

Le attività di animazione in ospedale.

Repertorio

Indice

Presentazione <i>Enzo Catarsi</i>	9
Le attività di gioco ed animazione in ospedale <i>Carlo Moretti</i>	13
Le attività di animazione in ospedale: i riferimenti normativi <i>Marco Mannucci</i>	25
La realtà dei "clown dottori" in Italia <i>Roberto Flangini</i>	33
La scuola in ospedale <i>Valentina Ferri</i>	41
La ludoteca e il gioco in ospedale <i>Nicolò Muciaccia</i>	53
Leggere in ospedale <i>Enrica Freschi</i>	67
Gli animali in corsia <i>Francesca Mugnai</i>	79
Musica in ospedale <i>Alessandro Peroni</i>	91
L'animazione in ospedale: un percorso di lettura <i>Valentina Ferri</i>	103

Presentazione

Enzo Catarsi

Direttore scientifico del progetto *Clownforma.net*

Le attività di animazione in ospedale hanno avuto una significativa diffusione nel corso dell'ultimo decennio. Il progetto stesso *Clownforma.net*, nell'ambito delle cui attività questo libro viene pubblicato, si è certo occupato delle esperienze di clownerie, ma ha inteso inquadrate nel più ampio contesto delle proposte di animazione in ospedale. Anche questo volume, pertanto, nasce con l'intento di far conoscere le diverse tipologie di animazione in ospedale, al fine di favorire la socializzazione di idee e riflessioni che è auspicabile portino alla diffusione di esperienze innovative all'interno di tutti i reparti pediatrici italiani. Proprio per questo vengono presentati scritti che affrontano in termini generali le diverse proposte di animazione, dal gioco alla lettura, alla musicoterapia ed alla pet therapy. Non poteva mancare, ovviamente, un contributo relativo alla scuola in ospedale, che costituisce un'esperienza esemplare promossa da anni nel nostro paese. Ovviamente il carattere generale degli interventi non ci ha impedito di valorizzare alcune esperienze specifiche realizzate all'Ospedale Meyer di Firenze. È un omaggio che il progetto ha inteso tributare ad un suo sostenitore importante ed alla scommessa lanciata con il trasferimento nella nuova sede. Anche per questo intendiamo utilizzare le pagine di questa presentazione per illustrare un'altra iniziativa significativa del Meyer, che ha inteso far conoscere la "Carta dei diritti del bambino in ospedale", stilata durante la Conferenza permanente degli ospedali pediatrici e materno-infantili, mediante la pubblicazione di un apposito libro (A. Sarfatti, *Guai a chi mi chiama passerotto! I diritti dei bambini in ospedale*, Firenze, Fatatrac, 2004). Questo, illustrato con colori accesi e disegni vivaci, è stato ideato da Carlo Barburini – direttore della Fondazione Meyer – per permettere ai piccoli pazienti di conoscere i propri diritti. Il testo in rima elenca ad uno ad uno tutti i benefici che sono concessi ai piccoli ricoverati,

esaminando anche i loro dubbi e le loro paure. «Se io curassi bambini e bambine» scrive Sarfatti (p. 3) per esporre il disgusto per il cattivo sapore dei medicinali, «vorrei inventare le medicine: / contro febbre gocce di orzata, / contro le ustioni anguria ghiacciata». Un altro punto da tener presente è quello del rispetto dell'individualità di ognuno, qualunque sia la sua provenienza ed è per questo che è stato istituito il diritto ad essere chiamati per nome: «lo devo essere / chiamato per nome: / Chiara, Mohammed, Antoine o Simone. / E poi... chiamatemi con un sorriso, / dite il mio nome guardandomi in viso!» (p. 4). Non bisogna dimenticare la privacy che deve essere assicurata ad ogni bambino, affinché possa proteggere la propria intimità e possa avere contatti esclusivi con le persone a lui vicine durante le visite. Il paziente deve essere informato sulla sua condizione, anche se non sempre è facile comprendere: «Che nomi assurdi le malattie!», ricorda ancora Anna Sarfatti (p. 7). «Perché non usano parole normali? / Puntini rossi per il morbilli, / respiro corto per asma bronchiale, / stomaco in fiamme per ulcera gastrica, / pipì che brucia per la cistite, / male alla pancia per colite spastica, / uola rossa per tonsillite». Deve anche essere messo a conoscenza dei trattamenti, perché «se proponete / una cura nuova» informa Sarfatti (p. 9), «posso decidere se fare la prova. / Ma per piacere nessuno tenti / di usarmi da cavia per i suoi esperimenti». Un altro diritto è quello di contribuire al miglioramento degli arredi con decori, disegni e tutto ciò che piace al bambino, in maniera da farlo vivere in un ambiente accogliente e rassicurante. I più piccoli devono, infatti, essere trattati con riguardo: «È mio diritto», scrive Sarfatti (p. 2), «ricevere affetto, / cure amorese e pieno rispetto. / E non trattatemi da bambolotto... / Guai a chi mi chiama "bel passerotto"!». Si elencano infine tutte le "leggi" trattate, traducendole anche in inglese, francese,

spagnolo e arabo, pensando quindi anche a quei nuovi pazienti, i piccoli immigrati, che oltre a dover far fronte alla malattia e a trovarsi in un luogo sconosciuto con persone estranee, spesso non comprendono neanche quello che si dice loro, aumentando il loro senso di smarrimento e frustrazione.

Il definitiva il libro, mai retorico e scontato – a cominciare dal titolo – propone una simpatica illustrazione dei contenuti della "Carta dei diritti del bambino in ospedale", che riportiamo di seguito con l'auspicio che possa essere applicata in tutti gli ospedali italiani... e del mondo intero:

«Quando sono in ospedale ho diritto di...

1. Ho diritto di stare il meglio possibile
2. Ho diritto di ricevere cure, affetto e rispetto
3. Ho diritto di ricevere le medicine
4. Devo essere chiamato per nome
5. Posso avere uno spazio tutto per me quando è possibile
6. Posso avere vicino le persone a cui voglio bene
7. Ho diritto di sapere che malattia ho
8. Posso dire se sono d'accordo sulle cure
9. Posso dire se sono d'accordo di ricevere nuove terapie
10. Posso dire se mi trovo bene in ospedale
11. Devo essere protetto da ogni forma di maltrattamento
12. Ho diritto di conoscere la mia malattia e come posso curarmi a casa
13. Posso parlare da solo con i medici
14. Ho diritto di partecipare a migliorare l'ospedale».

Le attività di gioco ed animazione in ospedale

Carlo Moretti

Resp. UOS Servizi a supporto delle cure e del benessere del bambino, Dipartimento A.I. di Pediatria, Azienda ospedaliera-Università di Padova

Circa 2.500 anni fa Ippocrate poneva le basi della medicina moderna affermando la centralità dell'uomo nella relazione di cura. Egli comprese l'importanza dell'osservazione del malato per comprenderne i sintomi e formulare la diagnosi, infrangendo definitivamente il predominio della superstizione nella medicina dell'antichità. Mettendo a frutto quell'antica intuizione, la medicina ha sviluppato sistemi sempre più raffinati per osservare il malato: la dissezione e lo studio dell'anatomia, la microscopia e lo studio della cellula, i raggi X, le tecniche di microscopia elettronica e di spettroscopia, la biologia molecolare e molte altre ancora. In realtà i principali e più straordinari progressi della medicina attuale sono stati raggiunti solo negli ultimi settanta-ottant'anni, sull'onda dell'inarrestabile progresso della tecnologia e delle comunicazioni dell'era postmoderna, che ci hanno messo in grado di osservare e comprendere l'infinitamente piccolo ed allo stesso tempo ci hanno permesso di registrare le nostre osservazioni, di elaborarle con estrema rapidità e di estenderne i risultati ad un mondo sempre più globale.

Questo tumultuoso ed inarrestabile progresso della scienza medica, da un lato ci permette di raggiungere ogni giorno traguardi insperati nel campo della cura del malato, ma dall'altro ci espone alla superstizione della cieca fiducia nella tecnologia. È il paradosso dell'età moderna: se 25 secoli fa, ai tempi di Ippocrate, il destino dell'uomo era nelle mani di divinità capricciose e di un Fato ineluttabile, oggi esso è sempre più legato a macchine e sistemi di comunicazione planetari, nei quali il fattore umano tende a divenire sempre più marginale.

In campo sanitario è sempre più attuale, quindi, il richiamo alla centralità dell'uomo ed alla promozione globale della sua salute, nella dimensione fisica ma anche relazionale e, sempre più, anche spirituale. È soprattutto

riguardo quest'ultima, nuova, dimensione della cura e dei bisogni del malato che ci scontriamo con un'altra moderna superstizione: «Questo è il modo in cui lo abbiamo sempre fatto...», una sorta di sicurezza che ci tutela dal confrontarci con nuovi territori inesplorati, dove la tecnologia non ha voce e dove solo l'uomo, guardando dentro di sé, può trovare le risposte alle sue necessità. Necessità che sono ancora più evidenti quando a richiedere cure ed attenzione è un bambino: egli non è solo un malato, prima di tutto è un bambino. Ogni piccolo malato racchiude in sé una storia, un vissuto ed un carico di richieste emotive e di relazione che la malattia spesso esaspera ed alle quali l'operatore sanitario è inevitabilmente chiamato a dare risposta. Per la sua salute egli non richiede solo cure ed assistenza: deve essergli concesso di poter rimanere bambino anche, e nonostante, la sua malattia. Soprattutto, deve aver tutelati quei fondamentali processi che sono la crescita e lo sviluppo che lo faranno diventare, un giorno, un individuo adulto.

1. Il gioco, una fondamentale forma di vita

Il gioco è un elemento essenziale nel processo maturativo del bambino nel graduale passaggio dalla condizione di assoluta dipendenza dell'infanzia alla progressiva autonomia. È un fenomeno universale e spontaneo, che ha catturato l'interesse di molti dei più importanti studiosi. A differenza dell'adulto che con il gioco in genere evade dalla realtà, secondo Piaget il bambino, oltre a trarre piacere dalle attività ludiche, giocando raggiunge anche nuove acquisizioni. Sono infatti i giochi percettivo-motori con i lembi della coperta, per esempio, che permettono già nel bambino di pochi mesi la prima differenziazione tra il Sé e il non Sé. La natura poliedrica del gioco e il suo significato, lo rendono uno strumento

terapeutico d'inestimabile valore. Il gioco è il tentativo da parte del bambino di esplorare, ottenere la padronanza e sviluppare la comprensione. Susan Knell sostiene che «il gioco di un bambino sia la manifestazione dei suoi sentimenti, conflitti, pensieri e della sua percezione della realtà». Il bambino esprime tutto questo attraverso il gioco perché «non è ancora in grado di farlo verbalmente». Nel caso del bambino ospedalizzato, è attraverso il gioco che emergono i sentimenti legati allo stato di salute psichico del bambino.

Il gioco assume perciò una funzione terapeutica. Affidandosi al terapeuta, il bambino acquisisce un senso di protezione e sicurezza. Attraverso il gioco, terapeuta e bambino comunicano. Freud fu probabilmente il primo a riconoscere le possibilità terapeutiche del gioco. La maggior parte delle sue considerazioni sul gioco è stata ottenuta grazie al lavoro condotto con gli adulti, attraverso la ricostruzione dello sviluppo psicologico dalla prima alla seconda infanzia. Nei suoi primi lavori Freud considerava il gioco come una manifestazione dei problemi e dei conflitti inconsci. Più tardi, la sua concezione si fece più ampia: attraverso il gioco i bambini ripetono le cose che durante la loro vita hanno suscitato impressione. Il gioco permette al bambino di evadere dalla realtà e di esplorare nuove possibilità in un contesto sicuro. Egli distingue il gioco dalla realtà e servendosi di oggetti e situazioni prese al mondo reale ne crea uno suo, nel quale può ripetere le esperienze piacevoli quanto vuole, ordinando e alterando gli eventi come preferisce.

Anna Freud utilizzò il gioco all'interno degli incontri analitici. Il gioco serviva alla Freud per entrare in alleanza terapeutica con il bambino, raggiungendo una salda relazione. Il gioco era un mezzo per educare, prima e dopo gli interventi, il piccolo paziente e anche per offrirgli la possibilità di sviluppare il senso di autostima e fiducia in se stesso. Nello stu-

dio condotto con T. Bergman al Rainbow Children's Hospital di Cleveland venne analizzato il problema degli effetti della malattia fisica sulla vita psichica del bambino. Ai piccoli ricoverati veniva lasciato spazio alle attività consuete del bambino, ma anche a quelle che offrivano loro la possibilità di dare libero sfogo alle proprie mozioni.

Lo sviluppo della personalità può essere devastato e distorto dalla sofferenza del corpo. Secondo la teoria psicoanalitica, il bambino, che sta realizzando la sua indipendenza, si trova ad affrontare una situazione di regressione dovuta allo stato di malattia. Chi affianca il bambino dovrebbe assumere il ruolo materno fondamentale di dare assistenza, di "lo ausiliario". Il metodo che fu utilizzato al Rainbow, per aiutare i bambini a far emergere le proprie angosce al di fuori di se stessi fu la terapia del gioco. I bisogni psichici e fisici del bambino venivano considerati di uguale importanza, e il fine ultimo della terapia psicoanalitica era quello di aiutare il bambino attraverso il gioco a portare a livello conscio i suoi conflitti interiori.

Anche Winnicott ha dato molta importanza al gioco, che descriveva come uno spazio potenziale o transizionale tra il bambino e la madre, come un'area intermedia per esprimere il passaggio dal Sé al non Sé, dal mondo puramente soggettivo all'oggettività. Uno dei mezzi con cui il bambino affronta le prime difficoltà è proprio l'"oggetto transizionale", che rappresenta simbolicamente la madre, con cui il bambino si consola. Con il passare del tempo, l'oggetto transizionale è soggetto ad un disinvestimento progressivo, ma il suo ruolo può essere sostituito dall'attività immaginativa o dalla produzione creativa. Secondo Winnicott è nel giocare, e forse soltanto mentre gioca, che l'individuo, adulto o bambino che sia, è in grado di essere creativo e di fare uso dell'intera personalità, ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il suo vero Sé.

2. Il gioco e il bambino malato

Il bambino non sa che cosa significhi essere adulto, ma ogni adulto ha la consapevolezza della quantità e della distanza dai ricordi dell'esperienza infantile. L'infanzia dunque finisce, ma non il bisogno di giocare dell'adulto, che prende varie e nuove forme: hobby, sport, alcuni aspetti del lavoro. L'attitudine più intima al gioco rimane, riaffiora e se esercitata, diviene possibilità di entrare in comunicazione con il mondo infantile. L'adulto, senza rimpicciolirsi, diventa un compagno di gioco. Il gioco è cultura, è tramandato nella memoria, può essere ripetuto in qualsiasi momento ed è, in ospedale, un fattore di stabilità col quale il ricoverato è aiutato a sviluppare, a mantenere o a recuperare l'equilibrio della sua identità.

All'interno dell'alleanza terapeutica genitore-bambino-equipe curante, il rinforzo dell'autonomia espressiva e della creatività può contribuire a sostenere le risorse vitali del piccolo malato. Lo sviluppo intellettuale, espressivo ed artistico è stimolato dall'attività ludica mediante la quale il bambino conosce ed apprende. Il comune denominatore che unisce le varie attività ludiche in ospedale è quello di mantenere l'equilibrio psicologico del malato e di recuperare la sua autonomia progettuale. Il tempo del gioco è per il bambino malato una vantaggiosa via di comunicazione: facile perché spontanea e immediata, protettiva perché accogliente, valida e proficua se condotta da personale competente. Il bambino non vuole che qualcuno gli dia un giocattolo, ma desidera avere uno scambio relazionale con l'altro che sappia cogliere l'intenzionalità del suo agire e di conseguenza vi partecipi.

La possibilità di giocare rientra nel processo di umanizzazione delle cure e può diventare "terapia occupazionale". Se gioca infatti il bambino è impegnato, non si deprime né si impigrisce, promuove l'apprendimento e sal-

vaguarda la salute mentale. Osservando il comportamento del bambino durante il gioco, l'operatore che lo affianca può verificare se sta affrontando la situazione in modo adeguato e se ha elaborato le informazioni correttamente. Se pensiamo al gioco terapeutico, in ambito sanitario, esso riguarda attività spontanee e guidate, con l'utilizzo di materiale usato per visite e terapie, su argomenti come la paura del dolore e della mutilazione, o ancora più specifici come il lutto per la perdita di una parte del corpo. Le attività che hanno queste funzioni, possono essere suddivise in alcune categorie:

1) *Il gioco espressivo*, fondamentale per scaricare energie e sentimenti in modo accettabile, piacevole e, nei limiti del possibile, anche fisico. I bambini ricoverati, infatti, tendono ad avere molti timori e ansie a proposito del corpo, delle condizioni fisiche e delle cure mediche che li aspettano. Sono inoltre costretti ad affrontare la "prigionia" in reparto e la ridotta possibilità di muoversi. Il gioco espressivo serve ai bambini che hanno difficoltà ad esprimere verbalmente i loro sentimenti a proposito della malattia e del ricovero, e per quelli che manifestano i loro sentimenti in modo non appropriato. Con il gioco espressivo i pazienti acquisiscono gradualmente il controllo dei loro sentimenti e li manifestano in modo accettabile e costruttivo.

2) *Le attività di familiarizzazione*, che consentono ai bambini di esplorare, maneggiare e giocare con il materiale dell'ospedale in un contesto piacevole e sereno, per ridurre la paura nei confronti dell'ospedale e delle apparecchiature mediche e farli sentire più a loro agio durante le procedure.

3) *La drammatizzazione o role play*, che si focalizza su temi legati alla cura, utilizzando materiale di tipo medico-sanitario. Aiuta ad

esprimere rabbia, paura, sensi di colpa, confusione e dolore.

4) *Il gioco sostitutivo* (ossia "al posto del" bambino) per i bambini immobilizzati che non possono partecipare attivamente al gioco, dove l'animatore prende il suo posto, consentendogli indirettamente di scaricare le tensioni.

Quando il bambino è ricoverato in ospedale il gioco diviene uno degli strumenti di guarigione. Oltre ad aiutare il bambino a riempire le lunghe ore di noia, lo aiuta ad evitare che i pensieri si concentrino sul dolore fisico. In ospedale non ha senso lasciare un bambino a letto per molto tempo se non è necessario per il trattamento e la convalescenza. Ogni bambino deve per questo poter disporre di spazio e di possibilità di gioco in rapporto al proprio grado di sviluppo e di esperienza. L'ospedale deve offrire ai bambini un posto adatto, sicuro, igienico, sano, dove l'ambiente non metta paura, non provochi ansietà, conflitti e stress emotivi inutili.

Il gioco in ospedale è particolarmente utile quando anche un adulto gioca con il bambino. L'adulto, proponendo attività adatte alle condizioni del bambino, valorizza la sua parte sana, rinforza la sua autostima e lo aiuta ad uscire dall'apatia. Così il gioco rientra tra gli obiettivi della cura globale del bambino, in quanto se il medico si occupa dell'integrità fisica del bambino (ma dovrebbe lasciarsi sempre più coinvolgere anche nel gioco), l'animatore, il volontario o l'infermiere devono salvaguardare anche il benessere della sua parte psichica, non permettendo anche a questa di ammalarsi. La componente sana del bambino emerge attraverso il gioco ed è per questo necessario saperla valorizzare. Il bambino che gioca è felice, sposta il pensiero dalla sua malattia, comprende che la sua situazione, per quanto difficile, rap-

presenta comunque un momento di passaggio, da cui potrà trarre anche elementi di crescita interiore.

3. Il cammino degli ospedali a misura di bambino

Ripercorrendo la storia dei reparti ospedalieri di Pediatria, possono essere identificati tre fondamentali cambiamenti organizzativi che hanno contribuito in maniera significativa alla tutela dell'identità del bambino durante il ricovero in ospedale. Un profondo mutamento si è verificato con la permanenza continuativa dei genitori nei reparti di degenza. Tale evento, le cui prime segnalazioni risalgono per l'Italia al 1978, ha fortemente cambiato il rapporto del bambino con l'istituzione ospedaliera che risulta mediato attraverso l'esperienza emotiva che il genitore stesso fa dell'ospedale. Allo stesso tempo, la presenza continua del genitore ha cambiato pure alcune modalità operative del pediatra e del personale infermieristico, che si trova a dover interagire continuamente con i familiari, presenti sempre a fianco del bambino.

Un altro mutamento importante è stata l'istituzione delle scuole ospedaliere. La presenza della scuola nella vita del bambino ospedalizzato, oltre a garantirne il diritto allo studio, costituisce un importante fattore di stabilizzazione e di continuità con la sua vita al di fuori dell'ospedale. L'opportunità di prendere parte ad attività creative e di studio permette al bambino di non interrompere il suo progetto formativo e quindi di sentirsi meno depersonalizzato dalla malattia che lo ha colpito e costretto a rimanere in ospedale.

È però un terzo aspetto quello che ha offerto, in questi ultimi anni, crescenti spunti di riflessione e che ha prodotto, nelle varie realtà dei reparti di Pediatria del nostro paese, soluzioni diverse e spesso assai originali ma

che si rifanno tutte ad un principio comune, che è *l'introduzione delle attività di gioco nella giornata del bambino ricoverato* e la presenza di figure di adulti (professionisti e non) a organizzare o condurre tali attività.

L'effetto dei programmi di animazione e gioco in ospedale ha iniziato ad essere studiato in modo significativo a partire dagli anni Cinquanta, dapprima nei paesi anglosassoni, dai quali ci deriva la maggior esperienza in questo senso. Numerose pubblicazioni scientifiche hanno richiamato l'attenzione sul trauma psichico che un ricovero genera nel bambino. Una delle prime ricerche sull'effetto del ricovero nel bambino risale al 1899 ad opera del pediatra tedesco Meinhardt von Pfaundler: nel suo lavoro egli descriveva vari disturbi del comportamento e carenza nello sviluppo in bambini ricoverati in istituto e li metteva in relazione con un'assistenza psicologica insufficiente.

Tuttavia, nei quarant'anni successivi non furono molti i lavori pubblicati sulle condizioni psicologiche del bambino ricoverato in istituto o in ospedale. Soltanto la pubblicazione dell'indagine empirica di Renè Spitz nel 1945 sugli effetti di un lungo ricovero in istituto sullo sviluppo dei lattanti destò un interesse mondiale tra scienziati e grande pubblico. Nel 1948 John Bowlby fu incaricato dalla Social Commission of the United Nations di compiere una ricerca tra i bambini di un istituto, progetto a cui aderì anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità. La pubblicazione di Bowlby del 1951 divenne un documento ufficiale sugli influssi negativi riguardo lo sviluppo psichico e somatico del bambino nel caso di lunghi ricoveri in istituto e in ospedale e costituì il punto di partenza per le indagini successive.

Dopo che nel 1952 nel Children's Hospital di Sheffield (UK) fu consentita la visita quotidiana da parte dei genitori, Illingworth e Holt osservarono il comportamento dei bambini di

età compresa tra uno e quattro anni, al termine dell'orario di visita. I disturbi del comportamento osservati durante la giornata aumentavano senza possibilità di equivoco immediatamente dopo le visite, in tutte le fasce di età.

Nel 1958 J. Robertson, nell'opera *Your Child in Hospital*, definì come "ospedalismo psichico" gli effetti del ricovero in ospedale per il bambino, suddivisi in tre fasi:

- Fase della *protesta*: il bambino grida, si agita, chiama la mamma e aspetta che essa reagisca come d'abitudine. Il bambino non comprende assolutamente la situazione e prova grandi paure. Spesso rifiuta il contatto con le infermiere.

- Fase della *disperazione*: il bambino perde poco a poco la speranza che la mamma accorra, grida meno e si estrania dall'ambiente circostante in uno stato di grande sconforto. Questo stadio si sviluppa in modo molto tranquillo e quindi spesso si ritiene a torto che la disperazione sia passata ed il bambino si sia ambientato.

- Fase della *negazione*: reprime i suoi sentimenti verso la madre e si attacca ad uno dei curanti oppure, in mancanza di questi, perde il contatto con le persone e mostra più interesse per le cose che lo circondano. Poiché ora sorride e gioca si può pensare che si sia ambientato e sia tutto di nuovo in ordine.

Sulla base di questo lavoro nel 1959 venne pubblicato in Inghilterra il rapporto del comitato nominato dal Ministero della Sanità avente per titolo *The Welfare of Children in Hospital*, più noto come rapporto Platt (dal nome del chirurgo pediatra che aveva dato avvio all'inchiesta). Tale rapporto conteneva dettagliate raccomandazioni a proposito degli aspetti "non medici" dell'assistenza dei

pazienti pediatrici, dalla nascita ai 16 anni. Le tre principali raccomandazioni erano:

- 1) le visite ai bambini non dovevano subire alcuna restrizione;
- 2) dovevano essere presi provvedimenti per mettere in grado le madri dei bambini sotto ai cinque anni di rimanere in ospedale assieme ai figli per aiutare nella loro assistenza e per prevenire i disagi ed i rischi di danno psichico associati alla situazione di separazione;
- 3) la formazione dei medici e delle infermiere doveva essere migliorata e comprendere lo studio delle necessità emotive dei bambini.

In una ricerca del 1979 Veronika Anna Schandl esaminò l'influenza di un programma di preparazione e di animazione durante il ricovero sul comportamento dei bambini. Sul comportamento dei bambini agirono positivamente la presenza di gioco autonomo, l'elaborazione attiva delle esperienze mediante racconti, giochi e disegni, oltre che la ricerca ed il contatto positivo con pazienti e medici. Al contrario, un atteggiamento angosciato della madre nei confronti di medici, ospedale e malattia e le difficoltà nell'allevare il bambino anteriori al ricovero ebbero un'influenza negativa sul comportamento dei bambini durante e dopo il ricovero.

Nel 1988 è stata pubblicata la ricerca condotta alla Tavistock Clinic di Londra, *Bambini in ospedale*: fin dalle prime fasi essa concentrò l'attenzione sul mantenimento del rapporto continuo fra madri e padri con il bambino ricoverato, considerato come «il più importante fattore per la protezione dei bambini dallo stress derivante dalla prolungata ospedalizzazione e per la salvaguardia del loro futuro». Se il bambino gode della sicurezza dei suoi legami affettivi e la malattia non lo fa soffrire troppo, la degenza può addirittura

trasformarsi in un'esperienza positiva: egli impara a vivere in una comunità, l'ospedale, che ha caratteristiche ed abitudini diverse da quelle della famiglia.

4. Perché giocare aiuta a guarire?

Offrire al bambino ricoverato opportunità di gioco, sia esso libero o strutturato, singolo o di gruppo, è un elemento fondamentale per rendere il progetto di cura a misura di bambino ed è la direzione in cui molti ospedali pediatrici si sono mossi in questi ultimi anni. Durante il ricovero in ospedale l'aspetto peculiare della vita del bambino, qual è il suo percorso di crescita non solo dal punto di vista fisico ma soprattutto psichico e relazionale ed il suo costante bisogno di nutrimento affettivo e cognitivo, devono poter essere preservati e garantiti. Questo processo è complesso in ospedale, perché la presenza della malattia ed il costante richiamo ad essa da parte di ogni aspetto dell'ambiente (odori, rumori, colori, vestiario, attrezzature ecc.) e delle relazioni (il medico, l'infermiera ecc.) fanno sì che l'attenzione sia comunque fissata essenzialmente sull'evoluzione del quadro clinico della malattia "organica" e molto meno sull'impatto che essa evoca nella persona "interiore" del bambino. Gli operatori sanitari stessi spesso non hanno il tempo per soffermarsi ad affrontare quest'aspetto. Emerge allora la necessità di costruire per il bambino situazioni e relazioni che siano per lui soddisfacenti e significative e che creino quell'ambiente affettivamente ricco in cui egli possa tornare a muoversi autonomamente, a sperimentare, a fare esperienza di conoscenza, a privilegiare la parte sana ancora presente in lui e complessivamente a rinforzare quell'autostima che la malattia ha inevitabilmente compromesso. Si tratta di offrire al bambino ricoverato la possibilità di "lasciare dei sassi-

lini", cioè delle tracce durevoli che gli permettano, una volta entrato in ospedale (soprattutto la prima volta), di assicurarsi una via di uscita per ritrovare la strada che lo ricondurrà al suo mondo conosciuto, domestico, mondo che d'improvviso, a causa del ricovero, è divenuto lontano e remoto.

Si tratta di offrire al bambino gli strumenti per far sì che l'esperienza della malattia e del ricovero non rimangano un brutto ricordo da dimenticare, ma possano essere integrate nel suo percorso di crescita come una delle tante esperienze che contribuiranno a farlo diventare un individuo adulto.

Il gioco è un bisogno naturale per il bambino, una sorgente di piacere, un modo di apprendere. Nel gioco il bambino fa esperienze e prende decisioni autonome, rivive la realtà, esplora l'avvenire e supera l'angoscia di esperienze ignote e preannunciate. Giocare diviene quindi, per il bambino, un importante mezzo di comprensione della realtà che lo circonda, ma anche uno strumento di comunicazione tramite il quale l'adulto può mettersi in contatto con il bambino e comprendere il suo stato emotivo.

5. Il ruolo dell'animazione durante il ricovero del bambino

L'animazione, e di conseguenza l'animatore, hanno tra i loro scopi quello del divertimento, ma soprattutto il cambiamento. L'animazione non è soltanto caratteristica del tempo libero, ma è importante per la crescita del soggetto. Essa è centrata sul cambiamento, sulla presa di coscienza e sullo sviluppo del potenziale degli individui. L'animazione non trasmette un sapere sociale o modelli di comportamento, non è educazione.

I destinatari tipici dell'animazione sono i soggetti portatori di bisogni e l'animatore è il principale agente: egli usa in modo profes-

sionale gli strumenti ludici e di attivazione culturale. L'animatore parla molto con gli utenti, instaura relazioni di dialogo, ascolta, li fa giocare, attraverso il gioco mira a dei cambiamenti intenzionali. Le finalità dell'animatore professionale sono comuni a quelle di tutte le altre professioni sociali: benessere psicofisico, crescita, sviluppo, coscienza, cioè il cambiamento di stato. La sua metodologia di lavoro è comune a tutte le professioni moderne, i cui fondamenti risiedono nella prassi scientifica: ipotesi, interpretazione, azione, verifica e valutazione. Con strumenti ludici si intende tutto quello che ha a che fare con il gioco. Il gioco è digressione momentanea, esplorazione di mondi alternativi; è divertente perché è un'esperienza in un tempo e con regole precisi. L'animatore, dunque, deve far giocare e far divertire, rendendo protagonista l'utente: l'animatore è colui che deve "far fare" all'utente.

L'animatore può essere di grande aiuto per ristabilire un rapporto più equilibrato con l'ambiente ospedaliero. Se i bambini non ricevono adeguati stimoli dall'esterno, dopo un po' trovano i giochi noiosi; per questo è necessario che ci sia qualcuno che proponga ai bambini sempre qualcosa di nuovo, che li aiuti a liberarsi dalla tensione attraverso il gioco, sia esso individuale o di gruppo. Se l'area adibita al gioco è una zona franca dell'ospedale, nel senso che in sala giochi il bambino non è sottoposto ad alcun trattamento sanitario né cruento, né incruento, né diagnostico, né terapeutico, il cardine della sala giochi non è costituito dai giocattoli, bensì dalla figura dell'animatore. Anche se il bambino può scegliere liberamente il giocattolo che preferisce, molto spesso sente il bisogno di avere al suo fianco l'animatore di gioco quale interlocutore, compagno ed amico. Indipendentemente dal giocattolo usato, il bambino diventa fautore, operatore di creatività, trasformatore di esperienze passive e

subite, in altre accettate attivamente e capite. Per questo motivo l'animatore porta in sala giochi anche i bambini che non si possono muovere in autonomia, a causa della patologia in atto. È l'animatore di gioco che presta le mani al bimbo che non può adoperare le sue; ed è sempre lui a preparare piani ludici ed a guidare l'attività narrativa per inventare storie capaci di sminuire l'ansia e ridurre l'aggressività.

L'animatore (che di solito è un educatore) dovrebbe porsi come un membro effettivo dell'equipe di reparto, con responsabilità specifiche: l'integrazione nello staff risulta indispensabile per garantire una coerenza nel comportamento dell'istituzione verso il bambino e la sua famiglia su problemi dalle valenze emotive fortemente cariche, quali i modi di comunicazione della diagnosi, le scelte di cura effettuate, i tempi di degenza, le prospettive prognostiche ecc.

L'animatore, oltre ad occuparsi singolarmente di ogni bambino, studiando i giochi più adatti e gli spazi di tempo più opportuni specialmente in considerazione di quelli che sono costretti a letto, si propone anche obiettivi di socializzazione, tramite attività di gruppo che consentano ai bambini di percepire che il peso emotivo della situazione è condiviso e portato insieme da tutti ed egli non è lasciato solo.

L'animatore è considerato un mediatore interpersonale, che utilizza le informazioni ottenute dal lavoro di equipe come strumenti per improntare un dialogo con il bambino. Egli opera con l'empatia, ovvero la capacità di entrare in contatto con l'altro, comprendendolo. Egli ha anche altre due caratteristiche che rendono il suo operato professionale: l'intenzionalità educativa e la formulazione di progetti specifici. Nella prima caratteristica, l'educatore vive ogni situazione come potenzialmente educativa e, attraverso la relazione, la elabora offrendo al bambino uno

spazio mentale libero da ogni messaggio distorto; nella seconda caratteristica, l'educatore elabora per ogni suo intervento progetti specifici attraverso un costante lavoro di equipe. Per tale motivo la formazione dell'animatore (anche quando sia un volontario) è molto importante e soprattutto continua, come processo di conoscenze che, partendo dal passato, vengono via via elaborate, confrontate e approfondite nel corso dell'esperienza quotidiana.

6. Il gioco come co-terapia

È importante riconoscere al bambino il diritto al gioco, perché l'esperienza del ricovero possa essere ricordata e integrata nel processo di crescita. Dal recupero del valore di sé, il bambino trae forza per rielaborare più compiutamente le esperienze cognitive che egli fa durante il ricovero, divenendo in questo modo meno impaurito e più integrato nel contesto dell'ambiente di cura, arrivando talora ad essere compiaciuto dello stare in un ospedale «dove ci sono tante cose belle da fare...!». Il vissuto di malattia, pur non venendo dimenticato (non sarebbe possibile!), passa in secondo piano rispetto alle esperienze del gioco e delle attività di animazione che, parlando il suo linguaggio, sono di gran lunga più significative per il bambino e quindi più coinvolgenti. I bambini che vivono "deformazioni", compressioni, in pratica traumi nel loro percorso di crescita, devono poter avere la possibilità di ritrovare un nuovo equilibrio e lo possono fare se hanno lo spazio per farlo. Si tratta di uno spazio mentale che permette loro di trovare, a fianco degli eventi che li hanno colpiti, anche le opportunità di sviluppo e recupero. Questa capacità è definita "resilienza".

Il gioco, nelle sue diverse declinazioni, può assumere così il ruolo di co-terapia, poiché

diviene uno strumento per recuperare la parte sana del bambino, la competenza relazionale e la dimensione spirituale, e diventa un potente canale fra gli eventi reali (spesso intrusivi per il piccolo malato) e le dinamiche interne del bambino, che simbolicamente possono essere portate all'esterno proprio attraverso le attività di gioco in cui il bambino è coinvolto, creando un movimento dinamico che contribuisce alla rielaborazione del trauma legato alla malattia ed al ricovero. In quest'ottica si realizza la presa in carico globale del bambino malato e non più solo la cura della sua malattia bensì la promozione più totale della sua salute.

Spitz, A.R. (1976), *Il primo anno di vita*, Roma, Armando Editore.

Winnicott, D.W. (1970), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando Editore.

Winnicott, D.W. (1974), *Gioco e realtà*, Roma, Armando Editore.

Winnicott, D.W. (1975), *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Patologia e normalità nel bambino. Un approccio innovatore*, Firenze, Martinelli.

Bibliografia

Bowlby, J. (1988), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria all'attaccamento*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Canevaro, A. (1976), *I bambini che si perdono nel bosco. Identità e linguaggi dell'infanzia*, Firenze, La Nuova Italia.

Capurso, M. (a cura di) (2001), *Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*, Trento, Erickson Edizioni.

Contessa, G. (1996), *L'animazione. Manuale per animatori professionali e volontari*, Torino, Città Studi Edizioni, UTET.

Dartington, T., Menzies, L.I., Williams Polacco, G. (1992), *Bambini in ospedale. Una risposta della Tavistock Clinic*, Napoli, Liguori Editore.

Freud, A., Bergmann, T. (1994), *Bambini malati. Un contributo psicanalitico alla loro comprensione*, Torino, Boringheri.

Freud, S. (1990), *La psicoanalisi infantile*, Roma, Grandi Tascabili Economici Newton.

Kanizsa, S., Dosso, B. (1988), *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*, Roma, Meltemi.

Nucchi, M. (1995), *Aspetti psicologici del bambino in ospedale*, Milano, Edizioni Sorbona.

Robertson, J. (1980), *Bambini in ospedale*, Milano, Feltrinelli.

Le attività di animazione in ospedale: i riferimenti normativi

Marco Mannucci

Docente di Pedagogia e Filosofia nel Liceo pedagogico E. Montale di Pontedera e cultore di Pedagogia presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Firenze

Numerose sono le norme riguardanti il gioco e le attività di animazione nelle pediatrie degli ospedali, numerose ma spesso prive di riferimenti unici per tutto il territorio nazionale. Il presente saggio, senza avere la pretesa di essere esaustivo, intende fare il punto su alcuni riferimenti che possono aiutare gli operatori per sviluppare attività e processi di umanizzazione nelle strutture ospedaliere.

1. Le carte internazionali

Riferimenti imprescindibili per la realizzazione di attività di animazione negli ospedali pediatrici sono, senza dubbio, alcune carte internazionali. Naturalmente le carte dei diritti del fanciullo (dalla Dichiarazione internazionale dei diritti del fanciullo della Società delle Nazioni del 1924, alla Dichiarazione dei principi del 1959 delle Nazioni Unite) sono un elemento determinante ed in particolare la Convenzione sui diritti del fanciullo varata a New York nel 1989 dall'Assemblea delle Nazioni Unite. In questa carta si riconosce al bambino (art. 31) il diritto al gioco come diritto fondamentale; si può leggere, infatti: «Gli Stati parti riconoscono al fanciullo il diritto al riposo ed al tempo libero, di dedicarsi al gioco e ad attività ricreative proprie della sua età e di partecipare liberamente alla vita culturale ed artistica». È un diritto imprescindibile che deve essere riconosciuto anche nelle strutture ospedaliere.

A livello europeo due sono gli atti significativi che riguardano i diritti del bambino in ospedale; nel 1986, infatti, il Parlamento Europeo approvò una risoluzione nella quale venivano esplicitati una serie di principi e diritti, molto avanzati dal punto di vista culturale, ma che non hanno trovato seguito in ulteriori atti ed in ulteriori sviluppi. Alcuni di questi principi possono essere così riassunti:

«- diritto del bambino all'assistenza individuale, con ricorso quanto più possibile ampio ai medesimi infermieri e operatori per la cura e l'assistenza;

- diritto per i genitori o per la persona che ne fa le veci a un'adeguata assistenza e guida psicosociale da parte di personale specializzato;

- diritto ad essere seguito, durante tutto il ricovero ospedaliero, da personale appositamente preparato, in grado di rendersi conto delle necessità fisiche e psichiche dei bambini nelle varie fasce di età;

- diritto ad essere ricoverato con altri bambini, evitando il più possibile il ricovero con adulti;

- diritto di avere la possibilità d'insegnamento anche nel caso di ricovero parziale (day hospital) o di convalescenza nel proprio domicilio;

- diritto di usufruire durante la degenza di giocattoli adatti all'età, di libri e di audiovisivi» (Celesti-Peraldo-Visconti, 2005, p. 19).

L'altro documento particolarmente significativo a livello europeo è stata la cosiddetta "Carta di Leiden", redatta nel 1988 da un gruppo di associazioni di volontariato costituite nella EACH (European Association for Children in Hospital). In un punto di questa carta, particolarmente significativa, si può leggere: «Il bambino deve avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatta alla sua età e condizione ed essere ricoverato in un ambiente strutturato, arredato e fornito di personale adeguatamente preparato».

I documenti internazionali definiscono quindi importanti riconoscimenti per il bambino ospedalizzato, anche se spesso rimangono a livello di una raccomandazione o di una

dichiarazione d'intenti. Sulla scia di questi atti, in Italia è stata elaborata dall'Associazione Ospedali Pediatrici (www.aopi.it) una "Carta dei diritti del bambino in ospedale" che costituisce anche un tentativo di avviare delle procedure per la costruzione di un ospedale di qualità.

Nonostante questi atti manca però ancora una politica unitaria e delle leggi capaci di dare un indirizzo attuativo concreto a tutti i principi enunciati. A livello nazionale è allora interessante seguire le normative attuative riguardanti la scuola in ospedale, perché sono un segnale innovativo e tangibile di quanto definito nelle carte internazionali e perché si articolano in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, mentre a livello regionale sarà interessante fare un quadro delle principali leggi sull'umanizzazione delle strutture ospedaliere per poi concentrarci su alcuni aspetti particolarmente significativi e decisamente all'avanguardia: la legge sui clown della Regione Veneto e gli atti d'indirizzo sui clown in corsia della Regione Toscana.

2. La scuola in ospedale

La scuola in ospedale sicuramente fa da apripista e, per la sua caratteristica di essere presente su tutto il territorio nazionale, costituisce dal punto di vista normativo un riferimento a cui guardare.

Un punto di riferimento può essere, senza dubbio, la Circolare del Ministero della Pubblica Istruzione del 2/12/1986. È una circolare nata con lo scopo di fare una ricognizione delle numerose iniziative nate sul territorio nazionale per garantire ai bambini ospedalizzati il diritto all'istruzione.

L'inizio di questa circolare è incoraggiante:

«L'attività didattica rivolta ai bambini ricoverati nelle strutture ospedaliere riveste un

ruolo estremamente rilevante in quanto garantisce ai bambini malati il diritto all'istruzione e contribuisce al mantenimento o al recupero del loro equilibrio psicofisico».

Si riconosce, infatti, alla scuola un ruolo significativo anche nel recupero psicofisico del bambino e si riconosce al docente un ruolo importante, accanto alle figure sanitarie, nei processi di cura. Si legge, infatti:

«Si osserva che la figura dell'insegnante, ponendosi accanto alle tradizionali presenze ospedaliere, assume, nel rapporto interpersonale con gli alunni, una duplice funzione: rassicurante a livello psicologico e di sostegno e guida a livello educativo».

Si riconosce, inoltre, anche una specifica professionalità docente, sottolineando come

«risulta evidente che l'opera educativa rivolta ai bambini ospedalizzati richiede un'adeguata qualificazione professionale dei docenti, individuabile nell'approfondita preparazione psicopedagogica garante della padronanza di metodologie diversificate da utilizzare nella prassi didattica, nell'uso consapevole delle nuove tecnologie dell'informazione e dei sussidi didattici; in una specifica conoscenza dell'organizzazione ospedaliera, della vita di reparto e degli effetti, temporanei o definitivi, che alcune particolari patologie o terapie possono provocare sul processo di apprendimento».

Gli elementi professionali, segnalati da questa circolare di oltre vent'anni fa sono ancor oggi elementi fondamentali di professionalità per tutte quelle figure che operano in ambito ludico-educativo nelle strutture ospedaliere. Ma gli elementi di una professionalità emergono anche nella Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 la *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handi-*

cappate. All'art. 12 di questa legge e precisamente ai commi 9 e 10 si possono leggere dei riferimenti significativi per la scuola in ospedale. Al comma 9, infatti, si prevede per gli alunni in obbligo scolastico ricoverati per periodi superiori a 30 giorni di degenza, l'istituzione di classi ordinarie come sezioni staccate della scuola statale. Al comma 10, infine, si prevede la qualificazione del personale docente che dovrà operare nelle scuole in ospedale:

«Negli ospedali, nelle cliniche e nelle divisioni pediatriche gli obiettivi di cui al presente articolo possono essere perseguiti anche mediante l'utilizzazione di personale in possesso di specifica formazione psicopedagogica che abbia un'esperienza acquisita presso i nosocomi o segua un periodo di tirocinio di un anno sotto la guida di personale esperto».

Le circolari del Ministero della Pubblica Istruzione che seguono sono spesso dei riconoscimenti ad un'attività che di fatto è già sviluppata e ben articolata e servono a stabilire dei rapporti numerici tra alunni in ospedale e docenti (C.M. 80/93) o a definire strutture organizzative (scuole polo) in ogni Regione (C.M. 149/01). Dal nostro punto di vista, può essere interessante la C.M. 353/98 dove, oltre ad istituzionalizzare un diritto, come quello alla scuola in ospedale, si sottolinea l'importanza di una programmazione integrata dei docenti che operano in ospedale, una programmazione che vede la funzione docente come un elemento che deve relazionarsi con la struttura sanitaria complessiva e che «deve programmare interventi integrativi con operatori ospedalieri, operatori per attività ludiche e ricreative, volontariato». È l'idea che nella struttura ospedaliera ogni intervento, per divenire buona prassi e per poter garantire i diritti dei bambini ospedalizzati, deve essere integrato con gli altri e deve esse-

re programmato da un'equipe di persone e professionalità diverse.

3. Le norme regionali

La struttura regionalizzata della sanità in Italia ha dato origine a numerose normative regionali nelle quali è spesso difficile districarsi; riporto, come utile strumento di lavoro, la parte di una tabella (tab. 1) che indica i principali riferimenti normativi regionali in merito alla tutela dei diritti dei bambini in ospedale. Naturalmente le leggi regionali risultano ancora lontane dall'accogliere pienamente le indicazioni delle carte internazionali o nel riconoscere dignità a forme di animazione comunque presenti nelle principali strutture pediatriche. Il livello normativo vero e proprio è ancora lento nel recepire quello che di fatto viene però realizzato nell'ambito degli specifici piani sanitari o nell'ambito di progetti che collocano l'Italia all'avanguardia nel contesto europeo.

Molte di queste leggi regionali prevedono strutture ludiche e strutture educative e scolastiche nell'ambito delle pediatrie e prevedono uno stretto coordinamento con i volontari. Il vero e proprio salto normativo, nell'ambito delle forme di animazione in ambienti ospedalieri lo fa però una legge della Regione Veneto: è la L.R. n. 3 del 3/01/05, che detta disposizioni sulle terapie complementari (terapia del sorriso e pet therapy). È una norma innovativa almeno nel titolo. Per il resto non riesce a muoversi in coerenza con le più recenti ricerche nell'ambito della *terapia del sorriso* e rischia talvolta di sovrapporre dei piani di analisi e di riferimento.

Anzitutto la definizione dell'ambito. La legge si occupa di:

«a) terapia del sorriso, gelotologia o clown terapia la possibilità di utilizzare, attraverso l'opera

di personale medico, non medico e di volontari appositamente formati, il sorriso e il pensiero positivo in funzione terapeutica, in modo da integrare le cure medico-farmacologiche;

b) pet therapy le attività e pratiche terapeutiche effettuate in affiancamento alle terapie di medicina tradizionale, con impiego di animali».

Già in quest'inizio, soprattutto nella parte che riguarda i clown si nota una certa difficoltà ad individuare una specifica area d'intervento e un'incertezza nell'individuare l'attore, colui cioè che deve mettere in atto interventi di "terapia del sorriso". Più avanti le incertezze dell'art. 1 si ripetono come quando si arriva a definire all'art. 3 «l'introduzione [...] presso le strutture ospedaliere, dell'attività di gelotologia prioritariamente negli ambiti pediatrici, neurologici ed oncologici». La gelotologia è la scienza del sorriso che può essere utile per chi si avvicina alle attività di clownerie, ma l'introduzione della gelotologia nelle strutture ospedaliere risulta poco comprensibile. La legge della Regione Veneto resta comunque il primo tentativo, in Italia, di regolamentare e d'istituzionalizzare alcune attività di animazione nei reparti ospedalieri.

Ultimi due atti di questo breve excursus, entrambi della Regione Toscana, una Delibera della Giunta Regionale, la n. 459 del 21/03/05, e un Decreto Dirigenziale. Entrambi riguardano l'attività dei clown in corsia, entrambi si propongono come atti innovativi per l'intero panorama nazionale e non solo. La D.G.R. 459/05 definisce il ruolo del clown in corsia:

«Il servizio di "clown-in-corsia" consiste nell'attività, sostanzialmente sintesi tra circo e teatro, svolta da professionisti dello spettacolo e ha come obiettivo fondamentale quello di alleviare la degenza dei pazienti, ridurre lo stress da paura e da sofferenza, agevolare le terapie mediche, circoscrivere il dolore, con-

tribuire a migliorare la qualità della vita dei degenti favorendo la riduzione del fabbisogno di farmaci ed il raggiungimento del traguardo della guarigione».

Richiede inoltre che per lo svolgimento di tale attività vengano rispettati alcune caratteristiche fondamentali da parte degli operatori, in particolare

«la professionalità di coloro che svolgono attività di "clown-in-corsia"; il rispetto delle regole igienico-sanitarie nello svolgimento dell'attività; la continuità e la periodicità degli interventi; le regole relative all'accessibilità alle strutture di ricovero e all'uso dei servizi complementari».

Sono interessanti quest'ultime considerazioni perché riconoscono l'importanza di elementi professionalizzanti nelle figure che operano nei contesti ospedalieri (ad esempio un codice deontologico) e di elementi di continuità degli interventi.

Non soltanto, questa D.G.R. sembra allargare le attività di clown in corsia anche ad altre strutture sanitarie; afferma, infatti:

«Le aziende sanitarie sono impegnate ad assumere le opportune iniziative per la definizione delle condizioni e delle modalità per l'estensione del servizio di "clown-in-corsia" alle residenze assistenziali per disabili (RSD) e alle residenze per anziani non autosufficienti (RSA) delle aziende sanitarie stesse, o con esse convenzionate, e a promuovere la diffusione del servizio presso le strutture sanitarie private accreditate con il Servizio sanitario nazionale».

È senza dubbio un riconoscimento importante, il riconoscimento di un servizio nell'ambito del processo di umanizzazione delle strutture, di tutte le strutture, sanitarie.

Strettamente connesso a questa D.G.R. occorre considerare anche il Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 5403 del 12/11/07; è un decreto che inserisce nel repertorio dei profili professionali della Regione il "Tecnico qualificato nelle arti di clownerie nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie" (clown in corsia), ed è un significativo riconoscimento per una figura professionale che già opera e che, grazie all'istituzione della qualifica professionale, potrà vedere ampliate le sue possibilità d'intervento. È un riconoscimento

significativo che afferma la necessità di professionalità per tutte le figure che operano in modo continuativo negli ospedali e nelle strutture sanitarie.

Occorre che la normativa si evolva seguendo due linee di sviluppo: da un lato che sviluppi sempre di più il rispetto dei diritti dei bambini ammalati e dall'altro che sviluppi qualità delle strutture e professionalità degli operatori, elementi questi che si coniugano insieme per lo sviluppo di un reale processo di umanizzazione.

Tabella 1

Regione	Legge	Anno	Ricovero in spazi dedicati	Spazi gioco	Figure di supporto	Scuola in ospedale	Formazione specifica del personale
Abruzzo	n. 29 n. 35	1981 1990	No	Si	No	No	No
Basilicata	n. 6	1991	No	Si	Si	Si	No
Calabria	n. 11	1986	No	Si	No	si	No
Campania	n. 7 n. 37	1978 1979	No Si	No	No	No	No
Emilia Romagna	n. 24	1980	No	Si	No	No	No
Friuli V.G.	n. 23	1985	No	Si	Si	Si	No
Lazio	n. 39	1982	No	Si	Si	Si	Si
Liguria	n. 12	1980	No	No	Si	Si	No
Lombardia	n. 16 n. 48	1987 1988	Si	Si	Si	Si	Si
Marche	n. 23 n. 22	1992 1998	Si	Si	Si	Si	Si
Piemonte	n. 18	1980	No	Si	si	si	No
Puglia	n. 73 n. 22	1980 1995	Si	Si	Si	Si	No
Sardegna	n. 25	1983	No	Si	si	No	No
Sicilia	n. 7 n. 10	1991 2003	No	Si	Si	si	No Si
Toscana	n. 36	1983	No	Si	Si	Si	No
Trentino	n. 13	1982	Si	No	si	si	No
Umbria	n. 29 n. 27	1982 1987	No	Si	si	Si	No
Veneto	n. 7	1979	No	No	No	No	No

Nota: Il carattere minuscolo segnala il reperimento nel testo normativo di indicazioni vaghe, limitative o soltanto propositive di miglioramenti organizzativo-strutturali.

Fonte: Tabella ripresa parzialmente da Celesti-Peraldo-Visconti (2005, pp. 17-18).

Bibliografia

Celesti, L., Peraldo, M., Visconti, P., (2005), *La Carta dei diritti del bambino in ospedale. Manuale di accreditamento volontario*, Torino, Centro Scientifico Editore.

La realtà dei "clown dottori" in Italia

Roberto Flangini

alias dottor Collina senz'alberi, Presidente della Federazione Nazionale Clown Dottori, Coordinatore dei clown dottori dei Nasi rossi del dottor Jumba, Associazione L'aquilone di Iqbal APS di Cesena

Ormai da tempo, il clown è uscito dal circo e dal teatro per entrare in luoghi di azione a lui meno convenzionali, quali ad esempio le strutture socio-sanitarie, per favorire processi di umanizzazione e miglioramento della percezione e della qualità di vita all'interno delle suddette strutture, utilizzando con creatività le tecniche della clownerie, improvvisazione teatrale umoristica e comica, portando una risata, un sorriso, quella scintilla vitale che può aiutare anche le persone in condizioni di disagio psicofisico. È ormai ampiamente riscontrabile che le tecniche di animazione comica con cui i clown rendono i pazienti protagonisti attivi nella costruzione della propria gioia e serenità, contribuiscono a mettere i pazienti stessi nelle condizioni di affrontare con maggior efficacia situazioni di malessere, ridimensionare ansie e paure, trasformare in senso positivo anche le emozioni negative.

Nella sua azione morbida e rispettosa, il clown dottore si rivolge non solo ai degenti ma all'intera comunità che la struttura ospita (parenti, personale sanitario, volontari) elaborando le migliori strategie di comunicazione ed interazione, attraverso un ascolto attivo ed attento dei contesti e delle situazioni in cui opera. Non basta infatti mettersi il naso rosso per entrare in reparto e diventare clown dottori; per far bene, non sono sufficienti attitudini e capacità innate, nulla va lasciato all'improvvisazione e al caso. La preparazione deve essere necessariamente di tipo interdisciplinare, con continui aggiornamenti e allenamenti, poiché innumerevoli ed estremamente diversificate tra loro sono le situazioni emotive in cui il clown dottore si trova ad "inter-agire".

Nel 1991 partirono in Italia i primi progetti di clown dottori in ospedale. In Italia si contano più di venti tra associazioni e fondazioni, impegnate non solo sul fronte pediatrico, ma anche accanto a disabili, pazienti oncologici,

anziani. Durante la prima edizione del convegno *Clown dottori a Roma. Fondamenti e prospettive della comicoterapia*, il 22 e 23 ottobre 2004, vennero presentati i dati disponibili sulle associazioni di clown dottori presenti nel nostro paese, per misurarne la consistenza a livello nazionale.

Anche se l'ambito preponderante risultò essere quello pediatrico (30%; 11 associazioni coinvolte), seguono quello oncologico (20%; 5 associazioni), dei disabili (18%; 4 associazioni), quello geriatrico (3 associazioni) e psicologico (entrambi al 18%). La ricerca evidenziò anche le modalità di formazione dei clown: la maggioranza aveva seguito un apposito corso presso le associazioni, seguita da un'alta quota di diplomati e laureati. In media i clown svolgevano sei interventi settimanali, e ogni intervento implicava circa tre ore di assistenza.

Thomas Sydenham, autorevole medico del XVII secolo, era solito affermare che «l'arrivo di un buon clown esercita, sulla salute di una città, un'influenza benefica superiore a quella di venti asini carichi di medicinali» (Tringale, 1999).

Intorno agli anni Sessanta si sono iniziati per la prima volta a studiare da un punto di vista scientifico gli effetti della risata sullo stato psicofisico dell'uomo, portando alla creazione di interessanti esperienze in campo medico e paramedico. Nel 1986 venne ricoverato, per una forma di cancro, un clown del Big Apple Circus, un circo permanente, presso il Presbyterian Hospital di New York. A seguito di questo ricovero e alla conseguente perdita dell'amico clown, venne l'idea agli artisti del Big Apple Circus di creare dei momenti ricreativi per animare i bambini ricoverati nel reparto pediatrico specialistico. Fu così che Michael Christensen fondò la prima *Clown Care Unit* (unità di sostegno sanitaria di clown) che cominciò ad operare a New York, Boston, Los Angeles e San Francisco.

Sono stati creati circa 17 progetti negli ospedali pediatrici distribuiti su tutto il territorio americano con circa 90 clown operativi e oltre 200.000 bambini assistiti fino ad oggi. Un importante apporto al lavoro delle *Clown Care Unit* sono stati i finanziamenti elargiti dalla Garrett Smith Foundation, una fondazione nata in ricordo di un bambino scomparso a causa di un grave tumore.

I clown dottori sono spesso veri e propri clown, artisti di strada, attori o musicisti che dopo un'attenta selezione e formazione vengono inseriti negli ospedali dove, in collaborazione con il personale medico e paramedico, si attivano per alleviare l'ansia e la paura che attanaglia il bambino ricoverato e la sua famiglia. Ci sono anche i dottori clown che hanno tra i loro più estimati esponenti Patch Adams, un eccentrico medico che, dopo una durissima gavetta fatta di esperienze forti come il ricovero di sua volontà in un ospedale psichiatrico, decise di costruire la prima clinica del sorriso, l'Istituto Gesundheit in West Virginia, dove, oltre alle prestazioni mediche, viene praticata la terapia del sorriso come sostegno terapeutico.

La distinzione tra clown dottori e dottori clown è netta ed importante, poiché gli uni sdrammatizzano con l'arte circense e con la "terapia del buon umore" la paura, l'ansia delle pratiche terapeutiche e a volte l'abbandono in ospedale da parte dei familiari, mentre i dottori clown sono medici o paramedici che hanno un'esperienza lavorativa di stampo medico alle spalle.

Le finalità della "clown terapia", come viene definita dai clown dottori, è quella d'ironizzare sulle pratiche mediche al fine di sdrammatizzare certi stati di angoscia che possono assalire chi è malato e chi lo assiste, tutto questo per dare vigore all'aspetto della parte sana presente nel malato e per influenzare la parte malata ad accelerare i processi di guarigione.

Da tempo si sa che la forza dell'autosuggestione e la forza di volontà possono compiere sui malati veri e propri miracoli e così, spesso, accade che un bambino leucemico possa superare determinate crisi con l'aiuto dei clown dottori. Fisiologicamente, vari studi su patologie specifiche come la spondilite anchilosante hanno dimostrato che ci sono stati netti recuperi e guarigioni legati alla risata e al divertimento provocati da clown dottori o da film o quant'altro. Ciò è stato dimostrato con la rilevazione nel sangue di un aumento di betaendorfina complice del recupero fisico dei pazienti esaminati e sottoposti ad interventi di animazione.

Queste ricerche vengono condotte dagli anni Ottanta presso diverse università americane tra le quali vanno annoverate la Stanford University School of Medicine di San Francisco, che ha aperto il primo Istituto di gelontologia, l'Università dell'Oklahoma che ha istituito il primo corso di studi in humor therapy, l'Università dell'Ontario Occidentale (Canada), dove il prof. Rod Martin ha condotto diverse ricerche di reazione fisiologica di pazienti ospedalizzati alle attività di sostegno degli animatori di reparto, e tante altre realtà universitarie tra le quali ricordiamo università italiane come Bologna con il prof. Mario Farnè e l'Università di Roma con il prof. Vezio Ruggeri.

Ampia è la schiera dei nosocomi che, di giorno in giorno, stanno aprendosi ad esperienze di animazione nei reparti con interessanti collaborazioni ed integrazioni tra personale medico-curante ed animativo. A livello mondiale possiamo citare il Central Hospital di Città del Capo (Sud Africa), l'Auckland Hospital (Nuova Zelanda), l'Ospedale civico di Montala (Svezia), l'Ospedale civico di Birmingham (Gran Bretagna), Natanya presso il Mental Health Medical Center (Israele), Tuttlingen e Sallneck (Germania), Zurigo (Svizzera), Hong Kong (Cina).

È nata da pochi anni anche una rivista per chi pratica la "clown therapy" che si intitola: "Humor International. Journal of Humor Research". La "comicoterapia" si basa per la maggior parte su interventi di clown dottori nelle corsie di tutto il mondo con giochi che ricordano e sdrammatizzano le pratiche mediche o gli strumenti terapeutici, soprattutto quelli invasivi. Molte sono le associazioni e fondazioni operative con dette modalità in Europa e nel mondo, ma in particolare in Francia è molto attiva Le Rire Médicin con il gruppo dei dottori clown monsieur Giraffe che opera dal 1991, mentre dal 1993 è attiva in Svizzera la Fondazione Theodora grazie all'iniziativa dei fratelli André e Jean Poulie che crearono detta fondazione in memoria della madre scomparsa a causa di un tumore. Nel 1995 nacque il primo nucleo di clown dottori della Fondazione Theodora, chiamati dottor Sogni, a Milano presso il Niguarda, l'Istituto tumori, il Besta e poi successivamente si è ampliata negli ospedali del San Gerardo di Monza, Gaslini di Genova, Gemelli di Roma. La Fondazione Theodora negli ultimi cinque anni ha aperto unità di clown dottori in Sud Africa, Bielorussia, Brasile, Gran Bretagna, Hong Kong.

In Italia sono nate molte associazioni e cooperative che si sono dedicate alla pratica della "clown terapia" tra le quali ricordiamo, per anzianità, la Fondazione Aldo Garavaglia, con i dottor Sorriso, che opera dal 1996 a Milano, Como e Varese; l'Associazione Clown Aid presso l'Ospedale Meyer di Firenze, che è stata fondata nel 1997 da Vlad Olshansky, clown professionista e membro attivo della *Clown Care Unit* del Big Apple Circus di New York; l'Associazione Medicus Comicus di Bolzano nata nel 1998 che opera a Bolzano, Merano, Silandro, Bressanone, Vipiteno, Brunico e San Candido; l'Associazione Ridere per Vivere che opera a Roma presso il CPO (Cantro Paraplegici Ostia) dal 1999;

l'Associazione L'aquilone di Iqbal che con il progetto *La ludoteca del dott. Jumba* opera in Romagna negli ospedali di Cesena e Forlì dal novembre del 1999.

Importante il contributo di Clownone Italia, sezione di una ONG internazionale che fa capo a Patch Adams. Dal 2001 ad oggi si è verificato un boom di associazioni locali o regionali: Aglio e peperoncino nel Bresciano, Nasi rossi d'Abruzzo, la Compagnia del sorriso in Lombardia, il Naso in tasca in Piemonte, la Carovana dei sorrisi e Andrea Tudisco a Roma, Il piccolo principe e Aureliano Ancis in Veneto. L'elenco potrebbe risultare incompleto, poiché manca una ricerca più approfondita e mirata.

Ma la qualità di un clown dottore si fonda sulla sua formazione ed è così che importanti università italiane hanno avviato dei master per la formazione di detta figura. Nel 2005 presso l'Alma Mater Studiorum di Bologna, presso il Dipartimento di Psicologia e Scienze della Formazione, la prof.ssa Alessandra Farneti ha fatto partire il primo corso di alta formazione con 60 partecipanti divisi in due corsi: "Il clown al servizio della persona". A seguire presso il Dipartimento di Scienze della Formazione di Roma 3, la prof.ssa Bianca Spadolini ha fatto partire il primo master triennale in Italia per la formazione di 30 clown dottori specializzati.

Le associazioni, le fondazioni e cooperative che si occupano di "clown terapia" hanno creato nell'aprile 2003, in una località del lago di Garda, il primo tavolo di discussione per un disegno di legge che vedrebbe la figura dei clown dottori professionalizzata e riconosciuta da un punto di vista legale; ciò comporterebbe la creazione della figura dell'animatore di reparto che, come avviene già in molti Stati europei, integrerebbe l'animatore nello staff medico insieme ad altre figure già esistenti quali lo psicologo e il logopedista. Ma anche molte realtà associative e fonda-

zioni e cooperative hanno dato poi seguito a detti dibattiti e così 11 organizzazioni di clown dottori (alcune con esperienza decennale), che operano a livello nazionale ed internazionale in diverse realtà, hanno ora deciso di unire le forze, attraverso la condivisione di saperi, percorsi formativi e finalità, per fare ordine, chiarezza e compattezza tra le realtà che attraverso il naso rosso e un camice bianco-variopinto vogliono donare aiuto, speranza, fiducia ed allegria a chi soffre. Ulteriore scopo è che finalmente si riconosca la figura professionale del clown dottore nelle sue diverse espressioni, sia esso professionista che volontario. Il risultato di quest'unione è stato la costituzione della Federazione Nazionale dei Clown Dottori, che si pone lo scopo di migliorare la qualità ed il lavoro di questa figura professionale e di sollecitare il grande cambiamento di tipo culturale, già cominciato nelle corsie pediatriche di moltissimi ospedali, che deve ora ampliare il proprio percorso a livello nazionale ed internazionale per rivolgersi ad un'utenza composta sempre più ampia. Non più solo bambini, dunque, ma anche adolescenti, adulti, anziani e chiunque si trovi in situazione di disagio e sofferenza psicofisica affinché rimetta in gioco la propria parte sana e ritrovi la forza e la voglia di vivere e di guarire.

La Federazione Nazionale Clown Dottori ha la sua sede in Roma, in via Bricci n. 25 e raggruppa le seguenti associazioni, cooperative, fondazioni, federazioni: Associazione Andrea Tudisco ONLUS, Associazione L'aquilone di Iqbal APS, Associazione culturale Sogno Clown ONLUS, Associazione GAU (Gruppo di Azione Umanitaria), Associazione La Carovana dei Sorrisi, Associazione Will Clown Project, Federazione Nazionale Ridere per Vivere, Fondazione Theodora ONLUS, Il Cerchio del Sorriso, Il naso in tasca, Soccorso Clown Società cooperativa sociale ONLUS. Oggi la "clown terapia", o meglio i clown

dottori, presenti in sempre maggiori realtà ospedaliere italiane, sono diventati oggetto di dibattiti televisivi, come le serate del "Costanzo Show" su canale 5, reti Mediaset, o alcuni format di Rai 3 che si occupano di costume e società, che hanno reso necessaria una riflessione sul fenomeno per gli aspetti deontologici, formativi e di ricerca da parte delle cooperative, fondazioni ed associazioni che da più tempo conducono detto lavoro. In un dibattito televisivo tenutosi durante la trasmissione del "Costanzo Show" su canale 5, nell'aprile del 2003, il Ministro della Sanità italiana Sirchia dichiarò di voler fortemente appoggiare l'esperienza dei clown dottori nei reparti pediatrici italiani con una circolare ministeriale che favorisse l'inserimento di queste figure a sostegno dei bambini ricoverati.

In questa direzione l'Ospedale Meyer di Firenze con la Regione Toscana e con i contributi del Fondo Sociale Europeo, nel 1997, ha diplomato 16 clown dottori selezionati fra 50 iscritti accettati al corso di formazione che l'Associazione Clown Aid di Vlad Olashansky aveva promosso per il progetto *Clown in corsia*. Il panorama che si sta delineando per i clown dottori è quello di un ruolo da protagonisti a fianco dei medici nei trattamenti terapeutici all'avanguardia per migliorare la qualità della vita nella malattia e nell'ospedalizzazione.

Si sa comunque che, da un primo censimento svoltosi grazie al contributo di molte associazioni di clown dottori sul territorio nazionale, il numero dei clown dottori si aggira sui 2.450 operatori, volontari e professionisti, con una grande concentrazione nelle grandi città, ma soprattutto in regioni come Veneto, Toscana, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Marche, Liguria e in forma meno accentuata nelle altre regioni. Oggi nel Veneto con la L.R. n. 3 del 3/01/05 viene riconosciuto il clown dottore come figura profes-

sionale, per cui possono essere stanziati fondi per l'aggiornamento, e con il profilo n. 2801009 la Regione Toscana riconosce per prima il ruolo professionale del clown dottore con il Decreto n. 5403 del 12/11/2007.

La scuola in ospedale

Valentina Ferri
Educatrice professionale

Quando un bambino entra in ospedale si sente privato di tutto ciò che gli appartiene, si sente lontano dalle persone che ama, è costretto a vivere in un ambiente che non conosce a stretto contatto con sconosciuti ed è proprio a questi estranei che egli deve affidare la sua vita. Il bambino ricoverato dunque ha bisogno di trovare in reparto uno spazio che gli ricordi che esiste anche un "altro" mondo, il mondo che finora lo ha accolto e nel quale dovrà ritornare una volta guarito. La scuola rappresenta questo spazio, poiché è il luogo dove si intessono le prime relazioni sociali, è il luogo dello studio e dell'impegno, è il luogo dove il bambino costruisce la propria identità e nel quale si è ritagliato uno spazio personale al di fuori della costellazione familiare. Quest'opportunità non deve essere negata nemmeno ai ragazzi ospedalizzati, poiché anche all'interno di un reparto pediatrico è possibile costruire un servizio scolastico, che oltre ad offrire possibilità di studio, possa costituire un legame con l'esterno.

1. Perché si studia in ospedale?

La Costituzione italiana stabilisce che ogni cittadino italiano ha l'obbligo di studiare almeno per otto anni, corrispondenti alla scuola primaria e alla secondaria di primo grado. La Repubblica, riconoscendo il valore dell'istruzione, si impegna a garantire tale servizio a tutti rendendolo gratuito e facilmente accessibile. La scuola dunque non è solo un dovere da espletare, ma è anche un diritto che ci viene offerto per la nostra formazione personale. È infatti il luogo dove il bambino inizia a costruire la sua identità poiché per la prima volta si distacca dalle figure parentali ed è costretto a gestire i rapporti e le dinamiche creatosi in autonomia. Scrive Capurso (2001, p. 89):

«La finalità principale della scuola in ospedale è quella di mantenere viva e vivace l'identità del bambino, all'interno di un ambiente anonimo e spersonalizzante e in un contesto carico di angosce e paure quale è quello della malattia».

Il ricovero è per il piccolo malato un trauma, un momento di spersonalizzazione, che rende urgente azioni che tamponino gli effetti di un evento di tale portata. È per questo che le pediatrie italiane si stanno trasformando in luoghi più accoglienti e meno formali, dove si ripensano gli spazi non solo in funzione di logiche funzionali, ma anche in funzione dei fruitori di tali ambienti. Vengono allestite sale gioco, vengono ridipinti e decorati i corridoi, vengono costruite piccole biblioteche e vengono riservati spazi per le attività scolastiche. La scuola in ospedale è ormai una realtà ben consolidata rispetto ad altre forme di animazione e d'intrattenimento, sicuramente perché la necessità di offrire un'istruzione di base anche a bambini che per lungo tempo sono stati costretti in un letto di ospedale sorge proprio nei primi anni Settanta, quando si stanno muovendo i primi passi per "umanizzare" le pediatrie. Allora infatti i ricoveri di minori avevano una durata più lunga di adesso e i ragazzi dimessi dopo mesi, se non addirittura dopo un paio di anni, trovavano difficoltà a reinserirsi nella classe di appartenenza. Di conseguenza il numero di coloro che non accedeva ai gradi successivi aumentava, così come cresceva anche la percentuale di coloro che abbandonava del tutto la scuola dopo aver tentato di superare questi ostacoli. Queste considerazioni sono confermate da Fantone (2000, p. 52):

«Spesso i minori affetti da malattie croniche o costretti a lunghi e/o ripetuti ricoveri ospedalieri, se non sono adeguatamente assistiti anche nel campo dell'educazione e dell'istru-

zione, giungono ad un precoce abbandono degli studi, ma ancor più ad un livello culturale talmente basso rispetto a quello dei coetanei e così inadeguato alle richieste della società odierna da farne degli individui a rischio psico-sociale, specialmente per quel che riguarda il loro inserimento nel mondo del lavoro, con un conseguente elevato costo sociale».

Nacquero da queste urgenze le prime scuole ospedaliere, che avevano come obiettivo quello di facilitare il reinserimento degli alunni ormai guariti. Oggi le nuove tecnologie fanno sì che il raggiungimento di un tale scopo sia realizzabile più agevolmente, poiché permettono uno scambio diretto tra insegnanti che possono concordare un programma comune e personalizzato su ogni singolo degente, che a sua volta può comunicare con i compagni e con il maestro in maniera simultanea.

Trovare in ospedale un luogo di "normalità" è per il piccolo malato una rassicurazione: egli sente che si investe sul suo futuro, lo si prepara al ritorno alla sua vita di sempre, ci si occupa della sua parte sana, in un luogo in cui il focus di attenzione di tutti è invece la patologia. Studiare in ospedale non significa gravare il degente di un altro noioso peso e di obbligarlo a stare al passo con il programma scolastico, significa stimolare le potenzialità del bambino nel rispetto della sua malattia e dei vissuti emozionali legati da essa.

2. Com'è nata la scuola ospedaliera

La scuola in ospedale ha origini relativamente recenti in Italia ed infatti si può rilevare una Circolare Ministeriale del 1936 che autorizzava l'Associazione Educatori Italiana (AEI) a indagare sulla necessità delle istituzioni ospedaliere di docenti all'interno del proprio organico. La guerra però frenò ogni intento

legislativo e nel dopoguerra si sono dovute affrontare questioni che presentavano una maggiore priorità. Si dovranno attendere gli anni Sessanta, anni della diffusione delle ricerche sull'umanizzazione delle strutture sanitarie e anni di profondo cambiamento sociale, per constatare che progressivamente le istituzioni pubbliche si sostituiscono nella gestione delle attività scolastiche ospedaliere al volontariato. Nacquero così le prime sezioni di scuola speciale nei reparti pediatrici, affinché i minori ricoverati non incontrassero difficoltà nel momento della loro riammissione a scuola (Kanizsa-Luciano, 2006). Anche se gli ospedali e i reparti pediatrici nei periodi successivi si trasformeranno, nella prospettiva di rendere più gradevole la degenza ai bambini, le lacune legislative permarranno ancora per molto, fino agli anni Novanta, quando aumenta l'interesse per queste tematiche da parte della comunità scientifica, dell'opinione pubblica e delle istituzioni, che con la C.M. 353/98 hanno riconosciuto l'assoluta pariteticità della scuola ospedaliera rispetto a quella tradizionale. Tale documento si propone di far diventare la scuola in ospedale un vero servizio educativo e non soltanto un insieme di sporadici interventi che si basano sull'intuizione. Anche se non si può programmare in maniera sistematica l'intervento annuale, a causa dell'impossibilità di prevedere l'utenza, il servizio si deve fondare sulla flessibilità organizzativa, che permette di adattare ciò che si è progettato ad un determinato contesto. Non ci si deve poi rivolgere alla tipica classe, poiché una tale suddivisione sarebbe troppo rigida in ospedale, dove non si assicura una stabilità di allievi, quindi la modalità operativa migliore da adottare risulta essere quella del piccolo gruppo. Si invitano poi i docenti ospedalieri a mantenere contatti con gli istituti di provenienza e ad aggiornarsi sul funzionamento delle nuove tecnologie, indispensabili per permettere ai

piccoli degenti di conservare i contatti con i vecchi compagni. Dovrà poi calarsi in un'ottica di lavoro di rete, ancor più che nella scuola tradizionale, poiché in questo caso i collaboratori apparterranno anche a settori del tutto estranei a quello educativo: gli operatori sanitari hanno sicuramente competenze diverse, ma sono indispensabili per poter acquisire informazioni sul bambino e per poter comprendere com'è meglio agire con il singolo alunno; ma la cooperazione è necessaria anche con coloro che si occupano di attività ludiche e ricreative, portando avanti progetti comunitari che coinvolgano tutti i degenti. Scrivono a proposito della circolare Kanizsa e Luciano (ivi, p. 20):

«Oltre ad affermare che organizzare la scuola in ospedale significa riconoscere anche ai piccoli ricoverati il diritto-dovere all'istruzione, la circolare ministeriale assegnò correttamente alla scuola in ospedale la funzione di prevenire la dispersione e l'abbandono scolastico: tutti elementi all'ordine del giorno nel momento in cui il ricovero si prolunghi e a essere ricoverati siano bambini e ragazzi che frequentano le scuole medie o medie superiori».

Esistono poi due protocolli d'intesa: uno del 2000 sulla "Tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione e al mantenimento delle relazioni affettive e amicali dei cittadini di minore età malati" e l'altro del 2001 analogo al primo. Entrambe sottolineano dunque l'importanza della dimensione ludica da preservare anche nel contesto ospedaliero e per la prima volta riconoscono al bambino anche necessità sociali, quali la salvaguardia di legami amicali antecedenti al ricovero.

È nel primo documento che il Ministero della Pubblica Istruzione si riserva di garantire la continuità del servizio scolastico anche ai minori ricoverati e di formare in maniera adeguata i docenti operanti in queste realtà,

mentre il Ministero della Sanità, infine, si occuperà di offrire spazi adeguati affinché attività scolastiche e ricreative si possano svolgere al meglio anche nei reparti pediatrici. In realtà, però, non si fa riferimento a nessuna azione specifica e, leggendo il protocollo, si ha l'impressione che anche le istituzioni riconoscano ormai i bisogni peculiari dei bambini ospedalizzati, ma che questi principi espressi con i migliori propositi siano purtroppo ancora lontani dall'attuazione.

Il secondo documento riguarda invece il Ministero della Pubblica Istruzione, quello per i Beni e le Attività Culturali e quello della Sanità. Insieme propongono di favorire attività ludiche, ricreative e culturali all'interno delle strutture sanitarie pediatriche e di promuovere corsi formativi di aggiornamento per insegnanti ospedalieri, che dovranno occuparsi anche di progettare attività per i bambini ricoverati in day hospital. Si vogliono quindi incoraggiare tutte quelle occasioni nelle quali i piccoli degenti possono divenire fruitori di eventi culturali e artistici, anche all'interno dell'ospedale, sperimentando così, oltre a situazioni fuori dalla routine quotidiana, anche momenti formativi insostituibili per la loro forte valenza emotiva.

Anche la successiva C.M. 43/01 ribadisce che il servizio didattico deve divenire parte integrante del processo curativo, non solo perché risponde ad un diritto espresso dalla nostra Costituzione, ma anche per garantire il mantenimento dell'equilibrio psicofisico del bambino in situazione di ricovero. Il documento chiarifica poi i rapporti che devono intercorrere tra scuola ospedaliera e scuola di provenienza, mettendo in rilievo tutti quei compiti che competono alla seconda, ma che vengono di frequente delegati ad altri.

Esistono altre due circolari ministeriali sull'argomento (la C.M. 56/03 e la C.M. 108/07) che ancora una volta sottolineano le peculiari funzioni dell'insegnante ospedaliero e si

volgono anche alla nuova prospettiva dell'educazione domiciliare, anch'essa considerata un vero e proprio servizio scolastico. In questi ultimi anni infatti l'attenzione si è spostata sempre di più verso questa nuova forma d'istruzione, poiché i ricoveri si fanno sempre più brevi, ma una volta usciti dall'ospedale i piccoli malati sono costretti a restare a casa e per coloro che devono rimanerci per un periodo superiore ad un mese è stata prevista l'educazione domiciliare, che si propone con interventi personalizzati di far proseguire gli studi e di ridurre l'isolamento del paziente. Possiamo affermare che la scuola in ospedale è ormai una realtà consolidata nel nostro paese e anche la legislazione in materia sta divenendo sempre più attenta alle nuove esigenze del settore. È altrettanto vero che esistono ancora dei problemi insoluti, primo fra tutti la questione della scuola secondaria di secondo grado: è difficile assicurare un servizio di tal genere sia per il numero variabile degli studenti ricoverati di questa fascia d'età, sia per la grande varietà di indirizzi dei nostri istituti superiori (Iodice, 2001). Di solito si cerca di assicurare le materie di base e di ricorrere a prestazioni occasionali per quelle caratterizzanti. Il quadro globale è però molto eterogeneo ed inoltre le sperimentazioni in atto a tal proposito non sono poi numerosissime. Un intervento statale volto a normalizzare la situazione sarebbe indispensabile, perché al momento, anche se la scuola primaria e la secondaria di primo grado sono ormai realtà stabili all'interno degli ospedali, l'organizzazione della secondaria di secondo grado appare assai confusa.

3. Insegnare in ospedale

Insegnare in scuole ospedaliere non è diverso dall'insegnare in scuole di quartiere, poiché i contenuti culturali da trasmettere sono ana-

loghi. Cambia solo il setting in cui si svolge l'azione educativa e di conseguenza sono differenti anche i carichi emotivi degli alunni, che portano con sé il loro vissuto di malattia e le emozioni provate in relazione ad essa.

La formazione del docente ospedaliero deve essere quella tradizionale, ma deve tener conto della specifica realtà sanitaria e di tutte le problematiche ad essa connessa. L'insegnante che opera in tali contesti deve confrontarsi costantemente con la patologia, che non deve essere trascurata né per motivi pratici né per motivi psico-emotivi. Infatti egli deve modellare la didattica sulla classe che ha di fronte, che non è formata da bambini sani che seguono determinati ritmi di lavoro, ma è composta da piccoli degenti che subiscono terapie che possono causare sonnolenza, perdita di concentrazione ed altri effetti collaterali che devono essere tenuti in considerazione da chi è a stretto contatto con loro. Il docente inoltre può rappresentare per questi bambini un contenitore emotivo nel quale riversare le loro ansie e le loro paure e rielaborarle attraverso le attività espressive proposte. Scrivono Kanizsa e Luciano (2006, p. 39):

«Questo se da una parte è importante, perché, in un mare di difficoltà e incertezze, può dare effettivamente una prospettiva di uscita dalla malattia e rendere la scuola un'isola rassicurante perché conosciuta e legata alla vita "da sani", dall'altra, richiedendo all'alunno di rendere dal punto di vista cognitivo come se fosse sano, mentre sano non è, può negare nei fatti la realtà della malattia e non permettere al bambino o al ragazzo di esprimere il proprio disagio né di socializzare con gli altri pazienti, aspetto che risulta invece molto importante per l'accettazione di sé anche come malato».

Si devono offrire delle occasioni creative attraverso le quali poter esprimere i senti-

menti più nascosti affinché la scuola ospedaliera assuma anche un significato terapeutico imprescindibile. Sostiene a tal proposito Benini (2004, p. 75):

«L'insegnante ospedaliero deve affrontare, spesso in modo massiccio, situazioni di estremo disagio emozionale e quindi deve "fare i conti" con le proprie conoscenze, con le proprie capacità di lettura di sé, di relazione, in un ambiente che può essere anche scompenante se non ben analizzato e contenuto».

Egli si trova a dover gestire delle situazioni che non sono proprie della scuola tradizionale e una di esse è la presenza dei genitori, che rimanendo accanto al proprio figlio durante tutta la giornata in reparto spesso lo accompagnano anche nell'aula scolastica. A volte sono proprio loro a negare al figlio l'accesso alla scuola ospedaliera, che a differenza di quella normale non è obbligatoria, poiché ritengono che far assistere a delle lezioni un piccolo degente vorrebbe dire affaticarlo, fargli perdere tempo in un'attività superflua. Queste persone giudicano probabilmente solo attraverso la paura, che li porta a focalizzarsi solo sulla patologia del bambino e sui mezzi possibili per farlo guarire. Non capiscono, ma forse è più giusto dire che non sanno che la scuola ospedaliera assume oggi un ruolo importante anche nel processo terapeutico, proprio per tutte quelle considerazioni già esposte che fanno pensare che essa rappresenti per un ricoverato un modo per distrarsi, per socializzare con altri pazienti, per confessare i propri sentimenti a una persona emotivamente distaccata da ciò che sta accadendo e dunque in grado di offrire un aiuto più razionale.

Sono ancora una volta gli insegnanti coloro che devono cercare di mediare con le famiglie per far capire loro questa rinnovata valenza della scuola, che porta i suoi benefici non solo

nell'immediato, riuscendo a far sentire il ragazzo sereno e fiducioso, ma anche per il suo futuro, perché permette al degente di non interrompere il percorso scolastico.

I docenti dovrebbero essere specificatamente formati ad acquisire tali competenze, ma sebbene le circolari ministeriali sull'argomento si soffermino più volte sull'importanza di questo fattore, finora non sono state date indicazioni precise da seguire affinché questo principio sia attuato.

L'insegnante è poi costretto a lavorare con un numero variabile di bambini, di età e provenienza diverse, con gradi diversi di scolarizzazione e di conseguenza non è possibile programmare degli interventi specifici, ma anzi l'azione educativa deve essere improntata sulla flessibilità. Di giorno in giorno la classe cambia sia numericamente sia per altre caratteristiche e il maestro deve essere in grado di proporre attività adatte ad ogni situazione, tenendo presente la compresenza di bambini più grandi e più piccoli. Per questo la dimensione ludica dovrebbe essere sempre valorizzata e utilizzata per veicolare messaggi di altro tipo.

Ci sono poi i bambini costretti a letto, che dovrebbero essere seguiti individualmente oppure trasportati con la loro postazione nell'aula ospedaliera, che necessitano dunque di particolari spazi. Per questi casi non è stata trovata una soluzione univoca dalle aziende ospedaliere e spesso si tende a "dimenticare" queste situazioni fino a che un docente più sensibile o con più tempo a disposizione se ne farà carico occupandosene personalmente.

L'insegnante ospedaliero, infine, ha anche il compito di contattare la scuola di provenienza dell'alunno per concordare un programma comune da seguire. I docenti dovranno assumere una condotta comune per facilitare il futuro rientro del bambino nella classe di appartenenza. Potranno continuare a comunicare per aggiornare in itinere la situazione

ed inoltre potranno progettare delle occasioni in cui il piccolo degente possa a sua volta comunicare con i compagni oppure possa assistere alle lezioni a distanza in maniera virtuale. In questo modo l'isolamento del bambino nelle mura ospedaliere viene rotto per favorire il mantenimento dei legami con gli amici di sempre, che lo mantengono ancorato alla vita al di fuori dell'ospedale.

È più difficile pianificare incontri all'interno dei reparti tra il bambino e la propria scuola di appartenenza, sia per motivi igienico-sanitari sia per motivi logistici. Altrettanto complicata è la programmazione di spettacoli teatrali o di mostre d'arte all'interno del reparto, come suggeriva il Protocollo d'intesa del 2001, soprattutto per la mancanza di fondi necessari all'attuazione di questi eventi.

Le nuove tecnologie hanno influito positivamente sulla didattica ospedaliera poiché hanno ridotto la distanza tra il reparto e il mondo esterno. Le comunicazioni sono divenute più rapide e accessibili a tutti e uno scambio di e-mail tra il bambino ricoverato e la sua classe di appartenenza diviene un'iniziativa facilmente gestibile dall'insegnante, che potrebbe proporre al collega esterno anche la realizzazione di progetti comuni ai quali le due sezioni potrebbero collaborare. L'esito di queste attività potrebbe essere fruibile on line per permettere ad entrambe le classi di valutare il lavoro dei coetanei e confrontarlo con il proprio. Attraverso la teleselezione poi il piccolo degente ha anche la possibilità di seguire le lezioni del proprio maestro in tempo reale e le sperimentazioni in questo senso hanno dato esiti positivi, anche se non sono state molto numerose. Le difficoltà maggiori incontrate nella realizzazione di questi progetti hanno essenzialmente carattere economico, poiché entrambe le scuole dovrebbero avere a disposizione computer adeguati e personale competente.

Esistono anche dei programmi finanziati dall'Unione Europea che prevedono la collaborazione tra scuole ospedaliere di diversi paesi, come il progetto *Klini* di cui parla Lemineur (2001, p. 44) nel suo intervento al convegno internazionale sulla scuola in ospedale di Castel San Pietro Terme (Bologna). La collaborazione tra due scuole francesi, una tedesca, una italiana, una belga e una lussemburghese ha portato in questo caso alla creazione di un sito internet e di un giornalino che raccolga disegni e testi dei ragazzi ricoverati. Questo tipo di scambi hanno un'alta valenza educativa, poiché al di là del puro divertimento dato dal comunicare con dei coetanei che vivono così lontano, si permette ai bambini di utilizzare le lingue straniere studiate a scuola.

C'è il rischio che un abuso di strumenti informatici possa isolare ulteriormente il bambino, privandolo di relazioni umane e del piacere di stare con una persona in maniera reale, ma anche in questo caso il ruolo dell'adulto è essenziale per equilibrare gli interventi e non scadere nell'eccessivo uso di mezzi telematici.

L'insegnante ospedaliero, come ricorda la C.M. 353/98, deve lavorare a stretto contatto con altre professionalità, anche al di fuori dell'ambito educativo. Nella prospettiva della costituzione di una reale équipe curante, medici, infermieri, docenti, educatori, psicologi e volontari dovranno sentirsi parte integrante dello stesso programma di cura. Gli obiettivi dovranno essere comuni e se i mezzi per perseguirli saranno diversi non dovranno mai ostacolarsi tra loro, poiché non esiste un intervento più o meno importante, se non in casi di emergenza, e la centralità del bambino deve essere sempre considerata.

Nel 1988 si è poi tenuto a Lubiana il primo congresso di insegnanti ospedalieri europei su iniziativa del pediatra Pavle Kornhauser e in seguito a quest'incontro è nata l'organizza-

zione Hospital Organisation of Pedagogues in Europe (HOPE), che ha tenuto di lì in avanti numerosi congressi, seminari, giornate di lavoro affinché tutti gli operatori che svolgono quest'attività vengano maggiormente qualificati. Esiste poi una newsletter, alla pubblicazione della quale contribuiscono i vari membri, che comunicano costantemente tra di loro. Oltre ai paesi europei, anche l'Australia e la Nuova Zelanda ne fanno parte e almeno ogni due anni viene organizzata una conferenza che faccia incontrare tutti gli associati. Questo lavoro di rete è essenziale affinché venga raggiunta la finalità di base dell'associazione, che è quella di garantire a tutti i bambini ricoverati il diritto a ricevere un'istruzione adeguata: condividere esperienze diverse può aiutare a migliorare e a confrontarsi su diversi aspetti che connotano la difficile professione di questi docenti. Conoscere realtà differenti dalla propria può portare a comprendere come si può cambiare il proprio ambiente di lavoro, come si può fare a rendere gli interventi attuati più efficaci, e naturalmente si può anche imparare dagli errori altrui.

4. Alcuni modelli di scuola in ospedale in Italia

La realtà delle scuole in ospedale in Italia è molto variegata, poiché la politica delle aziende ospedaliere si differenzia da regione a regione, se non addirittura da provincia a provincia. Ciò dipende dalle diversità del bacino di utenza, poiché è evidente che un ospedale generico non può offrire gli stessi servizi per l'infanzia di una clinica pediatrica. Concorrono inoltre a questa disparità anche le risorse economiche a disposizione, che devono essere impiegate tenendo conto soprattutto delle urgenze sanitarie.

Esistono in Italia delle esperienze di scuola

ospedaliera, soprattutto primaria, di durata trentennale, come nei casi del Bambin Gesù di Roma e del Gaslini di Genova. In questi contesti le insegnanti che coordinano la didattica sono numerose e negli ultimi anni si sono moltiplicati gli scambi con altri servizi educativi ospedalieri e non grazie alle tecnologie informatiche. Gli alunni del Gaslini hanno contribuito alla creazione del gioco interattivo "Florindo" e realizzano il periodico on line "Un tuffo nella rete". Proprio in quest'ospedale gli insegnanti dei vari gradi scolastici (scuola dell'infanzia, primaria e elementare) indossano un camice di colore diverso per differenziarsi agli occhi dei piccoli degenti.

La situazione della scuola superiore di secondo grado anche in queste realtà più avanzate ha una natura precaria: viene offerta solo su richiesta attraverso la collaborazione stabile di uno o più insegnanti di un polo scolastico cittadino, proprio per andare incontro alle diverse esigenze dei pazienti.

Il computer è ormai una risorsa irrinunciabile poiché permette di comunicare con il mondo esterno attraverso un linguaggio che anche i più piccoli sentono familiare. La teleselezione è stata sperimentata con successo in diversi presidi ospedalieri e anche la pubblicazione di materiale sul web è abbastanza comune. Scrive Cipollone (2002, p. 17), descrivendo l'esperienza di teleselezione nel reparto di Oncologia dell'Ospedale Silvestrini di Perugia:

«L'inserimento del computer nei reparti pediatrici ha contribuito a migliorare le condizioni di vita dei bambini ospedalizzati riducendo gli effetti dell'isolamento totale. La realtà ospedaliera, soprattutto quella della scuola, è, infatti, uno dei settori più importanti di sperimentazione e di applicazione delle nuove tecnologie».

In Piemonte un buon lavoro di rete ha per-

messo di creare un Gruppo tecnico di lavoro regionale per la scuola in ospedale che coordinasse tutte le iniziative in questo campo. Un sito raccoglie tutte le esperienze in atto nella regione ed inoltre è stata pubblicata una guida informativa che, oltre ad illustrare la situazione piemontese, facesse anche capire il valore peculiare che la scuola assume in un simile contesto.

Capurso e Trappa (2005) descrivono inoltre varie iniziative già in atto nel nostro paese, che vedono la collaborazione di istituti scolastici e di istituzioni ospedaliere per far conoscere l'ospedale anche all'esterno. A Parma, ad esempio, sono state attuate due esperienze molto significative: *L'ospedale lo conosco anch'io*, rivolto ai bambini di scuola dell'infanzia e articolato intorno alla favola *Tilly, una farfalla speciale* e il progetto *CASPER*, rivolto ancora ai bambini della scuola dell'infanzia, che vengono intervistati sull'argomento da ragazzi di scuola secondaria di secondo grado. Viene introdotto anche "Conosciamo l'ospedale", un percorso di educazione alla salute attuato a Firenze per i bambini della scuola dell'obbligo, che prevede, oltre a varie "lezioni" sul tema, anche la proiezione del filmato *L'orsetto Judy viene ricoverato* e una visita guidata presso l'Ospedale pediatrico Meyer. Proprio in quest'istituto viene realizzato un giornalino, "Vi mando un bel ciao", che prevede la collaborazione dei piccoli ricoverati e gli alunni delle vicine scuole elementari, che lavorano su un tema comune e annualmente scrivono i loro commenti sull'argomento.

Anche al Bambin Gesù di Roma esiste un'iniziativa analoga: il giornalino "Ragazzi, Storie e... Fantasia!" è redatto due volte l'anno dai degenti, che hanno la possibilità di frequentare un laboratorio di lettura e di scrittura. Anche i genitori del laboratorio-sostegno "Ascolta chi parla..." possono intervenire con lettere e commenti. Ma l'aspetto più interes-

sante è la collaborazione tra gli Aquiloni in pigiama del Bambin Gesù con i Pesciolini rossi di Palidoro, le Rondinelle manzoniane di Catanzaro e i Fantafolletti di Torino: i corrispondenti dei bambini ricoverati sono allievi delle classi di scuola elementare di diverse città italiane che attraverso il progetto *Edelweiss* comunicano in maniera telematica e condividono con loro esperienze quotidiane, gite, racconti e filastrocche.

Questi progetti in comune tra piccoli malati e alunni di scuola elementare, da una parte riducono l'isolamento dei primi, facendo loro conoscere anche realtà diverse dalla scuola di provenienza e permettendo loro d'incontrare nuovi amici, e dall'altra permettono ai secondi di familiarizzare con l'ospedale e constatare che i bambini che sono costretti a viverci per un po' non sono poi tanto tristi e disperati. Sono testimonianze vere che hanno una valenza molto più forte di una semplice visita guidata o di un colloquio informativo. Non in ultimo, questi bambini possono esercitarsi a scrivere e a disegnare, ma anche ad usare il computer grazie alle e-mail scambiate con i compagni lontani.

5. Conclusioni

In un ospedale un bambino malato deve ovviamente trovare personale competente che riesca a farlo guarire ed è questa la prima finalità di un reparto pediatrico. Riconoscere la specificità dell'infanzia significa riconoscere il bambino nella sua totalità, di bambino sano e malato allo stesso tempo. Se nelle corsie si riescono ad assegnare degli spazi riservati al gioco e allo studio, si accolgono i piccoli pazienti rispettando il loro essere (Capurso, 2001).

Canevaro (1976) racconta la storia di Pollicino, che si perde in un bosco, lontano da casa e dalle persone che ama. Pollicino si

sente solo e impaurito, non sa che cosa fare, ma trova la forza di uscire da quella spaventosa situazione con l'aiuto di altri bimbi smarriti. Anche i piccoli degenti si trovano costretti a vivere in un "bosco" pieno di strani macchinari e persone mascherate, che non conoscono. Per la prima volta nella loro vita devono stare lontani da casa, senza capirne fino in fondo il motivo. La scuola è il punto d'incontro di tutti i "bambini smarriti" che proprio in quell'ambiente acquisiscono gli strumenti essenziali per ritornare finalmente a casa, per uscire da quel "bosco" senza paura, ma con una forza nuova che li spingerà a tornare alla vita di sempre più sereni e più cresciuti.

Bibliografia

- AA.VV. (1998), *Il bambino affetto da malattia tumorale e la sua famiglia*, Varese, Associazione Bianca Garavaglia.
- AA.VV. (2001), *La scuola fuori dalla scuola: la scuola in ospedale nel contesto europeo*, Seminario internazionale di studio e produzione, Atti e documenti, Castel San Pietro Terme (BO), 1-3 marzo.
- Benini, E. (2004), *Bambini in pigiama*, Roma, Edizioni Magi.
- Canevaro, A. (1976), *I bambini che si perdono nel bosco. Identità e linguaggi dell'infanzia*, Firenze, La Nuova Italia.
- Capurso, M. (a cura di) (2001), *Gioco e studio in ospedale*, Trento, Erickson Edizioni.
- Capurso, M., Trappa, M. (2005), *La casa delle punture. La paura dell'ospedale nell'immaginario del bambino*, Roma, Edizioni Magi.
- Cipollone, A. (2002), *Il bambino e la scuola in ospedale*, in "Vita dell'infanzia", n. 51, pp. 17-19.
- Dell'Antonio, A., Ponzio, E. (a cura di) (1982), *Bambini che vivono in ospedale*, Roma, Borla.
- Fantone, G. (2000), *Iniziative tendenti al miglioramento della qualità di vita nel bambino malato cronico e/o ospedalizzato*, in A. Ponzella, I. Pierucci, G. Di Vita (a cura di), *Il dolore del bambino: si può e si deve combattere*, Giornata di aggiornamento professionale, Sapri (SA), 27 maggio 2000, pp. 52-55.
- Filippazzi, G. (1997), *Un ospedale a misura di bambino*, Milano, Franco Angeli.
- Giudici, S. (2003), *Cara maestra: la scuola in ospedale*, in "Infermiere a Pavia", n. 5, pp. 11-16.
- Iodice, F. (2001), *Il punto di vista della scuola*, in AA.VV. (2001), pp. 16-19.
- Kanizsa, S. (1988), *L'ascolto del malato*, Milano, Guerini e Associati.
- Kanizsa, S. (1989), *Pedagogia ospedaliera. L'operatore sanitario e l'assistenza al malato*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- Kanizsa, S., Dosso, B. (2006), *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*, Roma, Meltemi.
- Kanizsa, S., Luciano, E. (2006), *La scuola in ospedale*, Roma, Carocci.
- Korczak, J. (1994), *Il diritto del bambino al rispetto*, Milano, Luni Editrice.
- Lemineur, C. (2001), *L'esperienza francese di scuola in ospedale*, in AA.VV. (2001), pp. 44-45.
- Ministero della Pubblica Istruzione (2001), *Diritto allo studio dei bambini malati*, in "Vita dell'infanzia", n. 4, pp. 61-64.
- Robertson, J. (1976), *Bambini in ospedale*, Milano, Feltrinelli.

La ludoteca e il gioco in ospedale

Nicolò Muciaccia

Coordinatore della ludoteca della Cooperativa Arca presso l'Ospedale Meyer di Firenze

L'importanza assegnata alla possibilità per il bambino malato di poter usufruire di attività ludiche in ospedale è cresciuta di pari passo alla considerazione del bambino come persona e in quanto tale portatore di un'identità propria e di bisogni ed esigenze specifiche. È per questo che negli ultimi decenni gli interventi di carattere ludico-educativo hanno assunto progressivamente una notevole funzione nell'ambito dell'assistenza pediatrica ospedaliera e sono stati inseriti all'interno dei vari presidi pediatrici, unitamente ad altre importanti azioni quali la promozione di un'adeguata presenza materna, con la finalità di ridurre il disagio legato alla situazione di malattia e ospedalizzazione e di prevenire gli eventuali disturbi psicologici che tale situazione può far insorgere. Tuttavia, nonostante il loro apporto nel campo dell'accoglienza e del sostegno sia evidente e affermato da bambini, genitori, personale sanitario e quanti altri partecipano alla cura del bambino che si ammala, si stenta ancor oggi ad assegnare loro un significato definito e ad individuare in essi un'identità educativa precisa.

Anche se in alcuni dei nostri ospedali si sta superando la visione del gioco come attività generica, funzionale all'ospedalizzazione del bambino in quanto distrattiva o al più utile allo scarico delle tensioni accumulate, non siamo ancora giunti all'individuazione di modelli di riferimento condivisi che riconoscano al gioco la ricchezza delle sue funzioni e permettano al bambino di poterne usufruire adeguatamente. A riprova di ciò è la grande disomogeneità presente tra gli ospedali e i reparti pediatrici italiani relativa agli spazi e ai programmi d'intervento dedicati al sostegno del bambino in cura e della sua famiglia, alla grande varietà di figure volontarie e professionali che si occupano del settore, all'assenza di profili educativi propri. Solo di recente l'aumentata disponibilità del personale sanitario a considerare il bambino

malato nella sua globalità, una sua maggior apertura al lavoro interdisciplinare e la rinnovata attenzione posta dalla società nel suo complesso al rispetto dei diritti dei bambini stanno portando ad un approfondimento della funzione dell'attività ludica e delle modalità di organizzarla e svilupparla in ambito pediatrico.

In questo nuovo quadro la riflessione sulle esperienze maturate nel campo del gioco e dell'animazione in ospedale, durante il cammino di progressivo riconoscimento del diritto del bambino malato alla continuità dei suoi processi di crescita e al rispetto della sua dimensione psicologica e sociale, acquista un valore fondamentale per individuare una serie di fattori in grado d'innalzare la qualità del soggiorno in ospedale del bambino e dunque da proporre e promuovere in tutte le realtà pediatriche. Come contributo a tale riflessione in questo breve testo si cercheranno di esporre i punti fondamentali sui quali si basa e si sviluppa l'attuale intervento di animazione all'interno dell'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze, frutto di un percorso portato avanti dagli educatori della Cooperativa Arca da ormai quasi trent'anni.

1. Origini e sviluppo dell'intervento

La nascita del nostro intervento, come quella di molte altre esperienze simili nel nostro paese, è corrisposta all'inizio del cosiddetto "processo di umanizzazione" degli ospedali pediatrici, che portò all'apertura dei luoghi di cura alle famiglie e al conseguente cambiamento della modalità di ospedalizzazione del bambino. Tale cambiamento in Italia si verificò tra la fine degli anni Settanta e l'inizio degli anni Ottanta sulla spinta del recepimento e della diffusione delle ricerche fatte da Robertson, quasi vent'anni prima, sulla condizione che vivevano i bambini ospedalizzati.

L'ospedale cessava di essere un'istituzione chiusa all'interno della quale veniva confinato il piccolo paziente e a cui veniva delegato l'intero compito della sua guarigione e cominciava a prendere in considerazione anche i bisogni di continuità affettiva ed educativa dei bambini che ospitava. In questa rinnovata ottica, oltre alla promozione di un'adeguata presenza materna, si andava delineando come aspetto fondamentale da privilegiare, per tentare di contrastare efficacemente gli effetti negativi della malattia e dell'ospedalizzazione, la possibilità per il piccolo paziente di non interrompere quelle normali attività, fra cui il gioco, che appartengono alla sua esperienza di vita quotidiana.

L'Ospedale Meyer e molte altre strutture pediatriche, cominciarono così a sperimentare al loro interno la presenza di interventi di gioco e di animazione, inizialmente caratterizzati dalla limitatezza, dalla settorialità, dalla precarietà e talvolta dalla discontinuità, ma che lentamente hanno saputo inserirsi e diventare parte integrante del modello assistenziale offerto. I nostri primi interventi si svolgevano solo in alcuni reparti, quelli che ospitavano bambini lungodegenti con malattie gravi e croniche, ed erano attivati da richieste specifiche dei primari che li dirigevano. Le convenzioni che li regolavano erano di breve durata e spesso dovevano la loro sopravvivenza alle risorse messe a disposizione direttamente dalle associazioni dei genitori dei bambini che seguivamo.

Gli elementi fondamentali su cui si basavano erano:

- la valutazione dello spazio assegnato all'attività ludica come spazio creativo nel quale il bambino potesse esprimersi liberamente e avere la possibilità di esteriorizzare ed elaborare quanto stesse vivendo;
- la continuità del rapporto bambino-educatore

in modo tale da creare un legame di familiarità all'interno del quale il bambino potesse comunicare i suoi contenuti profondi, sicuro che il suo stato emotivo fosse accolto;

- un forte supporto ai genitori mediante una costante attenzione alla relazione del bambino con essi;
- l'apporto al miglioramento della comunicazione nei reparti, avvicinando per mezzo delle attività di gioco e dei loro prodotti il personale sanitario ai bambini e ai genitori e viceversa;
- Il confronto con medici ed infermieri sui bambini seguiti e gli interventi effettuati.

Queste caratteristiche, come vedremo in seguito, sono rimaste parte integrante del progetto educativo portato avanti tuttora. Quello che è cambiato è il contesto. Da un po' di anni le nostre attività oltre a svolgersi all'interno dei reparti hanno trovato altri luoghi di attuazione e dunque hanno abbandonato quell'ambito quasi claustrofobico in cui erano costrette, e l'ospedale nel suo complesso è diventato una struttura aperta alle visite di bambini non malati (fratelli, amici, compagni di scuola) e all'accoglimento di sollecitazioni e iniziative provenienti dal territorio. Inoltre è cresciuto il dialogo tra le varie istituzioni, associazioni e figure professionali che si occupano del sostegno e dell'accoglienza del bambino malato e della sua famiglia e sono stati individuati momenti di riflessione comuni e di collaborazione.

Gli eventi che fondamentalmente diedero vita a questa nuova realtà e permisero al nostro intervento di acquisire un respiro più ampio e una dimensione meno precaria sostanzialmente furono due e si manifestarono quasi contemporaneamente: l'emanazione della Legge 285/97, *Disposizioni per la promozione*

di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza e la prospettiva della costruzione del nuovo polo pediatrico fiorentino. L'una inaugurava un nuovo corso per le politiche rivolte all'infanzia e all'adolescenza, promuovendo una visione dell'infanzia diversa da quella fino allora vigente, che riconosceva il bambino non solo come soggetto bisognoso di protezione ma anche come soggetto sociale autonomo e in possesso di diritti ai quali la società e le istituzioni erano tenuti a rispondere con azioni concrete. L'altro creava all'interno della struttura ospedaliera un clima d'innovazione e un'irripetibile occasione di cambiamento.

Nel quadro generale creato dalla legge e dagli orientamenti elaborati per la realizzazione del nuovo ospedale, lo spirito con il quale erano state affrontate sino allora le problematiche legate alle condizioni dei bambini ospedalizzati mutava decisamente. I loro bisogni cessavano di essere solo un problema di chi incappava nell'esperienza di malattia e rientravano nel più generale quadro del rispetto dei diritti dei bambini. Inoltre, per la prima volta, i bambini si configuravano come interlocutori attivi in grado di partecipare ai processi decisionali della comunità. La legge, inoltre, al di là di prevedere finanziamenti anche nello specifico settore del sostegno al bambino ospedalizzato, forniva e promuoveva soprattutto una metodologia di lavoro basata sulla condivisione dei progetti da attuare tra i vari soggetti istituzionali e del privato sociale in modo tale da sviluppare una forte integrazione nelle azioni portate avanti da ciascuno di essi.

In relazione a tali novità il primo atto effettuato per la realizzazione del nuovo ospedale fu lo svolgimento del convegno *I bambini non sono pazienti. L'ospedale dei bambini* che l'Azienda ospedaliera Meyer organizzò insieme al Comune di Firenze e alla Fondazione Michelucci al fine appunto di porre in primo

piano la centralità delle esigenze del bambino nella progettazione dell'edificio ospedaliero e che quest'ultimo fosse inserito in una complessiva strategia urbana di rinnovata attenzione all'infanzia. Come si evince dal titolo nel convegno veniva messo in grande rilievo il protagonismo dei bambini e una parte importante dei lavori fu dedicata a rendere noti i loro pensieri sulle esperienze di malattia e di ospedalizzazione, riportando il materiale raccolto sia in ospedale, tra chi la malattia la stava vivendo, sia fuori dell'ospedale, all'interno di laboratori organizzati nelle scuole del territorio fiorentino.

L'impegno preso allora dall'amministrazione dell'ospedale ad accogliere e a tenere ben presenti le indicazioni raccolte in quell'occasione si sta concretizzando in questi mesi con la progressiva apertura della nuova struttura ospedaliera che, perlomeno a livello strutturale, pare dare risposte estremamente innovative ed efficaci a molte delle cose che erano state segnalate come cause di disagio, o come nuove opportunità da introdurre, da parte dei bambini. Ma è importante sottolineare che le riflessioni emerse dal convegno innescarono un processo di profondo rinnovamento anche nella vecchia struttura, capace di porre il tema dell'accoglienza e del rispetto della dimensione psicorelazionale dei bambini e dei loro genitori in primo piano e d'imprimere una nuova accelerazione a quel processo di umanizzazione iniziato, come abbiamo detto, negli anni Settanta-Ottanta.

Il risultato fin qui raggiunto era stato quello di attuare il passaggio da una visione del bambino malato come "oggetto" da curare a soggetto in difficoltà bisognoso di protezione e attenzioni specifiche da parte del personale curante. Si trattava adesso di arrivare a considerarlo pienamente come persona e in quanto tale renderlo partecipe e alleato nel percorso terapeutico. L'Ospedale Meyer di lì a poco s'impegnò insieme ad altri ospedali

pediatrici italiani in un corposo lavoro diretto alla definizione di una specifica "Carta dei diritti del bambino in ospedale" e di un manuale di accreditamento che desse la possibilità ai presidi sanitari aderenti di passare rapidamente dalla condivisione a livello di principio di quanto enunciato nella carta alla fase operativa.

Dalla carta esce un'immagine di bambino competente e capace d'interagire con chi si occupa della sua cura (una buona parte del testo, infatti, tratta il tema della comunicazione personale sanitario-bambino), un bambino che prende voce e reclama il rispetto della sua dimensione individuale e della sua identità. Tale immagine ha innescato nel nostro ospedale, come negli altri ospedali che hanno sottoscritto la carta, l'obbligo di riconsiderare tutta una serie di comportamenti procedendo ad un'opera di aggiornamento e a una riorganizzazione del modello assistenziale offerto.

Per quanto riguarda il nostro specifico settore, i primi atti prodotti furono un'opera di pianificazione e arricchimento dei vari interventi esistenti nell'ambito del sostegno ai bambini in cura e dei loro genitori e l'elaborazione di un programma relativo all'accoglienza e al miglioramento della qualità del soggiorno del bambino e della sua famiglia, che rispondesse a criteri di condivisione ed omogeneità e che fosse rivolto all'intero complesso ospedaliero. Di dirigere quest'opera si occupò la neonata Fondazione Meyer, costituita con la funzione di creare un ponte tra l'ospedale e la società civile e i cui compiti andavano dalla promozione del progetto del nuovo ospedale alla raccolta di contributi, in termini di risorse finanziarie e progettualità, per il miglioramento dell'assistenza prestata nel campo medico e nel campo dell'umanizzazione delle cure.

La valorizzazione delle funzioni del gioco e l'aumento di attività capaci di stimolare il

bambino alla comunicazione e alla partecipazione furono accolti come fattori fondamentali da promuovere e il potenziamento della ludoteca e degli altri ambiti di gioco, a livello sia d'incremento ed adeguatezza degli spazi loro dedicati sia in termini di rafforzamento degli interventi ludici e di animazione offerti, sono state le strade intraprese per sostenerli. L'ospedale fu dotato di una nuova ludoteca, questa volta non ricavata da spazi faticosamente strappati alle attività sanitarie, ma appositamente realizzata secondo un progetto che teneva conto degli obiettivi che doveva conseguire. Furono allestiti altri spazi gioco, sempre secondo la stessa logica. Furono ripensati i luoghi dell'attesa e della degenza in modo tale che risultassero meno ansiogeni per il bambino e definita un'area di accoglienza. Infine si pose mano, riorganizzando le risorse a disposizione, ad un piano di redistribuzione degli interventi di gioco e di sostegno, in maniera tale che ne potessero usufruire tutti i bambini in cura (sia quelli ricoverati, che quelli in day hospital, in visita o afferenti al pronto soccorso o ad altri servizi diagnostici).

In tale riorganizzazione la nuova ludoteca acquistava un ruolo centrale e si poneva i seguenti compiti:

- fornire ai bambini delle diverse fasce d'età, provenienza, condizione fisica, psichica, sociale l'opportunità di poter frequentare e condividere luoghi d'incontro e di gioco appositamente progettati e a loro dedicati dove potessero vivere esperienze autodeterminate e gratificanti;

- agire come sede progettuale e attuativa di un sistema d'irradiazione di attività ludiche e creative da diramarsi e svolgersi negli spazi gioco presenti nelle varie aree della struttura ospedaliera e direttamente nelle stanze di degenza;

- svolgere una funzione di collegamento tra i bambini in cura e il mondo esterno, offrendosi come spazio nel quale i bambini ricoverati potessero ricevere serenamente le visite di fratelli, amici, compagni di scuola e familiari e accogliendo e sviluppando occasioni d'incontro con i bambini delle scuole e delle altre realtà infantili del territorio;

- rappresentare un punto di riferimento per i vari operatori presenti nel campo ludico-educativo e per le varie figure sanitarie e socio-assistenziali e stimolare e accogliere situazioni di confronto e collaborazione;

- sviluppare iniziative con le altre realtà ospedaliere e con le istituzioni rivolte all'infanzia per promuovere e diffondere il rispetto dei diritti dei bambini e l'adeguamento dei presidi pediatrici a quanto enunciato da questi.

Un luogo, insomma, capace di evidenziarsi come una forte presenza all'interno dell'ospedale e simboleggiare la riappropriazione da parte del bambino di una sua dimensione personale e naturale. Uno spazio dedicato a tutti i bambini, sorretto da un progetto educativo capace d'integrarsi con i vari aspetti della realtà sanitaria e in costante dialogo con la città e le agenzie educative del territorio.

2. La ludoteca e gli interventi di animazione: spazi d'incontro e gioco per tutti i bambini e ragazzi in cura

Gli spazi del gioco

I luoghi e gli ambienti che si rivolgono all'infanzia devono tener conto dei bisogni e delle competenze dei bambini ed offrire elementi e occasioni per soddisfarli. I bambini hanno con lo spazio un legame percettivo, affettivo ed

emotivo. Anche l'ospedale deve tener conto di queste loro modalità di rapporto con il mondo e non deve trascurare quelle caratteristiche dello spazio che siano capaci di dialogare con i bambini e contribuire a generare in loro vissuti di fiducia.

Uno spazio "buono" per il bambino deve corrispondere al bisogno di sicurezza, di affettività – forte nei primi anni di vita, ma che generalmente in caso di malattia si riattiva anche in età maggiori con la stessa intensità – che trova conferma in sensazioni di accoglienza e d'intimità e nella possibilità di essere in relazione con adulti disponibili e con coetanei. Il senso dell'accoglienza di un ambiente deve manifestarsi già ad un primo impatto e dunque il bambino già dal suo ingresso in ospedale deve avere la possibilità di trovare tracce che richiamino le sue esperienze quotidiane e gli ambienti familiari e d'incontrare situazioni che lo facciano sentire a proprio agio.

È seguendo questi principi (Galardini, 2003) che abbiamo organizzato la ludoteca dell'ospedale e cercato d'intervenire anche su altri spazi della struttura nei quali i bambini potessero giocare. La ludoteca dell'Ospedale pediatrico Meyer è uno spazio di gioco e d'incontro aperto a tutti i bambini e ragazzi, sia a chi giunge in ospedale per visite e controlli sia a coloro che vengono ricoverati e dunque passano al suo interno il periodo necessario per guarire.

Vi sono però anche tanti bambini e ragazzi che per varie ragioni di carattere medico, e talvolta per le difficoltà di carattere psicologico che la malattia può comportare, non possono o non se la sentono di usufruire di tale spazio. Per questo motivo giornalmente vengono svolte attività ludico-espressive, in continuità con quelle svolte in ludoteca, nei reparti che ospitano bambini e ragazzi in condizioni particolari e periodicamente in tutti gli altri reparti. La ludoteca è facilmente rag-

giungibile da qualsiasi punto dell'ospedale. In ogni reparto e servizio è affisso un cartello che ne segnala gli orari di apertura ed eventuali appuntamenti del giorno.

In ludoteca possono venire a giocare e a partecipare alle varie iniziative che si svolgono al suo interno anche i fratelli, i familiari e gli amici in visita. La ludoteca è aperta dal lunedì al venerdì dalle 8:15 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:15; il sabato dalle 8:15 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 16:15.

La ludoteca è un ambiente progettato e realizzato appositamente per cercare di venire incontro alle esigenze di gioco e di espressione di bambini e ragazzi di varie età.

Ci si può venire:

- per giocare da soli o insieme agli animatori, col babbo, con la mamma, con fratelli e amici e soprattutto con gli altri bambini e ragazzi in cura;

- per dipingere, costruire burattini, maschere e pupazzi, creare oggetti di DAS, pasticciare con acqua, farina, colla, carta di giornale ecc.;

- per partecipare ai tanti laboratori creativi, spettacoli e feste che vengono organizzati al suo interno;

- per collegarsi alla rete, consultare siti web, spedire e ricevere posta via internet;

- per prendere in prestito giochi, giocattoli, libri e film e portarli nella propria camera.

La stretta collaborazione con il personale sanitario permette un accesso facilitato ai bambini e ai ragazzi liberi da incombenze terapeutiche o in attesa di visite ed esami ed una loro immediata reperibilità nell'evenienza che per qualsiasi motivo dovessero essere chiamati in reparto o nei vari presidi medici e diagnostici.

Il gruppo di lavoro e le modalità d'intervento

Il personale impiegato è composto da sei educatori professionali con specifica formazione nel campo del sostegno al bambino e al ragazzo malato. I loro interventi sono regolati da una specifica convenzione stipulata tra la Fondazione Meyer e la Cooperativa Arca e sono supportati da attività di aggiornamento e supervisione promosse dagli stessi enti.

Gli educatori operano, come abbiamo detto, in stretta collaborazione con gli infermieri e i medici dei vari reparti e con le numerose figure educative e di sostegno presenti in ospedale. A questo scopo intervengono a periodiche riunioni interdisciplinari con il personale sanitario, socio-educativo, scolastico e volontario. Inoltre partecipano alla gestione di numerose iniziative sostenute e dirette dalla Fondazione Meyer al fine di creare una fitta rete di scambi tra ospedale e cittadinanza.

La loro metodologia d'intervento è basata:

- sulla consapevolezza degli effetti che la malattia (specie se grave e di lunga durata) può avere sul bambino e sulle reazioni che possono provocare il ricovero in ospedale, le pratiche mediche, il mutamento del clima familiare che l'insorgenza della malattia comporta;

- sulla conoscenza dell'organizzazione della struttura di cura e del modello assistenziale che presta;

- sulla cognizione del valore fondamentale che riveste il gioco nella crescita del bambino e sull'importanza che possa essere praticato anche in condizioni di ospedalizzazione;

- su un atteggiamento di fiducia "pedagogica" nel valore del gioco (Staccioli, 1998), per la ricchezza delle sue funzioni sul piano

motorio, relazionale, cognitivo, affettivo e per la sua particolare specificità che lo rende al tempo stesso azione reale ed esperienza parallela al reale;

- sulla disposizione a saper accogliere il gioco del bambino, ma anche a saper stimolare le sue capacità espressive, creative e comunicative attraverso attività ludiche intenzionalmente proposte;

- sulla costante attenzione rivolta agli aspetti relazionali relativi ai loro interventi con i bambini (applicando ed accrescendo le proprie capacità di comunicazione, di ascolto, di osservazione); con i genitori e i familiari (mettendo in atto atteggiamenti di fiducia, di comprensione, di sostegno, di stima capaci di agire positivamente sul disequilibrio che la malattia per lo più comporta nel preesistente rapporto genitore-figlio); con il personale medico ed infermieristico e con le altre figure educative e di sostegno presenti (sviluppando con loro momenti di confronto e di collaborazione tesi ad una miglior conoscenza e comprensione della situazione e delle problematiche del bambino e al potenziamento del patto di alleanza terapeutica fra questi e il personale curante);

- sulla cura del contesto e degli ambienti dove si svolgono le attività ludiche;

- sull'imprescindibilità del lavoro di gruppo (che trova riscontro nella condivisione dei presupposti e degli obiettivi degli interventi svolti e nella progettazione e valutazione comune dell'agire quotidiano);

- sull'importanza dell'osservazione e della documentazione delle esperienze svolte con i bambini (che si attua mediante la redazione di diari delle attività, momenti di discussione e di riflessione all'interno del gruppo degli

operatori, l'esposizione delle opere fatte dai bambini all'interno dell'ospedale).

3. Le caratteristiche del gioco

Il gioco rappresenta un fattore fondamentale per la continuità dello sviluppo del bambino e dunque è importante che egli possa usufruirne sempre. Se consideriamo, inoltre, che esso è comunemente un mezzo che il bambino utilizza per accettare esperienze emotivamente troppo traumatizzanti per essere rielaborate e assimilate in tempi brevi, la sua pratica assume delle valenze particolari in ospedale. La ripetizione ludica di un'esperienza traumatica permette al bambino di riattualizzarla e riaffrontarla, consentendogli così di passare dalla passività all'attività. Ogni pratica di gioco che comporti una certa intensità emozionale assolve a questa funzione e sono diversi i modi con cui ciò si può realizzare: per esempio attraverso un cambiamento di ruolo, per cui il bambino che nella realtà occupava il ruolo di chi subisce o di chi osserva con angoscia, nel gioco diventa aggressore, o con il cambiamento dell'esito di una situazione, dando un lieto fine ad un episodio che nella vita reale aveva avuto un esito spiacevole. I problemi emotivi trasposti nel gioco acquistano una nuova concretezza e nello stesso tempo una sorta di distacco e vengono resi meno ansiogeni e pressanti (Peller, 1954).

Nel gioco le fantasie non sono solo immaginate, ma vengono anche drammatizzate. Compiendo tale operazione il bambino ne diventa consapevole. L'attività ludica consente dunque d'imparare che, quando si cerca di conseguire uno scopo, bisogna tener presente contemporaneamente dei desideri, delle capacità e anche della realtà. Il bambino giocando impara perciò ad essere utile a se stesso e al suo mondo riconciliandosi al tempo stesso con le legittime esigenze della realtà

sia esterna che interna (Bettelheim, 1972). Inoltre il gioco, come qualsiasi attività creativa, fornisce la possibilità di una sorta di mobilità in termini di regressione e progressione, cioè dà una disponibilità ad attingere nei livelli più primitivi e più maturi della personalità. Ma soprattutto il gioco è il linguaggio con cui il bambino esprime se stesso e, se siamo pronti a capirlo, anche un mezzo con cui può comunicare. Nel gioco i bambini esprimono le loro idee e le loro emozioni, in particolare quei pensieri e quei sentimenti che non osano confessare a se stessi o agli altri.

Sviluppare una situazione di gioco con il bambino vuol dire comunicare e rafforzare il rapporto con lui. La nostra esperienza evidenzia che molti bambini raggiungono così con l'operatore un rapporto estremamente significativo che mobilita tutti i loro sentimenti. Nel clima di fiducia che si viene a creare si sentono rassicurati e possono usufruire dell'attività ludica anche per mettere in scena le loro paure e le loro ansie, individuarne e analizzarne le cause, esteriorizzare fantasmi e problemi rimossi.

L'operatore lascia ai bambini piena libertà di espressione ricoprendo un ruolo di stimolo e creando un'atmosfera di benessere che facilita la loro apertura. Si mette in moto così un processo di liberazione senza correre il rischio che i conflitti sottostanti e le loro estensioni possano divenire incontrollabili.

4. I progetti

Il sito "La presa della pastiglia"

È il sito dedicato ai bambini e ai ragazzi del Meyer e costruito insieme a loro. Ha il compito d'informarli sui loro diritti e di presentare loro le attività di gioco e d'incontro presenti in ospedale.

Il sito contiene una sezione interamente dedi-

cata e gestita dalla ludoteca, che con l'andare del tempo si è andata configurando come un prezioso strumento sia di collegamento con i bambini e ragazzi che hanno frequentato l'ospedale (e tra questi e l'esterno) sia di pubblicazione e di documentazione degli interventi svolti in ludoteca e nei reparti.

La sezione è in costante aggiornamento e grazie al settore "Ludoteca news", collocato nella pagina di apertura e ad una newsletter, che viene inviata a tutti coloro che vogliono iscriversi, informa continuamente circa le iniziative che si svolgono in ospedale e aggiorna circa i contributi, le storie, i disegni, le rubriche dei bambini e dei ragazzi che frequentano la nostra struttura.

Lo scaffale volante

"Libri che volano di letto in letto. Letture, racconti, laboratori nei reparti e in ludoteca": lo scaffale volante è un'iniziativa che promuove la diffusione e la pratica della lettura in ospedale in modo tale da migliorare il soggiorno del bambino in cura e favorire l'incontro con il suo mondo emozionale sfruttando il valore di per sé terapeutico della lettura.

Il progetto, che si basa sull'allestimento periodico di scaffali tematici che vengono proposti in ludoteca e nei vari reparti, inoltre, ha come obiettivo la costruzione di una libreria di proposte di lettura costantemente aggiornata e ordinata per temi relativi alle diverse fasce d'età ospitate in ospedale. Agli scaffali vengono associati laboratori creativi sui temi trattati e incontri con scrittori e disegnatori per l'infanzia. L'iniziativa è portata avanti insieme alle biblioteche per ragazzi del territorio.

I laboratori teatrali

È un progetto che si svolge in collaborazione con le altre figure professionali che operano all'interno del nostro ospedale con compe-

tenze nel campo dell'animazione: i clown e i musicisti.

I laboratori sono strutturati in modo tale che possano coinvolgere i bambini e i ragazzi che vi partecipano nelle diverse fasi necessarie alla costruzione di uno spettacolo teatrale: dall'adattamento e interpretazione di un testo, agli effetti sonori e alle musiche che lo accompagnano, alle scenografie e ai costumi che servono per caratterizzare ambientazione e personaggi.

Gli spettacoli vengono poi rappresentati sia nell'aula magna dell'ospedale (alla presenza dei bambini e dei ragazzi ricoverati e di bambini e ragazzi delle scuole invitati per l'occasione) sia nell'ambito del cartellone di *Meyer Teatro* in alcuni teatri cittadini.

I laboratori artistici

Fin dall'inizio dei nostri interventi dare la possibilità ai bambini e ai ragazzi di avere a disposizione colori e pennelli, invitarli a disegnare su fogli e cartoni, offrire loro i più svariati materiali da manipolare e assemblare è stata una delle nostre principali modalità di approccio.

Con il passare del tempo le produzioni dei bambini e dei ragazzi hanno cominciato a trovare spazi propri e stabili, andando a popolare i muri dei corridoi, delle sale d'attesa, delle camere di degenza, contribuendo in questo modo a rendere meno preoccupante l'impatto con la struttura curativa.

Quest'azione di addomesticamento dell'ospedale ha trovato inoltre nuovo impulso nella possibilità di poter usufruire della struttura espositiva allestita da *Meyer Art* per organizzare ed esporre mostre tematiche realizzate dai bambini in cura. Così nel corridoio centrale dell'ospedale alle esposizioni di opere di disegnatori ed illustratori famosi si sono alternate quelle di bambini e ragazzi in cura. Alcune mostre hanno riscosso tanto successo

che sono state presentate anche fuori dal Meyer in scuole e biblioteche e utilizzate in iniziative cittadine legate all'ospedale.

5. Le collaborazioni

Care Toys

Care Toys (laboratorio di progettazione giochi per ospedali pediatrici) è un progetto della Fondazione Meyer nel quale competenze diverse (architetti, educatori, psicologi, sociologi, esperti della comunicazione) lavorano sui temi che riguardano gli aspetti materiali e psicologici, di relazione e di servizio, d'immagine e di comunicazione dei giochi e degli spazi dedicati al gioco negli ospedali pediatrici. Oltre ad occuparsi della progettazione e della realizzazione di giochi ed arredi che vengono utilizzati nell'attuale struttura e degli spazi gioco del nuovo Ospedale Meyer, ha progettato arredi e spazi gioco per altri presidi pediatrici italiani.

Meyer Art

Meyer Art è il progetto che l'Ospedale Meyer di Firenze, attraverso la sua Fondazione, ha messo a punto per realizzare e proporre negli ambienti dell'ospedale pediatrico eventi artistici originali aperti al pubblico. L'iniziativa prevede il coinvolgimento di artisti che si dedicano con particolare attenzione al mondo dell'infanzia. Esposizioni e performance, colori e creatività animano così l'ambiente dell'ospedale e arricchiscono le attività di ogni giorno.

Meyer Teatro

Meyer Teatro è un vero e proprio progetto teatrale che mette il bambino al centro dell'attenzione, sia come spettatore sia come

autore e protagonista in presa diretta dell'attività teatrale. Il progetto si occupa della realizzazione di veri e propri cartelloni teatrali con spettacoli e iniziative, presentate da gruppi teatrali e artisti specializzati nel teatro di figura e nel teatro per ragazzi, che si svolgono nella ludoteca, nei reparti e in altri spazi dell'ospedale, e nei maggiori teatri cittadini.

HPH (Help Promoting Hospital)

Gli educatori partecipano al sottogruppo dell'HPH (Ospedali Promotori di Salute: una rete OMS) "Gioco e benessere in ospedale", che ha la finalità di raccogliere, promuovere e diffondere buone prassi relative all'innalzamento della qualità del soggiorno del bambino in cura e al rispetto dei suoi diritti.

6. Conclusioni

Un ospedale che rispetta i diritti dei bambini e dei ragazzi e ne accoglie esigenze e bisogni di continuità di crescita, di comunicazione ed espressione è un ospedale che dà loro la possibilità di comprendere che l'esperienza, pur dolorosa, che stanno vivendo fa parte delle evenienze della vita e può essere integrata senza perdere il senso della propria identità. In altre parole, quest'opportunità rappresenta per il bambino o il ragazzo in cura il continuare ad essere e ad essere considerato bambino o ragazzo anche se malato, a non essere identificato e a non identificarsi con la malattia che lo ha colpito.

Il cammino intrapreso dall'Ospedale Meyer e da molte altre strutture pediatriche del nostro paese va visto in questa prospettiva e comporta una sensibilizzazione e una riforma degli atteggiamenti del personale curante e della società nel suo complesso nei confronti dei bambini e dei ragazzi che si ammalano. Tali mutamenti risiedono per prima cosa nel

riconoscerli come interlocutori competenti e capaci di partecipare al processo curativo. Poi nel rispettare e nel coltivare con loro e con le loro famiglie un'adeguata dimensione relazionale. Infine nel farli compartecipi del cambiamento, dello sviluppo e della gestione della struttura di cura.

Riconoscere questi aspetti vuol dire riconoscere al bambino e al ragazzo un diritto di cittadinanza all'interno della struttura sanitaria e dunque anche il diritto a personificare lo spazio, a lasciare i suoi segni, le tracce del suo passaggio. Pensare ad un ospedale a misura di bambino e di ragazzo significa pensare ad un ospedale che rispetti la dimensione del suo vivere quotidiano, che lo isoli il meno possibile dal suo mondo, che lo riconosca al suo interno come soggetto attivo, accogliendo le sue esigenze esplorative e conoscitive e permettendogli di mantenersi in costante relazione con il suo ambiente familiare, con le agenzie educative di appartenenza e del territorio, con gli altri bambini e ragazzi.

L'intervento che portiamo avanti oramai da moltissimi anni all'interno dell'Ospedale Meyer ha il senso di sostenere e sviluppare questo processo di riappropriazione da parte del bambino e del ragazzo malato del senso di ciò che sta vivendo e di sostenerlo nel percorso che deve attraversare fornendogli opportunità di ascolto, di espressione, di comunicazione e socializzazione. Spazi creativi e d'incontro in cui oltre a riposarsi dalle preoccupazioni del momento, possa imparare nuove cose, esprimere paure, speranze, fantasie, emozioni.

Bibliografia

- AA.VV. (1997), *I bambini non sono pazienti. L'ospedale dei bambini*, Atti del convegno promosso da Presidenza del Consiglio Comunale di Firenze-Azienda ospedaliera Meyer-Fondazione Michelacci, 17 dicembre 1997, Firenze, Angelo Pontecorboli Editore.
- AA.VV. (1997-1998), *L'ospedale dei bambini*, in "La nuova città", n. 1, pp. 69-112.
- AA.VV. (1998), *Infanzia e adolescenza. Diritti e opportunità*, Firenze, Centro nazionale di documentazione ed analisi sull'infanzia e l'adolescenza.
- AA.VV. (1998), *Tutti bravi. Psicologia e clinica del bambino portatore di tumore*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- AA.VV. (2001), *Favole e favole. 360 favole create da bambini portatori di tumore alla luce della semeiotica e della psicologia*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- AA.VV. (2003), *Oggi comando io. Psicologia, etica ed economia sanitaria nella gestione delle malattie oncologiche pediatriche*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- AA.VV. (2004), *Il pupazzo di garza*, Firenze, Firenze University Press.
- Bettelheim, B. (1972), *Gioco ed educazione*, in "School Review", n. 81, pp. 1-13.
- Bregani, P., Damasselli, A.R., Veliconi, V. (1978), *Il gioco in ospedale*, Milano, Emme Edizioni.
- Cappelli, A.C. (1981), *Il bambino l'ospedale il gioco*, Ivrea, CIGI.
- Celesti, L., Peraldo, M., Visconti, P., (2005), *La Carta dei diritti del bambino in ospedale. Manuale di accreditamento volontario*, Torino, Centro Scientifico Editore.
- Dell'Antonio, A., Ponzio, E. (1982), *Bambini che vivono in ospedale*, Roma, Borla.
- Di Cagno, L., Ravetto, F. (1980), *Le malattie croniche mortali dell'infanzia. L'angoscia di morte*, Roma, Il Pensiero Scientifico.
- Freud, A. (1972), *Psicoanalisi per educatori*, Rimini, Guaraldi Editore.
- Freud, A. (1982), *Normalità e patologia nel bambino*, Milano, Feltrinelli.
- Freud, A. (1987), *L'aiuto al bambino malato*, Torino, Boringhieri.
- Freud, A., Bergmann, T. (1974), *Bambini malati*, Torino, Boringhieri.
- Fumagalli, G. et al. (2003), *Servizi educativi per la prima infanzia. Guida alla progettazione*, Pisa, Regione Toscana.
- Galardini, A.L. (2003), *Crescere al nido. Gli spazi, i tempi, le attività, le relazioni*, Roma, Carrocci.
- Lippi, A., Bosi, M.R. (1999), *Farmaci ma... non solo. Interventi di sostegno psicosociale ed educativi per bambini in cura*, Firenze, Regione Toscana.
- Lippi, A. et al. (1988), *Modalità di approccio psicosociale nella sezione di emato-oncologia pediatrica. L'attività di gioco durante l'ospedalizzazione*, in Atti del convegno *Le problematiche del bambino leucemico e della sua famiglia. Esperienze nei centri di oncologia pediatrica*, Milano, Fondazione Tettamanti, pp. 29-33.
- Muciaccia, N. (2000), *Il protagonismo dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze*, "Quaderni del Centro nazionale di documentazione ed analisi per l'infanzia e l'adolescenza", n. 14, pp. 141-143.
- Muciaccia, N., Lippi, A. (1995), *Esigenza di sostegno psicologico nell'iter diagnostico-terapeutico del bambino in cura, esperienze relative alle attività di gioco*, in Atti del convegno *Scuola ed ospedale insieme per il bambino malato. Esperienze europee a confronto*, Roma, IGER, pp. 253-263.
- Muciaccia, N., Cheli, S., Lippi, A. (1993), *Esperienze di gioco in ospedale, motivazioni e modalità d'intervento nel reparto di Ematologia pediatrica*, in G. Fantone, M. Crespina (a cura di), *Scuola ed ospedale a tutela dei diritti del bambino malato*, Roma, Anicia, pp. 253-263.
- Peller, L. (1954), *Fasi libidiche, sviluppo dell'io e gioco*, in "The Psychoanalytic Study of the Child", n. 9, pp. 178-198.
- Piaget, J. (1967), *Lo sviluppo mentale del bambino ed altri studi di psicologia*, Torino, Einaudi.
- Piaget, J., Inhelder, B. (1970), *La psicologia del bambino*, Torino, Einaudi.
- Robertson, J. (1973), *Bambini in ospedale*, Milano, Feltrinelli.
- Sarfatti, A. (2004), *Guai a chi mi chiama passerotto! I diritti dei bambini in ospedale*, Firenze, Fatatrac.
- Staccioli, G. (1998), *Il gioco e il giocare*, Roma, Carrocci.
- Winnicott, W.D. (1971), *Gioco e realtà*, Roma, Armando.

Leggere in ospedale

Enrica Freschi

Cultore di pedagogia generale presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Firenze

1. L'ospedale umanizzato

L'ospedale è un luogo che rimanda a sensazioni d'inquietudine, angoscia, sofferenza e impotenza. Il paziente trascorre il periodo di degenza con ansia perché vive un momento di realtà non quotidiana: egli è costretto passivamente ad accettare il volere del medico per poter "sconfiggere" la propria malattia e si trova a sottostare a tempi, a regole e a spazi diversi da quelli che abitualmente vive. Questa situazione sconvolge in primis gli adulti, ma turba e traumatizza soprattutto i bambini. L'adulto, infatti, possiede maggiori strumenti per riuscire a fronteggiare le cure mediche a cui deve essere sottoposto, è più sicuro di sé e ha una lucidità che gli permette di comprendere ciò che può accadere, mentre per il bambino, inesperto e fortemente attaccato all'ambiente familiare, provare sulla propria pelle l'esperienza di ospedalizzazione significa vivere una grande e difficile prova.

In generale i bambini sono impauriti da tutto ciò che è ignoto e estraneo, per questo motivo il momento di degenza in ospedale genera in loro un senso di smarrimento e di solitudine: quando si è costretti a trascorrere del tempo in un contesto sconosciuto prende il sopravvento la nostalgia e inevitabilmente inizia a farsi strada anche la paura (Benini, 2004). È tipico dei bambini, ma non ne sono certo esclusi gli adulti, avere paura dell'ospedale: «Malattia e interventi colpiscono e violano non solo il corpo ma anche la mente. Il bambino colpito nel fisico si sente indifeso anche psichicamente e ha bisogno di venir rassicurato in tutti i sensi» (Meacci, 2002, p. 37). Per i piccoli malati l'ospedale rappresenta un momento di rottura, infatti tende

«a configurarsi come un grembo costretto, secondario e artificiale volto alla cura della

malattia, come un reticolo astratto e gerarchizzato di funzioni specializzate, una struttura verticale che entra asimmetricamente nella vita squilibrando la costellazione sociale di riferimento e la cui organizzazione ha il potere di "avocare deleghe", d'interrompere abitudini, di distaccare aspetti fondamentali nei rapporti familiari e nei contatti sociali» (Marcetti, 2002, p. 34).

Affinché i bambini possano stare bene all'interno di quest'ambiente è opportuno fare in modo che essi riescano a mantenere attiva la propria personalità: devono sentirsi liberi di esprimere le proprie emozioni e perplessità senza provare imbarazzo e soggezione, sia di fronte ai familiari che al personale medico. Per questo motivo devono essere trattati prima di tutto come persone e poi come pazienti. Avere la sicurezza di essere apprezzati e accettati per quello che sono li porta a sentirsi presi in considerazione, per cui sarà più semplice per loro vivere questo momento con maggior serenità (Dosso-Kanizsa, 1999). Alla luce di queste considerazioni, come ha giustamente sottolineato Corrado Marcetti (2002, p. 34), occorre «rendere la condizione di degenza il meno possibile traumatica per costruire nuovi equilibri nella combinazione di libertà e regole che per il bambino presenta la vita in ospedale». L'immagine negativa che la maggior parte dei bambini ha dell'ospedale, dovuta a svariati motivi, soprattutto culturali – visto che la società nella quale viviamo ha creato una sorta di tabù intorno a quest'argomento – deve essere sostituita da un'altra più corrispondente alla realtà che essi si troveranno ad affrontare.

Per fortuna, dalla seconda metà del secolo scorso, anche in Italia le strutture ospedaliere e il personale al suo interno hanno subito una forte umanizzazione che ha contribuito alla nascita di un'accoglienza più familiare e

di una maggior considerazione sia dei bambini che dei loro genitori (Robertson, 1973). Si è riconosciuta l'importanza terapeutica non solo ai farmaci ma anche ai rapporti interpersonali, ai legami affettivi, all'ambiente e agli spazi (Quarenghi, 2002, p. 36):

«Ogni ospedale dovrebbe essere ormai sempre più in grado di accogliere non tanto la malattia quanto il bambino tutto intero, con i suoi bisogni di sicurezza, di amore, di gioco e di conoscenza. Perché salute è benessere psicofisico e la relazione corpo-mente non va spezzata e nemmeno ignorata» .

L'ospedale, infatti, non è solo il luogo dove vengono fatti esami, somministrate medicine e effettuate operazioni, ma è anche un posto dove è possibile incontrare altri bambini con i quali fare amicizia e giocare. Spesso i piccoli non lo sanno e ne rimangono favorevolmente sorpresi:

«La scoperta che in ospedale sia possibile fare delle amicizie arriva tanto inattesa quanto gradita per tutti i bambini che hanno partecipato alla ricerca - testimonia Michele Capurso -. Molti ci parlano della sorpresa che hanno trovato quando hanno scoperto che in ospedale ci sono altri come loro. Sostanzialmente i bambini ci dicono che non credevano che l'ospedale potesse essere un luogo "buono", perché sanno che là dentro si soffre e si sta male. Nella loro mente bene e male non possono convivere e sono molto sorpresi quando scoprono che invece è vero proprio il contrario» (2007, p. 90).

È in una prospettiva di questo genere che si inseriscono varie attività in grado di aiutare sia i bambini che i loro familiari a vivere l'esperienza dell'ospedalizzazione in maniera più serena: la lettura è sicuramente una di queste.

2. Leggere per distrarsi e per conoscere

Il piacere di leggere non è una dote che si acquisisce con la nascita, ma è possibile creare le condizioni affinché tale attitudine possa svilupparsi durante la vita e le migliori premesse si hanno nel periodo dell'infanzia. La lettura deve essere vissuta come un'attività piacevole e divertente nella quale il libro è oggetto da amare. Infatti, secondo Ermanno Detti (1987), per fare in modo che si determini il gusto della lettura è necessario che quest'ultima provochi una sensazione di appagamento nella persona che la effettua. L'autore definisce sensuale questo tipo di attività proprio perché coinvolge tutti i sensi e riesce a portare il lettore in un mondo immaginario dal quale egli torna circolarmente alla realtà ma molto più arricchito.

Un libro per catturare l'attenzione del lettore deve essere divertente: il testo che non risponde a questo requisito, qualsiasi possa essere il suo valore artistico e culturale, è noioso e poco avvincente. Tutti i libri possono essere stimolanti, ma lo sono effettivamente in base agli interessi delle singole persone che li leggono, le quali hanno il diritto di saltare le pagine o di non finire il volume se non risulta avvincente, o meglio ancora di rileggerlo se è stato entusiasmante (Pennac, 1993): non contano i metodi, ma la motivazione e il desiderio di apprendere. I motivi che stanno alla base della lettura sono vari: si legge per cercare un'informazione, per risolvere un problema, per sapere cosa ci hanno scritto, ma anche per rilassarsi, per distrarsi, per divertirsi, in una parola per stare meglio. In questi termini la lettura è «sollecitata dalla necessità di rispondere a un bisogno e dalle caratteristiche del bisogno dipende la scelta del mezzo e del canale di comunicazione nel quale esso può trovare soddisfazione» (Nespolo-Ricciardi, 2006, p. 17).

Leggere, infatti, non vuol dire solo decodifica-

re i segni tracciati sulla carta, ma significa anche vivere infinite storie, riflettere sulle vicende virtuali dei personaggi e comprendere meglio noi stessi.

In Italia si legge poco e i dati del mercato editoriale degli ultimi anni (Bartolini-Pontegobbi, 2005; 2006; 2007) confermano tale situazione e ci fanno capire che la strada da intraprendere non è facile da percorrere. È dunque necessario riconoscere la dimensione culturale e non naturale dell'attività di lettura e ammettere che quest'ultima deve essere promossa e incentivata, in quanto può creare effetti positivi di vario tipo e livello, che influenzano la crescita del bambino sul piano cognitivo, linguistico, emotivo e relazionale. Anche in ospedale arrivano molti bambini che non sono abituati a leggere e il comportamento dei loro genitori testimonia questa disaffezione: per questi ultimi la preoccupazione maggiore è quella di portare nella camera di degenza del figlio la televisione, le videocassette e i giochi, raramente portano dei libri da leggere (Laterza, 2002). Il libro, però, ha una funzione insostituibile nella formazione spirituale e nella creazione di una capacità critica selettiva e costruttiva, niente può sostituirlo nel mettere in azione la fantasia del fanciullo. Leggere una storia non è la stessa cosa che vederla rappresentata per esempio al cinema o alla televisione: nella lettura si innescano una serie di meccanismi che non si presentano nella visione di un film. L'attività di lettura, infatti, attiva diversi piani interpretativi e agisce su vari livelli, contemporanei e paralleli:

«A livello emotivo, come primissimo impatto, creando empatia e identificazione con i personaggi e le vicende narrate, suscitando commozione o raccapriccio o ilarità o spavento; a livello cognitivo, procurando informazioni e conoscenze nuove, sollevando dubbi e desideri di comprensione; a livello espressivo, for-

nendo modelli lessicali e linguistici, arricchendo lo scarno vocabolario a disposizione con una riserva di parole cariche di senso; a livello estetico, con l'attivazione di una risposta alla percezione del testo, alla sua (avvertita individualmente) bellezza o al contrario alla sua bruttezza, una reazione che scaturisce da molti elementi concomitanti (inerenti al testo, come la riconoscibilità di personaggi e situazioni, lo stile, la costruzione della vicenda, ma anche estranei ad esso e insiti nel lettore come l'umore e la sensibilità) che hanno la curiosa qualità di non ripetersi identici una seconda volta, ad una seconda lettura magari svolta a distanza di tempo» (Zannoner, 2006, p. 6).

Il libro risulta dunque uno strumento significativo da sfruttare e utilizzare anche in situazioni difficili, come per esempio il ricovero in ospedale, in quanto sfogliarlo, guardarlo, leggerlo e ascoltarlo aiuta i bambini a tornare alla realtà che è stata loro strappata e li stimola ad andare oltre attraverso la fantasia. Secondo Antonio Faeti (1985) la lettura, come il vampiro, è capace di attrarre, di lasciare un segno e di produrre un cambiamento. Attraverso questo punto di vista, «la lettura in ospedale sottolinea in maniera forte la possibilità di trasformare una situazione difficile in una grossa opportunità» (Laterza, 2002, p. 50) e «il libro [diventa] uno strumento principe, un aiuto prezioso per sollecitare la fantasia e distrarla da iniezioni e prelievi» (Bruscagli, 2002, p. 47).

Per i bambini ospedalizzati i libri rappresentano dei veri e propri serbatoi dai quali poter attingere consapevolezza, sicurezza e libertà. In base ad una ricerca svolta da Michele Capurso (2005) è stato rilevato che la maggior parte delle paure che l'ospedale provoca nei bambini molto spesso non sono legate alla loro sofferenza effettiva, ma derivano dalla percezione che essi hanno riguardo a

queste. Per esempio, i vari oggetti dotati di ago, come le siringhe, producono timore nel bambino perché quest'ultimo vede agire l'ago direttamente sul proprio corpo in maniera troppo invasiva per il suo punto di vista. I libri fanno capire ai piccoli lettori aspetti della vita che altrimenti sarebbero difficili da spiegare: attraverso l'immedesimazione con i personaggi principali della storia narrata si possono trasmettere messaggi rassicuranti e si offrono le risposte ai tanti perché lasciati in sospeso. Il bambino ha bisogno però di una figura di riferimento che lo aiuti e lo sostenga in questo difficile momento. A tal proposito la persona adulta, insieme al libro, ricopre un ruolo rilevante. Leggere e raccontare significa infatti comunicare, dare l'opportunità di conoscere e ampliare il proprio universo di pensieri ed emozioni. Per il bambino piccolo non è facile riuscire a gestire tutte le emozioni che vive in prima persona, ma il manifestare e l'esprimere i propri stati emotivo-affettivi, sia attraverso le parole che i gesti, rappresenta per lui un percorso obbligato ai fini di una maturità emotiva (Blezza Picherle, 2004). È importante che egli abbia la possibilità di parlare e di riflettere sui sentimenti che prova, altrimenti il rischio è che scivoli verso una sorta di analfabetismo emotivo (Goleman, 1998). La lettura offre una sensazione di familiarità che può influire molto sull'emotività del bambino costretto in un letto di ospedale. La voce della madre o del padre che legge per lui una storia lo farà sentire certamente più al sicuro e lo aiuterà ad affrontare meglio la sua difficile esperienza:

«La lettura condivisa concede ai bambini e ai genitori una pausa dalla routine quotidiana e aumenta la relazione interpersonale: un'esperienza preziosa, che nell'ospedale si arricchisce di nuovi significati regalando ad entrambi spazi di libertà dalla malattia. Il tutto senza

preoccupazioni di rendimento, a vantaggio della curiosità della libera esplorazione e anche a sostegno delle emozioni in un momento così delicato» (Borghini, 2002, p. 46).

In generale, la letteratura contemporanea per l'infanzia consente ai piccoli lettori di vivere pienamente il loro presente e di decifrare la realtà che li circonda, in quanto affronta tematiche nuove ed originali. Si tratta di una produzione letteraria che sollecita un viaggio interiore formativo alla ricerca continua del proprio personale modo di essere: in questo senso si può infatti parlare di letteratura "a misura d'infanzia", rappresentativa dei suoi interlocutori nelle loro caratteristiche più profonde e nascoste. Tale narrativa permette di sognare, di evadere dalla realtà attraverso la fantasia, l'immaginazione e il sorriso. In particolare, la letteratura scientifica e narrativa per l'infanzia sul tema dell'ospedalizzazione aiuta i bambini a comprendere alcuni momenti che caratterizzano la loro malattia, rendendo questi ultimi meno dolorosi ai loro occhi. In questi libri vengono illustrati realisticamente i locali di un ospedale come ambienti accoglienti, nei quali è possibile trascorrere il tempo anche insieme ad altri bambini; gli operatori che vi lavorano sono caratterizzati come persone divertenti e disponibili, in grado di tranquillizzare i piccoli pazienti; le cure farmacologiche, anche se talvolta dolorose, risultano superabili; i protagonisti delle storie, i piccoli malati, riescono con coraggio a mettere in gioco tutte le loro energie per accettare e superare la malattia come momento di crescita (Meacci, 2002). Appare dunque fondamentale leggere questi libri con i bambini proprio per informarli e renderli partecipi di qualcosa che li riguarda in prima persona.

Stando così le cose, risultano veritiere le parole di Maria Laterza (2002, p. 51), secondo la quale:

«A volte il ricovero in ospedale può permettere al bambino di scoprire situazioni nuove, diverse, talora più stimolanti di quelle che ha lasciato fuori. Certo questo non cancella il dolore, la malattia, la sofferenza del distacco dalla propria casa, ma [significa] riempire il tempo del bambino in ospedale di contenuti, idee e emozioni. E il libro si è sempre dimostrato uno strumento prezioso in questo difficile, bellissimo cammino».

3. Il tema dell'ospedalizzazione nella letteratura per l'infanzia: gli albi illustrati

Negli ultimi decenni si è avuta una rilevante evoluzione sia della produzione letteraria infantile sia delle strategie relative al ricovero e alla permanenza in ospedale da parte del bambino: entrambi gli sviluppi hanno influito profondamente e proficuamente l'uno sull'altro determinando una migliore degenza pediatrica.

I piccoli pazienti devono essere preparati a quest'inedita esperienza, cioè occorre spiegare loro come effettivamente andranno le cose, offrendo informazioni sulla malattia e sul luogo in cui dovranno trascorrere del tempo. Secondo Robertson (1973, pp. 68-69):

«Il bambino (o la bambina) deve essere semplicemente messo al corrente, in maniera veritiera, del *perché* deve andare in ospedale, poiché i bambini si fanno strane idee sulle ragioni delle cose. Non è raro che il bambino ricoverato in ospedale lo consideri una punizione o un atto di rifiuto dovuto a qualche sua malefatta, per cui se non gli se ne spiega chiaramente la ragione comincerà a dar via libera a tutta una serie di idee più o meno angosciose» .

Anche Giuliana Filippazzi (2004) ritiene indispensabile non tacere sul motivo che sta alla base di un ricovero: conoscere la situazione permetterà ai piccoli di affrontare con maggior coraggio, sotto la cura e la protezione dei genitori, ciò che li attende.

Gli utenti principali dell'ospedale pediatrico sono i bambini, ma anche i genitori occupano un posto di rilievo; infatti hanno bisogno di essere informati in maniera adeguata e dettagliata sulla malattia del figlio, in modo da vivere positivamente questo particolare momento. A tal proposito, il libro consente di affrontare argomenti forti e allo stesso tempo delicati, come la sofferenza e la solitudine, permettendo una preparazione psicologica sia dei bambini che dei rispettivi familiari. È necessario però uno scambio reciproco tra bambino-genitore, genitore-operatori sanitari, operatori sanitari-bambino: solo in questo modo si può attivare «quell'alleanza terapeutica auspicata per il bene del paziente» (Meacci, 2002, pp. 37-38). Tale alleanza è infatti la sola che consente al personale sanitario di svolgere il proprio lavoro, al genitore di assicurare il figlio, al bambino di vivere in maniera tranquilla il periodo di degenza.

Parlare con i bambini può essere una maniera adeguata di agire, ma non sufficiente, in quanto, soprattutto i bambini piccoli, da zero a sei anni, conoscono il mondo che li circonda principalmente attraverso l'esperienza e i sensi (Valentino Merletti, 2004). Per questo motivo bisogna utilizzare i libri per informarli e proporre scelte narrative che assecondino il loro modo di vivere e di vedere le cose. Soprattutto gli albi illustrati possono essere di grande aiuto, in quanto pensati e realizzati per aiutare il piccolo lettore a capire il mondo al quale appartiene, con lo scopo di stimolare la sua riflessione e quindi la nascita di messaggi utili per vivere in modo più consapevole.

Nell'albo illustrato le immagini e il testo si amalgamano morbidamente senza visibili

cuciture, si completano a vicenda creando una sinergia tale che affascina e cattura l'attenzione sia del bambino che ascolta che dell'adulto che legge (Dal Gobbo, 2007). Il testo verbale letto dall'adulto spinge il piccolo a proseguire nella lettura, suscitando l'attesa e creando suspense; il testo visivo, interpretato dal bambino, predilige la pausa, conducendo la sua attenzione verso l'osservazione attenta delle illustrazioni. Come ha sottolineato Roberta Cardarello (2004, p. 57):

«Non sono rari i libri [...] in cui l'immagine ricopre il ruolo fondamentale di rendere visibili e disponibili alla comunicazione oggetti, ambienti, paesaggi e situazioni altrimenti non attingibili. Collocandosi a metà tra l'esperienza sensoriale diretta, quella primaria per la conoscenza, e quella mediata e simbolica affidata al linguaggio (sia scritto che parlato), l'immagine rappresenta un ottimo succedaneo della prima (ogni volta che si voglia mostrare e condividere oggetti non presenti) e un ottimo ponte dall'esperienza sensoriale a quella simbolica».

L'albo illustrato, abituando il bambino ad analizzare le immagini secondo una logica narrativa, stimola dunque la sua capacità di attenzione e rievocazione. Questo testo, se opportunamente mediato da una persona adulta, esercita un forte potere formativo sul piccolo lettore: sollecita la sua immaginazione, lo incoraggia nella progressiva scoperta delle limitazioni del reale, gli fornisce i primi contatti con la moralità, gli offre esperienze che in seguito egli vivrà personalmente, come per esempio quella dell'ospedalizzazione.

In Italia l'editoria infantile non offre molti albi illustrati che affrontino il tema del bambino ospedalizzato, tuttavia basta affacciarsi verso i paesi del Nord Europa e del Nord America per trovare una buona qualità e varietà di libri che propongono quest'argo-

mento (Dal Gobbo, 2002).

Tim va all'ospedale di Lesbet Slegers (1999) narra la storia di un bambino di nome Tim che è costretto ad andare in ospedale perché è caduto e si è fatto male alla testa. All'inizio Tim ha paura e soffre, ma dopo qualche giorno, grazie all'affetto dei suoi familiari e alle visite di alcuni amici, ritrova il buonumore e la voglia di giocare insieme agli altri bambini ricoverati. Alla fine egli è quasi dispiaciuto di tornare a casa: «Addio ospedale! Ciao, ciao bambini! Dopo tutto, non è stato così terribile!». L'autore descrive un'evoluzione emotiva: il protagonista dalla tristezza iniziale passa alla gioia grazie soprattutto alla continua presenza dei genitori che lo rassicurano. Per questo motivo, alla fine del racconto, che coincide con l'uscita dall'ospedale, Tim ha un'idea diversa su questo luogo prima tanto temuto e adesso molto apprezzato. Il libro è scritto attraverso un lessico chiaro e comprensibile e le immagini appaiono semplici e ben definite, contraddistinte attraverso l'uso dei colori primari che facilitano la comprensione della vicenda.

Su questa linea troviamo anche altri testi. *Madeline* di Bemelmans (2000), narra la storia di una piccola bambina che viene operata di appendicite. Madeline mostra orgogliosa la sua cicatrice alle compagne di collegio che vanno a trovarla in ospedale, tanto che queste ultime vorrebbero farsi ricoverare anche loro. *All'ospedale* di Cartwright e Civardi (1996), racconta la storia di Piero, un bambino di sei anni che deve essere operato all'orecchio. *Domani vado all'ospedale* di Broere e De Bode (2000) è la storia di Francesca e del suo cuoricino che purtroppo non funziona più molto bene. I suoi familiari sono molto preoccupati ma fanno di tutto per non trasmettere ansia e paura alla bambina, la quale vive con timore ma anche con curiosità questo difficile momento. In *La casa con tante finestre* di Masini e Montanari (2003), il piccolo scudie-

ro Guy viene accompagnato dal gran cavaliere Sir Hector in ospedale perché ha bisogno di cure. Per il bambino affrontare questa prova richiede un grande coraggio, tanto quanto ne serve per combattere un drago che tiene prigioniera una principessa.

Spesso alcuni autori, quando parlano del tema dell'ospedalizzazione, preferiscono utilizzare protagonisti appartenenti al mondo animale, per prendere una lieve distanza dalla realtà e cercare così di alleviare l'ansia che l'immedesimazione può provocare nel piccolo lettore/ascoltatore. Questa è la scelta che ha fatto Janosch scrivendo *Ti guarisco io, disse l'orsetto* (1997), in cui il protagonista è un animale, Tigrotto, il quale deve andare all'ospedale nonostante le cure che il piccolo orsetto gli ha fatto. Anche in *Abbasso la paura!* di Mario Gomboli (1998) il personaggio principale è un animale, un lupo, che cerca di fare una distinzione tra le paure giustificate e quelle inutili. Egli, dopo essersi sottoposto ad una visita in ospedale, scopre infatti che il medico non è una persona cattiva, ma al contrario, è disponibile e dolce e quindi non bisogna averne paura.

4. Le biblioteche in ospedale

Come ci fa notare Ravelli (1999, p. 44), «il Manifesto dell'Unesco per le biblioteche pubbliche, nel sostenere la necessità di provvedere alle persone che non possono andare in biblioteca, ricorda espressamente tra gli altri chi si trova in ospedale». Seguendo questa linea sono molte le iniziative che hanno portato i libri in ospedale, testi sia per adulti che per bambini. Un esempio significativo è la nascita ad Aviano, intorno agli anni Ottanta, del Centro di riferimento oncologico che ha allargato gli orizzonti sull'idea di ospedale e di degenza attraverso l'apertura della "Biblioteca per i pazienti" che offre un dupli-

ce servizio: informazioni e testi scientifici sulla malattia oncologica e il "Bibliobus", ossia il prestito di libri non scientifici attraverso i quali i degenti e i familiari possono distrarsi (Truccolo et al., 1998; Truccolo, 2004). Anche la "Bibliotechina H", nata a Torino nel 2003 presso l'ospedale Giovanni Boschi, cerca di offrire con la lettura «momenti di evasione e di sollievo a coloro che si trovano in situazioni di disagio, noia, difficoltà, e sperimentare nuove forme di distribuzione del libro e promozione della lettura» (Scarselli, 2004, p. 43). Nel reparto di Pediatria del Policlinico modenese, dal 1999, è aperta la "Biblioteca della strega Teodora" che offre ai piccoli pazienti la possibilità di consultare un'ampia varietà di libri (Borghini, 2002). Nell'ultimo decennio, in molti ospedali del nostro paese si sono attivate varie modalità di lettura e prestito di libri che permettono al paziente di vivere meglio il periodo di degenza.

In generale tutte le esperienze, dalla lettura condivisa di un testo tra genitore e figlio alla lettura animata effettuata da volontari ai piccoli malati, testimoniano come il libro possa avere un'influenza positiva nella persona ricoverata, sia che esso fornisca informazioni utili a capire la propria malattia, sia che giochi una funzione di stimolo-intrattenimento. Immergersi nella fantasia e fuggire un attimo dalla sensazione di angoscia che spesso l'ambiente ospedaliero determina non è utile solo ai piccoli ma anche ai più grandi; pertanto l'esistenza di libri in luoghi dove si combatte la sofferenza risulta un valido appoggio e supporto alla terapia, nonché uno strumento per riappropriarsi della speranza e della voglia di lottare e tornare a vivere la normalità.

Per fare in modo che ciò possa realizzarsi è indispensabile che sia la struttura che il personale si adeguino al benessere del piccolo malato; per questo motivo appare

significativo

«organizzare, per quanto è possibile, gli spazi e i tempi attorno al bambino-paziente e non solo sulla base delle esigenze del personale o della struttura sanitaria. Organizzazioni ambientali diverse determinano atteggiamenti e comportamenti diversi che condizionano le risposte emotive del bambino. Un ambiente pulito e colorato in cui sono presenti spazi strutturati che garantiscono la possibilità di giocare, andare a scuola, [leggere], svolgere attività ludico-ricreative determina e favorisce importanti processi di supporto alla stessa cura e condiziona lo sviluppo del bambino stesso» (Trappa, 2005, p. 126).

Alla base di tutto c'è la consapevolezza dell'importanza di caratterizzare i vari spazi funzionali all'ospedale, da quello medico a quello chirurgico, dal pronto soccorso alla Terapia intensiva, come luoghi domestici e familiari in grado di portare serenità e tranquillità nel bambino, in quanto in questi spazi è possibile essere curati ma anche leggere e giocare, cioè divertirsi.

Bibliografia

Bartolini, D., Pontegobbi, R. (2005), *Rapporto sull'editoria per ragazzi*, in "LiBeR", n. 66, pp. 37-64.
Bartolini, D., Pontegobbi, R. (2006), *Rapporto sull'editoria per ragazzi*, in "LiBeR", n. 70, pp. 29-37.
Bartolini, D., Pontegobbi, R. (2007), *Rapporto sull'editoria per ragazzi*, in "LiBeR", n. 74, pp. 42-47.
Bemelmans, L. (2000), *Madeline*, Alessandria, Ed. Piemme.
Benini, E. (2004), *Bambini in pigiama*, Roma, Edizioni Magi.
Bleza Picherle, S. (2004), *La maturità delle emozioni*, in "Il pepe verde", n. 22, pp. 12-16.
Borghi, R. (2002), *La Biblioteca della strega Teodora*, in "LiBeR", n. 56, p. 46.
Broere, R., De Bode, A. (2000), *Domani vado all'ospedale*, Torino, Edizioni EGA.
Bruscagli, A. (2002), *Clownerie e cure libresche*, in

"LiBeR", n. 56, pp. 47-49.

Capurso, M. (2005), *La casa delle punture*, in M. Capurso, M. Trappa, *La casa delle punture. La paura dell'ospedale nell'immaginario del bambino*, Roma, Edizioni Magi, pp. 57-122.

Capurso, M. (2007), *Io e gli altri in ospedale*, in F. Bianchi Di Caltelbianco, M. Capurso, M. Di Renzo, *Ti racconto il mio ospedale*, Roma, Edizioni Magi, pp. 85-162.

Cardarello, R. (2004), *Storie facili e storie difficili. Valutare libri per bambini*, Bergamo, Edizioni Junior.

Cartwright, S., Civardi, A. (1996), *All'ospedale*, Milano, Edizioni Usborne.

Dal Gobbo, A. (2002), *Piccole storie per guarire in fretta*, in "LiBeR", n. 56, pp. 42-46.

Dal Gobbo, A. (2007), *La definizione del picture book*, in "LiBeR", n. 75, pp. 42-45.

Deti, E. (1987), *Il piacere di leggere*, Firenze, La Nuova Italia.

Dosso, B., Kanizsa, S. (1999), *La paura del lupo cattivo*, Roma, Maltemi.

Faeti, A. (1985), *La bicicletta di Dracula. Prima e dopo i libri per bambini*, Firenze, La Nuova Italia.

Filippazzi, G. (2004), *Un ospedale a misura di bambino*, Milano, Franco Angeli.

Goleman, D. (1998), *Intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli.

Gomboli, M. (1998), *Abbasso la paura!*, Milano, Fabbri.

Janosch (1997), *Ti guarisco io, disse l'orsetto*, Bolzano, Edizioni AER.

Laterza, M. (2002), *Largo ai libri in corsia!*, in "LiBeR", n. 56, pp. 50-51.

Marcetti, C. (2002), *I bambini non sono pazienti*, in "LiBeR", n. 56, pp. 34-35.

Masini, B., Montanari, D. (2003), *La casa con tante finestre*, Milano, Edizioni Carthusia.

Meacci, M.L. (2002), *L'ospedale non è il lupo cattivo*, in "LiBeR", n. 56, pp. 37-41.

Nespolo, I., Ricciardi, E. (2006), *Leggiamo insieme. Strategie e percorsi di lettura*, Roma, Carocci Faber.

Pennac, D. (1993), *Come un romanzo*, Milano, Feltrinelli.

Quarenghi, G. (2002), *Pediatria umanizzata*, in "LiBeR", n. 56, p. 36.

Ravelli, C. (1999), *Biblioteche e malati*, in "Biblioteche oggi", n. 6, pp. 44-48.

Robertson, J. (1973), *Bambini in ospedale*, Milano, Feltrinelli.

Scarselli, R. (2004), *"Bibliotechina H", ma non è una medicina*, in "Biblioteche oggi", n. 2, pp. 43-45.

Slegers, L. (1999), *Tim va all'ospedale*, Milano, Edizioni APE.

Trappa, M. (2005), *Percorsi educativi per aiutare i bam-*

bini a vincere la paura dell'ospedale, in M. Capurso, M. Trappa, *La casa delle punture. La paura dell'ospedale nell'immaginario del bambino*, Roma, Edizioni Magi, pp. 125-152.

Truccolo, I. (2004), *Un servizio di informazione ai pazienti in oncologia*, in "Biblioteche oggi", n. 7, pp. 15-24.

Truccolo, I. et al. (1998), *Quando l'utente è un paziente*, in "Biblioteche oggi", n. 7, pp. 26-30.

Valentino Merletti, R. (2004), *Il picture book, questo sconosciuto*, in "LiBeR", n. 61, pp. 17-21.

Zannoner, P. (2006), *Se la lettura è fine a se stessa. Piacere di leggere, obbligo scolastico e imperativi del consumo*, in "Sfogliolibro", n. 10, pp. 3-6.

Gli animali in corsia

Francesca Mugnai

Coordinatrice delle attività di pet therapy presso l'Ospedale Meyer di Firenze

1. Cos'è la pet therapy in ambito ospedaliero

Un programma di attività e terapie assistite con gli animali entro una struttura pediatrica, quale l'Ospedale Meyer, si caratterizza come un intervento estremamente delicato, che presuppone un alto livello di specializzazione e competenza della coppia operatore-animale, nel nostro caso il cane, che si adopera ad intervenire in un'area delicata e complessa quale la malattia infantile. Tutto questo necessita una profonda conoscenza del disagio emotivo, psicologico e relazionale legato all'ospedalizzazione del bambino e, vista la particolarità dell'attività, l'impiego di un cane molto educato, con talento speciale e con un'allegria ma equilibrata curiosità verso i bambini.

Un intenso e corretto rapporto bambino-animale è infatti uno stimolo psicologico che coinvolge vari aspetti della vita di quest'ultimo: l'aspetto sociale, cognitivo, affettivo; sicuramente l'attività di pet therapy si può inserire nell'ambito delle terapie complementari, entro l'area della lotta al dolore pediatrico, come intervento per migliorare la qualità di vita del bambino in ospedale, sia ricoverato sia non, che dei suoi genitori. Attualmente si parla molto di programmi assistiti con gli animali.

Nel 2003 è fissato un riconoscimento, da parte delle autorità politiche e del Ministero della Sanità, dell'importanza della materia, delle sue finalità e dei suoi scopi, attraverso un progetto di legge che legittima l'impiego degli animali ed i programmi di ricerca. Diversi da allora sono stati i tentativi regionali, tra tutti quelli della Regione Veneto¹, con la L.R. 3/2003, di regolamentare questa disciplina, soprattutto in ambito formativo. Ancora sporadici ad oggi sono gli interventi finanziati, i protocolli ufficiali, e le ricerche scientifiche validate su tale argomento (AA.VV., 2005).

Da un'indagine condotta sullo stato d'arte della materia, si evince «come tante siano le forme dilettantistiche di approccio a questa, e come sia necessario rimodellare alcuni schemi culturali, sociali e forse anche metodologici che portano ad un ostacolo di questa disciplina» (La Pira, 2005-06).

L'Ospedale di Padova per primo attuò tale forma d'intervento in Italia circa dieci anni fa, grazie alla motivazione e profonda convinzione del prof. Carlo Moretti, dirigente medico, che diede inizio al progetto *Fattoria in ospedale* presso il reparto di Pediatria del medesimo con la collaborazione del club Fantasia Wigwan. Tale attività nacque con la motivazione di rendere più piacevole l'accoglienza e la degenza dei piccoli, che potevano andare per più giorni la settimana a trovare i loro amici a quattro e due zampe nel cortile del nosocomio.

Gli *Incontri con gli animali* realizzati dalla nostra Associazione Antropozoa², specializzata in programmi e terapie assistite con l'ausilio degli animali, rappresentano, per il lavoro costruito all'interno del reparto, un'esperienza eccezionale nell'intero panorama nazionale, sia per continuità, che per applicazione del modello operativo d'intervento.

Tale attività trova inizio nel maggio 2002 presso l'Azienda ospedaliera Anna Meyer di Firenze, in collaborazione con il Servizio di terapia del dolore e con l'importante contributo della Fondazione Livia Benini.

Il Servizio di terapia del dolore, di cui gli *Incontri con gli animali* sono parte integrante nel trattamento delle tecniche non farmacologiche, si occupa di combattere sia dal punto di vista psicologico, che prettamente medico, il dolore del bambino, proponendo interventi con tecniche specifiche di distrazione, per esempio la tecnica di rilassamento-respirazione, quella di visualizzazione, il guanto magico. È quindi indispensabile un approccio integrato e multidisciplinare da parte del personale.

La Fondazione Livia Benini nasce a Firenze nel 1988, dall'amore di una madre, Lucia Benini, che ha fatto dei suoi valori delle linee guida per tale fondazione e della sua esperienza di dolore degli spunti di delicata umanità, sul modo di essere vicina ai bambini sofferenti e ai loro genitori. L'obiettivo principale della fondazione è di diffondere e promuovere, in collegamento con il Servizio di terapia del dolore, tutta una serie di tecniche, attraverso specifici corsi di formazione, condotti da esperti internazionali.

La Fondazione Livia Benini negli ultimi sedici anni è stata testimone attiva, a livello nazionale ed internazionale, di progetti e studi sul dolore pediatrico, che si sono resi concreti nella formulazione delle *Linee guida sul controllo del dolore del bambino*, redatte nel 1993. Uno degli ultimi progetti della Fondazione è *Il pulmino di Livia*, che sta viaggiando e visitando le pediatrie della regione toscana, e a livello nazionale, anche altri ospedali. Sul pulmino viaggiano un medico, un volontario, un'infermiera, un clown, un musicista ed un operatore di Antropozoa, e l'obiettivo è far conoscere tutto quello che si può fare per far star meglio i bambini in ospedale.

L'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze è infatti attualmente, almeno per quanto ne sappiamo, l'unico nel nostro paese che, in partenariato con la Fondazione Livia Benini, ha inserito all'interno dei suoi protocolli d'intervento le Attività Assistite con gli Animali (AAA) nella totalità dei reparti presenti nella struttura. La proposta di effettuare gli *Incontri con gli animali* ha origine nel presupposto scientifico, che il rapporto con un animale rappresenti in tantissime situazioni di disagio e di difficoltà emotiva un potentissimo strumento relazionale per migliorare la qualità di vita del piccolo degente e agevolare ed accelerare lo stato di guarigione.

Il termine "pet therapy", di cui gli *Incontri con*

gli animali sono una declinazione operativa è un neologismo di origine anglosassone, coniato dallo psichiatra infantile americano Boris Levinson (1961, traducibile in italiano con le parole "uso terapeutico degli animali da compagnia" o "terapia aiutata con gli animali"). In senso lato s'intende una terapia di supporto, che utilizza i benefici psicologici derivanti dalla vicinanza, dal contatto tattile e visivo tra uomo e animale in ambito sociale e medico. Attualmente, i programmi assistiti dagli animali possono avere finalità diverse (assistenziali, terapeutiche, educative) dalle quali dipende l'impostazione stessa del programma. Con il termine generico "pet therapy" si è soliti indicare, sia le attività AAA, sia le terapie (AAT) svolte con l'ausilio degli animali, ma è preferibile una maggior differenziazione (Delta Society, 1981; Wu et al., 2002).

Le AAA (Animal-Assisted Activities: attività svolte con l'ausilio di animali), sono «interventi di tipo educativo e/o ricreativo di gruppo, che hanno come obiettivo generale il miglioramento della qualità della vita». Le attività sono principalmente rivolte ad alcune categorie di persone anziane, centri socio-educativi, bambini, e possono essere erogati in vari ambienti da professionisti opportunamente formati insieme con animali che rispondono a precisi requisiti.

Le AAT (Animal-Assisted Therapy: terapie effettuate con l'ausilio di animali) sono interventi terapeutici generalmente rivolti ai singoli individui che mirano ad obiettivi specifici, favorendo lo sviluppo ed il miglioramento delle funzioni e/o abilità cognitive, motorie, socio-emotive. Sono quindi attività terapeutiche vere e proprie finalizzate a migliorare le condizioni di salute di un paziente mediante specifici obiettivi; una terapia di supporto che integra, rafforza e coadiuva le terapie normalmente effettuate per il tipo di patologia considerato.

Gli incontri con gli animali trovano il proprio

riferimento e inquadramento teorico nelle attività assistite, pur diventando talvolta, soprattutto con i piccoli ricoverati dei reparti a lunga degenza, quali l'Oncoematologia, la Neurochirurgia e le Malattie infettive, dei veri interventi socio-riabilitativi, atti a stimolare e promuovere un recupero delle capacità cognitive, motorie e relazionali.

Gli incontri con gli animali possono essere un valido supporto al bambino e alla sua famiglia per aiutare a superare l'ansia legata alla malattia, alla degenza, a procedure invasive, distraendolo e proiettando la sua attenzione verso un compagno gradito, allegro, morbido e buffo quale un dolcissimo quattro zampe. Le attività con gli animali si pongono come attività di supporto, quali la musica e i clown, che possono essere definite come progetti culturali, di sviluppo salute, finalizzati all'umanizzazione del ricovero pediatrico.

Come si evidenzia dalla letteratura specialistica sull'argomento, possono soddisfare specifici bisogni del bambino ricoverato in ospedale. Questi bisogni sono d'amore e d'affetto; di sicurezza, di relazione; di fiducia e stima; di gioco. Il momento del ricovero è infatti riconosciuto da tutti come una circostanza destabilizzante e angosciante per un bambino e, quindi, come un momento di maggior bisogno di specifiche attenzioni

La perdita dei normali e abituali punti di riferimento porta il bambino alla richiesta di maggior amore e protezione rispetto ad una situazione di "normalità", non solo da parte dei familiari, ma da tutto il contesto, inserendo in quest'ultimo il personale ospedaliero. L'ambiente fisico in cui il bambino è accolto e l'atmosfera che vi regna all'interno diventano parte della sua convalescenza.

Il periodo di degenza è quindi un momento particolare nella vita dei bambini che si trovano a viverlo, perché interrompono tutte quelle attività e rapporti quotidiani alla base di un senso di tranquillità e sicurezza che,

come già detto, rendono possibile uno sviluppo equilibrato. Tali caratteristiche hanno delle conseguenze nel bambino, che non sono necessariamente negative, ma che possono creare delle difficoltà, anche a livello psicosomatico, ad affrontare l'ambiente ospedaliero e con esso i medici e gli infermieri che vi lavorano, ma anche nell'affrontare la causa del ricovero stesso, ossia la malattia.

Il cane, d'altra parte, appartiene ad un ambiente familiare, richiama nelle persone un senso materno, sentimenti di protezione e di cura. Alla luce di ciò, la presenza dell'animale può contribuire a rendere più familiare l'eventuale periodo di degenza, poiché è un elemento che solitamente non fa parte di tale ambiente, ma di quello casalingo o del mondo esterno. È come sostenere che una ventata di "normalità" fa visita al piccolo. Ciò che viene dunque proposto negli incontri è una relazione, un rapporto reale fatto di gioco, di apprendimento, di contatto fisico e di gesti di affetto, ed un'occasione per il bambino di sperimentare se stesso e di esprimere volontà e determinazione in un momento così delicato della sua vita.

In questa dimensione relazionale acquista importanza anche la figura dell'accompagnatore del cane, l'operatore di pet therapy, nonché la sua abilità e competenza nell'introdursi in un ospedale pediatrico in modo professionale e non invadente. L'operatore specializzato dovrebbe saper stimolare nella maniera corretta e sistemica tutti i protagonisti dell'interazione bambino-animale-adulto di riferimento, solitamente il genitore. Diventa quindi importante la sua formazione, che mirerà a costruire conoscenza nell'ambito dell'etologia, dell'educazione cinofila, e soprattutto nella relazione di aiuto.

Gli operatori che collaborano con noi hanno tutti un'alta formazione nelle scienze sociali e hanno acquisito abilità e padronanza nelle tecniche di gestione e educazione sia del cane

sia di altri animali domestici. Così come il cane, anche il suo conduttore agisce da facilitatore sociale; attiva la relazione agendo sulla persona, sul cane e sul contesto.

Tale progetto per la sua complessità necessita quindi di un approccio multidisciplinare e di un monitoraggio continuo. L'equipe è infatti composta da specialisti sia nel settore animale, quali il veterinario comportamentista, l'etologo, l'istruttore cinofilo, che nel settore delle scienze umane, quindi lo psicologo, l'educatore, l'operatore di pet therapy, nonché medici ed infermieri.

2. Riferimenti teorici

Fin dalle prime ricerche circa l'importanza del rapporto uomo-animale, si è parallelamente sviluppato l'interesse per i possibili benefici che gli animali domestici potrebbero offrire per un adeguato sviluppo del bambino. Numerose sono infatti le ricerche sulla relazione bambino-animale, e su come quest'ultimo agevoli un corretto sviluppo psicosociale. Quando una persona malata gioca con un gatto, o un cane, sorride per i suoi movimenti e comportamenti buffi, si distrae dai suoi problemi uscendo dal proprio mondo interno e ciò aumenta le sue possibilità di difesa e quindi di guarigione. Il gioco ed il divertimento portano comprovati benefici psicosomatici perché costituiscono una vera valvola di sfogo per le tensioni: infatti, le persone, tramite esso, possono liberare le loro energie e ricavare sensazioni di benessere e di calma (Giacon, 1992). Goldstein (1982), a proposito di questo, ha condotto degli studi che confermano che il riso riduce il dolore o la sofferenza in generale. La risata influisce sul recupero psicofisico. Nel 1984 Wilson, fondatore della sociobiologia, ipotizzò un nuovo concetto, diventato un punto di riferimento importante per la materia (Wilson, 1984). Per biofilia s'intende un

innato interesse dell'uomo nei confronti della vita e della natura, come risultato di una coevoluzione nei confronti di altre specie.

La teoria della biofilia suggerisce che la presenza di animali possa conferire all'uomo numerosi vantaggi, tra cui il poter mantenere un elevato stato di tranquillità e di benessere. In questo caso, se esiste una predisposizione innata ad associare la presenza di animali domestici alla sicurezza, necessariamente anche i bambini, soprattutto in fasi critiche della loro vita, dovrebbero essere rassicurati dalla loro presenza. Infatti, come vediamo nella nostra pratica quotidiana, spesso la sola interazione ed osservazione del cane, nella propria stanza di degenza, al pronto soccorso, o in corsia, produce effetti rilassanti su di loro, indipendentemente dalle esperienze passate con gli animali.

Nello specifico della nostra attività, l'interazione con gli animali risulta essere utile nell'infondere del coraggio, nell'affrontare trattamenti dolorosi ed invasivi e nel prevenirne le modificazioni comportamentali legati al distress. Un'esperienza di ricerca e tesi interessante a questo proposito è stata quella prodotta nel 2004 dalla dott.ssa Silvia che si pone come studio pilota (Zagni, 2004). Tale tesi ha mostrato come l'AAA svolta all'interno dell'ospedale può essere di supporto per ridurre il distress del bambino che deve effettuare il prelievo di sangue.

I bambini del gruppo che avevano effettuato la procedura in compagnia del cane hanno infatti dichiarato di aver percepito meno dolore; inoltre, dalle analisi ematiche del campione raccolto, il valore del cortisolo era significativamente più basso rispetto all'altro gruppo. Questa tesi evidenzia come per i bambini l'interazione con gli animali funga anche da riduttore dell'ansia e offra un piacevole diversivo per trattamenti che provocano paura e preoccupazione. Questi risultati, in accordo con altri studi (Barker-Dawson,

1998) riconoscono il valido ruolo del cane nel ridurre l'ansia, la paura.

Un'altra interessante ricerca, di cui parleremo in maniera approfondita successivamente, svolta nel reparto di Oncoematologia con i bambini degenti e non dell'Ospedale Meyer, si è posta l'obiettivo di valutare se la presenza dei cani in ospedale influenzasse positivamente lo stato emozionale del bambino malato cronico, dimostrando come quest'attività sia importante per i piccoli degenti.

Il rapporto con un animale rinforza l'identità del piccolo paziente rispetto all'operatore adulto, il quale spesso è percepito, perché estraneo, come minaccioso (Davis, 1987). Anche Woolverton ha messo in evidenza come gli animali da compagnia possono essere utili nei vari setting ospedalieri per ridurre il distress indotto dalle procedure mediche. Per tutti i motivi appena trattati, è evidente che il bambino malato, cronico, a lunga degenza necessita più degli altri di un approccio medico che non miri solo all'eliminazione del danno organico, ma anche di quello psicologico: due dimensioni spesso fortemente connesse.

Fattori ambientali, di sviluppo, comportamentali, psicologici, familiari e culturali incidono sul dolore e la sofferenza. L'ambiente fisico, l'attitudine e il comportamento stesso di chi provvede alle cure dei bambini, i loro pensieri ed il loro stato emozionale influiscono profondamente, aumentandone o riducendone il dolore. Ecco perché si cerca di rendere in ogni modo la degenza, soprattutto quella a lungo termine, un'esperienza il meno possibile traumatica, ed in questo gli amici a quattro zampe possono essere veramente d'aiuto.

3. Gli *Incontri con gli animali*

Gli obiettivi dell'attività *Incontri con gli animali* in ospedale sono stati fin dall'inizio:

1) riduzione dell'ansia e della paura del bambino in ospedale e dei suoi genitori;

2) miglioramento dell'approccio in ospedale e in day hospital;

3) aumento del senso di prendersi cura, da curato a curante;

4) apporto di benessere nell'intero contesto ospedaliero, anche per gli stessi operatori sanitari.

Gli *Incontri con gli animali* rappresentano un progetto accolto molto positivamente dalla maggior parte delle persone presenti presso l'Ospedale Meyer, evidenziando le sue capacità di distrazione, dalla condizione di disagio in cui si trovano spesso i bambini ricoverati.

Tale iniziativa, che è attiva ormai da circa sei anni, fin da subito ha portato al coinvolgimento di molte persone e gruppi di lavoro. In primis i volontari della Fondazione Livia Benini, che hanno costruito insieme con noi il progetto, l'equipe della Terapia del dolore, composta di medici, psicologi ed infermieri, i primari, i medici, le caposala dei reparti, gli infermieri dell'Azienda Meyer, e in ultimo gli educatori della ludoteca, con cui ordinariamente abbiamo una continua comunicazione sui piccoli pazienti.

Il progetto si è sviluppato fin dalla sua nascita in varie ed articolate fasi progettuali, organizzative ed operative. Inizialmente, gli incontri, della durata di due ore per un giorno la settimana, condotti talvolta da un operatore, talvolta da due, con la presenza ogni volta di tre cani, labrador e meticci che facevano una turnazione, si realizzavano con i bambini che potevano scendere nel cortile dell'ospedale, presso il giardino della magnolia, dove potevano giungere dall'entrata semplicemente seguendo un osso arancione. All'esterno era stato allestito un piccolo spa-

zio gioco: un tavolo dove parlare, leggere, scrivere e raccontare cose sugli animali; un luogo tutto a dimensione di bambino, dove poter accarezzare i cani, giocare e relazionarsi con loro. In questo posto, che si trova all'interno della struttura ospedaliera, potevano accedere sia i bambini del centro prelievi sia quelli ricoverati che potevano uscire e, non per ultimo, alcuni che partecipavano con gli occhi e con il sorriso dalle finestre dei reparti. Successivamente, dopo un'indagine interna sulla reazione dei genitori, degli operatori e del personale medico all'iniziativa, sulla base degli ottimi risultati dei dati conseguiti – in cui emergeva che gli incontri con gli animali producevano effetti benefici sul bambino, evidenziando un miglioramento della percezione del contesto ambientale e presenza di buone capacità d'interazione, una buona collaborazione e gradimento da parte dei genitori e degli operatori sanitari – si è optato per il proseguimento dell'attività e per un'organizzazione più dettagliata. Dal giardino pian piano le attività con i cani sono state realizzate all'interno dell'ospedale pediatrico, vicino all'entrata (dove si trova il pronto soccorso, quindi un luogo ad alta tensione dove ci sono bambini che arrivano velocemente e genitori che urlano), sino all'inserimento nei reparti nel 2003.

Quando parliamo di un luogo ad alta tensione intendiamo situazioni potenzialmente stressanti per il quattro zampe che in quel momento ci accompagna, che deve essere preparato a superare quegli ostacoli ambientali, spesso di natura olfattiva, che lo possono distrarre dal suo importante compito. Tutto ciò ha come premessa un rapporto di fiducia, sintonia e amicizia con il proprio conduttore, che oltre al proprio compagno di lavoro solitamente è anche il proprietario dell'animale. Un cane che opera in ospedale non è quindi un cane qualsiasi, buono e tranquillo, come spesso i padroni etichettano i loro quattro

zampe, ma necessità di una sensibilità e capacità di sintonizzarsi con l'ambiente e con il bambino con cui costruisce la relazione, che va al di là delle ore di educazione e di allenamento che egli ha svolto.

L'ingresso dei cani nei reparti si è reso possibile dopo un accurato lavoro e la preparazione delle coppie cane-operatore, e soprattutto per l'interesse di alcuni primari, caposala ed infermieri nei confronti dell'attività, ipotizzando che ciò potesse soprattutto essere utile per quei bambini che presentavano particolare difficoltà emotive legate all'ospedalizzazione. Inizialmente i reparti più frequentati sono stati quelli di Rianimazione e di Malattie infettive e, visti i benefici ottenuti con i bimbi ricoverati, l'intervento è stato esteso anche agli altri reparti. Tutto questo ha presupposto l'adesione ad un Protocollo igienico-sanitario, che monitorasse eventuali rischi di zoonosi. I rischi sono ridotti ai minimi livelli, attraverso la messa a punto di un'attività adeguatamente curata e controllata, selezionando bene le caratteristiche fisiche e comportamentali degli animali impiegati, e rispettando scrupolosamente la salute dell'animale, la sua pulizia quotidiana e le semplici regole d'igiene che si applicano all'interno di una struttura ospedaliera³.

Attualmente gli *Incontri con gli animali* avvengono in tutto l'ospedale pediatrico per tre giorni la settimana, oltre agli interventi di "visite domiciliari" del progetto denominato *Erika*. I reparti in cui si realizza l'attività sono Oncoematologia, Malattie infettive, Chirurgia, Neurochirurgia, Neurologia e le varie cliniche pediatriche, il reparto del pronto soccorso, il Centro prelievi e gli ambulatori specialistici.

Di volta in volta, a seconda del reparto e della tipologia di bambini, sono strutturati degli interventi il più possibile mirati ad obiettivi clinici. Ogni attività ha la durata di circa due ore, e ogni volta sono diversi i cani che si

danno il turno, almeno tre. Raccontare la storia del progetto significa raccontare emozioni, storie di bambini, di ragazzi, di genitori e di animali. Parlare di attività assistita con l'ausilio degli animali all'interno di una struttura ospedaliera crediamo che significhi fondamentalmente soffermarsi sulla capacità di dono, nel senso più letterale della parola, che possiedono gli animali. Quindi diventa importante, in qualità di operatori sociali, essere consapevoli che si opera nell'ambito delle emozioni.

Quando ci sono gli animali, i reparti cambiano aspetto; insomma, a volte non sembra proprio di essere dentro un ospedale; la dimensione del tempo qui è completamente diversa da quella della vita di tutti i giorni, della quotidianità; talvolta, basta veramente poco per cambiare il ritmo e l'umore della giornata.

Ciò che accade nella relazione tra animale e bambino è che questo esprime dolcezza ed in un certo senso da curato diventa curante nei confronti del cane, facendolo giocare, massaggiandolo, raccontandogli storie, impegnandosi e ponendo attenzione su questo rapporto speciale. Ogni bambino è speciale nella relazione con quel cane, quindi ogni coppia operatore-animale è generosa nel donare a quel bambino, in quel momento, un rapporto particolare e sintonizzarsi in quel contesto con quelle persone. Molto accade a livello di non verbale, nel silenzio, con i gesti insomma in quello spazio di comunicazione che potremmo definire di "confine", dove l'unico linguaggio che unisce autenticamente il mondo degli uomini a quello degli animali è quello del non verbale. Insieme al conduttore del cane spesso capita che i medici chiedano e s'interessino del loro stato di salute, costruendo un dialogo e, quindi, un ascolto, una relazione non solo centrata sulla malattia di quel bambino, ma anche sulla sua persona. Difficilmente dimenticheremo la visita

speciale del primario del pronto soccorso che, davanti a dei bambini attentissimi, con aria incuriosita ma veramente professionale, fece la visita a Quelo, un piccolo cagnolino meticcio, parte del team canino della nostra associazione, che dando il buon esempio si fece tranquillamente controllare cuore, orecchie e zampe. Con aria seria e determinata il dottore sfoderò la sua precisa diagnosi: «Codice a toppe».

L'animale magicamente aiuta i bambini a liberare la loro parte più fantastica e fantasiosa, esercitando la creatività. Un gioco che facciamo spesso con i bambini è quello di raccontare insieme ai quattro zampe una storia, cercando di far riposare il cagnolone, che talvolta s'addormenta veramente. Oppure capita di dividere un piccolo biscotto e in quel modo a volte i bambini ricominciano a mangiucchiare qualcosa.

Durante ogni incontro, visitiamo i bambini di almeno due reparti, ma tutte le volte l'appuntamento fisso è la visita speciale ai piccoli dell'Oncoematologia e a quelli in attesa al pronto soccorso. Le attività proposte cambiano di volta in volta, da reparto a reparto, e diremo da bambino a bambino, a seconda dell'età, del sesso e dell'interesse nei confronti del quattro zampe. Frequentemente le attività proposte sono quelle dello spazzolare, del carezzare, del giocare, del nutrire, del passeggiare e del parlare su e con l'animale. L'interazione tra bambino e animale nasce quindi da una base spontanea, per poi dirigersi verso una strutturazione dell'attività. Non bisogna mai dimenticare infatti che si sta operando entro una struttura medico-sanitaria, in cui tante e continue sono le variabili e gli imprevisti, ed in cui è necessario muoversi con delicatezza e rispetto verso tutti.

In generale, nella nostra "valigetta magica" si trovano tutti i nostri strumenti di lavoro: copertina, spazzole di varie forme e colore, palline, libri, biscotti speciali per cani, tutto il

necessario per giocare con i piccoli degenti. Bisogna evidenziare che spesso gli incontri con gli animali sono per diversi bambini la prima vera esperienza di contatto e conoscenza con un quattro zampe, e solitamente i bambini non sono assolutamente preparati né abituati ad interagire con i cani. Solitamente, i più timorosi sono coloro che non hanno mai visto un cane da vicino. In tal caso cerchiamo di spiegare loro – ed anche ai loro genitori – quello che è il loro linguaggio e di insegnare loro a capirli. Gli incontri con gli animali in ospedale spesso diventano un vero e proprio laboratorio di emozioni e di apprendimento, con un'importante finalità educativa e anche con un impatto culturale e sociale, poiché un bambino che conosce e sa è un bambino che passerà la sua conoscenza ad altri, e si avvicinerà ad un quattro zampe correttamente, evitando possibili rischi e pericoli.

L'attività con gli animali si pone quindi con un'importante valenza psicosociale.

4. Le visite speciali in Oncoematologia

Dall'anno 2005, grazie all'interesse mostrato dagli operatori sanitari verso l'attività, la fiducia e la conoscenza maturata nel tempo, gli incontri con gli animali ed i piccoli di questo reparto sono oramai diventati cosa usuale e decisamente attesa da tutti. C'è oggi un forte appello all'umanizzazione della cura, soprattutto per questi bambini, che sempre più spesso sono costretti ad una lunga ospedalizzazione. Diventa quindi necessario un approccio medico, che tenga conto di come il bambino possa migliorare vivendo l'ambiente come non ostile.

Fattori ambientali, di sviluppo, comportamentali, psicologici, familiari e culturali, incidono sul dolore e sulla sofferenza. L'ambiente fisico, l'attitudine e il comportamento di chi provvede alle cure, il comportamento stesso

dei bambini, i loro pensieri ed il loro stato emozionale influiscono profondamente, aumentandone o riducendone il dolore. Per questo motivo si cerca di rendere in ogni modo la degenza, soprattutto quella a lungo termine, un'esperienza il meno possibile traumatica.

Le terapie non farmacologiche, tra cui anche la pet therapy, devono essere parte integrante della normale terapia del bambino malato di cancro, a partire dalla diagnosi e lungo il corso dei trattamenti. Possono essere messe in pratica in diversi ambienti e possono modificare molti dei fattori che aumentano il dolore.

Una tesi di ricerca in Psicologia clinica, elaborata nel 2006 da Federica Pecoraio presso il reparto di Oncoematologia sul progetto *Incontri con gli animali* si è posta l'obiettivo di valutare se la presenza dei cani in ospedale influenzasse positivamente lo stato emozionale del bambino malato cronico, verificando il livello di approvazione nei confronti dell'iniziativa da parte dei bambini oncologici ricoverati, dei rispettivi genitori e del personale sanitario. Dalla tesi è emerso che la relazione con il cane influenza lo stato emozionale del bambino, che il livello di comfort che il bambino sperimenta è maggiore in presenza del cane e che i bambini descrivono più frequentemente il contesto come positivo dopo aver giocato con il cane rispetto a quando il quattro zampe non c'è. Appare quindi che gli incontri con gli animali possano migliorare la percezione del contesto ospedaliero per il bambino ricoverato.

Infatti, i bambini dopo gli incontri con gli animali si sentono più forti e felici e percepiscono l'ambiente come maggiormente gradevole. Poiché sappiamo che una delle conseguenze reattive principali che si possono osservare in questi pazienti è la perdita d'interesse per l'ambiente circostante e la conseguente difficoltà di concentrazione, il fatto che la presenza del cane abbia fatto registrare un'alta

uniformità delle risposte riguardo alla sua capacità di far sentire il bambino più felice e forte e coraggioso, può essere considerato un ottimo risultato. L'aumento delle interazioni sociali, dell'interesse ed il miglioramento dell'umore sono testimoniati anche dai dati ottenuti attraverso i questionari dei genitori che osservano come il loro bambino, oltre a socializzare di più ed essere più felice, accetta meglio l'ospedalizzazione, esce maggiormente dalla camera e sembra aver più fiducia in se stesso.

Gli operatori sanitari, medici di oncologia pediatrica ed infermieri professionali dichiarano, inoltre, che l'attività contribuisce a creare un clima di lavoro più sereno e maggiormente collaborativo. La totalità del personale intervistato è quindi favorevole all'iniziativa. Il contatto con gli animali induce sensazioni di rilassamento e quest'attività è utile per i bambini, che accettano meglio le cure, ed anche per i genitori, che sono meno ansiosi. Al di là dei risultati statistici, i genitori hanno riferito inoltre dei miglioramenti nei loro bambini evidenziabili nella capacità di vivere dei momenti di spensieratezza e nel desiderio di comunicare e di relazionarsi, anche in quei casi in cui a causa della malattia manifestavano un atteggiamento di chiusura nei confronti degli altri. Nei tantissimi incontri indimenticabili con i bambini di questo reparto e con le loro famiglie, uno in particolare ha segnato il nostro percorso, quello con Erika.

Erika era una splendida bambina di sei anni con degli occhi azzurri enormi e sempre attenti a tutto. Ha conosciuto la nostra Laila, insieme a Kato e Quello, capostipiti di tutti i nostri progetti, e tra loro è nata una profonda amicizia. Tutte le volte che accompagnavamo Laila da Erika, lei aveva sempre domande e curiosità sulla nostra cagnona, ed ogni volta ci stupivamo di come tra loro ci fosse davvero un'affinità di emozioni.

Questo progetto porta il nome della nostra piccola amica, ha l'obiettivo di rallegrare i bambini e di alleviare le loro sofferenze, andandoli a trovare direttamente nella loro casa. Ciò rientra nel servizio di assistenza domiciliare attivato dal Servizio di terapia del dolore dell'Azienda universitaria Meyer. Accompagnando i nostri quattro zampe presso la casa dei bimbi, per visite veramente scodinzolanti, i bambini hanno l'occasione di offrire ai nostri amici pelosi una giornata ricca di coccole e veramente speciale per tutti noi.

5. I protagonisti a quattro zampe

Gli *Incontri con gli animali* hanno come protagonisti pelosi i nostri cani, che devono possedere specifiche caratteristiche. Prima di tutto un'ottima intesa e fiducia con il conduttore, affidabilità, adattabilità, prevedibilità ed un certo charme e simpatia, poi – prendendo a prestito un vocabolo dalla psicologia sociale – una certa dose di empatia. Parlare di un cane da attività e terapie, nello specifico del nostro lavoro, significa esaltare quelle che sono le caratteristiche ed atteggiamenti dell'animale, di socievolezza ed equilibrata curiosità verso i bambini, che solitamente sono per i quattro zampe molto impegnativi, poiché dinamici, veloci, e sostanzialmente imprevedibili.

Un "cane dottore" non solo deve trovare tutto questo normale, ma gli è richiesto un ulteriore sforzo e cioè quello di selezionare e discriminare tramite l'olfatto, che è la sua prima forma di conoscenza del mondo e delle cose, tutti gli stimoli presenti in ospedale – detergenti, ormoni, carezze di estranei, rumori forti ed improvvisi – e dedicarsi poi alla relazione con quel bambino, e spessissimo con gruppi di bambini.

Un cane equilibrato ha un'ottima socializzazione con i suoi simili, con tante persone

diverse e in tanti ambienti differenti. Una relazione equilibrata con il proprio conduttore, una capacità di risoluzione di problemi, un'alta capacità di concentrazione ed un'eccezionale educazione di base sono premesse indispensabili per un cane specializzato in tale attività. Tutto questo patrimonio tecnico ed esperienziale, necessariamente, deve essere accompagnato da una vera allegria e gioia a stare in compagnia dei piccoli pazienti. Un cane triste, o impreparato su una delle aree elencate, difficilmente potrà intervenire correttamente e non riuscirà a mostrarsi generoso e autentico. Flessibilità, creatività, empatia, capacità di ascolto, capacità di lavorare in gruppo: tutte caratteristiche che le coppie cane-operatore devono acquisire ed enfatizzare, in quel viaggio colorato e festoso che sono gli *Incontri con gli animali* all'interno delle corsie.

Note

¹ L.R. Veneto 3/05, in BUR n. 2, 2005.

² L'Associazione e Cooperativa Antropozoa opera prevalentemente nella regione toscana e ha come suo obiettivo principale quello di promuovere e agevolare una corretta conoscenza delle straordinarie possibilità di comunicazione, oltre che di relazione, che intercorrono tra il mondo delle persone e quello degli animali. Antropozoa è composta da operatori professionisti qualificati con formazione eterogenea e multidisciplinare, con competenze che spaziano dal campo delle scienze umane, all'educazione cinofila alla medicina veterinaria. I siti di Antropozoa sono: www.antropozoa.it, www.onlus.antropozoa.it.

³ Trimestralmente vengono eseguiti accurati controlli igienico-sanitari per escludere zoonosi; referente il Comitato Infettivo Ospedaliero (CIO).

Bibliografia

- AA.W. (2005), *Problemi bioetici relativi all'impiego di animali in attività correlate alla salute e al benessere umani*, Documento del Comitato nazionale di bioetica, ottobre.
- Barker, S.B., Dawson, K.S. (1998), *The Effects of Animal-assisted Therapy on Anxiety Ratings of Hospitalized Psychiatric Patients*, in "Psychiatric Services", vol. 49, n. 6, pp. 797-801.
- Davis, J.H. (1987), *Preadolescent Self-concept Development and Pet Ownership*, in "Anthrozoos", vol. 1, n. 2, pp. 90-94.
- Giacon, M. (1992), *Pet therapy: psicoterapia con l'aiuto di amici del mondo animale*, Roma, Edizioni Mediterranee.
- Goldstein, J. (1982), *A Laugh a Day*, in "The Sciences", vol. 22, n. 6, pp. 21-25.
- La Pira, M. (2005-06), *La Pet therapy tra teoria e pratica: uno studio esplorativo sulla natura e qualità dei servizi*, Facoltà di Psicologia, Università di Firenze.
- Wilson, E. (1984), *Biophilia*, Cambridge, Harvard University Press.
- Wu, A.S, Niedra, R., Pendergast, L., McCrindle, B.W (2002), *Acceptability and Impact of Pet Visitation on a Pediatric Cardiology Inpatient Unit*, in "Journal of Pediatric Nursing", vol. 17, n. 5, pp. 354-362.
- Zagni, S. (2004), *Valutazione dell'efficacia dell'AAA sul distress del bambino sottoposto a prelievo di sangue*, Tesi di Laurea in Psicologia, Università degli studi di Firenze.

Musica in ospedale

Alessandro Peroni

Coordinatore del progetto Musica in ospedale ed esperto della Cooperativa sociale Athenaeum musicale

1. Premessa

Il progetto *Musica in ospedale* ha preso l'avvio, nella sua attuale connotazione, e relativamente al nostro paese¹, "solo" alla fine del 2001, ma presso l'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze è entrato subito, e a buon diritto, a far parte del progetto di *cura globale* (integrata) del bambino, cioè della modalità di approccio alla malattia che rappresenta, ormai da tempo, un obiettivo prioritario per la struttura sanitaria fiorentina.

L'azione dei "musicisti in ospedale", così come quella degli educatori della ludoteca, dei "clown in corsia", dei cani addestrati, degli psicopedagogisti, si affianca in maniera del tutto "discreta" a quella del personale sanitario con l'obiettivo di creare un clima emotivo e psicologico il più possibile favorevole alla cura dei piccoli pazienti e fondamentale per assicurare un'alta qualità dell'accoglienza e della permanenza in ospedale anche per le loro famiglie.

La musica, in particolare, si pone come funzione primaria quella di supportare l'opera del personale sanitario in una sorta di *collaborazione o alleanza terapeutica*; così i musicisti li possiamo ritrovare, oltre che nelle stanze della degenza, negli ambulatori e nei luoghi comuni dell'ospedale, anche nelle situazioni più critiche e stressanti, come al momento del prelievo, della medicazione, in fase pre- e post-operatoria o durante le terapie e le indagini radiologiche, impegnati a creare e mantenere, con i bambini e i loro familiari, momenti di relazione, scambio e condivisione, avvalendosi del canto, del proprio strumento, di un repertorio musicale estremamente vario e interessante e di tanti e vari *oggetti sonori*² e piccole percussioni che risultano estremamente utili ed efficaci nel coinvol-

gimento attivo nell'azione musicale di tutti gli "attori" presenti all'interno della struttura ospedaliera³.

2. Storia di un progetto

Il progetto *Musica in ospedale*, per quanto concretamente operativo con le attuali connotazioni "solo" dal 2001, ha mosso i primi passi circa dodici anni fa. Infatti nel 1995 la Fondazione Livia Benini e l'Associazione culturale Athenaeum Musicale Fiorentino hanno iniziato una collaborazione per portare la musica all'interno del reparto di Oncematologia dell'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze e dal 1995 al 2002 alcuni musicisti, di varia, ma non specifica formazione, si sono alternati con un progetto d'intervento musicale mirato al miglioramento della condizione psicologica e umana del bambino e della sua famiglia in ospedale.

Nel 2001 si è svolto a Strasburgo un convegno europeo sul tema della *Cultura all'ospedale*⁴ durante il quale è stata illustrata, tra l'altro, l'attività musicale svolta in Francia ad opera di alcune associazioni che operano in vari ospedali e reparti pediatrici, che ha destato l'interesse dei responsabili della Fondazione e dell'Ospedale pediatrico Meyer che vi hanno partecipato. Così nello stesso anno, organizzata dall'Ospedale pediatrico Meyer e dall'Athenaeum MF, si è svolta a Firenze una conferenza sul tema della *Musica in ospedale* e, in particolare, sull'esperienza francese, con la partecipazione di Victor Flusser, direttore del Centre de Formation des Musiciens Intervenants⁵ dell'Université Marc Bloch di Strasburgo, e di Philippe Bouteloup, direttore dell'Associazione parigina Musique et Santé, coinvolta in prima persona nei progetti musicali nei luoghi di cura dei ministeri della Cultura e della Salute e nella formazione dei musicisti.

Proprio dall'incontro tra Ospedale e Fondazione Meyer, Athenaeum MF e i due esperti francesi è nato un progetto e un Protocollo d'intesa per organizzare a Firenze un corso di formazione, estremamente specialistico, volto a preparare musicisti professionisti alla pratica della musica nelle strutture della salute.

Il corso di formazione, finanziato dalla Fondazione Meyer, che ha dimostrato così il profondo interesse per il progetto, si è svolto a Firenze nel 2002 e ha "laureato" otto musicisti, che hanno costituito il primo nucleo operativo di "musicisti in ospedale".

Nello stesso anno si è svolta (la prima parte a Strasburgo e la seconda a Firenze) la prima Université Européenne d'Eté⁶ *Musica nell'ambito della salute e dell'handicap*, che ha focalizzato la sua attenzione sulla ricerca degli obiettivi dell'intervento musicale nelle strutture sanitarie, operando una sintesi complessa sui risultati espressi dalle sette categorie interpellate (amministratori, finanziatori, medici, infermieri, bambini, genitori e musicisti) e ha messo a confronto l'esperienza francese con quella, assai più recente, italiana.

Nel 2003 ha preso l'avvio, sempre grazie all'interesse e al contributo della Fondazione Meyer, il primo progetto operativo di *Musica in ospedale* presso l'Ospedale pediatrico Meyer, che ha visto coinvolti otto musicisti per un totale di oltre 2.500 ore annuali d'intervento (una media di più di otto ore giornaliere) in tutti i reparti e servizi.

Nel 2005 l'Athenaeum MF ha organizzato il secondo corso di formazione per "Musicisti in ospedale" aprendo anche all'azione musicale nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per persone anziane non autosufficienti.

Nel biennio 2006-2007 il progetto, inizialmente pensato per l'Ospedale Meyer, è stato presentato in varie strutture sanitarie e ha visto la sua attivazione anche nei reparti pediatrici degli ospedali di Pescia, Pistoia e

Prato e nelle RSA La Cupolina di Firenze, San Francesco di Scarperia e Don Bosco di Pescia.

3. Che cos'è la "musica in ospedale"

Dato il carattere innovativo del progetto, e il suo percorso di continuo arricchimento e consolidamento, ci troviamo un po' in difficoltà quando dobbiamo definire precisamente che cosa sia la "musica in ospedale", così come noi la intendiamo e proponiamo, e in che cosa si differenzi da altre forme d'intervento in cui la musica viene utilizzata all'interno delle strutture sanitarie.

Partendo dal "cosa non è" si può dire, innanzitutto, che si differenzia dall'utilizzazione della musica come sottofondo musicale (filodiffusione, radio, CD ecc.) perché essa viene proposta "dal vivo": i musicisti entrano in relazione diretta con i bambini e i familiari (ma anche con il personale curante) e riadattano continuamente il loro intervento musicale in funzione del cambiamento delle condizioni stesse della relazione.

Non si tratta neppure di una forma di esecuzione pubblica in un "palcoscenico speciale" per un "pubblico speciale": non è un concerto, né una performance, dove il musicista propone la sua abilità e personale sensibilità nell'interpretazione di un repertorio alla ricerca di un consenso (applauso); non è neanche una forma d'intrattenimento o di animazione dove l'attività musicale viene proposta esclusivamente con finalità di distrazione o di divertimento e nemmeno un atto di generosità di volontari di *buon cuore*, ma è, al contrario, un'attività altamente specializzata di *relazione musicale interpersonale* realizzata da professionisti appositamente formati ad operare nei contesti di cura.

È, inoltre, qualcosa di profondamente diverso dalla cosiddetta "musicoterapia", perché non ha nessun intento terapeutico e non si propo-

ne come alternativa o complemento alle cure mediche, non ponendosi nei confronti del bambino e dei familiari come uno strumento di miglioramento *ponderato* della sua salute fisica, in cui la musica, vista come una medicina, viene somministrata in dosi appropriate, ma è essenzialmente un'attività varia e complessa di profonda relazione umana, mediata dalla musica, che pone al centro dell'intervento non il bambino malato, bensì l'individuo nella sua complessità e globalità.

La musica in ospedale assume la connotazione di strumento privilegiato della relazione, capace, attraverso il suo linguaggio profondo e immediato, di favorire il ricordo e le emozioni, di distrarre e di rilassare, di ricreare un ponte con il vissuto individuale e con l'esterno, di favorire la relazione e di migliorare la qualità della vita del bambino e dei suoi familiari durante la permanenza in ospedale; l'attività musicale favorisce e stimola la relazione anche *tra* e *con* il personale curante, potendosi così proporre, allo stesso tempo, come strumento di miglioramento dell'ambiente lavorativo di quanti operano nella struttura.

Questo progetto si sviluppa attorno ad alcune finalità di carattere generale, e su alcuni obiettivi più specifici. La prima finalità riguarda principalmente l'aspetto "sanitario" della cura⁷, essendo quella d'influire positivamente sulla qualità dell'assistenza del bambino in ospedale (favorendo quindi il processo di guarigione), inserendosi nelle politiche di umanizzazione delle strutture sanitarie. La seconda ha una connotazione preminentemente "culturale" ed è quella di operare, di concerto con altre forme artistiche (arti figurative, poesia, letteratura, teatro), una trasformazione dell'ospedale da luogo esclusivamente dedicato alla cura "della malattia" e "del malato" a luogo di opportunità culturali, fino a fargli assumere un ruolo di promotore, o addirittura di produttore⁸, di eventi cultura-

li. La terza ha un carattere più "sociale" e riguarda direttamente la trasformazione dell'ospedale nei confronti della percezione che di esso ne ha la popolazione e l'utenza, migliorando anche il clima di fiducia nelle istituzioni sanitarie e nell'assistenza sanitaria in generale.

Contribuire alla cosiddetta "umanizzazione" dell'ospedale e influire, quindi, positivamente sul processo di cura-guarigione del bambino, per il "musicista in ospedale" significa, quantomeno, il perseguimento di tre obiettivi:

1) il miglioramento della qualità della vita del bambino e dei suoi familiari durante il ricovero o, comunque, la permanenza nella struttura ospedaliera, creando, attraverso la *relazione musicale* un clima psicologico e emotivo più rilassato e disponibile, che favorisca la comunicazione all'interno del nucleo familiare e tra il nucleo familiare e il personale sanitario;

2) il miglioramento dell'*ambiente sonoro* dell'ospedale⁹ attraverso la ricerca di soluzioni al costante incremento della sua rumorosità, sia adottando soluzioni tecniche¹⁰ sia stimolando una riflessione critica anche sui comportamenti umani (ad esempio l'attenzione al tono di voce nella comunicazione verbale) all'interno della struttura¹¹;

3) il miglioramento della qualità dell'ambiente di lavoro, creando un clima più disteso per il personale sanitario, come risultante, a sua volta, di altri elementi, come il miglioramento dell'ambiente sonoro e relazionale, il coinvolgimento attivo dello stesso personale nell'azione musicale con bambini e genitori attraverso il canto, l'accompagnamento ritmico e l'improvvisazione (cosa che, indubbiamente, facilita e migliora la reciproca conoscenza e la comunicazione), l'accompagnamento musicale del bambino durante alcune procedure dolorose, come prelievi e medica-

zioni, e in tutti quei momenti in cui l'attività musicale può essere di aiuto nella riduzione dello stress e della tensione nel bambino, nei familiari e nel personale, al fine di una miglior attuazione della cura (*alleanza terapeutica*).

Riguardo al punto 1) vorrei sottolineare come talvolta, quando il bambino si ammala e se ne rende necessario il ricovero, i familiari tendano ad attuare, come reazione al dolore e all'angoscia, una sorta di spersonalizzazione, arrivando ad identificare il bambino con la malattia stessa (questo lo si può anche notare dal distacco con cui talvolta lo accudiscono e dalla distanza fisica e relazionale che inevitabilmente si determina tra genitori e figli ricoverati); e di come la presenza del musicista spesso risulti utile proprio per riportare l'attenzione sul bambino in quanto persona e non più "corpo malato".

Ricordo personalmente una coppia di genitori che, dopo l'operazione del figlio, se ne stavano nella cameretta, in silenzio, seduti a un paio di metri di distanza dal bambino che, da poche ore rientrato dalla sala operatoria, se ne stava pressoché immobile, pieno di tubi e sensori. Il bambino sembrava addirittura non cosciente, ma all'arrivo del musicista parve come scuotersi dal torpore e riprendere contatto con la realtà. Il musicista lo *forzò* quasi ad accettare una piccola maracas per accompagnare il canto che gli stava proponendo e il bambino, nonostante le difficoltà di movimento, cominciò lentamente, e quasi impercettibilmente, a suonare e a interagire col musicista. Solo a quel punto, come risvegliatisi, i genitori si sono riavvicinati al figlio e lo hanno aiutato a suonare partecipando intensamente essi stessi all'azione musicale, riacquistando e riconquistando così quella confidenza con il figlio, momentaneamente interrottasi a causa della malattia.

A proposito di ambiente sonoro, nella ricerca attuata nella Terapia intensiva neonatale

citata oltre (Caino, 2006), si è anche notato come la presenza del musicista nel reparto sia, di per sé, di stimolo ad una spontanea riduzione del tono della voce di genitori e personale.

Un esempio di collaborazione terapeutica riuscita tra musicista e personale sanitario lo si ritrova descritto nel diario di bordo¹² di Giovanni, un musicista all'Ospedale Meyer:

«La mattina, mentre mi preparavo nella stanzina dei clown per l'intervento musicale, mi è squillato il cellulare: era Carla, l'infermiera della terapia del dolore che mi chiedeva se potevo raggiungerla ai dismetabolici per supportarla durante un prelievo. Arrivato nel reparto trovo Carla, Francesco (un ragazzo di circa 19 anni con problemi psichiatrici) e i suoi due genitori: Carla mi chiede se conosco dei brani classici famosi, perché Francesco è appassionato di musica classica; allora comincio a suonare la *Primavera* di Vivaldi e lui inizia a sorridere.

Lo accompagno con Carla e Barbara, un'altra infermiera, nella stanza dei prelievi; entra anche il babbo. Io mi metto vicino a Francesco e continuo a suonare. Gli suono, con il sax, un brano da una suite di Bach e lui è molto contento: gli viene fatto il prelievo senza alcun problema; lui sorride ed è tranquillo.

Il padre comincia a piangere a dirotto e anche Carla si commuove, ma io non ne capisco il motivo. Francesco si alza uscendo dalla stanza dei prelievi e incontra la mamma che sta piangendo insieme al padre. Allora Francesco dice: "Mamma, voglio rifarlo il prelievo! Ma... perché piangi?".

I genitori di Francesco sono molto contenti, mi ringraziano e noi andiamo via. Solo allora Carla e Barbara mi raccontano che Francesco ha girato molti ospedali d'Italia e nessuno è mai riuscito, prima, a fargli il prelievo. A questo punto ho finalmente compreso il motivo del

pianto dei genitori e la commozione di Carla».

O come racconta Chiara, un'altra musicista del Meyer:

«Mi sto preparando nella stanza della reception dell'ambulatorio di Allergologia. Claudia, l'infermiera, mi vede e dice: "Puoi venire di là che c'è un prelievo difficile?". Io vado subito, ma il ragazzo (Carlo, di circa 13 anni e con qualche problema di ritardo mentale) non accetta più nessuno intorno a lui. C'è molta tensione: la vena non si trova. Il ragazzo è teso e urla che non ne vuole più sapere di tutte quelle torture. Così si alza per andarsene.

Io lo seguo nel corridoio; con lui c'è anche la mamma, afflitta e sconfortata (abitano lontano e non possono tornare per un secondo prelievo). Canto piano per rilassarlo e gli offro delle maracas, poi lo accompagno nella saletta delle visite, ma la dottoressa mi fa capire di aspettare fuori. Carlo allora mi saluta: "Aspettami che fra poco torno!". Quando esce è ancora più agitato. Le infermiere lo vogliono portare su ai prelievi per fare l'ultimo tentativo. La mamma lo implora di stare calmo. Intanto canto la solita canzone di prima, che lui aveva imparato da me. Claudia dice: "Carlo, ascolta Chiara e stai tranquillo, che viene anche lei con noi!". E lui: "Meno male!". Così saliamo con l'ascensore, sempre cantando: lui suona bene le maracas e sembra più calmo.

Ai prelievi si siede e, sempre cantando, offre il braccio. La mamma resta fuori dalla stanza. Il prelievo riesce subito, allora l'infermiera dice: "Hai visto che ti sei rilassato e il prelievo è riuscito?". Lui riprende le maracas e dice: "Da ora in poi i prelievi li faccio sempre con lei [Chiara]!". La mamma ringrazia commossa e anche le infermiere ringraziano.

Mentre torniamo giù per le scale, Carlo ferma Claudia e la madre e mi dice: "Chiara, vai avanti a tutti, perché se sento te mi rilasso!". Così scendiamo».

4. La formazione

Per diventare "musicisti in ospedale" non è certamente sufficiente essere animati dal desiderio di aiutare i bambini che soffrono. Bisogna innanzitutto possedere un'ottima formazione musicale, sia strumentale che vocale, anche se non necessariamente legata ad un percorso tradizionale e accademico, capacità umane e relazionali (capacità di comunicare, d'interagire, di entrare in sintonia ecc.) e una motivazione solida che consenta di superare le difficoltà e lo stress legati al lavoro in un contesto di malattia e sofferenza. Tutto questo, però, è soltanto un prerequisito.

La formazione specifica del "musicista in ospedale", attualmente, ha durata annuale e si articola in vari moduli formativi che abbracciano varie *aree tematiche*. Tre sono quelle fondamentali:

1) area delle *competenze musicali*, che riguarda la formazione musicale, come il canto e l'uso creativo della voce, la conoscenza del repertorio, il canto etnico e in lingua¹³, la costruzione e l'uso degli oggetti sonori e delle percussioni, l'improvvisazione musicale e il dialogo sonoro;

2) area della *conoscenza delle strutture sanitarie* (i luoghi, le funzioni, gli orari, le professionalità, l'igiene ecc.) che comprende anche l'approccio alle tematiche dell'evoluzione psicologica e cognitiva del bambino, gli aspetti psicologici del bambino e della famiglia in ospedale, le problematiche dell'anziano in RSA e della demenza, le problematiche della sofferenza, del dolore e della morte;

3) area specifica dell'*intervento musicale nelle strutture della salute*, che si articola essenzialmente nello studio approfondito delle *forme e modalità* dell'intervento musicale nei contesti di cura (i diversi momenti

dell'ospedalizzazione, le diverse situazioni e i diversi luoghi dell'ospedale, il contesto relazionale, gli "attrezzi" del musicista, le variabili, le "installazioni" e le "tracce sonore", i "diari di bordo" ecc.).

È nel tirocinio in ospedale che si ritrova il momento più delicato della formazione, dove il musicista, sotto l'attento controllo di tutor e supervisor, si cimenta nell'osservazione dei musicisti già formati e solo in seguito in un intervento musicale che viene effettuato dapprima in piccoli gruppi e poi individualmente.

5. L'azione musicale in ospedale

L'ospedale è una comunità estremamente complessa, composta da ambienti del tutto differenti (la cameretta, gli spazi comuni, quelli pubblici, gli ambulatori, la hall, i corridoi ecc.), così come sono diverse le situazioni dovute ai ritmi che regolano la vita stessa dell'ospedale (il momento della visita medica, il pasto, la medicazione, le visite dei familiari) o il momento dell'ospedalizzazione (l'arrivo in ospedale, il primo ricovero, la dimissione). Ciascuna di queste condizioni è una variabile che comporta una diversità di approccio da parte del musicista: in realtà, per quanto egli prepari sempre il suo intervento, conoscendo in anticipo il reparto dove opererà e quindi, anche se in modo generico, il tipo di situazioni che potrà incontrare, mantiene sempre vive l'attitudine all'osservazione oggettiva del contesto relazionale e la prontezza a modificare di conseguenza la modalità della sua azione.

Nella pratica quotidiana del musicista nelle istituzioni sanitarie si possono distinguere alcune fasi o momenti fondamentali: l'arrivo (con il suo rituale), l'approccio all'ambiente fisico e a quello relazionale, la proposta musicale, l'interazione e la relazione musicale, la

fine dell'intervento e i saluti.

L'arrivo in reparto rappresenta per il musicista un momento speciale: il momento in cui presenta se stesso e la sua attività, una specie di biglietto da visita, che spesso si trasforma in un rituale che ripropone in maniera del tutto simile tutte le volte, ad esempio percorrendo il corridoio e dedicando a tutti i presenti un brano particolare, che possa in qualche modo identificarlo, o adottando una modalità di esecuzione specifica¹⁴. Non è raro in questo momento osservare le porte delle camerette (ma anche delle stanze di infermieri e medici) che si aprono e le persone che si affacciano a vedere quale novità si presenta o a ritrovare un'attività che già hanno conosciuto e che le aiuta ad affrontare meglio il periodo di permanenza in ospedale.

Dopo l'arrivo in reparto e i primi momenti di presentazione in musica¹⁵, il musicista inizia a relazionarsi con i bambini e con i familiari che si trovano già nel corridoio oppure, di sua iniziativa, o su consiglio e indicazione del personale sanitario, cui sempre deve fare riferimento, entra direttamente nelle camerette dopo averne ottenuto il consenso da parte degli occupanti.

Diversamente dall'intervento nei reparti, l'arrivo in uno spazio comune, e specialmente in una sala d'attesa, impone al musicista attenzione e scelte musicali differenti. Spesso il primo problema della sala d'attesa è la rumorosità: voci, pianti di bimbi, segnalazioni acustiche, porte che si aprono e si chiudono, creano un *paesaggio sonoro* estremamente complesso e fastidioso. Il musicista non può, evidentemente, cercare di "farsi sentire" suonando o cantando più forte per sovrastare i rumori, perché in questo caso rischierebbe solo di aumentare la rumorosità complessiva dell'ambiente. Il musicista, invece, in quanto *operatore del suono* (vedi nota 9), ricercherà innanzitutto d'influire sui parametri della rumorosità più facilmente modificabili.

Stiamo ovviamente parlando dei comportamenti umani. Proporre una melodia dolce e accattivante, cantando quasi sottovoce e con un accompagnamento strumentale discreto, induce, spesso, ad una maggiore attenzione e concentrazione da parte di tutti i presenti (vedi anche, oltre, la ricerca sulla Terapia intensiva neonatale), che spontaneamente riducono il tono della propria voce con un effetto *contagioso* che talvolta determina, quasi miracolosamente, un'improvvisa ed evidente riduzione della rumorosità dell'ambiente. Solo allora è possibile cominciare a creare un clima di relazione e di scambio più profondo, utilizzando il repertorio più appropriato alla situazione, all'età e alla cultura dei presenti, coinvolgendoli via via anche in forme di condivisione musicale attraverso il canto, l'utilizzazione di oggetti sonori e percussioni e comunicando in musica con forme d'improvvisazione e dialogo sonoro variamente complesse.

Il repertorio gioca, ovviamente, un ruolo fondamentale e deve essere il più vasto e vario possibile, perché il musicista deve poter utilizzare il giusto canto, o il giusto brano musicale, a seconda delle diverse situazioni in cui si trova ad operare; dovrà tener conto delle già citate variabili legate al luogo e al momento dell'ospedalizzazione, ma anche alle infinite differenze che si possono trovare in funzione dell'età, della provenienza, dello stato di mobilità e di attenzione di ogni singolo bambino e di ogni singolo familiare presente in quel dato momento. Del repertorio faranno parte, dunque, tra l'altro, canti infantili, canzoni popolari, filastrocche, ninnananne, canti etnici¹⁶ e in lingua, brani tradizionali e moderni, classici e jazz.

Diventare "musicisti in ospedale" vuol dire, quindi, anche imparare ad adattarsi a tutte le possibili situazioni ambientali e relazionali che si incontrano in ospedale. Come dice Philippe Bouteloup, non ci sono *ricette*, non

esiste un manuale o un formatore che ti possa insegnare a destreggiarti in tutte le circostanze (né è possibile prevederle nei dettagli), ma deve sempre esistere un atteggiamento del musicista di apertura, di ricerca, di approfondimento e di sperimentazione, un'attitudine all'analisi, all'apprendimento, anche attraverso gli errori propri e altrui, ed una disponibilità a rimettersi sempre in gioco e a non considerare mai conclusa la propria formazione, il che fa di quest'attività una professione mai statica, bensì in continuo divenire. Allora la documentazione puntuale e circostanziata della propria esperienza quotidiana fornisce al musicista e ai suoi colleghi una preziosa miniera di informazioni e di spunti di riflessione individuali e di gruppo: i "musicisti in ospedale" sono incoraggiati a metterla per iscritto attraverso la stesura dei "diari di bordo" e la raccolta delle "testimonianze spontanee"¹⁷, ovvero di tutte quelle frasi espresse nei confronti dell'azione musicale da parte delle persone presenti in ospedale.

6. La ricerca e la valutazione

A luglio del 2006 si è svolto a Parigi un congresso sul tema *Musica in ospedale* che ha visto la partecipazione attiva ed interessata, oltre che dei rappresentanti dei paesi che già operano in questo settore (sostanzialmente Francia e Italia), anche di quasi tutti gli Stati dell'Europa comunitaria e non, dimostrando quanto interesse e curiosità desti un progetto così nuovo e innovativo.

L'Italia ha partecipato con una delegazione formata da rappresentanti dell'Athenaeum MF e della Fondazione Meyer e ha portato in sede europea i primi e importanti risultati dell'attività di sperimentazione e ricerca svolti sia nell'ambito pediatrico che in quello geriatrico.

Fino dal 2003, cioè dall'anno in cui il proget-

to *Musica in ospedale* ha sistematizzato contenuti, obiettivi e modalità di azione, la pratica musicale in ospedale è stata affiancata da un'intensa attività di ricerca volta a verificare e a valutare, in vari contesti, l'efficacia della musica come elemento "umanizzante" della struttura ospedaliera.

Varie indagini sono state effettuate, sia direttamente dall'Ospedale pediatrico Meyer che dall'Athenaeum Musicale¹⁸ attraverso il lavoro di laureandi, principalmente in Psicologia e in Scienze della Formazione. Tra questi particolare importanza rivestono le tesi di Francesca Anastasi (*Ricerca sulla diminuzione del distress nei bambini durante la procedura del prelievo del sangue*, 2004) e Elisa Baldi (*Ricerca sulla diminuzione del distress nei bambini durante la medicazione delle ustioni*, 2004) che hanno evidenziato il ruolo importante dell'intervento dei "musicisti in ospedale" come sostegno durante le procedure dolorose o fortemente stressanti, sia nella diminuzione dell'ansia e della paura di bambini e genitori, sia nella diminuzione della percezione del dolore nel bambino.

Di grande interesse si è anche dimostrata la tesi di laurea di Aurelia Caino (*La musica in terapia intensiva neonatale*, 2006) che ha indagato su tre aspetti della musica eseguita "dal vivo": l'impatto dell'attività musicale sui genitori dei bambini prematuri, la capacità della musica di favorire relazioni e comunicazioni genitore-bambino e genitore-personale curante e, infine, la capacità della musica d'influire positivamente sull'*ambiente sonoro* del reparto, ricavando dati interessanti e fortemente confortanti riguardo all'importanza della presenza del musicista anche in un'area fortemente critica come la TIN.

Pur non facendo della *musicoterapia*, non operando cioè nella ricerca di soluzioni che influenzino direttamente lo stato di salute del bambino, il "musicista in ospedale" si ritrova quotidianamente ad osservare reazioni emo-

tive, ma anche fisiologiche positive a seguito di un'azzeccata relazione musicale. Ad esempio, Patrizia, musicista al Meyer, racconta:

«In fondo al corridoio della Neurochirurgia c'era una stanza con la porta aperta: io mi sono affacciata suonando. C'era una bambina, di circa otto-nove mesi, che dormiva attaccata ad un macchinario e nella stanza c'erano anche il padre e la nonna, che stavano parlando. Io ero un po' incerta se entrare oppure no, ma il padre mi ha fatto un cenno, così sono entrata e ho cominciato a cantare una ninna-nanna. Dopo un po' il padre ha fatto cenno alla nonna di guardare il monitor della macchina e mi ha comunicato a gesti di continuare e che dopo mi avrebbe spiegato. Ho continuato a suonare: Dopo un po' è dovuto uscire e così uscendo mi ha riferito che mentre cantavo i valori di frequenza cardiaca e saturazione di ossigeno si erano abbassati e stabilizzati¹⁹ e la bambina si era rilassata molto, cosa che non succedeva spesso».

La musica – ma questo è noto fin dall'antichità – esercita una forte influenza sia sul lato fisico sia su quello emotivo e psicologico della persona e se ancora non è possibile, allo stato attuale, comprenderne bene i meccanismi di azione e prevederne con certezza le conseguenze è comunque sempre possibile, e auspicabile, osservarne quantomeno gli effetti positivi e valutarne l'importanza ai fini della cura, intesa come presa in carico globale della salute della persona.

7. Le prospettive

Attualmente, dopo un primo periodo di "rodaggio" all'Ospedale pediatrico Meyer, che ha rappresentato, e rappresenta tuttora, un esempio forse unico al mondo, per la qualità, la quantità di ore d'intervento e per l'impegno

economico che tale ente si è assunto, altri reparti pediatrici possono usufruire della "musica in ospedale" e mi riferisco alle pediatrie degli ospedali di Prato, Pistoia e Pescia. Come accennato prima, però, *Musica in ospedale* non è importante solamente per l'ambito pediatrico e il progetto si è esteso, negli ultimi anni, anche agli anziani ospiti nelle RSA.

Il progetto *Musica in ospedale* è, dunque, appena uscito dalla sua fase embrionale. Le prime ricerche e valutazioni ne rivelano la grande potenzialità in tutti i settori della sanità dove maggiore è il bisogno di "umanità" e dovunque si sia fatta strada l'idea che la qualità dell'assistenza va di pari passo con la qualità dell'accoglienza del malato. Bambini e anziani, donne in attesa e partorienti, adolescenti con forti disagi e adulti con gravi patologie possono tutti ottenere un giovamento, a diversi livelli, dall'intervento dei "musicisti in ospedale".

Le prospettive del progetto sono tante e incoraggianti, ma volendo limitarci a quelle di più immediata e possibile realizzazione, possiamo così schematizzare:

- estensione della possibilità e capacità d'intervento ai settori più critici dell'assistenza medica, senza pregiudiziali rispetto all'età dei pazienti o al loro stato di salute;
- intensificazione della ricerca con particolare riguardo alla valutazione degli effetti fisiologici *misurabili* dell'azione musicale;
- creazione di una rete europea di strutture ospedaliere interessate alla promozione del progetto e di enti che si occupano della formazione dei "musicisti in ospedale";
- creazione di un Centro di formazione permanente e di documentazione sulla "musica in ospedale" che si proponga anche come promotore della ricerca e della sperimentazione;

- consolidamento della figura del "musicista in ospedale" come nuova e riconosciuta professionalità e come nuova opportunità di lavoro per i musicisti.

Note

¹ In Francia un progetto analogo è operativo da più di dieci anni.

² Spesso gli oggetti sonori sono costruiti a partire da oggetti della vita familiare o da materiale ospedaliero (siringhe, perfusori, lastre radiografiche, provette ecc.) e, in questo caso, hanno anche un indubbio vantaggio in termini di sdrammatizzazione, dovuto alla *destrutturazione* e al "cambiamento d'uso" degli stessi.

³ L'azione musicale in ospedale, pur focalizzata sul bambino, tende ad essere un momento di coinvolgimento e di relazione *tra* e *con* tutte le persone che si trovino in quel momento presenti, siano esse familiari, personale sanitario e amministrativo, visitatori o volontari.

⁴ Il 4 maggio 1999 è stata stipulata una convenzione, tra Ministero della Cultura e Segretariato di Stato alla Salute francesi, per regolare proprio le attività culturali all'interno delle strutture ospedaliere, siglando, di fatto, un importantissimo accordo di collaborazione tra due settori così apparentemente diversi e distanti.

⁵ È un dipartimento dell'università che si occupa della formazione dei musicisti in vari settori (educativo, progettuale, organizzativo ecc.) compreso quello dell'attività musicale nei contesti di cura.

⁶ L'Université Européenne d'Été (UEE) è un'iniziativa delle università francesi, che finanziano dei brevi periodi di studio, scambio, approfondimento e ricerca su temi specifici e di grande interesse. Una seconda e una terza UEE (sempre sul tema della musica in ospedale) si sono svolte rispettivamente nel 2003 e nel 2004 in Francia e in Portogallo.

⁷ Il termine "curare" viene qui inteso come "prendersi cura", includendo quindi anche l'attenzione verso gli aspetti psicologici e emotivi. Parallelamente, la parola "salute" assume più correttamente il significato generale di "benessere" psicofisico.

⁸ A questo proposito si ricorda come negli ultimi anni i musicisti in ospedale e i clown in corsia, con l'aiuto degli educatori della ludoteca dell'Ospedale pediatrico

Meyer, abbiano realizzato due produzioni teatrali tratte da due famose novelle, *I tre porcellini* e *La principessa birichina*, che sono state tra l'altro rappresentate al Teatro della Pergola di Firenze.

⁹ «Il musicista in ospedale deve essere innanzitutto un *operatore del suono*», diceva il prof. Paolo Busoni, che è stato primario di Anestesia e rianimazione presso l'Ospedale Meyer.

¹⁰ A volte, in realtà, è sufficiente il buon senso e l'adozione di piccoli accorgimenti come, ad esempio, l'uso di gommini e guarnizioni per ridurre i rumori di porte, finestre e cassette che sbattono.

¹¹ Spesso si notano televisori, radio e riproduttori stereo accesi, che in realtà nessuno ascolta e che vanno ad incrementare notevolmente, e senza motivo, la rumorosità dell'ambiente.

¹² I "musicisti in ospedale" per documentare la propria attività, ma anche, e soprattutto, per riflettere criticamente sul proprio lavoro, descrivono giornalmente i punti importanti e significativi del loro intervento musicale compilando una sorta di "diario di bordo".

¹³ Fondamentale è la conoscenza di un repertorio di canti delle diverse etnie (almeno le principali) che si possono incontrare in ospedale. La conoscenza dei canti in lingua rappresenta, infatti, un aiuto straordinario per l'approccio a famiglie di diversa cultura e provenienza.

¹⁴ Le modalità di intervento del musicista sono legate alle intenzioni che mette in atto: distrarre, calmare, rilassare, divertire, risvegliare ecc.

¹⁵ La musica rappresenta la sola forma di comunicazione utilizzata dai musicisti durante l'azione in ospedale. L'uso della parola è limitato a pochissime occasioni e solo quando si rende strettamente necessario.

¹⁶ Per esempio, all'Ospedale Meyer troviamo molti bambini cinesi, rumeni, albanesi e africani e i "musicisti in ospedale" hanno nel loro repertorio anche canti provenienti dalle rispettive aree geografiche.

¹⁷ Le testimonianze spontanee, così come i diari di bordo, oltre che fornire un'indicazione sull'umore generale delle persone nei riguardi del progetto forniscono spesso un prezioso materiale di base per eventuali progetti di ricerca.

¹⁸ Nel 2003 si è costituita la Cooperativa Athenaeum Musicale che è subentrata all'associazione, quasi omonima, nella gestione del progetto *Musica in ospedale*.

¹⁹ Era, ovviamente, un segno positivo.

L'animazione in ospedale: un percorso di lettura

Valentina Ferri
Educatrice professionale

Quando un bambino entra in ospedale, viene strappato dalla sua normalità, allontanato dalla casa in cui vive e dalle abitudini quotidiane. Poter continuare quelle attività, come il gioco e lo studio, che egli era solito compiere prima del suo ricovero rappresenta una grande opportunità, un modo per sentire meno estraneo quel mondo pieno di strani macchinari e di adulti sconosciuti. Brusaglia (2002, p. 47) descrive bene lo status di questi piccoli pazienti:

«*Assediato* da strane macchine e strumenti, circondato da medici e infermiere e *soffocato* dall'amore ansioso e impaurito dei genitori che involontariamente gli scaricano addosso preoccupazioni e nervosismi. E, come se non bastasse, deve fare i conti con il dolore fisico e affrontare la temporanea perdita degli spazi consueti e delle abitudini familiari e scolastiche».

Ecco perché fare animazione in ospedale significa in primo luogo conoscere bene tutti quei meccanismi psicologici che si innescano nel bambino nel momento dell'ingresso in reparto e cercare di lavorare sulla specificità che ogni singolo caso porta con sé.

Soprattutto negli ultimi anni, la letteratura ha riservato una grande attenzione a questo tema, in special modo dopo che il film *Patch Adams* ha raccontato al mondo intero l'operato dei clown di corsia. La pubblicazione di testimonianze su sperimentazioni in atto si è moltiplicata, rendendone interessante la lettura per carpirne gli esiti e le modalità di attuazione. Esistono poi altrettanti saggi che cercano di spiegare come si senta un bambino ospedalizzato e che possono divenire utili strumenti per tutti coloro che vogliono lavorare in tale contesto. Il presente percorso di lettura comincerà presentando una prima parte generale sull'argomento, per poi incentrarsi sulle varie esperienze in cui si articola

l'animazione in ospedale: la lettura, la clownerie, la pet therapy e naturalmente l'attività ludica. Una sezione di tale itinerario sarà anche dedicata alla scuola, che all'interno delle aziende sanitarie viene anch'essa connotata proprio da tratti ricreativi.

1. Pensare al bambino in ospedale

Lavorare con un bambino in un reparto pediatrico significa farsi carico di contenuti emotivi di cui il paziente e la sua famiglia sono portatori. Chiunque lavori a contatto con loro deve quindi essere consapevole di quello che accade nel momento dell'ospedalizzazione, non solo nel malato stesso ma anche all'interno della costellazione familiare, costretta a una veloce riorganizzazione sulla base di questa nuova urgenza.

Kanizsa e Dosso (2006) descrivono lo stato d'animo di un piccolo malato nel momento della diagnosi della patologia: la reale comprensione della situazione è legata all'età del soggetto e più sarà piccolo, più sarà confuso non riuscendo ad individuare le cause che gli hanno provocato quel male. Essi si occupano poi degli operatori sanitari costretti a doversi relazionare non con un unico paziente, ma con una diade imprescindibile composta da madre e figlio e dunque costretti a dover assumere un atteggiamento empatico anche nei confronti di adulti anch'essi in difficoltà. È un grave ostacolo che di frequente crea incomprensioni tra le parti in causa e che non fa altro che rendere ancor più pesante il soggiorno del bambino, già pieno di timori e ansie, in reparto. A tal proposito scrivono Kanizsa e Dosso (ivi, p. 20):

«Ad aumentare l'ansia del bambino provvede anche il fatto di dover dormire in un letto non suo, di dover mangiare insieme ad altri bambini sconosciuti, di dover seguire orari diversi

da quelli a cui è abituato, oltre al fatto di dover sottostare a pratiche invasive da parte di adulti sconosciuti».

Anche Benini (2004) spiega che cosa accade nei più piccoli quando vengono allontanati dai loro punti di riferimento, rifacendosi alla teoria dell'attaccamento formulata da John Bowlby, secondo la quale il bambino impara ad affrontare il mondo proprio attraverso gli schemi comportamentali del padre o della madre. Nel caso dell'ospedalizzazione, si ritrova invece isolato e vede i suoi genitori privati da ogni ruolo decisionale. Pertanto il soggetto si sentirà smarrito, isolato e incapace di far fronte alla nuova situazione. È compito dei medici comprendere questi meccanismi e cercare di favorire un adattamento meno traumatico alla realtà ospedaliera da parte del paziente e della sua famiglia. È a loro che si rivolge l'autrice, criticando l'estrema parcellizzazione delle mansioni e la rigida gerarchizzazione con cui sono organizzate le aziende sanitarie italiane. Non sono pensate per il benessere degli utenti, ma per ottimizzare le risorse lavorative ed economiche. Soprattutto i reparti pediatrici dovrebbero essere maggiormente curati e prevedere al loro interno spazi gioco e aule scolastiche per permettere ai degenti di passare con serenità il loro ricovero.

Manconiello è dello stesso parere e ricorda che, seppure solo in tempi molto recenti, anche le istituzioni politiche hanno cominciato ad interessarsi di queste tematiche. Si sofferma a chiarire che in questi casi è necessaria la costante presenza di un adulto che aiuti a far rielaborare al bambino i suoi vissuti emozionali. L'autrice (2003, pp. 71-71) scrive infatti:

«In questi momenti il bambino può provare un forte dolore psichico e non sempre da parte degli adulti vi è un riconoscimento delle sen-

sazioni da lui percepite; così il mancato contenimento di questa tensione emotiva, angosciosa e destabilizzante, si ripercuote sul corpo del bambino, creando una rigidità e una contrazione corporea che a sua volta si riflette sulle componenti malate, incrementandone la dolorosità».

Il piccolo paziente viene considerato dagli adulti solo in base alla sua patologia, solo in base a quella parte di Sé che rifiuta e che disprezza. In realtà non si dovrebbe smettere di pensare a lui come un'unità indissolubile di psiche e soma e se anche il suo corpo presenta dei malfunzionamenti, non dovremmo occuparci solo di questi, ma prenderci cura della sua totalità, della sua malattia e della sua normalità.

Dell'Antonio e Ponzo (1982) hanno condotto delle ricerche proprio per comprendere meglio quali fossero gli effetti dell'ospedalizzazione sull'infanzia. Anche loro concordano con quanto detto in precedenza sul ruolo dei genitori, che vengono svuotati del loro potere protettivo, ma anche la durata della degenza influisce negativamente sui più piccoli. Oggi le cosiddette "lungodegenze" sono evitate il più possibile a meno che non siano strettamente necessarie, ma ai tempi in cui i due autori hanno realizzato questo studio erano di certo più frequenti e interessavano un numero più alto di ricoverati. Dai test proiettivi, somministrati a un gruppo di bambini ricoverati e a un gruppo di controllo rappresentato da bambini sani, è risultato che i lungodegenti hanno una pessima immagine di se stessi e questa svalutazione è collegata alla progressiva istituzionalizzazione, che sono costretti a subire rimanendo in ospedale.

Proprio per evitare conseguenze traumatiche, Filippazzi (1997) insiste molto sulla fase di preparazione al ricovero, quando naturalmente esso sia programmato e dunque prevedibile. Anche se nel nostro paese, solo in tempi

recenti e solo in alcune realtà si è assistito ad una rinnovata sensibilità in tal senso, l'autrice descrive come in America ormai da anni si regalino ai bambini delle bambole di pezza al momento dell'ingresso in ospedale e come si prevedano figure specializzate che affianchino i pazienti e le loro famiglie nel periodo della degenza. Commenta Filippazzi (ivi, p. 19):

«L'informazione e la preparazione consentono infatti al bambino di mobilitare risorse inaspettate di forza e di coraggio, e di affrontare adeguatamente sul piano mentale le proprie esperienze, oltre che a stabilire con chi lo assiste una vera e propria alleanza terapeutica basata sulla fiducia».

In ospedali pediatrici, come il Meyer di Firenze o il Bambin Gesù di Roma, si consegnano dei kit di accoglienza che hanno lo scopo di preparare il nuovo arrivato a quello che lo aspetta in reparto e di presentargli l'ambiente sanitario come un luogo meno estraneo. A Firenze viene regalata una sacca contenente un pigiama, uno spazzolino da denti, un dentifricio, un pettine, un paio di ciabatte e un libro (Bruscagli, 2002). Mentre al Bambin Gesù viene donato un manualetto divertente, *Che ci faccio in ospedale?* di Luciani (2002), che spiega con simpatiche illustrazioni l'ospedale nella sua totalità fornendone persino una cartina per potersi orientare. I lettori possono inoltre personalizzare il volume scrivendo la propria opinione in appositi spazi lasciati da completare.

2. Come portare la quotidianità in corsia

La giornata del bambino ricoverato è contrassegnata da numerosi periodi di tempo in cui viene lasciato senza far niente, ma è possibile sfruttare questi momenti come risorse per

far distrarre il degente e per farlo divertire. Permettere al piccolo di svolgere le attività quotidiane è senz'altro un modo positivo per non farlo distaccare troppo da quello che è il suo mondo.

Un elemento di normalità è la scuola, che per legge dovrebbe essere assicurata a tutti coloro che sono costretti all'ospedalizzazione. La letteratura sull'argomento sottolinea le difficoltà legate all'attuazione di un tale progetto: i riferimenti normativi non sono chiari, le classi troppo eterogenee e non può essere garantita una continuità d'insegnamento, proprio per la brevità delle degenze. Appare poi praticamente impossibile offrire un servizio di scuola secondaria di secondo grado per la varietà di indirizzi che il panorama italiano presenta.

Capurso (2001) rivolge una particolare attenzione a queste tematiche, sottolineando anche come le tecnologie informatiche possano risolvere i problemi d'isolamento dei piccoli ospedalizzati. L'autore tende poi a chiarire la peculiare connotazione che l'istituzione scolastica assume nel contesto sanitario, in quanto rappresenta innanzitutto uno strumento di riconoscimento e poi, solo in un secondo momento, di trasmissione di conoscenze. Capurso (ivi, p. 89) spiega infatti:

«La finalità principale della scuola in ospedale è quella di mantenere viva e vivace l'identità del bambino, all'interno di un ambiente anonimo e spersonalizzante e in un contesto carico di angosce e paure quale è quello della malattia».

Molto interessante è l'articolo di Cipollone (2002) sulla sperimentazione in atto nel reparto di Oncologia dell'Ospedale Silvestrini di Perugia, dove non solo i pazienti hanno la possibilità di continuare gli studi, ma è addirittura possibile collegarsi in maniera telematica alla scuola di provenienza per seguire in

presa diretta le lezioni. Ammette Cipollone (ivi, p. 17):

«L'inserimento del computer nei reparti pediatrici ha contribuito a migliorare le condizioni di vita dei bambini ospedalizzati riducendo gli effetti dell'isolamento totale. La realtà ospedaliera, soprattutto quella della scuola, è, infatti, uno dei settori più importanti di sperimentazione e di applicazione delle nuove tecnologie».

Gli insegnanti che operano a livello sanitario sono membri a livello europeo di HOPE (Hospital Organisation of Pedagogues in Europe), un'associazione che ha il merito di far condividere le esperienze di scuola in ospedale non solo in Europa ma anche nel mondo. Esistono poi numerosi progetti promossi dall'Unione Europea, come il progetto *Comenius*, che permettono agli alunni di comunicare con i coetanei ricoverati in un paese straniero. Negli atti del seminario di Castel San Pietro Terme *La scuola fuori dalla scuola: la scuola in ospedale nel contesto europeo* (AA.VV., 2001) si possono leggere numerose testimonianze di rappresentanti di strutture scolastiche ospedaliere associate a HOPE sulla realtà di gran parte delle nazioni europee: esistono situazioni più o meno favorevoli, ma in tutti i casi è presente una forte spinta al miglioramento.

Un'altra dimensione essenziale per i più piccoli è il gioco, che deve trovare uno spazio apposito anche nei reparti pediatrici. Bregani, Damascelli e Velicogna (1978, p. 27) affermano anche che l'attività ludica svolge

«un ruolo importantissimo nelle specie più evolute durante la fase d'immaturità come preparazione al futuro, come veicolo di trasmissione culturale e, in particolare nell'uomo del nostro tempo, è la condotta più efficace per preparare il giovane ai continui cambia-

menti che caratterizzano il suo futuro, favorendone l'invenzione e la creatività».

Gli autori presentano i vari punti di vista di psicologi famosi, da Piaget a Freud, sull'importanza e la valenza dell'attività ludica nell'infanzia.

Una delle funzioni primarie del gioco è quella di far svagare il bambino, di farlo stare bene. Il piccolo paziente ha bisogno di rivolgere il suo pensiero altrove, perché nel contesto ospedaliero tutto sembra essere centrato sulla sua malattia, invece giocando si riavvicina alla sua parte sana, ritorna alla normalità. Scrivono ancora Bregani, Damascelli e Velicogna (ivi, p. 83):

«I bambini in ospedale sono facilmente annoiati ed è risaputo che la loro concentrazione è labile. Il trauma dell'ammissione in ospedale, inoltre, può causare facilmente una depressione. L'uso più ovvio del gioco, quindi, è una semplice occupazione per distogliere la mente del bambino dalla situazione ansiogena che lo circonda».

Il gioco, soprattutto quello di finzione, permette al bambino d'investire il personaggio da lui interpretato di tutti i sentimenti provati in conseguenza ad avvenimenti importanti della sua vita; rappresenta allo stesso tempo un indispensabile mezzo di espressione e un mezzo di comunicazione rivolto all'adulto che riesce a comprendere in maniera attenta e puntuale i messaggi che il soggetto invia tramite la drammatizzazione (Filippazzi, 1997).

È curioso leggere come in alcuni paesi stranieri siano già da tempo presenti nei reparti pediatrici attività ludiche strutturate, tanto da istituire specifici corsi di laurea per esperti nel settore, come ad esempio i *child life specialist* americani. Grauso (2001) racconta nel suo articolo la sua esperienza da *playleader*

nel reparto d'isolamento di un ospedale londinese. La sua figura professionale prevedeva una molteplicità di ruoli e una varietà di mansioni che solo con un'adeguata preparazione teorica e una certa flessibilità pratica si è in grado di svolgere.

Negli ospedali svedesi invece è ormai dagli anni Cinquanta che si parla di "terapia del gioco", per indicare tutte quelle attività organizzate e non che aiutano il bambino ad essere più felice e gioioso durante il ricovero. Ci si occupa scrupolosamente di offrire ai degenti materiali adeguati rispetto all'età, ma anche rispetto alla patologia, che obbliga a discernere gli interventi ludici (Lindquist, 1985).

In Italia siamo ancora agli inizi, poiché solo in tempi abbastanza recenti è stata compresa la necessità di realizzare spazi ludici all'interno di ospedali pediatrici. È sicuramente significativo il contributo di Pellicani (2004), che descrive la sua esperienza di coordinatrice del progetto *GIO* (Gioca In Ospedale) presso l'Azienda sanitaria di Carpi, ammettendo gli ostacoli incontrati nella parte iniziale dell'attuazione del programma. A mio avviso Pellicani (ivi, p. 25) sintetizza quali siano le caratteristiche che chiunque voglia svolgere questo tipo di lavoro deve avere:

«Vedere i bambini così straziati dal dolore fisico e psicologico – confessa Pellicani – mi stimolava a cercare giorno dopo giorno un modo per alleviare loro la sofferenza, per restituire il sorriso e un po' di serenità, con il tempo mi convinsi sempre di più e tuttora lo credo fermamente che per arrivare al cuore di un bambino che soffre sono necessarie tre qualità fondamentali che non sono certo innate ma s'imparano con la pratica, la passione e lo studio: l'ascolto, l'empatia, la capacità di mettersi in gioco».

Si sta poi moltiplicando la presenza di biblioteche nei reparti pediatrici e di progetti crea-

tivi nati intorno alla lettura di un libro. Il racconto assume in ospedale il particolare potere catartico di riuscire a far esprimere ai degenti le loro emozioni più nascoste.

Laterza (2002) descrive nel suo articolo il laboratorio di arteterapia nato dopo la lettura dell'*Albero vanitoso* di Nicoletta Costa, che prevedeva una grande varietà di attività creative e una serie di incontri con scrittori per ragazzi che coinvolgevano anche gli alunni delle scuole del territorio.

Costruire delle vere e proprie biblioteche è in realtà un progetto ben più ambizioso, che necessita sia di risorse economiche sia di risorse umane. Una delle più famose in Italia è la Biblioteca della strega Teodora di Modena, già attiva da tempo e creata riutilizzando un vecchio e capiente armadio. Questi servizi sono spesso gestiti da volontari, che seguono appositi corsi per imparare ad organizzare un sistema bibliotecario e a coordinarlo. In realtà associazioni senza scopo di lucro sono assai presenti nei reparti pediatrici per tutto quello che riguarda l'animazione e forniscono, oltre a bibliotecari, animatori per spazi gioco, clown volontari, materiali ludici e creativi e via dicendo (AA.VV., 2003).

Esistono numerosi titoli che riguardano i bambini ospedalizzati e che possono essere utilizzati sia per la preparazione al ricovero sia durante la degenza, ma in Italia purtroppo non vengono tradotti i racconti stranieri che invece sono ben fatti e accompagnati da belle illustrazioni (Meacci, 2002; Dal Gobbo 2002). Laterza (2002) ammette a ragione:

«Certo questo non cancella il dolore, la malattia, la sofferenza del distacco dalla propria casa, ma noi ci siamo dati il compito di riempire il tempo del bambino in ospedale di contenuti, idee, emozioni. E il libro si è sempre dimostrato uno strumento prezioso in questo difficile, bellissimo cammino».

3. Ridere per guarire

Si stanno diffondendo sempre di più i risultati di ricerche scientifiche che dimostrano come ridere faccia bene alla nostra salute. Secondo queste teorie, stimolando il buon umore si può anche guarire da malesseri fisici e se ciò non dovesse accadere, si risolleverebbe comunque la condizione psichica del paziente. È per questo che sempre più di frequente si incontrano nelle corsie pediatriche dei clown che indossano il camice e che sono lì per curare lo stato d'animo dei degenti.

Numerose indagini hanno studiato dunque gli effetti benefici della risata e una tra le più famose è quella di Provine (2000), che ha analizzato con cura tutti gli aspetti legati al comico. Non si può definire il riso, non si possono tracciare delle caratteristiche comuni a tutti gli esseri umani che si divertono, ma soprattutto non si può rintracciare un'unica causa di divertimento. Eppure anche se ridiamo in modo differente e apprezziamo situazioni di comicità diverse, devono esistere delle analogie che permettano alla nostra specie di riconoscere nell'altro la risata. Viene approvata la teoria del ridere e Provine (ivi, p. 204) scrive:

«Dal momento che lo stress induce immunosoppressione, si è pensato che lo humor riesca a mitigare tali conseguenze e a migliorare la funzione del sistema immunitario nonché, addirittura, la salute. Si tratta tuttavia di un meccanismo difficile da descrivere perché tali presunte proprietà di attenuamento della tensione non sono ben accertate, e forse l'*atto* vigoroso di ridere è esso stesso fonte di sintomi fisiologici che ricordano lo stress».

Questa ricerca è stata presa come modello da Francescato (2002) che ha condotto nel nostro paese uno studio simile, giungendo a conclusioni analoghe a quelle del professore

americano. Secondo l'autrice ridere è anche un indicatore d'intelligenza, poiché chi comprende il comico riesce ad andare al di là della realtà, riuscendo a coglierne anche i lati più insoliti. Come Provine, sostiene che la risata è legata alla socievolezza in quanto ci si diverte sempre in compagnia. Nella parte finale del testo parla della terapia del ridere e di come possa rappresentare un'ottima medicina: è gratuita, è indolore e non ha effetti collaterali. A proposito delle risate in luoghi seriosi e formali, Francescato (ivi, p. 115) afferma:

«Queste risate sono un modo di ribellarsi a un contesto che intimidisce, imbarazza o costringe a fare ciò che non si vorrebbe. In questi luoghi ridere è anche un modo per prendere in giro le autorità, per sovvertire le gerarchie e creare un'alleanza tra pari per ridimensionare il potere di chi comanda».

Bokun (1997) dimostra che in situazioni di divertimento la nostra attenzione e la nostra ricettività sono altamente potenziate, poiché ridere permette di controllare le reazioni emotive, mantenute in un sereno equilibrio psicofisico. Ne consegue che la comicità fa bene sia al corpo che alla mente e dunque il suo utilizzo con tutti quei soggetti, come anziani, invalidi o malati cronici, che non trovano giovamento dalla medicina tradizionale, potrebbe essere assai proficuo.

È proprio sulla testimonianza di un malato guarito con questa terapia non convenzionale che è incentrato il libro di Norman Cousins (1982), che ha testato sulla propria pelle la validità di tali farmaci. Egli stesso infatti ha sofferto di una grave patologia che portava in maniera graduale alla paralisi totale ma che è riuscito a sconfiggere ridendo. Ricoverato in ospedale, ha da subito compreso che pillole e iniezioni non facevano che lenire il dolore, ma che non agivano sulla patologia, che andava progredendo. In accordo con il medico curan-

te ha formulato un trattamento a base di succo d'arancia e film dei fratelli Marx che lo ha curato in maniera totale. Cousins riconosce la validità della scienza tradizionale, ma ciò non nega il fatto che la sua guarigione sia da attribuirsi a farmaci del tutto fuori dal comune.

Dopo queste considerazioni è facile capire perché così tanti clown siano richiesti in ospedale e perché le associazioni, volontarie e non, che si occupano di clown terapia siano sempre più numerose. I cosiddetti "clown dottori" vogliono risollevare il morale dei degenti portando un po' di allegria in un contesto dove l'atmosfera è intrisa di dolore e preoccupazione. La figura del clown è una figura molto complessa se studiata a fondo e molti testi si occupano di descrivere le varie sfaccettature che compongono questa figura professionale. Viganò (1985) descrive nel dettaglio la storia dei clown che, nati nei circhi per intrattenere il pubblico tra un numero acrobatico e un altro, hanno lasciato l'ambiente circense per lavorare anche in altri luoghi, tra i quali il primo tra tutti è la televisione. Il termine "clown" è inglese e stava originariamente a indicare in maniera peggiorativa i contadini. Viene poi spiegato anche il motivo per il quale i clown lavorino sempre in coppia: uno impersona il clown bianco, l'"aristocratico" che si prende gioco dell'altro, l'Augusto, il sempliciotto ingenuo, che cade nelle trappole tese dal compagno. Solo in questo modo sono attuabili le gag per cui i pagliacci piacciono tanto a grandi e piccini.

Negli Stati Uniti per la prima volta si è pensato di applicare il *modus laborandi* dei clown all'operato dei medici o di persone che acquisivano lo specifico compito di distrarre il paziente in ambito sanitario. In particolare Michael Christensen è stato il fondatore nel 1986 del Big Apple Circus *Clown Care Unit* di New York che è divenuta il modello per gran parte delle associazioni di clown di corsia a

livello mondiale. Il Big Apple Circus si occupa di formare professionisti del settore che oltre a saper recitare sappiano improvvisare, capacità essenziale per un clown dottore.

Patch Adams invece è un dottore che in prima persona ha voluto sperimentare la terapia del ridere, portando allegria tra i suoi pazienti sin dal tempo del praticantato universitario, indossando un simpatico naso rosso durante il giro di visite. Patch Adams (2004, p. 85) infatti sostiene: «I medici non sono qui per prevenire la morte! Siamo qui per aiutare i pazienti a vivere la più alta qualità della vita e, quando non è più possibile, per facilitare la più grande qualità di morte». Proprio per assicurare la migliore qualità della vita ai suoi clienti, il medico americano sta progettando un ospedale, il *Gesundheit*, che risponda ai loro bisogni e che divenga una grande comunità, in cui è il malato a scegliere la cura che sente più vicina al suo modo di essere. Con il suo inseparabile naso rosso, il dottore ha viaggiato in tutto il mondo, sia per trovare finanziamenti per la costruzione del *Gesundheit* sia per portare in tutti gli angoli del pianeta la sua filosofia, che è divenuta il suo *modus vivendi*. Per diffondere la sua filosofia ha anche scritto due libri, *Visite a domicilio* (1999) e *Salute!* (2004): nel primo, accompagnato da simpatiche vignette, elenca le caratteristiche indispensabili che chiunque voglia andare a trovare un malato deve avere; nel secondo racconta la sua vita e quella della clinica da lui costruita. Scrive ancora Patch Adams (2004, p. 31):

«Siamo di fronte a un sistema sanitario che soffre, persone che soffrono, a un mondo che soffre. Io credo che si possa fare qualcosa per migliorare. Nella pratica ideale della medicina, guarire diventa un interscambio amorevole e umano, non una transazione economica».

Allieva del Big Apple Circus è l'americana

Caroline Simonds, che nel 1991 si trasferisce a Parigi e fonda Le Rire Médecin, che diviene l'associazione di clown dottori più grande in Francia. Nel libro scritto a quattro mani con Warren descrive la sua esperienza pluriennale di animatrice di reparti pediatrici e dalla lettura si percepisce quanta professionalità serva per svolgere un mestiere di questo genere (Simonds-Warren, 2003, p. 193):

«I clown dottori hanno tre regole d'oro: 1) accettare sempre la proposta di un bambino o del collega; 2) ricordare che un clown che fa fiasco è molto più divertente agli occhi del pubblico di uno che vince; 3) cercare sempre di perdere nel modo più rovinoso possibile».

L'autrice pubblica anche il codice deontologico della sua associazione, di cui fanno parte regole più o meno severe, che servono sia a tutelare il clown sia a tutelare le persone con cui egli opera. Vengono raccontati molti episodi quotidiani per far capire le metodologie con cui operano questi speciali animatori, le difficoltà da loro incontrate e le soluzioni che gliene fanno risolvere. Un clown di corsia deve essere innanzitutto un attore professionista, ma deve acquisire anche competenze terapeutiche e relazionali che gli permettano di comprendere l'importanza e i limiti del suo ruolo, ma soprattutto che gli insegnino a comunicare con i pazienti e le loro famiglie, persone molto fragili a livello emotivo. Scrivono Simonds e Warren (ivi, p. 9):

«Un clown deve rimanere in uno stato di stupore e d'ingenuità permanente. I clown dottori hanno bisogno di poesia e di umorismo, se vogliono tenere il riso e la tragedia in equilibrio sulla punta del loro naso rosso».

Molto interessante è il rapporto realizzato dal gruppo brasiliano di clown di corsia Doutores da Alegria, che hanno studiato le differenze

tra la loro organizzazione e quelle che esistono in giro per il mondo. Sono stati recapitati via e-mail, via posta e più raramente telefonicamente dei questionari a circa un centinaio di associazioni, ma non tutte hanno risposto oppure non lo hanno fatto in maniera esaustiva. Spiega Masetti (2005, p. 9):

«I questionari che ci sono stati restituiti provenivano dai seguenti paesi europei: Francia, Germania, Spagna, Italia, Austria, Belgio e Portogallo. Dalle Americhe sono rientrati i questionari relativi a Canada, Usa, Messico, Perù, Uruguay e Colombia» (nostra traduzione).

In Australia è stata rintracciata un'unica associazione, The Humour Foundation, che opera dal 1997 in sei ospedali del paese. Non hanno potuto poi contattare un'organizzazione che lavora a Hong Kong e una che opera in Israele e sono venuti a conoscenza di interventi sporadici di clown dottori in ospedali algerini, ma purtroppo sembrano non esistere interventi concreti di clown terapia in Asia e Africa. Le domande del questionario miravano a chiarire come queste associazioni fossero organizzate, come lavorassero, quali fossero i requisiti dei clown che vi lavoravano, quali fossero le loro modalità d'intervento, come fossero finanziate e come si pubblicizzassero. La lettura di un tale documento riesce a far comprendere quanto sia diffusa la clown terapia nel mondo, fa capire che numerose organizzazioni lavorano utilizzando metodi analoghi, ma soprattutto chiarisce le problematiche date da finanziamenti, cavilli burocratici o istanze politiche, peculiari di un paese rispetto ad un altro.

Il rapporto stilato dal Consiglio regionale della Lombardia (2002), infine, descrive gli effetti benefici che i clown di corsia hanno apportato alle aziende sanitarie in cui operano. Vengono pubblicati infatti i risultati di un'indagine svolta in tre ospedali lombardi,

che ha messo in evidenza come la variabile correlata alla presenza dei clown fosse strettamente connessa con quella legata al benessere dei bambini.

Proprio in Lombardia opera la prima associazione italiana di clown di corsia, la Fondazione Aldo Garavaglia dottor Sorriso ONLUS, che si occupa anche di missioni umanitarie nei paesi economicamente più poveri. L'organizzazione ha realizzato anche il cosiddetto "Tour del sorriso", che portava i clown a visitare tutti quegli ospedali dell'intera penisola che non li avevano mai accolti. Nel 2002 è stato anche girato un documentario sul loro operato presentato come fuori concorso al Festival del cinema di Venezia (Ronchi, 2003). Le nuove prospettive offerte dai clown di corsia dovrebbero essere prese ormai in seria considerazione da tutti gli ospedali del nostro paese. La letteratura al riguardo, come ho cercato di mostrare, offre materiali assai differenti che studiano la questione da molteplici punti di vista. Non mancano testimonianze dirette sull'argomento e nemmeno pubblicazioni che discutono i risultati di ricerche sul tema: sarebbe dunque inammissibile confutare il fatto che ridere fa bene alla salute. Esistono ancora dei dubbi sulla reale validità terapeutica della comicità e si stenta ancora a parlare di clown terapia: sarebbe forse un'esagerazione parlare del riso come medicinale per patologie organiche? In ogni caso i documenti presentati dimostrano che vale la pena tentare, perché una bella risata ripaga davvero da ogni sofferenza.

4. La pet therapy e altre prospettive per l'animazione in ospedale

È ormai dimostrato che la presenza di un animale domestico apporta dei benefici all'uomo: stimola il rilassamento, abbassa la pressione arteriosa e rallenta il battito del cuore.

Non dobbiamo dimenticare poi quelle caratteristiche positive che questi compagni aggiungono alla nostra personalità, poiché ci fanno sentire meno soli e più sicuri di noi stessi. Nel corso della storia agli animali sono stati attribuiti poteri magici e in alcuni casi taumaturgici ed ancor oggi in alcune culture certe specie sono venerate al pari di dèi antropomorfi. Il primo ad accorgersi però dell'effetto terapeutico che possono avere sull'essere umano è stato il neuropsichiatra infantile Boris Levinson, che casualmente scoprì come un suo paziente reagisse meglio al trattamento quando il cane del medico era presente durante la seduta. In Italia è presente l'Associazione Nazionale Utilizzo del Cane per Scopi Sociali di Roma (ANUCSS) che opera da anni nella capitale, lavorando con bambini, disabili e anziani con successo, tanto da attirare l'attenzione di istituzioni politiche (Allegrucci, 2006).

In alcuni ospedali italiani sono stati attuati dei progetti con animali per alleviare le sofferenze dei piccoli degenti, com'è successo nell'Azienda sanitaria di Cantù. In questo caso, sono stati innanzitutto indetti dei corsi per formare il personale che avrebbe condotto le attività e un team multidisciplinare, composto da medici, veterinari, volontari e educatori si è occupato di mettere in atto il percorso di pet therapy. I cani utilizzati erano quelli dei canili comunali ed è dunque stata necessaria la collaborazione di chiunque lavorasse con loro (Mariani, 2006).

Purtroppo, pur essendo ormai riconosciuti gli effetti benefici delle terapie con gli animali, esse non sono ancora molto diffuse in Italia se non sottoforma di interventi sporadici. I problemi maggiori sono legati agli spazi poiché le corsie ospedaliere appaiono inadatte ad ospitare un cane o un gatto.

In altri reparti pediatrici invece si utilizzano diverse forme di animazione, come le visite sporadiche di un Geronimo Stilton a grandez-

za d'uomo in un ospedale milanese o il programma radio appositamente creato per i degenti del Meyer di Firenze. A Napoli i piccoli ricoverati sono divenuti autori di un libro, *A voce de' creature*, che raccoglie tutte le opere realizzate durante il soggiorno in reparto (Bruscagli, 2002).

Esistono poi i giornalini che spesso servono anche per far lavorare insieme gli alunni della scuola ospedaliera con i bambini di quella del quartiere, come "Vi mando un bel ciao", "pubblicato" ancora al Meyer fiorentino. In questo caso l'azione educativa è biunivoca, in quanto i degenti beneficiano dei contatti con l'esterno, sentendosi meno isolati, e i ragazzi della scuola imparano a conoscere la realtà sanitaria ed a considerarla meno paurosa. Proprio questi percorsi di educazione alla salute che vogliono informare i più piccoli su che cosa accade in ospedale sono sempre più numerosi. Sempre a Firenze è stato attuato il progetto *Conosciamo l'ospedale* che coinvolge gli alunni di scuola elementare che, oltre a seguire lezioni sul tema, guardano anche un cartone animato sull'argomento e visitano anche i reparti del Meyer. A Parma invece sono già state realizzate molte esperienze significative in questo senso rivolte sia ai bambini di scuola dell'infanzia sia ai ragazzi delle superiori. Spiegano Capurso e Trappa (2005, p. 151):

«Organizzare all'interno della scuola progetti e attività che permettano al bambino, in condizione di salute, di conoscere le proprie paure, di poterle analizzare e confrontarsi su di esse, riduce fortemente il senso di solitudine e di smarrimento che esse provocano».

5. Conclusioni

Canevaro (1976) racconta la storia di Cecco Rivolta che sentendosi male cerca di manifestare il suo disagio alla mamma. Cecco non

mangia, ma la madre non si accorge di niente e nemmeno la sua enuresi spaventa, anzi il bambino viene brontolato fino a che la malattia si manifesta e il dottore decide di ricoverarlo, di portarlo lontano dal suo unico punto di riferimento, che non ha saputo capirlo.

Accade spesso che gli adulti non sappiano ascoltare i più piccoli, non sappiano comprendere i loro malesseri e allora li lascino soli con le loro paure e le loro angosce. In situazioni di estrema fragilità emotiva, come quella dell'ospedalizzazione, è necessario che i bambini siano sostenuti costantemente dalle loro figure di riferimento e trovino nei reparti pediatrici degli spazi che li rispecchino.

Scrivono Sarfatti (2004, p. 2) a proposito dei diritti dei ragazzi in ospedale: «È mio diritto / ricevere affetto, / cure amorose e pieno rispetto. / E non trattatemi da bambolotto... / Guai a chi mi chiama "bel passerotto"!».

Un bambino in ospedale è un bambino che soffre innanzitutto perché è malato, ma subisce anche l'allontanamento dal proprio ambiente domestico e l'inserimento in un luogo del tutto sconosciuto. Dimostrare rispetto per la sua situazione è doveroso e offrirgli le opportunità per alleviare il suo dolore non è altro che un segno di considerazione. Il gioco è l'unico "linguaggio" parlato dai bambini di tutte le età e di tutte le etnie, che può distogliere il paziente dalla sua condizione di malato, potenziando tutto ciò che di più vitale c'è in lui, perché giocare significa stare bene con se stessi e con gli altri, significa calarsi totalmente in un'attività che reca piacere e soddisfazione, significa sentirsi partecipi di un progetto. È chiaro che, per un bambino rinchiuso in una stanzetta ospedaliera per gran parte della giornata, la valenza di una simile attività acquisisce un significato ancor più rilevante. Allora costruiamo le premesse sulle quali fondare questi interventi di animazione, che guariscono l'anima del bambino, come una medicina può guarirne il corpo.

Bibliografia

- AA.VV. (2001), *La scuola fuori dalla scuola: la scuola in ospedale nel contesto europeo*, Seminario internazionale di studio e produzione, Atti e documenti, Castel San Pietro Terme (BO), 1-3 marzo.
- AA.VV. (2003), *Leggere in ospedale e in condizioni di disagio. Progettare e diffondere servizi di lettura cooperando tra biblioteche pubbliche, aziende sanitarie e associazioni di volontariato*, Atti della giornata di studio, 6 giugno 2003, Bagno a Ripoli, Biblioteca comunale.
- Adams, P. (1999), *Visite a domicilio*, Milano, Urra.
- Adams, P. (2004), *Salute!*, Milano, Urra.
- Allegrucci, F. (2006), *Pet therapy: quando la relazione con l'animale diventa terapeutica*, in "Medical Team Magazine", luglio-novembre, pp. 35-36.
- Benini, E. (2004), *Bambini in pigiama*, Roma, Edizioni Magi.
- Bokun, B. (1997), *Ridere per vivere*, Milano, Mondadori.
- Bregani, P., Damascelli, A.R., Velicogna, V. (1978), *Il gioco in ospedale*, Milano, Emme Edizioni.
- Bruscagli, A. (2002), *Clownerie e cure libresche. Un excursus tra servizi bibliotecari ospedalieri e associazioni che promuovono approcci terapeutici innovativi*, in "LiBeR", n. 56, pp. 47-49.
- Canevaro, A. (1976), *I bambini che si perdono nel bosco*, Firenze, La Nuova Italia.
- Capurso, M. (a cura di) (2001), *Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*, Trento, Erickson Edizioni.
- Capurso, M., Trappa, M. (2005), *La casa delle punture. La paura dell'ospedale nell'immaginario del bambino*, Roma, Edizioni Magi.
- Cipollone, A. (2002), *Il bambino e la scuola in ospedale*, in "Vita dell'infanzia", n. 51, pp. 17-19.
- Consiglio regionale della Lombardia (2002), *Umanizzazione dell'ospedale: studi di caso degli effetti della clown terapia sull'utenza e sugli operatori dei reparti pediatrici*, Milano, Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia (IReR).
- Cousins, N. (1982), *La volontà di guarire*, Roma, Armando.
- Dal Gobbo, A. (2002), *Piccole storie per guarire in fretta. Cosa propone l'editoria infantile straniera sul delicato tema delle malattie e del ricovero ospedaliero dei nostri piccoli*, in "LiBeR", n. 56, pp. 42-46.
- Dell'Antonio, A., Ponzio, E. (a cura di) (1982), *Bambini che vivono in ospedale*, Roma, Borla.
- Filippazzi, G. (1997), *Un ospedale a misura di bambino*, Milano, Franco Angeli.
- Francescano, D. (2002), *Ridere è una cosa seria*, Milano, Mondadori.
- Grauso, G. (2001), *Alcune riflessioni sul contenimento dell'ansia in un reparto pediatrico*, in "Richard e Piggie", n. 9, pp. 35-53.
- Kanisza, S., Dosso, B. (2006), *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*, Roma, Meltemi.
- Laterza, M. (2002), *Largo ai libri in corsia! Una multiforme esperienza di "arteterapia" e di promozione della lettura nei reparti pediatrici di Bari*, in "LiBeR", n. 56, pp. 50-51.
- Lindquist, I. (1985), *La thérapie par le jeu*, Paris, Association Apache.
- Luciani, R. (2002), *Che ci faccio in ospedale?*, Firenze, Giunti.
- Mancaniello, M.R. (2003), *Corporeità e sofferenza nell'infanzia: l'esperienza dell'ospedalizzazione*, in A. Mannucci, A. Langer (a cura di), *Comunicare con la mente e il corpo. Un messaggio educativo dai diversamente abili*, Tirrenia (PI), Edizioni Del Cerro, pp. 69-94.
- Mariani, S. (2006), *Pet therapy. Una buona pratica che si sta diffondendo*, in "QuiASL Como", n. 2, pp. 70-71.
- Masetti, M. (2005), *Clowns in Hospitals*, International research, www.risaterapia.com.
- Meacci, M.L. (2002), *L'ospedale non è il lupo cattivo. Come attraversare con i libri del sorriso e del coraggio quegli asettici boschi che spaventano tanto*, in "LiBeR", n. 56, pp. 37-41.
- Pellicani, B. (2004), *"Gioca in ospedale": un'esperienza di coordinatrice del progetto GIO*, in "Infanzia", n. 3, pp. 24-28.
- Provine, R.R. (2000), *Ridere. Un'indagine scientifica*, Milano, Baldini Et Castoldi.
- Ronchi, M. (2003), *L'ospedale che ride*, in "Selezione Reader's Digest", maggio.
- Sarfatti, A. (2004), *Guai a chi mi chiama passerotto! I diritti dei bambini in ospedale*, Firenze, Fatatrac.
- Simonds, C., Warren, B. (2003), *La medicina del sorriso*, Milano, Sperling Et Kupfer Editori.
- Vigano, A. (1985), *Nasi rossi: il clown tra circo e teatro*, Montepulciano (SI), Editori del Grifo.