, intervenire/dare un supporto in caso di necessità, fare attenzione alle patologie dei piccoli ospiti in relazione a ciò che veniva loro proposto e inoltre ho organizzato le attività di manutenzione e pulizia degli spazi esterni della struttura.

Obiettivi Generali

- Buona riuscita dell'attività di volontariato (utilità, rispetto di tempi e obiettivi)
- Incremento del benessere percepito dagli ospiti
- Miglioramento della qualità della vita anche attraverso la pulizia degli spazi

Obiettivi Specifici

- Gestione del tempo e degli spazi Svolgimento di attività 'su misura' dei bimbi ospitati
- Coinvolgimento e divertimento degli ospiti
- Efficace organizzazione del lavoro
- Pulizia e riassetto della struttura
- Miglioramento del benessere percepito

Strumenti utilizzati

Tutto ciò che è necessario per lo svolgimento delle attività con i bambini (esempio cartoncini, colori, sapone, cannuce...) e per la manutenzione (come scope, palette, sacchi...).

Per quanto riguarda la reperibilità del materiale, vi è stata una collaborazione tra i gruppi scout, che si sono occupati di portare tutto ciò che serviva loro per le attività con i piccoli ospiti, e l'Associazione KIM, che invece ha messo a disposizione i mezzi e le risorse monetarie per acquistare gli strumenti necessari alla manutenzione e alla pulizia.

Fasi del progetto

Il progetto ha trovato attuazione per tutto il tempo in cui i volontari hanno dato la disponibilità, nello specifico l'ultima settimana di luglio e l'ultima di agosto. In ognuna delle due settimane vi è stato un giorno in cui i volontari non sono stati presenti in struttura.

Come prima fase è stata fatto un percorso formativo e di apprendimento precedente l'arrivo in struttura a cui è seguita la descrizione delle attività proposte ai piccoli ospiti, suddivise giornata per giornata (per le attività di manutenzione invece le indicazioni sono state date in loco, giorno per giorno).

Ogni giorno è stato poi effettuato il punto della situazione ed eventualmente si è proceduto alla modifica in itinere dell'idea iniziale.

Svolgimento del progetto

I due gruppi scout con cui ho svolto il progetto, sono stati presenti entrambi per 6 giorni, sia al mattino che al pomeriggio e, tenendo conto delle temperature, della pioggia e degli orari dei piccoli ospiti, le attività sono state distribuite il più equamente possibile nell'arco delle giornate.

Il setting era composto dagli spazi esterni della struttura: in un tavolo di legno riparato dal sole e nel giardino trovano spazio le attività con i bambini, che sono state modellate tenendo conto della problematica e dei rischi connessi alla patologia che hanno. Anche le attività di manutenzione e sistemazione dei giochi, dell'erba e degli altri spazi comuni sono state effettuate all'esterno della struttura.

Il primo gruppo, proveniente da Genova, si è occupato dell'animazione con i bambini (giocando con l'acqua, con i colori, suonando la chitarra, facendo le bolle di sapone, nodi e dando spazio ai piccoli ospiti di fare ciò che a loro era più affine), della pulizia

del viale, del terrazzo e delle scale esterne, della verniciatura dell'altalena e dello scivolo e della rimozione delle erbacce davanti all'ufficio e alle camere esterne.

Il secondo gruppo, proveniente da Capodrise (CE), ha altresì svolto le attività di animazione con i bimbi (utilizzando i colori, la pasta di sale, la musica, le perline, la pasta...) e inoltre ha ridipinto le grate della Baita Arcobaleno, pulito le grondaie sia degli uffici esterni che quella d'entrata alla Casa, dato una sistemata all'interno della Baita del silenzio e alla serratura e contribuito a rimuovere gli aghi di pino dal viale e dal terrazzo.

Indicatori di risultato

Indicatori d'esito rispetto agli obiettivi:

- Miglioramento dell'umore dei piccoli ospiti
- Entusiasmo dei bambini all'arrivo
- Pulizia degli spazi
- Più agilità nelle attività quotidiane e nello spostamento all'interno della struttura
- Utilizzo degli ambienti e degli oggetti sistemati

Indicatori di appropriatezza rispetto all'attività:

- Corretta gestione dei bambini e delle attività
- Considerazione della patologia del bimbo nel gioco
- Suddivisione dei compiti in relazione alle capacità di ognuno

Indicatori di efficacia rispetto all'intervento:

- Miglior risultato nel tempo possibile
- Efficace suddivisione dei compiti e delle attività nelle giornate
- Flessibilità relativamente ai piccoli ospiti presenti
- Evitamento degli sprechi del materiale

Valutazione esiti

Nel complesso darei una valutazione positiva agli esiti del progetto, consapevole che con il tempo e la pratica possono migliorare, ma soddisfatta dei risultati ottenuti, sia sul piano socio-relazionale che conoscitivo- nozionistico.

Dal punto di vista relazionale è stata una scoperta, di me stessa, degli ospiti, degli scout, degli operatori e ognuna di queste cose ha contribuito a darmi un'idea di cosa significhi,

veramente, essere educatrice in una realtà fragile, multiculturale e aperta al prossimo, come lo è il “CENTRO BELLINCAMPI – CASA DI KIM”.

La riuscita positiva di questo progetto non ha riguardato solo il soddisfacimento degli indicatori di risultato, in particolare il benessere e l’attenzione ai bambini e la pulizia degli spazi, ma anche la possibilità che ho avuto di acquisire un metodo e un’organizzazione specifica finalizzata al coordinamento.

Per quanto riguarda le nozioni pratiche, il dare informazioni, reperire materiale e muovermi nella struttura, le mie indicazioni sono state più precise ed efficaci con il gruppo presente nell’ultima settimana di agosto, avendo conosciuto, nelle settimane precedenti, l’Associazione, i suoi ospiti, i suoi spazi.

Conclusioni

L'elaborato si prefiggeva di illustrare gli elementi principali del lavoro dell'Associazione KIM onlus, con un particolare riferimento alle dimensioni educativa e di cura attorno a cui vengono costruiti i vari interventi.

Dall'analisi effettuata sono emerse:

- l'importanza della legislazione, che si configura come requisito fondamentale alla base di ogni azione;
- la situazione attuale, gli sforzi che sono stati fatti fino ad ora e quanto ancora c'è da fare per l'attuazione del diritto alla cura dei bambini malati e non;
- le speranze che ci sono verso il futuro e le generazioni future, che detengono il potere di cambiare le cose;
- la necessità di un'organizzazione solida e di valori autentici per continuare un progetto come l'Associazione KIM;
- la ricchezza di una rete ampia e di rapporti nazionali e internazionali;
- il ruolo centrale che viene svolto dall'ambito educativo e quanto sia importante creare relazioni.

Le dimensioni educativa e di cura sono mutevoli, adattabili ai diversi contesti e in continua evoluzione, risulta inoltre chiaro come, il loro corretto impiego permetta la presa in carico globale della persona che si fida e affida all'educatore, nonostante le sue fragilità.

Cercando di dare una definizione all'essenza di questa relazione, mi sono imbattuta in un breve scritto e ho deciso di riportarlo, in quanto, a mio parere, è in grado di spiegare bene cosa significhi prendersi cura di un'altra persona.

Con queste prossime parole concludo questa tesi e questo viaggio, che mi hanno portato a scoprire e riscoprire la professione dell'educatore e alcune delle mille sfaccettature che ancora non avevo avuto modo di vedere.

“[...] Senti, ma tu mi vuoi imbrogliare? – No, io no. E tu?”

Il dialogo, apparentemente banale, mi ha fatto venire in mente due pianeti che hanno voglia di girare attorno a un unico centro, ma con la paura di scontrarsi. Perché ci sono storie all'interno di quei pianeti, ci sono vite, tempi.

Ho trovato che il dirsi *io non ti voglio imbrogliare* fosse appunto un *prendersi cura* dell'altro. E allora mi sono chiesto cosa volesse dire questo *prendersi cura*, a prescindere dal caso da cui ero partito.

Credo significhi perdere un po' di se stessi, delle proprie convinzioni, certezze, orgogli, per considerare l'altro, lo spazio e il tempo dell'altro. L'identità dell'altro. Assumendone in qualche modo piccoli pezzi, piccole storie.

E questo inevitabilmente va a intrecciarsi con l'altro significato di *cura*, quello più prettamente fisico e/o legato a una situazione anomala, malata. Prendersi cura delle altre persone, non specificatamente di una sola persona ma degli *altri*, significa un po' porsi come eventuale lenimento, medicina, per la vita altrui.

Perché da qualunque punto la vogliamo prendere la questione è sempre una: quei due pianeti che girano attorno allo stesso centro possono anche essere malati al loro interno, possono ricevere farmaci o quant'altro, ma la vera *cura* resta e resterà sempre il girare assieme attorno al medesimo centro. La compresenza dell'altro.”⁵⁸

⁵⁸ Alessandro Canzian, wordpress 2018

Bibliografia

- ALFANI L., *Il diritto alla salute degli stranieri: un difficile equilibrio tra diritto alla cura, principio di non discriminazione ed esigenze di sicurezza*, Roma Tre-Press, 2019
- ALICI L., *Il fragile e il prezioso, Bioetica in punta di piedi*, Morcelliana, Brescia, 2016
- AMNESTY INTERNATIONAL, *Tutti i bambini del mondo, Liberi ed eguali in dignità e diritti*, Cultura della pace, 1998
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDUCATORI PROFESSIONALI, *Codice Deontologico dell'Educatore Professionale*, 2016
- AUTORITÀ GARANTE PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA, *La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza: conquiste e prospettive a 30 anni dall'adozione*, Tipografia Legatoria Rossini s.r.l., Roma, 2019
- BUCCI M.- GAMBACURTA F., *Tra cielo e terra, 32 giochi per educare i bambini al mondo interiore*, edizioni la meridiana, Bari, 2002
- CASAVECCHIA A., *L'ospedale dei bambini*, Rizzoli, Milano, 2020
- COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE, *Comunicazione della commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico Sociale Europeo e al Comitato per le Regioni, Riservare ai minori un posto speciale nella politica estera dell'UE*, Bruxelles, 2008
- COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE, *Comunicazione della commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico Sociale Europeo e al Comitato per le Regioni, Programma UE per i diritti dei minori*, Bruxelles, 2011
- COMUNE DI ROMA, *Guida ai servizi pediatrici degli ospedali di Roma*, Assessorato alle politiche per la Città delle bambine e dei bambini, 2000
- CONSIGLIO D'EUROPA, *Libro bianco sul dialogo interculturale, "Vivere insieme in pari dignità"*, F-67075 Strasbourg Cedex, 2008
- CRISAFULLI F. – MOLTENI L. – PAOLETTI L. – SCARPA P.N.- SAMBUGARO L. – GIULIODORO S., *Il "Core Competence" dell'Educatore professionale, Linee d'indirizzo per la formazione*, Edizioni Unicopoli, Milano 2010
- DE BONO E., *Sei cappelli per pensare, Manuale pratico per ragionare in modo creativo*, Mondadori Libri S.p.A, Milano 2018
- DE SAINT-EXUPÉRY A., *Il Piccolo Principe*, Mondadori Libri S.p.A, Milano 2015

- EUROPEAN COMMISSION FOR DEMOCRACY THROUGH LAW (VENICE COMMISSION), *Report on the protection of children's rights: international standards and domestic constitutionS, adopted by the Venice Commission at its 98th Plenary Session*, Strasbourg, 3 April 2014
- FIORUCCI M., *Educazione, formazione e pedagogia in prospettiva interculturale*, FrancoAngeli, Milano, 2020, Vol. 19, n. 1, 2021
- FITZGERALD H., *Mi manchi tanto, Come aiutare i bambini ad affrontare il lutto*, edizioni la meridiana, Bari, 2002
- GARDNER H., *Verità, Bellezza, Bontà, Educare alle virtù nel ventunesimo secolo*, Feltrinelli, Milano, 2011
- GREPPI E. – VENTURINI G., *Codice di diritto internazionale umanitario, Seconda edizione*, G. Giappichelli Editore, Torino, 2007
- MASCIA M., *Dialogo interculturale, diritti umani e cittadinanza plurale*, Marsilio Editori S.p.A., Venezia, 2007
- MASETTI M., *Dottori dell'allegria, Il sorriso nelle pratiche di cura*, edizioni la meridiana, Bari, 2009
- MASTROFINI F.- ROSSI G., *Comunicare l'impresa sociale*, Carocci Editore, Roma, 2009
- MIANO F., *Responsabilità*, Guida editore, Napoli, 2009
- MORIN E., *I sette saperi necessari necessari all'educazione del futuro*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001
- MORTARI L., *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano 2006
- PIATTI L.- TERZI A., *Emozioni in gioco, Carte per educare alle competenze emotive*, edizioni la meridiana, Bari 2008
- PIERI G., *Educazione, Cittadinanza, Volontariato, Frontiere pedagogiche*, Firenze University Press, 2013
- REGIONE LAZIO, *Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E.*, Assessorato alla sanità, 2000
- SCHMITT E., *Oscar e la dama in rosa*, Edizioni e/o, Roma, 2003
- TAYLOR A. L., *Making the World Health Organisation Work: A Legal Framework for Universal Access to the Conditions for Health*, American Journal of Law and Medicine Vol. XVIII, NO. 4, 1992
- THE GLOBAL STRATEGY FOR WOMEN'S, CHILDREN'S AND ADOLESCENTS' HEALTH (2016-2030)
- UNICEF, *Pace libera tutti*, Comitato Italiano per l'UNICEF, 2006

UNICEF, *Protecting the World's Children, impact of the convention on the rights of the child in diverse legal systems*, Cambridge University Press, 2007

UNICEF, One is too many – UNICEF-Pneumonia-Diarrhoea-report-2016

WATERSTON T. - GOLDHAGEN J., *Why Children's right are central to international child health*, *Arc Dis Child* 2006, 92: 176-180

ANIMAZIONE SOCIALE 291, Numero 4, anno 2015

ANIMAZIONE SOCIALE 290, Numero 3, anno 2015

ANIMAZIONE SOCIALE 278, Dicembre, anno 2013

LINK, RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA, Dicembre 2002

TRASFORMARE IL NOSTRO MONDO: L'AGENDA 2030 PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE

Sitografia

[HTTPS://CDN.WHO.INT/MEDIA/DOCS/DEFAULT-SOURCE/MCA-DOCUMENTS/CHILD/LEVELS-AND-TRENDS-IN-CHILD-MORTALITY-IGME-](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/child/levels-and-trends-in-child-mortality-igme-) (Ultima consultazione in data: 05/10/2021)

[HTTPS://CHILDMORTALITY.ORG/DATA](https://childmortality.org/data) (Ultima consultazione in data: 29/09/2021)

[HTTPS://JAHC.EU/JAHC1909-003/](https://jahc.eu/jahc1909-003/) (Ultima consultazione in data: 17/10/2021)

[HTTPS://JOURNALS.FRANCOANGELI.IT/INDEX.PHP/ESS/ARTICLE/VIEW/9495/654](https://journals.francoangeli.it/index.php/ess/article/view/9495/654) (Ultima consultazione in data: 11/10/2021)

[HTTPS://WWW.ASGI.IT/WP-CONTENT/UPLOADS/2021/06/SCHEDA-SALUTE.PDF](https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2021/06/scheda-salute.pdf) (Ultima consultazione in data: 28/09/2021)

[HTTPS://WWW.ASSOCIAZIONEKIM.IT/](https://www.associazionekim.it/) (Ultima consultazione in data: 20/10/2021)

[ENGLISH_2020_.PDF?SFVRSN=AD8E0376_1&DOWNLOAD=TRUE](https://www.associazionekim.it/eng/2020/09/16/inglese-2020.pdf?sfvrsn=ad8e0376_1&download=true) (Ultima consultazione in data: 16/10/2021)

[HTTPS://WWW.COE.INT/EN/WEB/COMPASS/CHILDREN](https://www.coe.int/en/web/compass/children) (Ultima consultazione in data: 28/09/2021)

[HTTPS://WWW.CONSILIUM.EUROPA.EU/EN/](https://www.consilium.europa.eu/en/) (Ultima consultazione in data: 01/10/2021)

[FILE:///C:/USERS/USER/APPDATA/LOCAL/TEMP/ATTIVIT%C3%A0%20SANITARIA%20E%20SCIEN- TIFICA%202020.PDF](file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Attivit%C3%A0%20sanitaria%20e%20scientifica%202020.pdf) (Ultima consultazione in data: 06/10/2021)

[HTTPS://DATABANK.WORLDBANK.ORG/SOURCE/WORLD-DEVELOPMENT-INDICATORS](https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators) (Ultima consultazione in data: 30/09/2021)

[HTTPS://WWW.EVERYWOMANEVERYCHILD.ORG/](https://www.everywomaneverychild.org/) (Ultima consultazione in data: 07/10/2021)

[HTTPS://WWW.GAPMINDER.ORG/FW/WORLD-HEALTH-CHART/](https://www.gapminder.org/fw/world-health-chart/) (Ultima consultazione in data: 17/10/2021)

[HTTPS://WWW.GAZZETTAUFFICIALE.IT/](https://www.gazzettaufficiale.it/) (Ultima consultazione in data: 30/09/2021)

[HTTPS://WWW.GLOBALHUNGERINDEX.ORG/PDF/IT/2020.PDF](https://www.globalhungerindex.org/pdf/it/2020.pdf) (Ultima consultazione in data: 03/10/2021)

[HTTP://GLOBALSTRATEGY.EVERYWOMANEVERYCHILD.ORG/FOREWORD/](http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/foreword/) (Ultima consultazione in data: 18/10/2021)

[HTTP://HDR.UNDP.ORG/EN/DATA](http://hdr.undp.org/en/data) (Ultima consultazione in data: 12/10/2021)

[HTTPS://WWW.INDEXMUNDI.COM/MAP/?T=0&V=2225&R=XX&L=IT](https://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2225&r=xx&l=it) (Ultima consultazione in data: 19/10/2021)

[HTTPS://WWW.JSTOR.ORG/STABLE/PDF/26967840.PDF](https://www.jstor.org/stable/pdf/26967840.pdf) (Ultima consultazione in data: 04/10/2021)

[HTTPS://WWW.MINORI.GOV.IT/IT/NOTIZIA/LA-CONDIZIONE-DELLINFANZIA-NEL-MONDO-I-DATI-UNICEF](https://www.minori.gov.it/it/notizia/la-condizione-dellinfanzia-nel-mondo-i-dati-unicef) (Ultima consultazione in data: 13/10/2021)

[HTTPS://WWW.MINORI.GOV.IT/IT/RICERCAGUIDATA?F%5B0%5D=FIELD_ATTIVITA%3A1308](https://www.minori.gov.it/it/ricercaguidata?f%5B0%5D=FIELD_ATTIVITA%3A1308) (Ultima consultazione in data: 14/10/2021)

[HTTPS://WWW.RAPPORTODIRITTI.IT/MINORI](https://www.rapportodiritti.it/minori) (Ultima consultazione in data: 10/10/2021)

[HTTP://WWW.RISTRETTI.IT/AREESTUDIO/SALUTE/INCHIESTE/BACCARO/DIRITTO.HTM](http://www.ristretti.it/areestudio/salute/inchieste/baccaro/diritto.htm) (Ultima consultazione in data: 19/10/2021)

[HTTPS://SDGS.UN.ORG/GOALS/GOAL3](https://sdgs.un.org/goals/goal3) (Ultima consultazione in data: 29/09/2021)

[HTTPS://SDGS.UN.ORG/TOPICS/HEALTH-AND-POPULATION](https://sdgs.un.org/topics/health-and-population) (Ultima consultazione in data: 01/10/2021)

[HTTPS://WWW.OHCHR.ORG/EN/HRBODIES/CRC/PAGES/CRCINTRO.ASPX](https://www.ohchr.org/en/hrbodies/crc/pages/crcintro.aspx) (Ultima consultazione in data: 17/10/2021)

[HTTPS://WWW.OHCHR.ORG/EN/PROFESSIONALINTEREST/PAGES/CRC.ASPX](https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx) (Ultima consultazione in data: 14/10/2021)

[HTTPS://WWW.OSPEDALEBAMBINO GESU.IT/](https://www.ospedalebambinogesu.it/) (Ultima consultazione in data: 28/09/2021)

[HTTPS://SITES.UNICEF.ORG/SPECIALSESSION/](https://sites.unicef.org/specialsession/) (Ultima consultazione in data: 12/10/2021)

[HTTPS://WWW.UNICEF.IT/PROGRAMMI/SALUTE-MONDO/](https://www.unicef.it/programmi/salute-mondo/) (Ultima consultazione in data: 17/10/2021)

[HTTPS://WWW.UNICEF.ORG/REPORTS/GLOBAL-ANNUAL-RESULTS-2020](https://www.unicef.org/reports/global-annual-results-2020) (Ultima consultazione in data: 20/10/2021)

[HTTPS://UNRIC.ORG/IT/WP-CONTENT/UPLOADS/SITES/3/2019/11/AGENDA-2030-ONU-ITALIA.PDF](https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/agenda-2030-onu-italia.pdf) (Ultima consultazione in data: 26/09/2021)

[HTTPS://WWW.UN.ORG/MILLENNIUMGOALS/](https://www.un.org/millenniumgoals/) (Ultima consultazione in data: 26/09/2021)

[HTTPS://WWW.UNFPA.ORG/](https://www.unfpa.org/) (Ultima consultazione in data: 30/09/2021)

[HTTPS://WWW.UN.ORG/EN/OUR-WORK/DELIVER-HUMANITARIAN-AID](https://www.un.org/en/our-work/deliver-humanitarian-aid) (Ultima consultazione in data: 17/10/2021)

[HTTPS://WWW.WHO.INT/](https://www.who.int/) (Ultima consultazione in data: 15/10/2021)

Legislatura

CARTA DEI DIRITTI FONDAMENTALI DELL'UNIONE EUROPEA, NIZZA, ANNO 2000

COSTITUZIONE ITALIANA, 1948

CONVENZIONE INTERNAZIONALE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA', NEW YORK
1989

CONVENZIONE EUROPEA SULL'ESERCIZIO DEI DIRITTI DEI MINORI, 1996

GAZZETTA UFFICIALE, LEGGE 176/1991 "RATIFICA ED ESECUZIONE DELLA CONVENZIONE
SUI DIRITTI DEL FANCIULLO"

GAZZETTA UFFICIALE, DECRETO LEGISLATIVO NUMERO 517 DEL 1993

GAZZETTA UFFICIALE, LEGGE 451/1997 "ISTITUZIONE DELLA COMMISSIONE
PARLAMENTARE PER L'INFANZIA E DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE PER L'INFANZIA"

GAZZETTA UFFICIALE, LEGGE N.40 DEL 1998 "DISCIPLINA DELL'IMMIGRAZIONE E NORME
SULLA CONDIZIONE DELLO STRANIERO."

GAZZETTA UFFICIALE, DECRETO LEGISLATIVO 286/98 "TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI
CONCERNENTI LA DISCIPLINA DELL'IMMIGRAZIONE E NORME SULLA CONDIZIONE DELLO
STRANIERO"

GAZZETTA UFFICIALE, DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 394/1999

GAZZETTA UFFICIALE, DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 103 DEL 2007

GAZZETTA UFFICIALE, LEGGE 449/1997 "MISURE PER LA STABILIZZAZIONE DELLA
FINANZA PUBBLICA"

GAZZETTA UFFICIALE, LEGGE 112/2011 "ISTITUZIONE DELL'AUTORITÀ GARANTE PER
L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA"

GAZZETTA UFFICIALE, LEGGE 125/2014 "DISCIPLINA GENERALE SULLA COOPERAZIONE
INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO"

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, 1948