

INDICE

C. Baker	
L'Ospedale amico dei bambini e l'importanza dell'allattamento al seno	pag. 2
M. Speciale	
Teoria dell'attaccamento: l'approccio cognitivo comportamentale	pag. 6
R. Lorini	
Ruolo del bambino, dei genitori e del medico nella patologia cronica	pag. 9
A. Volpicelli	
I diritti del bambino anche in ospedale	pag. 10
R. Sicurelli	
Le nuove frontiere della guarigione: l'arteterapia	pag. 15
E. Veneselli	
L'ambiente terapeutico nel nuovo ospedale	pag. 20
E.F. Casari, C. Rossetto, E. Pellerano	
La famiglia, il bambino e la malattia	pag. 24
F. Montecchi	
Le mani che parlano. Il gioco della sabbia nella patologia psicologica e somatica infantile-adolescenziale	pag. 27
D. Luciano	
Risvegliare la capacità di ascolto per creare una comunicazione efficace	pag. 31
E. Piccotti, S. Costabel, B. Tubino, G. Fratino, P. Di Pietro	
L'accoglienza del bambino in P.S. Pediatrico	pag. 32
G. Vercelli	
L'apporto dell'informatica per il bambino malato	pag. 36
M. Galasso	
Flessibilità dei ruoli in ambito educativo per il bambino malato	pag. 40
M. Bassetti	
Traumi emotivi nel bambino: dinamica mentale e prospettive in terapia omeopatica	pag. 43
R. Giordano	
La struttura ospedaliera al servizio della salute mentale del bambino	pag. 45
M. Martinoli	
Gli interventi socio-educativi a sostegno del bambino e della famiglia	pag. 47
E. Benini	
Il cielo in una stanza.....d'ospedale	pag. 54

L'OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI E L'IMPORTANZA DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

*C. Baker, Assistente Direttore Generale
del Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus*

Il perché di una iniziativa

L'allattamento al seno è il modo di nutrire i neonati il più naturale che ci sia. Il latte materno è sempre pronto, a temperatura ideale e non va mai male. In più è gratis e facile da usare. Ma è soprattutto dal punto di vista della qualità che il latte materno non ha rivali. La sua composizione cambia durante il giorno e nel tempo seguendo i bisogni e la crescita del bambino. E' completo, ha tutta l'acqua sufficiente per dissetare i bambini e li protegge da varie malattie e allergie.

Una prassi che la specie umana, così come molti altri mammiferi, ha sviluppato nel lungo corso della propria evoluzione, dovrebbe essere un dato acquisito. Eppure nel '900, qualcosa è cambiato. Con una idea particolare del progresso scientifico, si è pensato che l'uomo fosse capace di "fabbricare" un alimento migliore per i neonati. La prassi di usare latte artificiale si è rapidamente propagata prima nei paesi industrializzati e poi in tutto il mondo, nel quadro generale delle politiche di "sviluppo" esportate ai quattro angoli della Terra. Il latte artificiale non era solo meglio del latte materno, portava anche con sé una aura di modernità e garantiva l'emancipazione della donna.

Così, intere generazioni di madri hanno abbandonato una antica saggezza e nell'immaginario collettivo, il bambino attaccato al seno della madre fu rimpiazzato con il bambino attaccato ad un biberon.

I danni di questo cambiamento epocale si sono fatti vedere subito e in maniera drammatica soprattutto nei paesi cosiddetti in via di sviluppo, dove la mancanza di acqua potabile, di mezzi economici e di infrastrutture hanno significato anche la morte per denutrizione e malattie connesse di milioni di bambini.

Di fronte a questa situazione, l'Organizzazione Mondiale della Salute e l'UNICEF lanciarono nel 1990 una campagna mondiale di promozione dell'allattamento al seno, per rovesciare la tendenza e sostenere tutti gli sforzi mirati alla corretta nutrizione dei bambini. E' nata così la "Baby Friendly Hospital Initiative" (BFHI), l'iniziativa Ospedale Amico dei Bambini (una traduzione un po' inesatta, in quanto "baby" si riferisce solo al neonato, e che ha creato a volte confusione sulla reale portata di questa iniziativa), per garantire che i neonati vengano accolti al mondo nel miglior modo possibile.

L'iniziativa BFHI offre agli ospedali le linee guide per garantire che diventano veri e propri centri di sostegno all'allattamento materno: un ospedale amico dei bambini si impegna a non accettare campioni gratuiti o a buon mercato di surrogati del latte materno, di biberon o di ciucci (come sancito dal Codice Internazionale dell'OMS sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno del 1981) e ad applicare le dieci norme specifiche in favore dell'allattamento al seno (vedi box).

Dal lancio di questa iniziativa ad oggi, sono più di 15.000 ospedali in 129 paesi ad avere ottenuto il riconoscimento di "amico dei bambini", aiutando in modo significativo ad incrementare la percentuale di donne che allattano al seno e contribuendo al miglioramento dello stato di salute dell'infanzia.

Come si diventa "Ospedale Amico dei Bambini"

In grandi linee, si richiede ad un ospedale di avere una protocollo scritto per l'allattamento al seno che garantisce tutte le dieci norme per la sua realizzazione, di garantire una formazione omogenea di tutto il personale del reparto materno-infantile (dai medici alle ostetriche alle infermiere ai personale ausiliare), di avere

un programma scritto per ogni corso di preparazione al parto, di offrire il rooming-in (mamma e bambino insieme) 24 ore su 24, e di aiutare la madre a gestire l'allattamento al seno nel modo corretto.

Una volta che un ospedale pensa di essere vicino al rispetto dei requisiti dell'iniziativa, può avviare la procedura di valutazione per ottenere il riconoscimento internazionale OMS/UNICEF. Se alla fine di questa valutazione, le dieci norme sono tutte rispettate (ognuna almeno al 80%) e l'ospedale non accetta nessuna fornitura gratis o a basso costo di latte artificiale, gli verrà riconosciuto l'idoneità e sarà nominato "Ospedale Amico dei Bambini".

Nella fattispecie, è evidente che un ospedale deve in qualche modo adottare una nuova filosofia di lavoro, che comprende il superamento di certi cliché consolidati come il nido-parcheggio di culle piene di bimbi che piangono, o l'imposizione di orari rigidi per l'allattamento al seno. In un ospedale amico dei bambini, il personale diventa meno "interventista", cerca piuttosto di essere di supporto pratico e psicologico alla diade madre-bambino, il ginecologo non si occupa più solo della madre, o il pediatra solo del bambino, l'ostetrica e l'infermiera del nido cooperano in continuazione.

Si tratta anche di dotarsi di nuovi strumenti di divulgazione e di comunicazione, giacché è proprio la corretta informazione sui vantaggi dell'allattamento al seno e sulle tecniche per attuarlo che garantiscono che la madre si sentirà sicura di allattare il proprio figlio esclusivamente al seno almeno fino al sesto mese di vita, come raccomandato dall'OMS e dall'UNICEF.

Un ospedale amico dei bambini non è però una struttura fredda e autoritaria che traumatizza le madri rifiutando di ascoltare le loro richieste o perplessità. Nessun vuole costringere una madre a seguire una pratica di cui non è convinta. Piuttosto, si cerca di spiegare tutti gli vantaggi di un corretto allattamento al seno, si evidenziano non solo i valori nutrizionali ma anche quelli relazionali di questa pratica, in un certo senso l'allattamento materno è la forma primordiale di comunicazione fra neonato e madre.

Un'altra caratteristica di questa iniziativa è che non si tratta di una traguardo da raggiungere per poi riposare sui allori. Il riconoscimento infatti premia un processo consolidato e dinamico che non è mai terminato, in quanto non vi sono limiti alla qualità dell'assistenza da dare al bambino che viene al mondo e che ha il diritto al più completo benessere psico-fisico possibile. Proprio per garantire questa continuità, ogni ospedale riconosciuto accetta di essere "rivalutato" periodicamente.

L'esperienza italiana

Fino al 2001, l'Italia (in compagnia di pochi altri paesi) era il fanalino di coda dell'iniziativa nei paesi industrializzati. In effetti, non vi era ancora nessun ospedale riconosciuto "amico dei bambini". Una serie di fattori problematici avevano impedito all'iniziativa di decollare negli stessi tempi di altri paesi, e serpeggiava anche una perplessità se fosse addirittura possibile individuare una esperienza in Italia che rispondesse ai criteri dell'iniziativa.

Nel 1999, Il Comitato Italiano per l'UNICEF (che ha il mandato di rappresentare l'UNICEF nel nostro paese) ha intrapreso un primo passo per dotarsi almeno degli strumenti necessari per capire se veramente non ci fossero realtà di qualità in Italia, creando un Comitato Tecnico di Valutazione, formato da rappresentanti multi-disciplinari del mondo medico e delle associazioni e organizzazioni non-governative che sostengono l'allattamento al seno. Nel 2000, questi membri del Comitato Tecnico hanno ricevuto una formazione specifica per diventare valutatori degli ospedali secondo i criteri internazionale OMS/UNICEF.

Una volta formati i valutatori, è stato possibile attivare i contatti con i primi ospedali che hanno evidenziato un serio interesse a partecipare all'iniziativa. Così nell'arco del 2001, sono stati effettuate le prime valutazioni che hanno portato alla

nomina dei primi due ospedali “amici dei bambini” anche in Italia, seguiti nel 2002 da altre sette realtà di eccellenza.

Il futuro dell’iniziativa

L’esito positivo della prima fase dell’iniziativa con la nomina dei primi nove ospedali in Italia ha dato lo stimolo a numerose altre realtà di partecipare e cercare di raggiungere i requisiti per diventare a loro turno “ospedale amico dei bambini”.

Non si può negare che nella prima fase dell’iniziativa, gli ospedali riconosciuti siano stati abbastanza piccoli o di media grandezza, e con particolari condizioni ambientali che hanno certamente favorito la buona riuscita del processo. Ma sarebbe sbagliato dare l’impressione che solo piccole realtà, magari in zone privilegiate possono ambire al riconoscimento.

Così il Comitato Italiano ha avviato la “seconda” fase dell’iniziativa, che si iscrive in una promozione dell’allattamento al seno più generalizzata e ad un accompagnamento di realtà che pur convinte della bontà dell’iniziativa, devono affrontare difficoltà oggettive e processi lenti di cambiamenti. In questi casi, l’importante è partire, darsi un piano di azione, cominciare a lavorare sui punti nodali che l’iniziativa mette in evidenza. Devono essere mobilitate tutte le controparti pertinenti, dalle istituzioni (governative, regionali, locali) alle associazioni di categoria, dagli esperti ai testimoni di esperienze già realizzate.

In questo quadro, l’UNICEF-Italia sta sostenendo la creazione di una rete degli “Ospedali Amici dei Bambini” che potrà offrire un aiuto alle realtà che cercano di raggiungere gli standard prescritti dall’OMS e dall’UNICEF. Nella stessa direzione, vanno gli sforzi di accompagnare le Aziende Sanitarie interessate a promuovere l’allattamento al seno nei consultori, cercando di individuare strumenti idonee sulla linea dell’iniziativa BFHI.

Infine, vanno sostenuti tutti gli sforzi per fare crescere sul territorio il sostegno alle madri, giacché è risaputo che uno dei momenti di crisi, quando spesso viene abbandonato l’allattamento esclusivo al seno, è proprio dopo il ritorno a casa, nei primi giorni della gestione autonoma dell’allattamento materno. Ecco quindi la necessità di “formare” anche i pediatri di famiglia, il personale degli ambulatori, nonché favorire la messa in rete dei gruppi di sostegno della società civile, che possono essere di grande aiuto pratico e psicologico per le neo-mamme.

La promozione dell’allattamento al seno aiuta ad incrementare la qualità della vita, ricordandoci che spesso la natura ci fornisce le chiavi del benessere e che è giunto il momento di recuperare abitudini e prassi che hanno fatto la prova nel tempo della loro bontà. L’UNICEF-Italia è convinto dell’importanza di questa battaglia.

I DIECI PASSI OMS/UNICEF

- 1. Definire un protocollo scritto per l’allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario.*
- 2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.*
- 3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell’allattamento al seno.*
- 4. Aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno già mezz’ora dopo il parto.*
- 5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione latteica anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.*
- 6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica.*
- 7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattr’ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.*
- 8. Incoraggiare l’allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento.*

9. *Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.*
10. *Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo essere state dimesse dall'ospedale o dalla clinica.*

TEORIA DELL'ATTACCAMENTO: L'APPROCCIO COGNITIVO COMPORTAMENTALE

M. Speciale

La teoria dell'attaccamento formulata da J. Bowlby postula l'esistenza nell'essere umano di una tendenza geneticamente predeterminata a ricercare la vicinanza e la protezione di una "figura" conosciuta che venga considerata come più "forte o più saggia" ogni qual volta si costituiscano situazioni di pericolo - dolore - fatica o solitudine.

Le prime figure di attaccamento - in genere - sono i genitori ma successivamente qualunque membro del gruppo può svolgere tale ruolo.

L'operatività di tale tendenza -infatti- è presente "dalla culla alla tomba" (Bowlby 1979) .

Tale tendenza innata fa parte dei sistemi comportamentali o motivazionali che hanno la funzione di regolare importanti settori della nostra vita pur essendo sensibili all'apprendimento e allo sviluppo. Alcuni di tali sistemi motivazionali innati sono per così dire " non sociali" come - ad esempio - quelli deputati alla regolazione delle funzioni fisiologiche - dell'alimentazione - dell'esplorazione - dell'acquisizione di un territorio. Altri invece sono principalmente sociali e hanno lo scopo di regolare il nostro comportamento interpersonale e potremmo definirli "regole o insiemi di regole innate che hanno il significato di disposizioni a percepire e ad agire verso con specifici in vista di un obiettivo".

Tra questi ci sono:

il sistema motivazionale interpersonale dell'ATTACCAMENTO - le cui regole se fossero espresse nel linguaggio umano sarebbero: Quando ti trovi in difficoltà -per stanchezza - paura - dolore - vulnerabilità - avvicinati ad un membro conosciuto del tuo gruppo sociale che ti appaia più forte e più saggio di te".

Il complementare sistema dell'ACCUDIMENTO le regole sono: "Se un membro conosciuto del tuo gruppo ti chiede aiuto - daglielo e daglielo con particolare sollecitudine se è un tuo discendente genetico".

Il sistema AGONISTICO - le cui regole sono "Se ti trovi a competere con un membro del tuo gruppo per un bene o una risorsa qualsiasi - mostragli la tua forza. Se nella contesa rischi di essere danneggiato perché l'avversario si rivela più forte di te - comunicagli che riconosci la sua superiorità attraverso un segnale di sottomissione. Se invece è l'altro a darti segnali di sottomissione - smetti di attaccarlo e consentigli di restarti vicino".

Il sistema SESSUALE le cui regole dicono: Cerca un membro del tuo gruppo dell'altro sesso che si dichiari disponibile all'accoppiamento - all'accettarsi reciproco di tale disponibilità attraverso segnali di corteggiamento - al consumare il coito e al mantenere poi la vicinanza reciproca in vista sia di nuovi incontri sessuali sia per l'accudimento congiunto della prole.

Il sistema COOPERATIVO PARITETICO che suona: " Se un membro del gruppo è come te interessato a raggiungere un dato obiettivo più facile da raggiungere attraverso uno sforzo congiunto - consideralo come un pari e non solo in base al rango di dominanza ."

Tali sistemi motivazionali interpersonali sono presenti in tutti i mammiferi - oltre che nell'uomo - e sono sostenuti dall'attività dei circuiti neuronali del sistema libico.

L'attivazione - sia in noi che nell'altro - di tali sistemi motivazionali viene riconosciuta attraverso il manifestarsi delle emozioni a essi collegate. Infatti ogni sistema motivazionale interpersonale ha le proprie emozioni tipiche. Per esempio la

paura e la collera quando la mamma si allontana – la tristezza quando la separazione si protrae nel tempo – la gioia quando la madre ritorna – il senso di sicurezza e la gratitudine quando è vicina e disponibile sono emozioni tipiche del sistema dell'attaccamento e affiorano immediatamente nella coscienza del bambino. La tenerezza protettiva – l'allarmata sollecitudine – il senso di colpa per aver negato il proprio aiuto a chi lo chiedeva - sono invece emozioni tipiche del sistema dell'accudimento.

La vergogna e l'umiliazione connesse al dover riconoscere una sconfitta – l'orgoglioso senso del trionfo per la vittoria – la collera all'inizio di una sfida caratterizza il sistema agonistico. Infine la lealtà - la colpa per aver tradito l'alleanza – la reciproca gratitudine fra chi ha cooperato per raggiungere un obiettivo caratterizza il sistema cooperativo.

Il sistema dell'attaccamento è il sistema di regolazione della vita di relazione più precoce e attivo maggiormente nella prima infanzia dove la percezione di vulnerabilità è intensamente avvertita con una certa continuità.

Durante l'attivazione di tale sistema il bambino costruisce le prime rappresentazioni di Sé e di Sé con l'altro. Tali forme "primordiali" di conoscenza vengono gradualmente inglobate in quelle che Bowlby chiama internal working models (modelli operativi interni).

I modelli operativi interni possono essere definiti come un insieme di memorie e aspettative riguardanti tanto il Sé del bambino (degnò o no dell'attenzione protettiva dell'altro) quanto gli atteggiamenti dei genitori in risposta alle richieste di vicinanza che il bambino rivolge loro (genitori coerenti - rifiutanti o imprevedibili nelle risposte che danno alle richieste di attaccamento del figlio). In quest'ottica il sistema dell'attaccamento - grazie al quale il bambino fa le sue prime esperienze relazionali in termini di relativa sicurezza - organizza e regola sviluppo relazionale del bambino anche nei settori del competere (per esempio un bambino che si aspetta di ricevere conforto dopo una sconfitta affronterà con un atteggiamento più sereno una competizione) dell'accudire (bambini che hanno avuto genitori coerenti nei comportamenti di accudimento affrontano più serenamente la sofferenza degli altri – bambini o adulti – offrendo loro aiuto e conforto) e del collaborare (bambini con uno stile di attaccamento sicuro attaccamento instaurano più facilmente rapporti di amicizia con i coetanei) quindi – in definitiva – limita e regola il futuro sviluppo degli altri sistemi motivazionali.

La situazione di osservazione empirica più usata per studiare il sistema dell'attaccamento nei bambini è la Strange Situation ("situazione insolita"). Nella Strange Situation bambini di età compresa tra i 12 e 18 mesi venivano accompagnati da una figura di attaccamento – in genere la madre – in una stanza che vedevano per la prima volta. Qui venivano accolti da una persona sconosciuta . Dopo pochi minuti il genitore esce dalla stanza e si osservano le reazioni del bambino alla separazione . Trascorsi al massimo tre minuti il genitore rientra nella stanza e si osservano le reazioni del bambino al ricongiungimento. Poiché le separazioni attivano il sistema dell'attaccamento mentre i ricongiungimenti lo disattivano il comportamento del bambino in questa situazione descrive la forma assunta dal sistema dell'attaccamento e dai corrispondenti modelli operativi interni del bambino fin a quel momento.

Si sono osservati quattro stili fondamentali di comportamento (chiamati pattern di attaccamento) che successivamente sono stati correlati agli atteggiamenti dei genitori (rilevati attraverso la Adult Attachment Interview).

Il primo pattern che è stato identificato è stato denominato pattern A di attaccamento. Esso è caratterizzato dal fatto che il bambino non protesta al momento della separazione ed evita il genitore nel momento della riunione.

Per questa ragione tale pattern è stato chiamato stile di attaccamento EVITANTE .

Il bambino con questo stile di attaccamento ha interagito con un genitore che svalutava le sue richieste di aiuto e ha formato un modello operativo interno che prevede una rappresentazione di sé come indegno dell'attenzione protettiva dell'altro e una rappresentazione dell'altro come rifiutante.

Il pattern B è caratterizzato dal fatto che il bambino protesta al momento della separazione e si calma al momento della riunione. Tale pattern è stato chiamato stile di attaccamento SICURO. Tale bambino avrà costruito rappresentazioni di sé come degno di ricevere cure e conforto e dell'altro come affidabili e disponibile

Nel pattern C di attaccamento il bambino protesta nel momento della separazione ma non si calma al momento della riunione. Questo pattern è stato chiamato attaccamento RESISTENTE. Tale bambino si è trovato a interagire con un genitore imprevedibile nel fornire aiuto e conforto (a volte rispondeva positivamente alle richieste del bambino altre era alquanto indisponibile) per cui le rappresentazioni sia di sé che dell'altro saranno sia positive come nello stile B che negative come nel pattern A.

Nel pattern D il bambino ha un comportamento disorganizzato e disorientato sia al momento della separazione che nella riunione. Per questo è stato chiamato attaccamento DISORGANIZZATO e DISORIENTATO. Qui il bambino interagisce con un genitore turbato da esperienze dolorose e traumatiche che non ha ancora elaborato e costruisce di conseguenza modelli operativi interni frammentari – multipli e incoerenti dove rappresenta sé e l'altro come vittima – persecutore e salvatore.

La conoscenza di tale teoria è di fondamentale importanza per comprendere e capire il modo unico che ha ogni bambino di chiedere aiuto e conforto poiché ciò riflette le sue personali esperienze - aspettative e memorie riguardo la disponibilità dell'altro a fornirgli aiuto - protezione e sicurezza.

RUOLO DEL BAMBINO, DEI GENITORI E DEL MEDICO NELLA PATOLOGIA CRONICA

R. Lorini, Genova

Il *diabete mellito tipo 1* è una delle malattie croniche più frequenti nei bambini dei Paesi ad elevato standard di vita ed è in aumento. Quasi tutti i bambini con diabete tipo 1 (T1DM) all'esordio clinico sono ricoverati in ospedale, dove rimangono in genere una settimana, necessaria per superare lo scompenso metabolico, per informare ed istruire il paziente, se di età scolare, ed i genitori all'autocontrollo. Il successo della cura è la conoscenza della "malattia". Ma come afferma Wysocki il DM1 non deve essere più considerato una malattia, ma semplicemente "un modo di vivere", uno stato di salute che, seppur condizionato, consente crescita, sviluppo ed inserimento sociale del tutto normali. Questo progresso è legato ad una radicale trasformazione dei metodi di controllo del diabete che, per aver successo, presuppongono la piena ed attiva collaborazione del paziente e della famiglia nella realizzazione del programma di cura a breve, medio e lungo termine. Il diabete mellito in età pediatrica è per sua natura instabile, caratterizzato da ampie oscillazioni della glicemia, da facili scompensi in chetoacidosi o in ipoglicemia, che talora richiedono ricovero in ospedale. Si rende pertanto necessaria una assidua opera di educazione sanitaria che possa fornire al paziente e ai suoi famigliari tutte le nozioni teoriche e pratiche indispensabili per imparare a regolare da soli il diabete e a mantenere nel tempo un soddisfacente equilibrio glicemico. Questo presuppone una collaborazione costante del paziente e dei familiari con l'équipe composta dal medico diabetologo, psicologo, personale infermieristico, dietista ed i componenti dell'Associazione Diabete Giovanile.

La *fibrosi cistica* (FC) è una patologia cronica, ereditaria (autosomica recessiva) che interessa approssimativamente 1/2500 nati vivi nelle popolazioni caucasiche. La FC colpisce diversi apparati, ma in particolare l'apparato respiratorio e l'apparato gastrointestinale. E' una malattia evolutiva e può portare anche ad esito precoce. La sopravvivenza media solo poche decine di anni fa non superava l'età pediatrica. Ora le curve di sopravvivenza media raggiungono i 30 anni. La malattia spesso si presenta sin dai primi anni di vita e può essere diagnosticata in età neonatale, qualora si esegua lo screening neonatale. Possono essere richieste frequenti ospedalizzazioni, durante le quali è indispensabile la collaborazione di medici, infermieri, terapisti, dietisti, psicologi, assistenti sociali e membri dell'Associazione FC. Poiché oltre il 90% della morbilità e della mortalità ha come causa una riacutizzazione a livello dell'apparato respiratorio, molto importante è la conoscenza approfondita della microbiologia delle infezioni polmonari e quindi indispensabile è anche la collaborazione con i microbiologi al fine di attuare la terapia antibiotica più efficace. Il costante stress psicologico e biologico del malato FC viene ulteriormente aumentato nel momento in cui sorge la necessità di effettuare un trapianto d'organo. L'impatto psicologico è ancora più pregnante poiché il trapianto rappresenta l'ultima opportunità per la sopravvivenza e per una migliore qualità della vita del paziente. La notizia di opzione del trapianto d'organo provoca nell'individuo e nella famiglia profonde reazioni psicologiche e di adattamento. Da ciò emerge la necessità di applicare un iter psicologico-psicoterapeutico al malato FC in procinto di effettuare un trapianto d'organo.

I DIRITTI DEL BAMBINO ANCHE IN OSPEDALE

A. Volpicelli

Prima di parlarvi dei diritti dei bambini ricoverati è utile informarvi sulla figura del garante che io rappresento:

CHI E' IL GARANTE

Il garante nasce dalla volontà di applicare i principi della Convenzione di New York sui Diritti dell'Infanzia dell'89 (siglata in Italia nel 91).

Questa figura è stata attivata dall'UNICEF d'intesa con la Direzione Scolastica Regionale e l'Università di Genova- Facoltà di Scienze Politiche (D.I.R.E.)

- E' una figura di riferimento nella scuola per l'applicazione della carta dei diritti dei bambini.
- E' informato sulle procedure per affrontare i problemi riguardanti i minori, (situazioni di disagio, maltrattamento, abuso,...)
- E' una figura che sensibilizza sulle rilevazioni di disagio
- E' una figura in continuo percorso formativo
- E' in rete permanente con gli altri garanti

FORMAZIONE DEL GARANTE

E' la prima sperimentazione in Italia, iniziata a Genova (9 marzo – 1 aprile 2004)

Finalizzata alla formazione di almeno un docente presso ogni Istituzione Scolastica come Esperto/Garante dei diritti dei bambini.

Primo corso di aggiornamento e formazione marzo 2004 con 35 insegnanti di scuole primarie e dell'infanzia di Genova e Provincia.

Secondo corso novembre 2004 con 23 insegnanti di secondarie di 1° e 2° grado di Genova e Provincia.

Terzo corso febbraio 2005 con 26 insegnanti di ogni ordine e grado di Imperia e Provincia.

Quarto corso aprile 2005 con 25 docenti di ogni ordine e grado di Savona e Provincia.

DOVE OPERA

Il garante opera a scuola.

Le insegnanti sono garanti dei diritti dei bambini.

Per tutelare dal maltrattamento bisogna:

- Sapere che può accadere (come una malattia);
- Riconoscerne i sintomi;
- Conoscere gli strumenti per affrontare il fenomeno.

Passo ora ad esporvi alcuni dei diritti dei bambini in ospedale, che ho scelto durante la mia ricerca:

CONSIDERAZIONI SUI PRINCIPALI DIRITTI DEI BAMBINI

La Convenzione sui diritti dell'infanzia del 20 novembre 1989, ratificata dall'Italia nel 1991, prevede il riconoscimento e la tutela dei principali diritti dei minori.

In particolare l'art.2 "Gli Stati parti si impegnano a rispettare i diritti enunciati....e a garantirli...senza distinzione...di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione....."

e .."adottano tutti i provvedimenti appropriati affinché il fanciullo sia effettivamente tutelato...."

In particolare in ospedale alcuni dei diritti dei bambini sono:

- Diritto al miglior livello di cura ed assistenza
- Diritto ad avere un parente accanto
- Diritto alla privacy (rispetto del pudore, riservatezza)
- Diritto allo studio
- Diritto al gioco

Una fitta rete istituzionale e non (UNICEF, Associazioni Onlus,...) raccoglie informazioni, fa opera di sensibilizzazione, affinché siano ottemperati i diritti dei bambini in ospedale e segnala alle istituzioni le carenze, gli abusi, le mancanze.

PRINCIPALI DIRITTI DEI MINORI IN OSPEDALE RIFERITI SOPPRATTUTTO ALLA TUTELA DELLA PERSONALITA'

- DIRITTO AD ESSERE ASSISTITO IN MODO "GLOBALE":
 - L'ospedale deve provvedere alle "cure mediche" ma anche "prendersi cura" del bambino in quanto persona.
- DIRITTO AD AVERE IL MIGLIOR LIVELLO DI CURA E ASSISTENZA:
 - diritto per il minore di essere ricoverato esclusivamente in aree pediatriche
 - di avere, possibilmente una degenza limitata: day-hospital, day-surgery e assistenza domiciliare.
- DIRITTO DI ESSERE TUTELATO NELLO SVILUPPO FISICO, PSICHICO, E RELAZIONALE:
 - deve essere favorita la continuità delle relazioni familiari, anche nei servizi di cure intensive e nelle situazioni assistenziali in cui si prevedono interventi invasivi, compatibilmente con le esigenze cliniche.
- DIRITTO A NON INTERRUPTO IL PERCORSO EDUCATIVO-SCOLASTICO:
 - attraverso personale docente ospedaliero.
- DIRITTO AL GIOCO E ALLE ATTIVITA' LUDICO- RICREATIVE:
 - garantire il quotidiano bisogno ludico-ricreativo attraverso personale docente, educatori, animatori, medici-clown.
- DIRITTO AL RISPETTO ALLA PRIVACY:
 - rispetto del pudore e della riservatezza.
- DIRITTO AL RISPETTO DELL'IDENTITA' CULTURALE E RELIGIOSA:
 - diritto di non avere sostituito il nome con la patologia o il numero di letto.

E' utile non dimenticare le motivazioni per cui si è legiferato in merito: la radice del riconoscimento dei diritti in questione nasce nel dopoguerra per tutelare i numerosi orfani. Vi furono numerose ricerche, studi e pubblicazioni sui danni causati dall'istituzionalizzazione (orfanotrofi, ospedali,); fra i più importanti ricordiamo Robertson (1958), Henry Platt ("Rapporto Platt" 1959), Winnicot (1975), Bowlby (1976), A.Freud (1977), Spitz (1989).

In Italia la prima traccia normativa che fa riferimento a possibili danni che possono subire i bambini ospedalizzati, risale già al 1936: con una circolare ministeriale che rileva la necessità, nelle strutture pediatriche, della presenza di figure educative perché, dice il legislatore, i bambini ricoverati subiscono "danni alla carriera scolastica e danni morali allo sviluppo armonico della personalità". Purtroppo la relativa proposta di legge elaborata nel 1939, verrà fermata dallo scoppio della guerra. In tempi successivi si è giunti a legiferare in merito, a livello internazionale, nazionale e regionale. Alcune delle leggi da ricordare sono di seguito elencate.

Al giorno d'oggi la qualità delle "cure" ospedaliere, migliora di anno in anno.

Tuttavia l'organizzazione terapeutica dell'ospedale può ancora sottovalutare il disagio psicologico dei bambini che possono vivere traumi emotivi.

Incontri come questo, possono contribuire ad una maggiore attenzione verso i minori malati per non parlare più del termine "umanizzazione" (ormai superato) ma di "educazione e pediatria".

DOCUMENTI INTERNAZIONALI

- CONVENZIONE INTERNAZIONALE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA - O.N.U. 1989
art.28, comma1: "Gli Stati Parti riconoscono il diritto del fanciullo all'educazione, ed in particolare, al fine di garantire l'esercizio di tale diritto gradualmente ed in base all'uguaglianza delle possibilità:
punto e) adottano misure per promuovere la regolarità della frequenza scolastica e la diminuzione del tasso di abbandono della scuola.
art. 31, comma1: "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".
art. 31, comma2: "Gli Stati Parti rispettano e favoriscono il diritto del fanciullo di partecipare pienamente alla vita culturale ed artistica ed incoraggiano l'organizzazione, in condizioni di uguaglianza, di mezzi appropriati di divertimento e di attività ricreative, artistiche e culturali".
- CARTA EUROPEA DEI BAMBINI DEGENTI IN OSPEDALE votata dal Parlamento Europeo il 13 maggio 1986:
punto q)
Diritto di disporre di ambienti arredati e attrezzati, secondo le necessità ospedaliere educative e ludiche e conformi alle norme vigenti in materia di sicurezza;
punto r)
Diritto di continuare anche durante il periodo di ospedalizzazione la propria formazione scolastica, giovandosi di insegnanti e di materiale didattico forniti dalle autorità scolastiche, in particolare in caso di ricovero prolungato, a condizione che la suddetta attività non arrechi pregiudizio al suo benessere e/o ostacoli i trattamenti in corso;
punto s)
Diritto di usufruire durante la degenza di giocattoli adatti all'età, di libri e di audiovisivi;
punto t)
Diritto ad avere la possibilità di insegnamento anche nel corso di ricovero parziale ("*day hospital*") o di convalescenza nel proprio domicilio.
- CARTA DEI DIRITTI DEL BAMBINO RICOVERATO-Leida, maggio 1988:
art. 7) Il bambino deve avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatti alla sua età e condizione ed essere ricoverato in un ambiente strutturato, arredato e fornito di personale adeguatamente preparato.
- DOCUMENTO EUROPEO SULLA SCUOLA IN OSPEDALE - Stoccarda 21/11/1991.
Il testo determina comuni linee d'azione europee e comuni finalità per l'assistenza scolastica del bambino e del giovane malato.

DOCUMENTI NAZIONALI

- COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA - 27 dicembre 1947
- LEGGE NAZIONALE n.338, del 30 aprile 1976.

Modifiche alla legge n. 1098, del 19 luglio 1940, recante: “Disciplina delle professioni sanitarie ausiliarie infermieristiche e di igiene sociale, nonché dell’arte ausiliaria di puericultrice”.

art. 2) Il possesso del diploma di Stato di assistente all’infanzia costituisce titolo di preferenza per l’assegnazione a posti di servizio presso asili nido ed ogni altra istituzione di assistenza all’infanzia sana, nonché a posti di servizio di assistenza alle attività ludiche negli ospedali infantili, nelle cliniche o reparti pediatrici ospedalieri, con l’esclusione di ogni prestazione di carattere infermieristico.

- CIRCOLARE MINISTERIALE 345, del 12 gennaio 1986.
Oggetto: scuole elementari statali funzionanti presso i presidi sanitari.
(Sottolinea il ruolo estremamente rilevante che riveste l’attività didattica rivolta ai bambini ricoverati nelle strutture ospedaliere.)
- CIRCOLARE MINISTERIALE n. 324, del 29 novembre 1990.
Oggetto: piano di fattibilità ai sensi dell’ articolo 15 della Legge n.148/1990. Determinazione degli organici 1991/1992. (Fa rientrare le scuole ospedaliere nella categoria delle scuole e istituzioni speciali e ad indirizzo didattico differenziato.)
- LEGGE-QUADRO n.104, del 5 febbraio 1992.
“Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”.
art. 12, comma 9: Ai minori handicappati soggetti all’obbligo scolastico, temporaneamente impediti per motivi di salute a frequentare la scuola, sono comunque garantite l’educazione e l’istruzione scolastica.
art. 12, comma 10: 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 una esperienza acquisita presso i nosocomi o segua un periodo di tirocinio di un anno sotto la guida di personale esperto.
- CIRCOLARE MINISTERIALE n. 353, del 7 Agosto 1998
oggetto: “Il servizio scolastico nelle strutture ospedaliere”
- PROTOCOLLO DI INTESA INTERMINISTERIALE
per la tutela dei diritti alla salute, al gioco, all’istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati.
- CIRCOLARE MINISTERIALE n. 149, del 10 ottobre 2001
La circolare definisce alcuni interventi a favore della scuola in ospedale, destinando specifici fondi per attività di formazione e a sostegno di progetti specifici (istruzione domiciliare). I fondi sono stati assegnati a tutte le regioni italiane e ripartiti secondo l’allegata tabella A.
- CIRCOLARE MINISTERIALE n. 84, del 22 luglio 2002
La circolare ribadisce sostanzialmente quanto definito nella precedente CM149/2001 e rinnova lo stanziamento di fondi a tutte le direzioni scolastiche regionali italiane ripartiti secondo la nuova tabella A.
- *CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE Comparto Scuola (2002-2005)*
Il nuovo CCNL ribadisce quanto già inserito nei contratti precedenti a proposito della scuola in ospedale (si veda l’art. 38 per alcuni aspetti organizzativi e l’art. 86 per la ripartizione dei fondi d’istituto).
- CIRCOLARE MINISTERIALE n. 56, del 4 luglio 2003
La circolare ribadisce sostanzialmente quanto definito nelle precedenti CM149/2001 e CM 84/2002, e rinnova anche per il 2003-2004 lo stanziamento di fondi a tutte le direzioni scolastiche regionali italiane ripartiti secondo la nuova tabella di riparto.

DOCUMENTI REGIONALI

Quasi ogni regione ha legiferato in merito a partire già dal 1978 (regione Campania).
Può essere richiesta la documentazione relativa.

LE NUOVE FRONTIERE DELLA GUARIGIONE: L'ARTETERAPIA R. Sicurelli

Premessa

L'arteterapia è una disciplina giovane quanto affascinante. A tutt'oggi, essa fatica ad accasarsi nelle nostre istituzioni. Ciò è vero a partire da quelle universitarie. Eppure si tratta di una risorsa terapeutica dal valore difficilmente sottostimabile. Scopo del seguente contributo è quello di fornire al lettore alcune riflessioni a ruota libera sul tema all'ordine del giorno. Per questo suo essere aperto alle associazioni libere, il presente scritto non si serve di citazioni scientifiche. In bibliografia, verranno comunque segnalate le pubblicazioni dell'autore sull'argomento. Gli snodi argomentativi riguardano: il gioco, la figura dell'arteterapeuta e alcuni aspetti della nostra disciplina.

Il gioco

Nel gioco la possibilità si fa evento. L'agire ludico si muove sotto il segno della libertà e del piacere, fattori questi fondamentali per il successo della pratica terapeutica. Nel gioco l'immaginazione è al potere, mentre l'espressione emozionale prende il sopravvento sul ragionamento e sulla parola. Inoltre, le difese psicologiche spesso attive nell'attività razionale tendono a solubilizzarsi del tutto nel gioco. Tutto ciò porta acqua al mulino del processo terapeutico.

Per il bambino il gioco è un'attività 'naturale'. Questo spiega il suo libero declinarsi e la sua urgenza. C'è di più: le fantasie del bambino, anche quelle più inconscie e altrimenti non pronunciabili, trovano libera espressione nell'agire ludico traducendosi nell'occasione in vere e proprie azioni autoterapeutiche. Tutto ciò era ben chiaro a Melania Klein quando, in contrapposizione ad Anna Freud, puntava sulla centralità della risorsa 'gioco' e sull'interpretazione dei frammenti dell'agire ludico.

Ebbene, soprattutto in riferimento ai bambini, lo spazio arteterapeutico deve essere un luogo aperto al gioco e, di conseguenza, deve possedere il maggior numero possibile di esche ludiche: giocattoli, oggetti vari, strumenti da percussione, fogli di carta, carboncini, colori e quant'altro. Da non trascurare il sottofondo musicale che, in alcune circostanze, può servire ad agevolare il raggiungimento di certi obiettivi terapeutici che il clinico si pone.

S. Freud amava definire la festa un "eccesso permesso". Per certi versi si può dire la stessa cosa per il gioco. Nello studio dell'arteterapia il gioco è un eccesso permesso entro certi limiti. La nozione di 'limite' è importante in relazione alla processualità psicoterapeutica, dove s'impone la mediazione fra il principio del piacere e quello della realtà. Si pensi, per esempio, alla pratica clinica di Dora Kalf. Ai suoi bambini, entro lo spazio sabbioso del suo microcosmo terapeutico, Dora consentiva qualsivoglia azione. Lo spazio dell'*eccesso permesso* era delimitato da delle tavole, al di fuori delle quali i comportamenti del bambino impattavano con le regole socialmente calibrate. In relazione a queste azioni, il terapeuta si dimostrava normativo e poco conciliante. Tutto ciò nell'intento di fortificare l'Io del paziente in modo da garantirgli un miglior adattamento sociale. Esemplifichiamo questo concetto guardando ad una delle attività preferite dai bambini: il dipingere senza restrizioni con i colori a dita. Quando il bambino usa questo prodotto, il suo giocare con i colori si manifesta all'insegna di una libertà che risulta assoluta in relazione al supporto pittorico messo a sua disposizione. Al di fuori di questo egli entra in uno spazio normativo regolato da dei limiti

imposti, seppur in parte negoziabili, dall'adulto che segue la sua attività. In assenza di tali regole la pratica arteterapeutica sconfesserebbe se stessa. A farne le spese sarebbe, in primo luogo, per l'appunto il bambino stesso.

L'arteterapeuta

La pratica arteterapeutica con i bambini impone al clinico, fra l'altro, un'elevata apertura al gioco e delle marcate abilità regressive. Quando la competenza ludica e quella regressiva è dal professionista trascurata, il trattamento arteterapeutico rischia di perdere molto della sua potenzialità curativa. Su queste due variabili intendiamo qui soffermarci brevemente.

Qualsivoglia intervento terapeutico richiede al professionista una particolare attenzione al clima che si instaura fra lui e i suoi clienti nel momento dell'inaugurazione dell'attività terapeutica. Il problema centrale è quello consistente nel calibrare le modalità espressive ed i linguaggi propri di protagonisti appartenenti a due universi differenti: quello dell'adulto e quello del bambino.

Il bambino si muove ludicamente nel mondo. Tramite il gioco brucia energie fisiche, si adatta all'ambiente che lo circonda, impara ad imparare, dà espressione ai propri conflitti interiori, ha modo di conoscere se stesso e gli altri e di promuovere il proprio benessere psicologico controllando, almeno in parte, le ansie che agitano il suo animo ed i fantasmi che insidiano la sua mente.

Il primo incontro arteterapeutico, quindi, deve verificarsi in uno spazio relazionale governato dalla logica del gioco e da una cooperazione linguistica fondata sul saper giocare insieme. Quando questo contratto va a buon termine si concretizzano al meglio quelle premesse curative in forza alle quali i partecipanti possono aprirsi alle suggestioni curative del clinico.

Quest'ultimo deve a sua volta osare l'immersione in un'attività ludica divenutagli nel tempo per lo più estranea. Per far ciò deve essere in grado di scommettere sul processo regressivo. Questo implica un 'governato' modo di ridiventare bambino per star meglio e capire in modo più puntuale e penetrante i bambini. Lo spunto per dare spessore alle seguenti specificazioni ci vengono da un gioco familiare agli psicoanalisti: quello del rocchetto descritto da S. Freud.

Il nostro protagonista, il piccolo Ernst, inventò un modo pratico e sottilmente acuto per dominare le ansie abbandoniche generate in lui dalla sistematica partenza da casa della madre. Ogni giorno questa doveva recarsi al lavoro e, al suo uscire di casa, puntualmente, il nostro piccolo protagonista lanciava sotto un armadio, facendolo così sparire, il suo rocchetto di legno assicurato ad un filo tenuto saldamente in mano. Il giocattolo spariva e ritornava a suo piacimento. Così facendo, egli poteva illudersi di padroneggiare la realtà angosciosa, generata dall'assenza materna, giocando a far sparire e a far ritornare la madre con un semplice colpo di mano. Nell'occasione il piccolo Ernst si sentiva adeguatamente in pace con se stesso e con il mondo, mentre il gioco dimostrava tutta la sua forza catartica.

Ebbene, per trasformare l'esempio citato in metafora dell'agire regressivo posto al servizio della pratica terapeutica, il clinico deve saper gettare e far ritornare a sé il 'rocchetto' della regressione tenendo presente le urgenze del bambino e le scansioni processuali dell'attività terapeutica. Il rocchetto sparito e riapparso pone l'accento sulla succedaneità dell'*ordine della notte* e dell'*ordine del giorno*, così come questi sono stati teorizzati da F. Fornari.

Nel nostro caso il confine separa il 'giocare con' dal capire ciò che è successo nel gioco stesso. Ovviamente perché ciò che accade nell'ordine del giorno assuma una valenza terapeutica non basta capire, ma occorre anche tradurre le nuove consapevolezze in opportunità per continuare a giocare liberando quelle energie creative e reazioni emotive che possono servire a dare spessore al termine terapia. Il

tutto, come nel caso del piccolo Ernst, tenendo presenti le spinte 'autoterapiche' degli stessi bambini.

Grazie ai suoi giochi regressivi il nostro clinico ha la possibilità di mobilitare le proprie risorse creative e di aprirsi maggiormente ad una conoscenza intima del mondo del bambino che può servirgli a perfezionare con maggior cura il proprio intervento curativo. La regressione sollecita sempre una reazione ambivalente. Essa, infatti, si manifesta sotto il segno del desiderio e del timore. Non sempre l'operatore è consapevole di questa situazione, soprattutto se non è stato a sua volta in trattamento.

Ogni processo trasformativo può manifestarsi all'insegna del dramma. Un bambino che riprendesse il gioco del piccolo Ernst, confidando inconsciamente nello stesso risultato, potrebbe essere esposto all'esperienza del panico qualora il rocchetto si sfilasse o il filo si rompesse impedendogli così di recuperarlo prontamente e di riattualizzare fantasmaticamente la presenza della madre. La rottura del filo, nel caso in cui l'ansia e la partecipazione emotiva del bambino fossero elevate, potrebbe nell'occasione coincidere con l'esperienza traumatica della perdita di controllo su un mondo percepito come avverso rendendo così possibile l'esperienza del panico.

Anche il filo del rocchetto regressivo dell'analista potrebbe rompersi, complici un'elevata ansia da prestazione e un'esperienza psicoterapeutica precaria. Nell'occasione, potrebbe risultare quanto mai penalizzato il processo terapeutico stesso. Nei casi più gravi, seppur assai improbabili, si potrebbero lambire i pericolosi confini della *iatrogenia*. Questo per dire che nessun intervento clinico può essere neutro, poiché delle due cose l'una: aiuta il paziente a star meglio o lo espone al rischio dello star peggio.

Compito del trainer è quello di saper 'tenere le fila' del discorso tacito ed esplicito che trova una trama forte nel fare pittorico dei bambini e dei loro commenti spontanei relativi a ciò che succede nel "qui e ora" dell'esperienza arteterapeutica. Egli deve, inoltre, saper cogliere i segnali deboli che punteggiano la vita relazionale del gruppo e riconoscere le dinamiche interazionali che nello stesso si verificano. La stessa considerazione vale per i propri *moti dell'animo*: il clinico deve saper riconoscere la natura delle sue reazioni a ciò che accade nel gruppo senza, per esempio, lasciarsi andare con commenti prettamente estetici sui prodotti dei partecipanti interferendo così sulla vita del gruppo da egli stesso condotto.

Arteterapia

Ogni tecnica terapeutica ha dei campi di applicazione elettivi, in relazione ai quali è in grado di garantire la massima resa. Il riferimento è a quel quadro che altrove, "Arteterapia, la creatività che cura", ho attribuito alla "creatività inespressa". In particolare il pensiero va a quelle forme di blocco delle potenzialità individuali che trovano espressione in forme di apatia diversamente penalizzanti ed episodiche, in malesseri attribuiti ad uno scarso livello di autovalorizzazione, in episodi di smarrimento causati da quello che Spaltro chiama "stress da sottoutilizzo", in perdite di entusiasmo nei confronti degli stimoli del reale e così via.

Il termine arteterapia è composto da due parole: arte e terapia. I due vocaboli si esprimono entro un campo semantico assai dilatato. Messe insieme si prestano a creare una grande confusione. Nel decodificare la formula linguistica qui considerata si è spinti a porre maggiormente l'accento su un termine piuttosto che sull'altro. Su questo aspetto occorre soffermarci brevemente, poiché l'ambiguità nuoce allo sviluppo della nostra disciplina.

Prendiamo in considerazione in primo luogo la sovraesposizione del termine 'terapia'. A rigore, solo lo psicoterapeuta riconosciuto come tale, vale a dire il laureato in medicina o in psicologia con una specifica formazione terapeutica,

potrebbe, qualora padroneggiasse adeguatamente le tecniche della nostra disciplina, legittimamente dichiararsi arteterapeuta. Questa posizione pone uno sbarramento severo, in forza al quale un numero esiguo di professionisti avrebbero i titoli di professare legittimamente la pratica arteterapeutica.

In realtà vi sono altri professionisti, per lo più di formazione pedagogica o filosofica, che possono, per certi versi e non senza ambiguità, definirsi arteterapeuti. Nell'occasione, il loro intervento riguarda un soccorso psicologico generalmente definito di 'sostegno', ovvero una pratica rigenerativa che spesso è rubricata nel registro delle 'terapie di appoggio', ovvero in quello dell'"aiuto psicologico". Ovviamente, ciò non collude con il fatto che un simile operatore possa padroneggiare gli strumenti arteterapeutici meglio del suo collega di formazione clinica e che, più di uno psicoterapeuta di professione, lo stesso possa garantire ai clienti un soccorso psicologico efficace e salutare.

Le ambiguità sono minori quando l'accento si sposta sul concetto 'arte'. Nell'occasione, in relazione al nostro termine di riferimento, il vocabolo *arte* assume una connotazione forte, mentre il suo complementare, *terapia* tende a risultare più stiracchiato e morbido. Tendono a cambiare anche i protagonisti. Infatti, l'attenzione in questo caso cade usualmente su degli operatori che hanno una più solida formazione artistica, anche se non sono digiuni di psicologia. Il professionista ideale, in questo senso, è un educatore che può contare su un percorso artistico diversamente significativo. Costui, deve nel contempo poter contare su un minimo di formazione psicologica che gli garantisca di capire meglio ciò che sta che accade in situazione arteterapeutica.

Nella biografia dello psicoterapeuta vi può essere tratteggiata la storia di una persona che ha avuto modo di dare voce ai propri talenti artistici riuscendo, per esempio, a diventare un pittore di successo. In questo caso ci troviamo di fronte ad un professionista che può declinare il termine arteterapia sia in senso artistico che terapeutico. In ogni caso, quanti tendono ad avvicinarsi alla nostra disciplina si sentono generalmente stimolati a dar voce a dei talenti plurali: rinviati sia all'universo artistico che a quello psicologico.

Le considerazioni di cui sopra devono essere tenute presenti quando si desidera organizzare dei momenti formativi centrati sull'arteterapia. Per quanto attiene la mia esperienza, la domanda di formazione arteterapeutica più genuina e determinata ci pone di fronte a delle figure professionali per lo più rinviati al ruolo dell'operatore sociosanitario e a quello dell'insegnante. Quest'ultimo, nella sua domanda implicita, ci chiede una formazione che gli garantisca di sfruttare al massimo le potenzialità diagnostiche della nostra disciplina. Il suo scopo fondamentale: conoscere meglio i suoi discenti per agevolare in loro, nel migliore dei modi, un'autorealizzazione che dia spazio alla risorsa "creatività".

La proiezione: le nostre emozioni si fanno tratto e traccia cromatica

Molto si è scritto sui test proiettivi di natura grafica. In merito si rinvia alla copiosa letteratura sull'argomento. Qui ci piace brevemente far riferimento alle prime annotazioni organicamente riconoscibili nella storia dell'arte. Esse ci vengono offerte da uno fra i più insuperabili geni artistici dell'umanità: Leonardo da Vinci.

Leonardo amava annotare tutto: da ciò che vedeva a ciò che pensava. Nei suoi taccuini troviamo tracce anche delle sue sensazioni e delle sue posizioni filosofiche rispetto alle diverse sfumature del reale. Alcuni passaggi del suo andar per associazioni libere ci sembrano, in questa sede, quanto mai rilevanti.

Partiamo da una sua emblematica affermazione: "il pittore che avrà goffe mani le farà simili nelle sue opere". Riferimenti altrettanto chiari ed espliciti sul ruolo della proiezione nella pittura sono agevolmente rintracciabili negli scritti di Leonardo. Ecco un altro suo passaggio quanto mai rivelatore: "se sarai bestiale le

tue figure parranno il simile e senza ingegno, e similmente ogni parte di bono e di tristo che hai in te si dimostrerà in parte nelle tue figure”.

Ma c'è di più, egli è giunto ad affermare che gli artisti afflitti da un fisico ingrato sono destinati a riprodurre delle figure a loro volta disarmoniche. Ecco in merito un suo articolato passaggio: “guarda a torre le parti bone di molti volti belli, le quali belle sieno per pubblica fama che per tuo giudizio, perché ti potresti ingannare togliendo visi che avessino conformità con il tuo, perché spesso pare che simili conformità ci piaccino; e se tu fossi brutto eleggeresti volti non belli e faresti brutti volti come molti pittori, che spesso le figure somigliano al maestro”.

Ebbene, il luogo proiettivo più emblematico della storia dell'arte è forse l'autoritratto di Leonardo da Vinci fatto a sanguigna e custodito a Torino nella biblioteca reale. L'immagine è quella di un bel vecchio dalla lunga barba e dalla fronte aperta, che tradisce una viscerale saggezza e una straordinaria volitività.

Leonardo amava disegnare sia giovani che vecchi. A quanto pare tutti avevano un'aria familiare: ricordavano il volto dell'autore. In questo senso, molti ritratti di “vecchio” sembravano premonitori: l'artista si disegnava che effettivamente era riconoscibile in tarda età. Non solo, e per finire, persino la “Gioconda” pare a molti tradire la stessa enigmaticità riconoscibile quale tratto saliente del nostro protagonista.

Nel laboratorio arteterapeutico la proiezione si fa discorso votato al cambiamento. Laddove sono in gioco delle rappresentazioni emotivamente sature l'attenzione va posta sul colore. Il segno è a disposizione per racconti più presenti al soggetto, almeno nella loro risposta ad una suggestione tematica. In ogni caso, lo psicologo attento deve tenere sotto controllo le proiezioni dei partecipanti al pari delle proprie. Tutto questo ci riporta ancora una volta alla formazione clinica dell'arteterapeuta.

Bibliografia dell'autore relativa all'argomento trattato

Volumi

- *Creatività e produttività, Sapere, Padova, 1996;*
- *Arteterapia: la creatività che cura, Sapere Padova, 1997;*
- *Tecniche per lo sviluppo della creatività artistica Erikson, Trento 2001;*
- *Elementi di psicoanalisi dell'arte, Editing-art, Treviso, 2003;*
- *Segni e colori della pace, un contributo psicoanalitico, - con contributi di V. Andreoli e P. Ruffilli- Editing, Treviso, 2003;*

Articoli

- *“Gioco e benessere esistenziale” in La felicità, Argomenti di psicologia umanistica, Giuffrè, Milano, 1992.*
- *Approccio etnopsicologico al grafismo infantile, Rassegna di Studi psichiatrici, n. 6, 1981;*
- *Il gioco come ritualità catartica, Metodi e ricerche, n.2, 1991;*
- *L'enoarteterapia: le frontiere del benessere in Psicologia e lavoro n.123, 2002;*
- *Per un'antropologia del colore, Les Nouvellés Estetiques, n.12, 1992;*
- *Colori ed emozioni, Les Nouvellés Esthetiques, 1993 ;*
- *Psicologia del colore, Les Nouvellés Esthetiques , 1994 ;*
- *Creatività artistica e promozione del benessere personale, Restauri di Marca, Treviso, 1998.*

L'AMBIENTE TERAPEUTICO NEL NUOVO OSPEDALE

E. Veneselli

U.O. e Cattedra di Neuropsichiatria Infantile. Istituto G. Gaslini

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica.

Sezione di Neuroscienze dello Sviluppo. Università degli Studi di Genova

I – Il nuovo ospedale: il processo di cambiamento; l'esperienza dell'Istituto G. Gaslini

L'evoluzione dell'organizzazione sanitaria pediatrica ha le sue basi in una serie di modifiche.

Innanzitutto è variata la condizione del bambino nella famiglia e nella società: nelle famiglie italiane i figli sono in genere pochi e sono oggetto di grande investimento affettivo ed economico, conseguenti di elevate aspettative assistenziali sanitarie; sono aumentate l'instabilità della coppia genitoriale, le problematiche familiari per il lavoro e per gli anziani; sono evidenti comunque attitudini genitoriali incongrue e disomogeneità socio-economiche di rilievo; nel nostro paese inoltre la multietnicità ormai coinvolge la fascia dell'età pediatrica in modo significativo, con peculiari necessità di integrazione sociale.

I diritti e i doveri dei bambini e dei genitori hanno avuto una loro enunciazione e strutturazione in una serie di atti, di cui i principali sono:

- . 1948 - Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e Dichiarazione dei Diritti dell'Infanzia, dell'O.N.U.
- . 1988 – Carta dell'European Association for Children in Hospital, Leida, delle agenzie di volontariato di 16 paesi europei
- . 1989 – Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia, dell'O.N.U., a garanzia del più elevato livello di salute e dell'accesso ai servizi sanitari per il bambino
- . 1997 - Disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, Istituzione della Commissione Parlamentare per l'Infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'Infanzia, dello Stato italiano
- . 2001 – Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale, elaborata e in attuazione presso l'I. Giannina Gaslini, Genova; l'I. Burlo Garofano, Trieste; l'O. Bambino Gesù, Roma e l'A.O. Meyer, Firenze.

Nel nuovo ospedale, accanto alla centralità del bambino, viene posto in primo piano il ruolo della famiglia, con una sua partecipazione attiva e con il diritto ad una comunicazione efficace con essa.

Bambino e famiglia sono anche oggetto di particolare attenzione rispetto al consenso in età pediatrica.

Parallelamente si è avuto un notevole cambiamento dell'Ospedale, inteso come ambiente di una parte più o meno protratta della vita del bambino e quindi come ambiente connotato dalla presenza dei familiari, della scuola e di attività ludico-ricreative.

E' divenuta consueta la vicinanza costante della madre e sovente di altri familiari in genere, anche i fratelli di minore età, con efficace protezione del piccolo ricoverato, nel rispetto delle sue esigenze di ordine affettivo-relazionale.

Madre e figlio sono quindi supportati dal volontariato, con il prezioso personale dell'A.V.O., che facilita la loro integrazione nel nuovo ambiente, fornisce utili informazioni e aiuta nelle difficoltà contingenti.

E' ormai diffusa in tutta Italia la presenza della Scuola in ospedale, iniziata nell'Istituto G. Gaslini nel 1976 e attualmente estesa alle fasce Materna, Elementare e Media, estendibile su richiesta alla Superiore. Ha il rilevante significato di mantenere i ritmi contenuti della vita "normale" del bambino.

Si sono poi realizzate ulteriori iniziative di ordine ludico ed educativo. Nel nostro Istituto, accanto al Progetto Gaslini e alla Biblioteca per i piccoli, di cui verrà riferito a parte, operano i clown "Dottor Sogni" della Fondazione Theodora. Per inciso, con l'apporto di alcuni di noi, essa ha realizzato due Corsi di formazione "Dottor Sogni" per allievi provenienti da varie parti d'Italia.

La Gaslini Band Band, costituita da un gruppo di dipendenti ed altri esterni, anima le giornate di degenza con spettacoli e feste; ha organizzato un giornalino fatto da alcuni ricoverati per i ricoverati (sovente in integrazione con le attività scolastiche).

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico redige inoltre il calendario delle numerose iniziative che via via si succedono per allietare la vita in Ospedale: soprattutto è il mondo dello sport e dello spettacolo che vivacizza le giornate di ricovero con visite nelle Corsie e incontri in Aula.

In ambito della Neuropsichiatria Infantile in particolare, abbiamo sviluppato alcune Terapie complementari, con laboratori di Musicoterapia, Danzaterapia, Arteterapia, Teatro, resi possibili dal personale scolastico e da altri occasionali operatori esperti, con il supporto di finanziamenti esterni.

Inseriti in un programma di Trattamento integrato e pertanto ideati e realizzati con la supervisione di una psicoterapeuta, hanno dimostrato una significativa efficacia nel ridurre l'intensità dei disturbi psicopatologici e nel facilitare l'adesione agli interventi psicoterapeutici individuali.

II - Il nuovo ospedale e le terapie complementari: l'esperienza dell'U.O. e Cattedra di Neuropsichiatria Infantile

Si sono individuati i settori di priorità, rappresentati da:

- Disturbi da comportamento dirompente, in cui è essenziale un intervento personalizzato, costante e continuativo fondato su autorevolezza dell'educatore, ascolto dei bisogni, individuazione delle potenzialità, al fine di favorire l'acquisizione dell'autonomia personale nelle varie sfere della vita quotidiana, soprattutto concernenti l'igiene personale, lo studio, il tempo libero;
- Gravi Disturbi del comportamento alimentare, al fine sia di evitare chiusura e condotte di ritiro e promuovere l'ampliamento degli interessi, che di migliorare l'autostima e la relazionalità e ridurre le attitudini perfezionistiche, attraverso il dialogo e le varie attività proposte.

Le Terapie espressive complementari hanno lo scopo di promuovere il benessere psicologico dell'individuo, attraverso la valorizzazione dell'espressività e della creatività.

Hanno come strumenti prevalenti: la musica, la creatività artistica, la danza, il teatro.

In esse, il mezzo artistico facilita l'espressione e la regolazione delle emozioni; consente e facilita il passaggio dal comportamento espressivo alla comunicazione simbolica.

Attraverso attività espressive si cerca di realizzare una forma di comunicazione non verbale, per la costruzione di una relazione significativa a fini terapeutici.

Sono rivolte al singolo paziente oppure a gruppi di pazienti, sotto la guida di conduttori, formati specificatamente e sensibilizzati psicodinamicamente, che utilizzano le potenzialità comunicative dell'individuo e del gruppo.

La Musicoterapia si avvale del potere magico, suggestivo e curativo della musica.

Ha per scopi sia produrre un effetto benefico con ascolto di un brano musicale o produzione musicale stessa, che promuovere relazioni terapeutiche con il suono come mediatore principale.

Gli ambiti di intervento sono quelli soprattutto attraverso operatori e strutture scolastici; promozionale-sociale, con contesti di animazione, ricreazione e socializzazione; clinico-psichiatrico, rivolto ad individui affetti da patologie; e carattere di intervento "psicoterapico" e/o "riabilitativo".

Nell'Arteterapia, l'arte è usata come una potente condivisione, finalizzata ad una relazione di aiuto e al cambiamento di vita di un individuo con problemi.

L'intento non è quello di un arricchimento della personalità artistica (diventare bravi, acquisire nuove capacità, esporre o vendere opere, ecc.) quanto la comprensione e la cura di un disagio emozionale.

Lo scopo principale si configura nel fornire al paziente elementi per effettuare cambiamenti e operare una crescita personale, attraverso l'uso di materiale artistico, nel contesto di un ambiente sicuro e facilitante.

Le tecniche artistiche non sono di per sé terapeutiche, ma favoriscono la crescita del paziente.

Attraverso di esse, si crea una relazione e un dialogo non verbale tra il terapeuta e il mondo interiore del pz, in cui il prodotto artistico (che rappresenta inconsciamente i vissuti del paziente) è il mediatore della relazione.

Gli ambiti di applicazione sono quelli educativo-preventivo, riabilitativo, psicoterapico.

Le indicazioni principali sono assai ampie, comprendendo soggetti con autismo, schizofrenia, altre psicosi, disturbi da abuso di sostanze, handicap motori e ritardo mentale, difficoltà scolastiche e di apprendimento e disturbi dell'attenzione.

Il terapeuta deve essere una presenza attiva accanto al paziente e dialogare continuamente con lui sulla sua produzione seguendolo passo per passo, sollecitandolo a progredire nella sua espressione artistica: "deve guardare assieme al paziente la sua produzione, piuttosto che utilizzarla per guardargli dentro"

L'esperienza della musicoterapica con pazienti anoressiche è stata condotta nell'ambito di un progetto multidisciplinare e multidimensionale, a

d integrazione degli interventi medici e psicoterapeutici, coi quali non solo condivide obiettivi e finalità - utilizzando tuttavia strategie e canali differenti - ma dei quali tenta anche di rafforzare incisività ed efficacia.

Si sono individuati come obiettivi: favorire la conquista di capacità espressive, relazionali e socializzanti, rinforzare l'acquisizione di una certa armonia corporea e la crescita cognitiva, migliorare la comunicazione e la relazionalità (nel gruppo e tra pz e terapeuta), recuperare una immagine corporea più corretta attraverso il movimento espressivo, favorire processi creativi, rinforzare l'autonomia, vivere il gruppo e le sedute come contenitore emotivo e momento di coesione.

L'esperienza di arteterapia con pazienti anoressiche si è realizzata nell'ambito di un laboratorio espressivo-grafico-plastico.

L'obiettivo si è focalizzato alla presa di contatto con l'immagine corporea.

Sulla base dell'importanza del corpo nel corso del processo creativo, le immagini hanno permesso di rilevare significati che difficilmente emergerebbero in altro modo. Le immagini hanno assunto la funzione di "specchio" in contrasto allo "specchio" abituale e alle aspettative del mondo esterno.

La metafora dello spazio si è posta quale mediazione dell'accettazione del proprio spazio fisico: in essa, il corpo è inteso come contenitore e come confine tra il "dentro" e il "fuori".

La metodologia si è basata sull'osservazione partecipata del paziente, senza indicazioni e suggerimenti da parte del terapeuta, e sullo studio di un percorso "ad personam", con il quale promuovere l'evoluzione del linguaggio artistico collegato al vissuto psichico ed alle relazioni sociali.

Dopo una prima serie di incontri, è stato proposto alle pazienti di riprodurre a grandezza naturale le loro sagome, prendendo via via confidenza con questo contorno per poi percorrerlo ed abitarlo.

Dopo la creazione e l'elaborazione delle immagini corporee è seguita una riflessione verbale, ed in alcune pazienti è risultato sorprendente lo spontaneo riconoscimento di parti proprie rappresentate.

Nell'Atelier, le ragazze hanno trovato un ambiente adatto, privo di giudizi o interpretazioni a priori, che ha permesso di avvicinarsi secondo i propri tempi e le proprie modalità alla rappresentazione del corpo.

Alcune ragazze hanno avuto bisogno di soffermarsi prima e a lungo sullo sfondo per poi riuscire ad entrare nella figura.

La possibilità di potersi avvalere di simboli, metafore, modalità espressive immaginifiche, ha permesso di superare anche le condizioni di verbalizzazione povera, stereotipata ed incapace di contatto emozionale.

L'immagine per le pazienti è così diventata un ponte tra mondo interno e mondo esterno tra le varie parti del sé, tra sé e le altre componenti del gruppo, tra paziente e terapeuta; la produzione è divenuta un veicolo attraverso cui comunicare e nello stesso tempo nascondere ciò che non poteva ancora essere espresso.

Considerazioni conclusive

L'esperienza effettuata ci permette alcuni rilievi ed alcune riflessioni generali, in accordo con i dati di letteratura.

L'introduzione delle attività complementari da un lato è stata accolta con favore e spesso entusiasmo dai pazienti; dall'altro ha "sollevato" gli operatori implicati direttamente nella cura psicoterapica, dal carico di pazienti in costante competizione e conquista esclusiva dei terapeuti.

Il confronto in team con i terapeuti "espressivi" (con i quali è stato pianificato l'intervento, volta a volta) è stato molto proficuo: spesso sono state abbattute in tempi più brevi barriere difficili per il solo piano verbale, restituendo alla seduta psicoterapica classica un paziente più "malleabile" e con maggior compliance, in grado di affrontare i vissuti del corpo e del sé, mediati dal rilassamento e dal riconoscimento della nuova immagine corporea.

Dalle sedute sono infatti derivati materiali emozionali e vissuti che potevano essere elaborati più consapevolmente e che consentivano l'intervento critico positivo tra pazienti, in parallelo e a sostegno delle psicoterapie di gruppo o degli incontri psicoeducativi.

Le sedute di terapie integrate effettuate in gruppo di 3-4 pazienti (ovvero quelle ricoverate nello stesso periodo) hanno senz'altro favorito una migliore coesione tra i pazienti.

Il reciproco riconoscimento del lavoro l'uno dell'altro ha incrementato l'autostima e indotto la scoperta di nuove e inattese capacità valorizzate e valorizzanti.

E' evidente che la psicoterapia individuale resta fondamentale per arrivare alla comprensione della psicopatologia del paziente, dei conflitti e dei vissuti intrapsichici che sono stati all'origine del sintomo e lo perpetuano; non di rado nell'anoressia, le difese, il narcisismo, l'onnipotenza e il timore di "invasione" da parte del terapeuta sono un ostacolo alla psicoterapia tradizionale.

La modalità di trattamento integrato, ampliato a più figure professionali e più forme di intervento, costituisce un approccio assai proficuo.

Talvolta, il dono ai terapeuti, finora tenuti a distanza, di una delle "opere d'arte" (eseguite dal paziente negli altri setting) ha rappresentato il primo passo verso un'alleanza terapeutica autentica.

LA FAMIGLIA, IL BAMBINO E LA MALATTIA
E.F. Casari, C. Rossetto, E. Pellerano
Psicologia Pediatrica
U.O.Psicologia Clinica IRCCS G.Gaslini Genova
DIMEL Sez. Psicologia Università degli Studi di Genova
Largo Gaslini 5, 16148 Genova

Per un crescente numero di bambini e per le loro famiglie la malattia cronica rappresenta il maggior evento stressante sperimentabile (Pless e Douglas, 1971; Pless e Roghmann, 1971). Grazie ai progressi delle terapie, i bambini affetti da malattie croniche come la fibrosi cistica, mielodisplasia ed insufficienza renale vivono più a lungo rispetto al passato e si trovano ad affrontare problemi dell'età adolescenziale ed adulta (Dorner, 1976; Gogan, Kooker, Fine, Foster e O'Malley, 1979; Grushkin, Korsch e Fine, 1973; Roselund e Lustig, 1973). Di pari passo con questi sviluppi, un numero crescente di psicologi pediatrici sono impegnati nel lavoro clinico con il bambino ammalato e la sua famiglia, in ricerche sulla malattia cronica e nella consulenza con lo staff medico ed infermieristico. E' sempre più necessario sapersi destreggiare con un complesso insieme di conoscenze, che includono tanto gli aspetti fisici della malattia quanto la valutazione psicologica, l'intervento clinico e metodi di ricerca adatti unicamente allo studio delle malattie croniche (Drotar, 1993).

Il bambino ammalato cronico generalmente viene inviato allo psicologo pediatrico per la valutazione ed il trattamento riguardanti un' ampia gamma di problemi comportamentali disturbati o distruttivi nel reparto ospedaliero; scarsa aderenza ai trattamenti medici; ansietà e depressione importanti; adattamento problematico alla scuola, ai coetanei o in famiglia; preparazione per ospedalizzazioni e/o interventi chirurgici (Drotar, 1977a; Johnson, 1979; Magrab, 1978; Wright, 1979). Sebbene queste difficoltà si aggiungano a quelle presentate abitualmente dai bambini in buona salute, la valutazione clinica del bambino ammalato cronico comporta un'unica, complessiva valutazione sia della qualità del coping del bambino nei confronti degli stressori correlati alla malattia (dolore, limitazioni fisiche, trattamenti medici), sia delle funzioni psicosociali all'interno della scuola, in ospedale o nella famiglia. I clinici dovrebbero evitare di considerare i singoli stressori posti dalle diverse malattie e dal loro trattamento ed evitare di separare nettamente il coping maladattivo e quello adattivo in questa popolazione dalla valutazione diagnostica così complessa. Le conoscenze dei bambini nei confronti della loro malattia variano con l'età ed il livello di maturazione delle emozioni (Campbell, 1975; Simeonsson, Buckley e Monson, 1979), con le principali problematiche emozionali (Freud, 1952; Nagera, 1978; Schowalter, 1977), con le aspettative nei confronti della gestione delle prescrizioni e trattamenti medici. Tutto ciò richiede una specifica conoscenza dello sviluppo infantile. Il clinico esperto considererà sia il coping del bambino sia quello della famiglia come un processo che si svolge nel tempo piuttosto che come una situazione statica (Cohen e Lazarus, 1979; Mechanic, 1974; Spirito, Stark e Knapp, 1992). Fin dall'esordio di una malattia cronica, l'assunzione della terapia medica o cambiamenti nello stato fisico provocano stress diversi ed il piccolo paziente deve essere valutato a seconda dello stadio e della gravità della malattia. Per questa ragione, per pianificare un trattamento, la valutazione nel tempo dei progressi psicologici del bambino ammalato è molto più utile di quanto non sia una singola valutazione. Molti bambini gravemente stressati all'inizio della malattia da lunghe ospedalizzazioni o dal decadere delle condizioni fisiche, mostrano in seguito sorprendenti

miglioramenti e riacquisiscono una modalità di coping adattiva senza protratti interventi psicologici. D'altra parte l'osservazione nel tempo della possibilità di portare a termine i compiti di sviluppo, particolarmente nei bambini con malattia lieve, può far prevedere problematiche di cattivo auspicio che richiedono un intervento più approfondito (Drotar, 1975a; 1978). Diversamente dall' analogo lavoro con il bambino sano, le mete dell'intervento clinico sono strettamente dipendenti dall'aspettativa circa la funzionalità residua. Per esempio, nell'analizzare attitudini e relazioni familiari che sostengono all'interno della famiglia la percezione di vulnerabilità del bambino (Green e Solnit, 1964), può essere necessario considerare l'affaticamento psicologico associato ad una malattia fisica non particolarmente grave. D'altro canto, famiglie i cui bambini siano funzionalmente impediti da una grave malattia possono richiedere supporto per adattarsi alle implicazioni dolorose di una qualità di vita peggiore. Stabilire delle priorità per l'intervento psicologico è difficile a causa dei molti problemi potenziali, come disturbi della personalità, difficoltà familiari, crisi acute psicologiche ecc. che possono accompagnare la malattia cronica (Drotar, 1977a; 1978). Inoltre, il pesante fardello della malattia può esaurire le risorse emozionali e finanziarie del bambino e della famiglia, limitare le possibilità di intervento e complicare l'accettazione da parte del nucleo familiare della psicoterapia. Dal momento che un'indicazione alla psicoterapia può essere vissuta come un'ulteriore offesa per il bambino o i genitori che già si sentono emarginati dalla malattia, l'intervento deve essere pianificato ed ottimizzato nel tempo in modo da non minare ulteriormente l'autonomia del bambino. Un comprensibile desiderio di aiutare un bambino molto stressato può talvolta portare ad una prematura applicazione di "trattamento" psicologico nel momento in cui le necessità del bambino di una presenza continuativa ed attenta della famiglia e/o dello staff ospedaliero sono più impellenti.

Bibliografia

- PLESS I.B., DOUGLAS I.W.B. *Chronic illness in childhood: Part I. Epidemiological and clinical characteristics. Pediatrics*, 47, 1971, 405-414.
- PLESS I.B., ROGHMANN K.J. *Chronic illness and its consequences: Observations based on three epidemiological surveys. Journal of Pediatrics*, 79, 1971, 351-359.
- DORNER S. *Adolescents with spina bifida: How they see their situation. Archives of Disease in Childhood*, 51, 1976, 439-444.
- GOGAN J., KOOCHEER G.P., FINE W.E., FOSTER D.T., O'MALLEY J.E. *Pediatric cancer survival and marriage: Issues affecting adult adjustment. American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 1979, 423-430.
- GRUSHKIN G.M., KORSH B.M., FINE R.N. *The outlook for adolescents with chronic renal failure. Pediatric Clinics of North America*, 20, 1973, 953-963.
- ROSEN LUND M.L., LUSTIG H.S. *Young adults with cystic fibrosis: The problems of a new generation. Annals of Internal Medicine*, 78, 1973, 959-961.
- DROTAR D. *Psychological perspectives in chronic childhood illness. In: Roberts M.C., Kooker G.P., Routh D.K., Willis D.J. (Eds.). Readings in Pediatric Psychology. Plenum Press, 1993.*
- DROTAR D. *Clinical practice in the pediatric hospital. Professional Psychology*, 8, 1977a, 72-80.
- JOHNSON M.R. *Mental health interventions with medically ill children: A review of the literature 1970-1977. Journal of Pediatric Psychology*, 4, 1979, 147-163.
- MAGRAB P. (Ed.). *Psychological management of pediatric problems (Vol.1). Early life conditions and chronic diseases. Baltimore: University Park Press, 1978.*
- WRIGHT B.A. *A comprehensive program for mental health and behavioral medicine in a large children's hospital. Professional Psychology*, 10, 1979, 458-466.
- CAMPBELL J.D. *Illness is a point of view: The development of children's concept of illness. Child Development*, 46, 1975, 92-100.

- SIMEONSSON R., BUCKLEY L., MONSON L. Conceptions of illness in hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology*, 4, 1979, 77-81.
- FREUD A. The role of bodily illness in the mental life of children. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 1952, 69-81.
- NAGERA H. Children's reactions to hospitalization and illness. *Child Psychiatry and Human Development*, 9, 1978, 3-19.
- SCHOWALTER J.E. Psychological reactions to physical illness and hospitalization in adolescence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 16, 1977, 500-516.
- COHEN F., LAZARUS R. COPING WITH STRESS OF ILLNESS. IN: STONE G.C., COHEN F., ADLER N.E. (Eds.). *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
- MECHANIC D. Social structure and personal adaptation: Some neglected dimensions. In: Coelho G.V., Hamburg D.A., Adams J.T. (Eds.). *Coping and adaptation*. New York: Basic Books, 1974.
- SPIRITO A., STARK L.J., KNAPP L.G. The assessment of coping in chronically ill children: implications for clinical practice. In: La Greca A.M., Siegel L.J., Wallander J.L., Walker C.E. (Eds.). *Stress and coping in child health*. The Guilford Press, 1992.
- DROTAR D. The treatment of severe anxiety reaction in an adolescent boy following renal transplantation. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 1975a, 451-462.
- DROTAR D. Adaptational problems of children and adolescents with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 3, 1978, 45-50.
- GREEN M., SOLNIT A.F. Reactions to the threatened loss of a child: A vulnerable child syndrome. *Pediatrics*, 34, 1964, 58-66.

LE MANI CHE PARLANO
IL GIOCO DELLA SABBIA NELLA PATOLOGIA PSICOLOGICA E
SOMATICA INFANTO-ADOLESCENZIALE

F. Montecchi

*Primario U.O. di Neuropsichiatria Infantile
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Roma*

Il g.d.s. si è situato tra i metodi di terapia che utilizzano il gioco o l'attività espressiva. L'importanza del gioco come strumento terapeutico appare evidente soprattutto nel lavoro con i bambini, dove il gesto ludico diviene il centro dell'attività del bambino, la messa in atto del suo mondo interno, un "teatro psichico" che evoca nella sua costruzione le rappresentazioni teatrali.

Jung credeva nella forza trasformativa del gioco e dell'immaginazione, in un passo di "Tipi psicologici" dice che: "ogni buona idea e ogni attività creativa sono frutto dell'immaginazione, il principio dinamico della fantasia è il "gioco", ma senza questo gioco della fantasia non ci sarebbe alcun lavoro creativo".

Il valore del gioco è stato evidenziato sempre da Jung in *Scopi della psicoterapia* in cui enfatizza l'uso da parte del paziente di attività rappresentative nell'espressione del proprio mondo interiore e ricorda l'opinione di Schiller (1795, p. 174) secondo cui l'essere umano è totalmente e pienamente se stesso solo là dove gioca. Jung riconosce il gioco come una attività essenziale alla salute della psiche, sostenendo che l'attività creatrice dell'immaginazione strappa l'uomo ai vincoli che lo imprigionano.

All'interno di questa stessa linea di pensiero si ritrovano le basi teoriche da cui si è sviluppato poi il "gioco della sabbia".

Il materiale utilizzato è sistemato in scaffali e consiste in numerosi oggetti disposti e ordinati a gruppi e categorie: esseri umani, animali, elementi paesaggistici, case ed edifici, mezzi di trasporto, alberi, materiale vario.

Al centro della stanza è posta la cassetta con fondo blu, contenente la sabbia. La sabbiera ha dimensioni stabilite (cm 57x72x70) in quanto corrisponde al campo visivo di una persona.

Entro questo spazio il paziente ha la più completa libertà. Utilizzando il materiale disponibile e la sabbia, può dar forma ad una costruzione scenica, che sarà la rappresentazione dei suoi contenuti inconsci. La sabbia suscita sensazioni tattili che variano moltissimo a seconda che sia asciutta o più o meno bagnata; è liquida come l'acqua, abrasiva come il fuoco, modellabile come la terra, e contiene in sé il significato degli elementi naturali primordiali. Ma soprattutto la sabbia riporta all'esperienza con la matrice terrestre di cui origina, ivi compresa la vita; favorisce quindi il bisogno elementare di contattare le proprie origini, come pure riporta al bisogno infantile di manipolare le proprie produzioni fecali.

I margini della cassetta, pur rappresentando un limite, servono a delimitare la fantasia di chi gioca agendo come fattore di coordinazione. All'interno dello spazio, però c'è la più completa libertà: tutto può essere fatto. Il processo trasformativo ha la possibilità realizzarsi non in uno spazio mentale illimitato ma entro i confini individualmente misurati, e la sabbiera rappresenta il campo in cui i contenuti inconsci possono essere proiettati e rappresentati.

La sabbiera divenendo il "luogo" riconducibile al termine greco *temenos* utilizzato anche dagli alchimisti permette la riunione di tutte le parti della personalità che si sono scisse; nella sabbiera si possono sperimentare e scoprire nuove possibilità e nuove dimensioni di sé che la realtà quotidiana non permette di esprimere.

Nello spazio libero e protetto nasce la possibilità di essere attivati e contattati, attraverso i simboli, da quei contenuti e quelle immagini interne cariche di energia che, resisi visibili, influenzano il nuovo sviluppo. I simboli espressi e fissati all'interno di questo spazio hanno così la possibilità di essere oggettivati, si realizzano e si delimitano in una forma che altrimenti rimarrebbe inespressa ed indeterminata, ristabiliscono quell'ordine interiore consono alla propria fase evolutiva ed alla propria "linea destinale" di sviluppo.

Il paziente utilizzando la plasticità offerta dalla sabbia asciutta o variamente bagnata, può rappresentare i più svariati temi; potrà costituire mari, laghi, fiumi, strade, montagne, fortezze, paesaggi boscosi, deserti o abitati, paesi o mondi animali, scene di guerra o di vita giornaliera.

Il quadro che scaturisce dal gioco viene utilizzato alla stessa stregua di un sogno o di una fantasia, diversificando da questi per la tridimensionalità della scena.

Nell'esame della scena vengono considerati non solo l'aspetto formale, il significato psicologico dell'utilizzazione dello spazio, i temi ed i contenuti rappresentati, ma anche quanto viene verbalizzato durante e dopo lo svolgimento del gioco.

Il gioco diviene il centro dell'attività del bambino, la messa in atto del suo mondo interno, un "teatro psichico" che evoca nella sua costruzione le rappresentazioni teatrali. Nel costruire un "quadro di sabbia", il gesto ludico, iscritto nello spazio della sabbiera, diventa una sorta di gioco psicodrammatico delle proprie emozioni. Nella sabbiera è infatti resa visibile una scena costruita grazie al lavoro di mani capaci di svelare segreti spesso in traducibili attraverso le parole.

Nel "gioco della sabbia", l'agire all'interno dello spazio definito viene riconosciuto e recuperato nel rapporto terapeutico divenendo condivisibile, comprensibile e pensabile e ciò costituisce una ulteriore metafora della vita dove il pensare e l'agire si alternano continuamente nell'esperienza umana.

Ma lo spazio fisico della sabbiera, la cui funzione delimitante e protettiva è analoga a quella del setting con le sue regole, per poter essere realmente "libero e protetto" deve essere accompagnato da un analogo spazio nella mente dell'analista

Affinché l'immaginazione possa attivarsi, la psiche che gioca ha bisogno di uno spazio protetto, di un "temenos". L'attività di gioco deve essere contenuta dallo spazio fisico della sabbiera e da una struttura che ne definisca i confini di luogo e di tempo, confini che hanno una funzione delimitante e protettiva .

Ogni gioco ha bisogno di regole e anche nel gioco dell'analisi le regole diventano uno specifico settino.

Si viene a delineare, quindi un setting esterno ed un setting interno al terapeuta. Il setting esterno è costituito dalle regole analitiche, la ritmicità del tempo e i limiti delle sedute, le separazioni, il limite e la "protezione" della sabbiera entro cui il paziente è libero di esprimersi. Ma per poter essere realmente "libero e protetto" nel campo terapeutico, deve essere accompagnato da un analogo spazio nella mente dell'analista, divenendo metafora del setting interno costituito dall'atteggiamento mentale del terapeuta.

Cioè lo spazio delimitato della sabbiera, in cui avviene la costruzione della scena e in cui vanno a convergere tutte le tensioni emotive del paziente, attiva anche la rappresentazione dello spazio mentale dell'analista. □

Lo spazio dove nasce la costruzione della scena può diventare lo spazio della riparazione dove la parte adulta del paziente può riprendersi cura del bambino ferito che è in lui il toccare, manipolare, il guardare le proprie scene, nella condivisione nella relazione terapeutica.

La sabbiera come metafora del corpo

Al momento della nascita, e in forme diverse già durante la vita fetale, tra madre e bambino si costruisce un codice comunicativo: le sensazioni corporee divengono i

fonemi che compongono il linguaggio della relazione, consentendo la trasmissione delle emozioni vissute, una trasmissione che utilizza esclusivamente il canale corporeo, non verbale. Il bambino già quando nasce porta in sé una miriade di informazioni emotive che ha ricevuto dalla madre attraverso i canali biologici, ma sono informazioni così radicate nel corpo che hanno difficoltà ad essere elaborate e mentalizzate. Nel corpo si iscrive così una capacità comunicativa che apparterrà all'individuo, venendo usata massicciamente per tutta la vita, nei momenti di maggiore intensità emotiva.

Il linguaggio del corpo potrà diventare la radice da cui si svilupperanno contenuti del mondo psichico, e, le emozioni, passano dal concreto alla formazione di pensieri, dal corporeo al mentale.

Per i pazienti che, all'interno della relazione terapeutica, si avvicinano alla sabbia, questa potrà rappresentare un modo con cui si è in rapporto con il proprio corpo; viene riproposta l'antica esperienza di cure materne o la esperienza avuta con la propria superficie corporea.

La manipolazione della sabbia asciutta o bagnata con la sua abrasività e modellabilità suscita molteplici sensazioni tattili, che si traducono per il paziente in un ritorno al materno:

E' indispensabile che il terapeuta abbia egli stesso sperimentato un processo terapeutico attraverso il suo personale lavoro con sand play, abbia acquisito una profonda convinzione verso il metodo, nonché una capacità di osservazione e concentrazione empatica durante il lavoro con il paziente.

Nell'incontro analitico, accettando di costituirsi in coppia con l'analista, il bambino, sotto la pressione della propria angoscia, più che parlare o rispondere ad un "compito", tende ad "agire". E' offrendogli uno strumento di gioco che questo "agire" può essere canalizzato, soprattutto quando la via verbale non permette di esprimere adeguatamente la propria sofferenza. Attraverso la rappresentazione scenica, il paziente, invece, descriverà, prima o poi, ciò che egli stesso nega, perché non può o non vuol dirlo. In tal modo si possono liberare quelle energie necessarie a superare e a sanare le ferite, reali e psicologiche, subite dal bambino. Chi lavora con la sabbia utilizza frequentemente l'affermazione di Jung (1957-58, p. 102), il quale sostiene che <<spesso accade che le mani sappiano svelare un segreto intorno a cui l'intelletto si affanna inutilmente>>. Le mani, infatti, a volte parlano più chiaramente delle parole.

Se è vero che le mani parlano, è anche vero che bisogna pure saperle ascoltare, con un ascolto che non è solo uditivo. All'interno della relazione, infatti, l'analista vive, condivide e ascolta ciò che le mani e la corporeità del bambino esprimono, affinché da questa condivisione e da quest'ascolto possa attivarsi un processo di trasformazione. Questa condizione, sperimentata dal bambino nel corso del trattamento, ha origini antiche, in quanto ripropone il modello di comunicazione della coppia genitore-bambino, che è la prima esperienza del *cum-prehendere*, inteso come contenere, racchiudere e pensare l'esperienza dell'altro.

Per ascoltare efficacemente il materiale psichico del paziente, è necessario che il terapeuta presti attenzione alle proprie risposte emotive, dal momento che queste risposte offrono spesso indizi importanti per la comprensione del materiale clinico. Una costante attenzione al controtransfert fornisce all'analista una reale capacità di ascolto, di comprensione e di intervento. Cogliendo le fantasie, le emozioni e i sentimenti sperimentati durante la terapia, l'analista può trasformarli poi in elementi di conoscenza di sé stesso e del bambino.

Il vissuto corporeo del terapeuta, insieme al movimento emotivo e alla percezione che l'accompagnano, acquista un particolare significato. Accade infatti che a un certo livello del controtransfert, il corpo dell'analista non gli appartenga più, entrando a far parte di un'area virtuale collocata tra lui e il paziente (Samuels 1990, p. 129). Le sensazioni corporee dell'analista divengono allora forme primitive

di rappresentazione della sofferenza e dei vissuti del paziente che non sono stati mentalizzati. E' dunque importante che l'analista sia in grado di percepire e comprendere le proprie espressioni mimiche e le proprie sensazioni corporee, registrandone le variazioni.

La comprensione di questo materiale richiede all'analista un contatto intenso e costante con il proprio corpo, con i propri sentimenti e con le proprie emozioni, oltre che, per quanto possibile, con il proprio inconscio.

L'ascolto silenzioso permette all'analista di intervenire con un'interpretazione solo quando le sue ipotesi siano state confermate dal materiale clinico e quando la comunicazione verbale risulti davvero necessaria al paziente. Spetta dunque all'abilità e alla sensibilità del terapeuta capire quando interpretare, e quando effettuare dei collegamenti con il materiale clinico precedente, con la storia del paziente o con un eventuale progetto che emerge dalla visione del "quadro di sabbia". □

Bibliografia

Kalff D. Il gioco della sabbia e la sua azione terapeutica sulla psiche, OS, Firenze, 1974.

Montecchi F.; A. Navone; Dora M. Kalff e il gioco della sabbia, in: "Psicologia analitica contemporanea", a cura di Trombetta C., Bompiani Ed., Milano 1989.

Montecchi F.; Giocando con la sabbia. La psicoterapia con bambini e adolescenti e la "Sand Play Therapy", Franco Angeli Ed., Milano 1994

Montecchi F.; I Simboli dell'infanzia - dal pensiero di Jung al lavoro clinico con i bambini, Nuova Italia Scientifica Ed., Roma 1995

Montecchi F. (a cura di) Il "Gioco della Sabbia" nella pratica analitica, Franco Angeli, Milano, 1997.

Montecchi F. "Dal bambino minaccioso al bambino minacciato", Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento, F. Angeli Editore 2004.

RISVEGLIARE LE CAPACITA' DI ASCOLTO PER CREARE UNA COMUNICAZIONE EFFICACE

D. Luciano

Le vere informazioni sui vari disagi che un individuo accusa ci sono forniti dallo schema corporeo e dallo schema respiratorio. E' molto importante, quindi, perché possa essere soddisfatta ogni richiesta espressa soprattutto attraverso la malattia, sviluppare negli operatori la capacità di decodificare i segnali.

L'operatore deve altresì sviluppare la capacità di ascolto e di percezione ed il risveglio delle proprie qualità creative e comunicative, che non sono dei talenti, ma delle risorse che ogni individuo ha. Un potenziale che tutti dovremmo risvegliare, ma soprattutto, aldilà di una scelta evolutiva spirituale, gli operatori nel campo della salute e della guarigione in senso lato.

Nell'ambito dei laboratori che terrò, presenterò una serie di pratiche e di tecniche che consentiranno agli operatori di raggiungere tale obiettivo.

**L'ACCOGLIENZA DEL BAMBINO
IN PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO**
E. Piccotti, S. Costabel, B. Tubino, G. Fratino, P. Di Pietro*
U.O. P.S. e Medicina di Urgenza
*U.O. Chirurgia**
DEA Pediatrico- Istituto G. Gaslini - Genova

Parlare di accoglienza del bambino in Pronto Soccorso Pediatrico è veramente complesso dal momento che le modalità con le quali “ si riceve un ospite” in questo particolare settore può essere visto e analizzato da varie angolature; inoltre è essenziale essere consapevoli, fin da subito, del fatto che esiste una asimmetria di fondo tra il cittadino e l'operatore sanitario .

Si tratta di una asimmetria di modalità e di valori.

L'equipe sanitaria opera secondo concetti di appropriatezza, efficacia ed efficienza che si fondano sulla obiettività delle evidenze scientifiche e su percorsi di intervento previsti e quantificabili: si tratta di utilizzare al meglio le risorse disponibili organizzando l'intervento secondo una griglia scientifica precisa e ripetibile.

La famiglia con un bambino malato segue una logica del tutto diversa.

Non esiste la necessità di oggettivare il quadro clinico del bambino in un percorso di intervento diagnostico - terapeutico, ma, al contrario, quello di risolvere un problema del tutto soggettivo: è il mio bambino che sta male!

Le aspettative materne sono non solo quelle di presa in carico del problema sanitario, ma anche delle paure, delle ansie che circondano e alimentano la patologia percepita come acuta

Infine l'asimmetria dei valori è legata alla posta dei valori in gioco nell'affidare il bambino al PS: per i genitori i valori in gioco rappresentano “tutto ciò che conta”dal momento che non esiste una categoria valoriale superiore a quella della salute e della vita di un figlio.

Gli operatori sanitari possono essere consapevoli dell'importanza del valore in gioco, ma anche il miglior approccio etico possibile è lontano dalla categoria valoriale dei genitori.

Il compito della equipe è quello di dare una risposta appropriata alla richiesta di intervento secondo le linee guida scientifiche, aziendali e le proprie competenze professionali e umane, tuttavia si tratta pur sempre di lavoro professionale da svolgere quotidianamente e sarebbe impossibile pretendere che esista una simmetria valoriale tra la famiglia e l'equipe.

Tra l'ambito ospedaliero e la famiglia esiste una cerniera che potrebbe ridurre le difficoltà comunicative e migliorare la appropriatezza dell'accesso con riduzione di ansia e stress ; questa cerniera pensiamo sia rappresentata dal medico di famiglia che con adeguati interventi assistenziali e di sostegno può chiarire e indirizzare.

Partendo dalla conoscenza delle asimmetrie per cui la accezione stessa e la percezione della accoglienza sarà forzosamente diversa desideriamo porre l'attenzione su alcuni aspetti organizzativi, formativi e strutturali che, in questi ultimi anni, anche con il contributo della Società Italiana di- Pediatria (SIP) e della società di Medicina di Emergenza e Urgenza Pediatrica (SIMEUP), crediamo abbiano modificato la qualità dell'accesso e della permanenza del bambino in Pronto Soccorso.

Parliamo innanzitutto del processo di Triage intraospedaliero che dalla fine degli anni 90 ha rappresentato un contributo fondamentale nella accoglienza e negli aspetti organizzativi delle strutture per l'urgenza pediatrica.

Il triage, svolto alla porta del Pronto Soccorso, da parte di un infermiere professionale adeguatamente formato, valuta ogni paziente che accede al servizio, allo scopo di attribuire un codice di priorità alla visita medica in base al sintomo principale e alle condizioni cliniche del paziente.

I codici di priorità o codici “colore” sono 4:

- codice rosso: emergenza – priorità assoluta
- codice giallo: urgenza –media criticità
- codice verde: urgenza differibile
- codice bianco: non urgenza

L'infermiere di triage costituisce una figura nuova di operatore sanitario, una sorta di infermiere di “front office” specificamente formato per prendere in carico il paziente pediatrico e la sua famiglia all'arrivo in Pronto Soccorso.

L'infermiere stesso, una volta escluso uno stato di necessità assistenziale assoluta (codice rosso “alla porta”), identifica il sintomo principale, conduce una breve intervista con i genitori/accompagnatori del paziente e assegna il codice di priorità alla visita medica sulla base di protocolli prestabiliti e concordati con i dirigenti del servizio e aziendali.

Si intende, attraverso questa modalità organizzativa, l'implicito compito di accoglienza e presa in carico del bambino da parte della struttura sanitaria, funzionale sia al percorso assistenziale che ai bisogni di sostegno e assicurazione che il gruppo parentale esprime.

Il triagista si occupa inoltre di sorvegliare l'attesa, di rivalutare i pazienti in caso del prolungarsi dell'attesa specie per i codici verdi o bianchi, di fornire informazioni e chiarimenti ai pazienti e ai famigliari.

Proprio la implementazione del triage pediatrico ha ispirato alcune strutture di PS pediatrico all'allestimento di sale di attesa e sale mediche separate per codice, dotate di pareti colorate, di poster esplicativi e di illustrazioni. Solitamente il triagista consegna al genitore un foglietto contenente l'indicazione del codice colore assegnato al caso del figlio e di altre informazioni utili all'orientamento in PS.

Presso il PS dell'Istituto Gaslini è attivo dal 2000 il sistema di triage pediatrico per la selezione dei pazienti supportato da un sistema informatizzato per la gestione del paziente durante il suo percorso in PS.

Tutto ciò ha permesso una più agile e moderna accoglienza del paziente anche se, talvolta, spazi ridotti e un numero di accessi massiccio hanno fatto percepire qualche tensione all'interno del sistema.

Attualmente, proprio per migliorare l'accoglienza dei pazienti e le condizioni di lavoro degli operatori, è stato ottenuto un ampliamento dell'area di PS che consentirà una più adeguata distribuzione logistica.

Gli aspetti logistici ed organizzativi e la necessità di individuare percorsi precostituiti sono stati per noi una importante sfida dal momento che si è trattato di coniugare gli aspetti della accoglienza con la necessità di ridurre il rischio infettivo, uno dei più consistenti a livello di assistenza ospedaliera.

La nuova area di PS è stata pensata per affrontare patologie ad elevata diffusività su modello della SARS; è equipaggiata per assistere pazienti intossicati o contaminati in caso di eventi catastrofici o atti terroristici; ovviamente, in via ordinaria, viene utilizzata per distribuire meglio l'attesa e articolare più efficacemente l'area di visita medica e chirurgica dei pazienti al fine di ridurre il più possibile il rischio infettivo a livello di prima accoglienza.

L'ampliamento ha inoltre determinato effetti positivi a livello assistenziale vista la possibilità di incremento dei posti letto per la Osservazione Breve Intensiva (OBI).

Riteniamo infatti che la possibilità di attuare una adeguata e organizzata attività di Osservazione Breve Intensiva possa rientrare, a buon diritto, nella accoglienza del paziente pediatrico che può beneficiare, in questo modo, di una funzione di Pronto

Soccorso atto a fornire assistenza e presidi diagnostico-terapeutici senza il ricorso al ricovero ordinario.

Nella nostra esperienza più di 1000 pazienti all'anno vengono trattati in OBI ,direttamente presso la struttura di PS, con un rinvio a domicilio, entro le 24 h, superiore al 60% .

Sia l'implementazione del triage che la nuova organizzazione di PS hanno richiesto, nella nostra realtà, un rafforzamento del personale infermieristico e lo svolgimento di corsi di aggiornamento e di formazione specifici.

Il personale infermieristico, quasi tutto proveniente da settori di area critica, esprime una elevata professionalità in campo assistenziale ed ha ricevuto addestramento specifico su temi quali la rianimazione cardio-polmonare pediatrica di base e avanzata e la valutazione del paziente al triage .

E' stata inoltre posta l'attenzione da parte della direzione sanitaria dell'ospedale su temi relativi alla comunicazione, all'informazione sulla privacy e al trattamento e alla tutela del paziente con patologia ad elevata diffusività.

Sono stati infine organizzati corsi di aggiornamento relativi alla accoglienza del paziente extracomunitario, di cui sempre più frequentemente il Pronto Soccorso si fa carico; vi è disponibilità di mediatori culturali per affrontare i casi più complessi specie dei pazienti che è necessario ricoverare presso la Medicina di Urgenza.

Gli aspetti strutturali dei servizi per l'urgenza sono forse i più discutibili in tema di accoglienza dal momento che, nel nostro paese, non esiste un modello di riferimento e non c'è esempio consolidato di visione integrata di edilizia ospedaliera con organizzazione sanitaria e percorsi assistenziali.

In alcune realtà di PS pediatrico e di PS generale in cui vengono accolti anche i bambini, sono state create aree di attesa separate con spazi ludici; laddove era possibile sono state create, su modello degli ospedali anglosassoni e del Nord-Europa, vere e proprie sale giochi dove insegnanti o personale volontario intrattengono i piccoli pazienti durante l'attesa di valutazioni specialistiche o esami diagnostici.

Rimangono ancora molte tuttavia le situazioni in cui gli spazi sono esigui e si realizzano commistioni tra pazienti adulti e pazienti pediatrici con elevato rischio di diffusione delle patologie infettive tra le fasce di età più deboli.

Occorre a questo proposito rilevare ed analizzare le criticità, ipotizzare e proporre delle soluzioni valutando proprio le "tappe" che il paziente effettua dal momento del suo ingresso in PS per apportare i correttivi opportuni dal momento che il rischio infettivo è uno dei più gravi e insidiosi anche perché scarsamente percepito come pericolo nella prima accoglienza.

In molte situazioni è lo sforzo degli operatori sanitari a compensare le carenze strutturali con l'impegno professionale, l'attenzione e la scrupolosa applicazione di norme igieniche di asepsi e la organizzazione di provvisori isolamenti e spostamenti. Proprio il personale infermieristico, lavorando in sicurezza e serenità, può costituire il valore aggiunto di un servizio per l'urgenza soprattutto in termini di qualità dell'accoglienza: diventa determinante la sensibilità di dirigenti ed amministratori nell' identificare le aree critiche e nel gestire con adeguatezza il personale stesso.

Desideriamo da ultimo accennare allo sforzo che, nell'ottica della valutazione e verifica di qualità, viene svolto in questi ultimi anni da più parti per monitorare la qualità percepita dall'utenza nei confronti dei servizi di Pronto Soccorso. Solitamente ciò avviene attraverso la somministrazione di questionari. Attualmente presso il nostro PS è in corso un progetto concordato con l'ufficio qualità che prevede la somministrazione di questionari per la rilevazione della qualità del servizio percepita dall'utente. Questo strumento, preparato da tecnici della comunicazione, ed opportunamente elaborato nei risultati, costituirà una ulteriore fonte da cui trarre spunti e suggerimenti per modifiche e miglioramenti sempre più mirati.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- *Marinelli M: L'etica della domanda e della risposta assistenziale nell'emergenza-urgenza
Il Pronto Soccorso Pediatrico e L'emergenza – SEE –Acta Medica, 2003*
 - *Cardoni G. e coll: Il Triage pediatrico
Pediatría d'Urgenza , 2001,8,13-22*
 - *Di Pietro P, Facco F.: Emergenze infettive in Pronto Soccorso: l'organizzazione logistica,
strumentale e del personale infermieristico.
Riv Ital Pediatr 1999, 25, 539-544*
- Strutture di Pronto Soccorso per adulti e bambini –Quaderno CNETO n 1, BE-MA Ed. 2005
(traduzione dall'Health Building Note 22)*

L'APPORTO DELL'INFORMATICA PER IL BAMBINO MALATO

G. Vercelli

DISA – Università degli Studi di Genova

Corso A. Podestà 2, 16128 Genova

gianni.vercelli@unige.it

L'apporto dell'informatica, e in generale delle TIC (Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione) per il bambino ospedalizzato è molteplice e non riconducibile al semplice paradigma "il computer a letto".

Le tecnologie digitali hanno cambiato radicalmente il modo in cui le persone comunicano e si relazionano, basti pensare ai telefoni cellulari e come gli SMS (Short Message Service) stiano condizionando il nostro modo di scrivere. Anche gli stessi canoni dell'ergonomia sono da aggiornare, se è vero che ci troviamo di fronte alla prima "thumb generation": gli adolescenti usano il pollice per comunicare (cellulari) e per comandare i "loro" dispositivi fondamentali nell'era digitale (telecomandi e consolle per videogiochi), per cui allo sviluppo planare di dispositivi quali la tastiera o il mouse si contrappongono dispositivi "maneggevoli" quali le consolle per videogiochi.

È assolutamente vero che ci troviamo di fronte al "digital divide": chi ha accesso alle TIC è in grado di condividere, collaborare, ricercare e memorizzare informazioni in formato digitale, che possono viaggiare in tempi brevissimi per tutto il globo. In altre parole, chi ha accesso alla Rete ha uno strumento in più per acquisire informazioni, e quindi conoscenza. Chi non ha accesso, in modo continuato o anche solo per un periodo, vede diminuita la propria capacità di apprendere.

Per venire incontro alle esigenze di apprendimento dei bambini ospedalizzati in Italia da molti anni è stata istituita la Scuola in Ospedale. La finalità specifica della Scuola in ospedale è quella di garantire al bambino ospedalizzato il diritto allo studio, favorendone la continuità e limitando il disagio in caso di degenze medio-lunghe o croniche. Le esperienze fatte da anni in Italia, anche presso l'Ospedale Gaslini, confermano questi scopi e ormai sono buone, anzi ottime, prassi consolidate nella didattica quotidiana. L'apporto delle tecnologie nella Scuola in Ospedale è sempre stato considerato fondamentale, e dopo varie sperimentazioni si è deciso negli ultimi anni di portare a sistema queste esperienze.

Stante le fonti del MIUR, nell'a.s. 2002-2003 in Italia hanno usufruito della scuola in ospedale oltre 70000 studenti, con una significativa percentuale di medio-lungodegenti (oltre la settimana di permanenza nella struttura ospedaliera). Sul territorio nazionale operano 156 scuole in ospedale con 195 sezioni, e sono attive 18 "scuole polo" (1 presente in Liguria) il cui compito è:

- coordinare le azioni correlate alla ricerca "La scuola in ospedale come laboratorio per l'innovazione nella didattica e nell'organizzazione", nel relativo ambito territoriale di pertinenza, nei settori della scuola materna, elementare, media e secondaria superiore, secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Generale per l'Organizzazione dei Servizi nel Territorio;
- contribuire allo sviluppo della cultura del servizio di istruzione domiciliare nel territorio di pertinenza, offrendo ausilio e collaborazione alle scuole di provenienza degli alunni già ospedalizzati, eventualmente impegnate nell'erogazione di detto servizio;
- permettere la circolazione delle informazioni di settore, anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie della comunicazione;
- gestire le risorse finanziarie assegnate.

Nel resto del mondo le esperienze e i modelli di scuola in ospedale sono i più variegati, e comunque tutti i più importanti paesi nell'ultimo decennio hanno promosso e/o istituzionalizzato l'uso delle TIC a supporto dell'educazione dei bambini ospedalizzati.

Le strategie tradizionali sono riassumibili per semplicità con il termine "teaching at the bedside", in cui la classe in ospedale è un vero e proprio luogo fisico dove l'alunno ospedalizzato, tramite l'aiuto di insegnanti specializzati, viene facilitato all'apprendimento tramite lo sviluppo di un progetto educativo personalizzato per livello di scolarità, competenze, abilità e livello di disagio dovuto alla malattia. In questi casi l'apporto delle tecnologie è molto spesso strumentale, in quanto l'uso di computer equipaggiati con software ad hoc agisce in modo positivo come "tool cognitivo" a fianco dei tradizionali libri e quaderni.

Altre strategie invece puntano, ove possibile nel contesto ospedaliero, a un approccio maggiormente "sociale", con il coinvolgimento dei familiari, di altri bambini ospedalizzati, degli operatori sanitari e anche cercando di recuperare il rapporto con il proprio contesto scolastico di origine (compagni di classe e docenti). In letteratura ci sono evidenze di come un approccio maggiormente sociale, quali il contatto con i compagni di classe aumenta le capacità di auto-stima e indipendenza dei bambini malati (Lipsky, 1995; Arroyos-Jurrado, 2000), e ne facilita il reinserimento scolastico diminuendo il rischio di creare barriere dovute alla non conoscenza della situazione di disagio (Fels et al. 2003).

Quando si parla di TIC bisogna considerare che ormai le cosiddette "nuove tecnologie" lo sono solo relativamente: ormai da almeno venti anni si usano fax e telefoni per far comunicare bambini ospedalizzati e docenti della Scuola in Ospedale con i bambini e i docenti delle scuole di origine: quello che in realtà sta cambiando radicalmente il modo di operare è l'uso della Rete, ossia Internet.

La messa in "rete" di scuola-ospedale-famiglia crea, attraverso una infrastruttura di comunicazione digitale, un sistema di relazioni e di comunicazioni estremamente interessante.

Oggi si intravede chiaramente come le modalità consolidate di relazione tra bambini, docenti, operatori sanitari e familiari possano essere aumentate e razionalizzate attraverso l'uso di tool informatici dal trascurabile costo una volta messa a disposizione la connessione ad Internet:

- strumenti di comunicazione asincrona (email, sms);
- strumenti di comunicazione sincrona (chat, IM, VOIP, audio-video conference);
- strumenti di collaborazione educativa (forum, piattaforme di elearning, wikipedia);
- strumenti di broadcasting educativo (podcast, digitale terrestre).

Quali siano le implicazioni e le potenzialità di uso di email, sms e chat nella comunicazione giovanile è noto, anche se forse non completamente. Nella relazione mi soffermerò invece a evidenziare le potenzialità di una tra le "nuove tecnologie" emergenti: VOIP (Voice over Internet Protocol).

Con questo acronimo vengono identificate quelle tecnologie che permettono di realizzare un canale di comunicazione audio sincrono che in tutto e per tutto sia uguale alla telefonia (sia fissa che mobile), con il vantaggio di un costo irrilevante una volta che l'infrastruttura di rete garantisca un collegamento stabile ad Internet. In questi ultimi anni la larga banda, tramite i collegamenti ADSL, è diventata in Italia e in Europa una realtà: moltissime scuole e altrettanti ospedali ormai hanno collegamenti a larga banda stabili in Rete, per cui un servizio di convergenza telefonica (tra fissa, mobile e ora via Internet) è assolutamente economico e facile da usare.

L'applicazione più nota in questo contesto è Skype (www.skype.com). Con tale software multiplatforma si può telefonare tra *buddies* (contatti in rete) o chiamare

un telefono fisso o mobile attraverso i *gateway* (server di collegamento) a pagamento. Si può anche essere rintracciati da un telefono fisso o mobile acquisendo un numero di telefono di alcuni paesi (servizi possibili in USA e tra breve in Francia, UK e Germania).

Una applicazione come Skype (e in generale tutte quelle VOIP) hanno il vantaggio della immediatezza di uso e la capacità di integrare anche altri servizi "ad alto valore aggiunto" in campo educativo e non solo: instant messaging, file sharing e audio-video multiconference, il tutto sempre gratis se la banda disponibile ci supporta.

Già negli anni passati era possibile, con altre tecnologie, realizzare audio-video conferenze tra ospedale e scuole di origine, ma con costi rilevanti ed efficienza bassa: ora è possibile mantenere un contatto quotidiano con i propri compagni di classe a costi trascurabili, scaricando ad esempio il materiale didattico messo a disposizione dai docenti della propria classe mentre si ascolta la lezione e si chiacchiera durante la ricreazione con il proprio compagno di banco.

In conclusione è importante inoltre ritornare al problema infrastrutturale della cablatura di rete in ospedale. È indubbio che la presenza di una rete dati in una struttura ospedaliera debba essere innanzi tutto un servizio organico alle esigenze sanitarie, e che non si possa "sottrarre banda" per altri scopi. Ma dove possibile, bisogna tenere conto delle emergenti tecnologie di collegamento senza fili (*wireless*): *bluetooth* a breve raggio (stanza), *wifi* a medio raggio (reparto), *Wi-Max* a largo raggio (ospedale).

Come non considerare la possibilità di utilizzare una console per videogiochi quali una Sony PSP o un Nintendo Gameboy-micro o un videofonino UMTS "anche per far scuola"?

Tutti questi strumenti stanno assumendo la dignità del quaderno e della penna, così come lo schermo LCD è la nuova lavagna e il DVD è il nuovo audiovisivo.

Citando R.Maragliano in una vecchia intervista a Mediamente - a proposito della necessità di non ghezzare i computer nel laboratorio di Informatica: "Le nuove tecnologie per avere vita devono essere trattate alla pari delle vecchie, come la lavagna o il libro. Se io mettessi tutte le lavagne in un'aula, oppure tutti i libri soltanto in biblioteca, tratterei le vecchie tecnologie come vengono trattate le nuove almeno in Italia, dove è invalsa l'abitudine a relegare il computer nel laboratorio. In questo modo i computer si fanno diventare delle macchine specialistiche e si perde di vista il fatto che la loro caratteristica fondamentale è di essere una macchina generalista, di essere una confederazione di macchine. In quanto tale, il computer deve poter essere usato come quaderno, lavagna, libro, telefono, finestra. Per questo la sua collocazione naturale è in classe, dove però l'insegnante spesso lo considera una presenza innaturale." - viene spontaneo pensare: e se si usasse normalmente la console per videogiochi per far scuola in ospedale?

Riferimenti bibliografici

1. Arroyos-Jurado, E., Paulsen, J.S., Merrell, K.W., Lindgren, S.D. & Max, J.E. (2000). *Traumatic brain injury in school-age children academic and social outcome. Journal of School Psychology. 38(6). 571-587.*
2. Benbunan-Fich, R. (1999). *Assessing learning effectiveness of asynchronous computer-mediated communication in the classroom. Journal of Information Systems. 39(4). 82-87*
3. Lipsky, D. (1995). *National study on inclusion: Overview and summary report. Bulletin of the NCERI. 2:2, 6-7.*
4. Fels, D., Shrimpton, B., & Roberston, M. (2003). *KIDS IN HOSPITAL, KIDS IN SCHOOL. In Kommers, P., & Richards, G. (Eds.), Proceedings of World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications 2003 (pp. 2358-2363).*

5. W.Marra, "Una scuola più umana, grazie al computer – intervista a Roberto Maragliano", RAI Mediamente, documento [www disponibile alla URL: http://www.mediamente.rai.it/articoli/20020122b.asp](http://www.mediamente.rai.it/articoli/20020122b.asp) acceduta il giorno 18 gennaio 2006.
6. Portale SCUOLA IN OSPEDALE, sito [www disponibile alla URL: http://scuolainospedale.indire.it/](http://scuolainospedale.indire.it/) acceduta il giorno 18 gennaio 2006.

FLESSIBILITÀ DEI RUOLI IN AMBITO EDUCATIVO PER IL BAMBINO MALATO

M. Galasso

Il mio intervento ha per finalità quella di considerare al centro di ogni mia riflessione il bambino per conferirgli quella dignità che in termini legislativi gli è stata data dalla Convenzione dei diritti dell'infanzia approvata dall'assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 Novembre del 1989 e ratificata dall'Italia con legge 27/5/91. Non mi soffermerò sulla tipologia dei diritti, ma sulle modalità della loro attuazione poiché la legge, senza la sua adeguata applicazione, e senza i suoi necessari rapporti non basta ancora a modificare atteggiamenti, comportamenti impropri. L'Unicef per lo sviluppo del bambino si fa promotore attivo superando eventuali stati di disagio nel rispetto dei diritti dell'infanzia. L'analisi parte dalla considerazione che la conoscenza che sto per sviluppare e le sue diramazioni fanno capo alle varie discipline e ai diversi campi del sapere e quindi comprende anche la scienza.

Essa e, nello specifico, quella medica, è in continua evoluzione, non si basa su valori assoluti, ma relativi e quindi ogni sua conquista diviene partenza per un progresso ulteriore.

La relatività cognitiva- operativa ha connotato la nostra epoca sviluppando anche un'ottica pedagogica nuova, in cui il bambino è al centro di una rivoluzione di pensiero e di azione.

Intorno a lui nella scuola ruotano più figure che concorrono alla sua formazione, figure non solo interne, ma anche esterne come il medico, lo psicologo e figure professionali, che offrono strategie complementari di potenziamento e quindi di supporto allo sviluppo. La stessa scuola si caratterizza oggi per la sua autonomia e il suo decentramento. Essa traduce le sue scelte in adeguate programmazioni che connotano sempre più gli specifici interventi in itinere, flessibili e possibili se ogni bambino viene considerato persona con un bagaglio di esperienze proprie, unico, originale nelle sue potenzialità da valorizzare soprattutto nelle sue differenze.

Nella scuola primaria l'insegnante unico è affiancato da un'equipe di docenti che lavorano in modo corresponsabile per la valutazione che non ottimizza solo risultati ma tiene conto dei processi e di tutte quelle variabili legate allo stato di benessere psico-fisico del bambino che si esprime in comportamenti sereni.

La pedagogia è orientata verso l'autoverifica costante, possibile attraverso il confronto dialettico tra le parti e la formazione continua degli educatori.

Formazione che è necessaria in tutti i settori anche quindi nel campo medico, scientifico per uscire qualche volta da una chiusura "di casta" il cui personale sente l'esperienza di aggiornarsi sotto il profilo medico, ma non sotto quello psicologico. Ciò comporta l'operare a settori chiusi senza o con scarsa comunicazione che viene meno, spesso, anche tra medico e paziente. Il bambino è prima di tutto persona, con interessi, bisogni, con un io espresso del proprio vissuto, ma anche con un io latente che influenzano il proprio stato di salute, che è, prima di tutto, stare bene con se stesso e con gli altri.

Non dimentichiamo, poi, che dalla sua serenità dipende la salute psicofisica anche della famiglia che rimane bloccata e impotente, soprattutto, quando il bambino soffre ed essa stessa si sente abbandonata.

In una situazione anche grave di salute è importante che le figure che si occupano del bambino malato non perdano la speranza e comunque ogni giorno, ogni ora possano offrire al bambino un ventaglio di opportunità comunicative che vanno da

quelle ludiche a quelle relazionali - affettive, che non sono slegate dall'apprendimento ma strettamente connesse ad esse.

Il medico, l'infermiere, il docente, la famiglia dovrebbero soprattutto in ospedale attivare relazioni tese a sviluppare una programmazione integrata di interventi e proposte finalizzate al prendersi cura del bambino tenendo conto del suo essere e del suo poter essere.

Le relazioni dovrebbero fondarsi sulla reciprocità delle conoscenze e delle esperienze di tutti i membri coinvolti nel progetto di risanamento.

Il potenziamento del bambino dipenderà dalla flessibilità dei ruoli che i vari componenti sapranno darsi.

La rigidità delle fisse corrispondenze dei ruoli poco si addice alla mentalità dei piccoli che sviluppano la loro creatività ogni qualvolta si trovano davanti esperienze nuove, non scontate. Indispensabile è la flessibilità dei ruoli perché il giudizio del bambino sulle persone coinvolte in un contesto cambia ed è tanto più efficace, quanto più i soggetti interessati sapranno reinventarsi. Tale reinvenzione fa capo a più processi. Ricordiamo per primo lo sviluppo che si è strutturato via via nei secoli: dal valore della necessità e dello stretto rapporto causa ed effetto a quello della relatività, della conoscenza dell'effetto e non sempre della causa.

Si è passati da una visione cosmologia ad una visione antropologica in cui l'uomo non subisce più il suo destino ma lo determina poiché è cosciente della sua Ragione. Ed è proprio da questa consapevolezza che raggiunge ad esempio la sua caratterizzazione in epoca rinascimentale in cui l'uomo avanza nel progresso, che deriva la forza dell'uomo, ma è anche vero che è proprio in questo periodo che la dea ragione si costituirà come la causa di involuzioni sociali e, paradossalmente, preparerà la crisi dell'uomo moderno.

L'eccessiva sicurezza nella ragione va a discapito della flessibilità che è conseguenza di autoverifica soggettiva dei propri limiti e tende verso un certo dogmatismo ed una certa arroganza intellettuale che alimentano un terreno fertile nel sociale. Naturalmente anche la scienza medica non può sottrarsi a tale analisi e, nello stesso tempo, non può non prendere atto che anche l'educazione affettiva è responsabile delle future relazioni.

Un'educazione affettiva che, soprattutto, va a determinare scelte di atteggiamenti e di comportamenti che risentono anche per gli adulti dei vissuti famigliari che divengono principali vettori di scelte dell'adolescente e poi dell'uomo.

Ricordare allora all'adulto la propria infanzia, fargli ripercorrere le tappe della sua crescita è utile; rendersi conto se, nelle relazioni nell'ambito della famiglia o degli altri rapporti sociali è stato protagonista o ha subito imposizioni, è fondamentale per una crescita interpersonale.

Riconoscere il proprio ruolo significa in campo educativo riconoscere la primaria identità, percepirsi, sapersi ascoltare e quindi saper ascoltare i bisogni degli altri e le proprie aspettative. Tale ricognizione è determinante nello sviluppo dell'autostima personale e della socializzazione.

Una certa chiusura nella comunicazione è scontata se non si attua il percorso del "prima" e dell' "ora".

Il corso di formazione in oggetto può raggiungere tale scopo e può risvegliare energie e desideri inconsci che possono rivivere ed essere di stimolo per conoscere sempre più se stessi e gli altri, come detto.

Un'altra causa di chiusura alla relazione può essere ricondotta all'impossibilità scientifica da parte degli operatori medici di non poter agire positivamente sulla guarigione del bambino e ciò può produrre depressione ed apatia negli adulti con ripercussione negativa in chi ama il bambino.

Cogliere i momenti di involuzione nel piccolo significa presupporre prima di tutto cogliere i propri e, ancora, cercare la loro compensazione attraverso rapporti collaborativi e di reciprocità con gli altri.

Nel caso sopra considerato è auspicabile voler sempre di più lavorare in equipe e far sì che la continuità del proprio lavoro dipenda da dati oggettivi trasmissibili e completabili da altri operatori e non dipenda invece dalla continuità dell'operato dei soggetti.

Infatti essi non possono assicurare la garanzia del risultato solo perché artefici della ricerca.

Il superamento dialettico del proprio io e delle proprie possibilità offre maggiori vantaggi di attività esplorative e di confronto effettivo che smorza eccessivi protagonismi, spesso dannosi per un sereno equilibrio della persona. Entrare invece più nei panni degli altri consente di attivare terapie di benessere che si proiettano a lungo termine. Esse si ripercuotono positivamente anche nella vita privata attraverso processi di comunicazione, primi tra i quali quelli di identificazione che via, via vedono rinnovati i ruoli intergenerazionali e quindi gli scambi affettivi facendo interagire i vari sentimenti.

Nel giuramento di Ippocrate il medico si impegna ad agire secondo scienza e coscienza. Coscienza che non è solo appannaggio dello specialista, o degli addetti ai lavori, ma appartiene a tutti coloro che sono corresponsabili del progetto di guarigione.

Anche la famiglia del bambino malato dovrebbe assumere un ruolo interlocutorio ed essa stessa dovrebbe essere al centro di ogni possibile decisione. Essere coscienti di ciò significa attivare una flessibilità a trecentosessanta gradi che nel superamento dei ruoli attenua le differenze attraverso un reale processo di comunicazione circolare e dinamica e non piramidale e statica.

TRAUMI EMOTIVI NEL BAMBINO: DINAMICA MENTALE E PROSPETTIVE IN TERAPIA OMEOPATICA

M. Bassetti

Lo sviluppo armonico della personalità del bambino è determinato dall'azione strutturante dell'IO che integra gli stimoli che giungono dalla realtà esterna con quelli interni appartenenti all'ES (le pulsioni istintuali primitive) coadiuvato dall'azione del SUPER IO e dell'IDEALE DELL'IO con il tutto che si riflette in un comportamento adeguato alla realtà ed in un'assenza di sintomi clinici significativi.

Questa situazione di equilibrio psico-relazionale ideale non sempre si realizza e spesso ci si trova di fronte a situazioni di disequilibrio dove un ruolo fondamentale è giocato da traumi della sfera psico-affettiva insieme ai quali concorrono azioni in eccesso o in difetto dell'IO dell'ES dell'SUPER IO E dell'IDEALE DELL'IO.

Si mette così in moto il triangolo Traumi Conflitti Angosce con proiezioni psicosomatiche su substrati indeboliti geneticamente predeterminati. L'azione dell'IO cerca di ridurre queste angosce attraverso l'intervento dei meccanismi di difesa e tutto ciò da origine a disturbi del comportamento e del carattere non patologici e a disturbi somatici. Quando questo intervento non è sufficiente, si generano disturbi di personalità e/o del carattere conclamati.

Tutto ruota intorno al tempo di insorgenza di questi traumi psico-affettivi e secondo la classica impostazione che ci deriva dalla psicoanalisi; sappiamo che, nel periodo tra 0 e 3 anni, ritroviamo l'abbozzo di personalità psicotica e relativo comportamento, tra 3 e 7 anni, con la formazione del SUPER IO, siamo nella categoria strutturale nevrotica e, un po' prima dei 6 anni, nello stadio dell'IDEALE DELL'IO, in presenza di traumi dell'affettività, prende forma la personalità narcisista.

Quando l'angoscia relativa alle tre categorie di base non viene arginata dai meccanismi di difesa dell'io, emergono le tre paure fondamentali che rivelano la categoria strutturale del bambino:

Struttura psicotica = paura della distruzione

Struttura nevrotica = paura della punizione

Struttura narcisistica = paura della perdita

Tutte queste paure possono rivelarsi come tali o come sogni o come false percezioni o attraverso disturbi del comportamento e del carattere.

In tutto questo contesto, diventa di grande utilità terapeutica la medicina omeopatica per risolvere i conflitti che sono alla base di queste paure, per controllare le paure medesime e i disturbi del comportamento relativi e non solo curare le proiezioni somatiche eventualmente presenti.

Per far questo, è necessario addentrarsi per un momento in quella che è la vera essenza della Medicina Omeopatica.

Nella seconda metà del 1700, il medico tedesco Samuel Hahnemann, leggendo un libro di tossicologia farmacologia, concentrò la sua attenzione sul fatto che alcune persone in buona salute, addette alla manifatturazione della corteccia di china, manifestavano in breve tempo i sintomi della febbre malarica, i medesimi che il chinino, estratto dalla corteccia di china, era in grado di curare in una persona malata.

Volle verificare lui stesso questa strana combinazione e, dopo aver assunto del chinino per qualche giorno, manifestò i medesimi sintomi. Smise e ritornò in perfetta salute.

Riflettè che, se questo era vero per una sostanza, lo doveva essere per molte altre. E così fu. Si potevano produrre artificialmente in una persona sana dei quadri clinici di malattie, per poi usare queste sostanze come curative, quando i medesimi sintomi erano presenti in un malato verificò di nuovo ed era proprio così. Veniva in questo modo codificata la Legge di Similitudine, struttura portante della Medicina Omeopatica e, attraverso questi Provings, veniva messo a disposizione della Scienza Medica un vero e proprio arsenale terapeutico. Ma la scoperta di Hahnemann non si fermò lì. Sperimentando sostanze molto tossiche, come Arsenicum e Mercurius, si procuravano seri danni ai Provers e allora decise di diluire le sostanze e più somministrava sostanze diluite, più comparivano non solo sintomi fisici, ma anche modificazioni del carattere e veri sintomi mentali, come angosce, paure, manifestazioni aggressive, disturbi del sonno etc.. La verifica clinica ancora una volta dimostrò l'efficacia delle sostanze sperimentate, anche nei confronti dei sintomi emozionali e di quelli mentali.

OMEOPATIA PSICODINAMICA

Traumi e conflitti creano nel bambino una situazione di angoscia latente (Nucleo di sofferenza profonda) che è compensata con una strategia di adattamento alla realtà espressa, attraverso sintomi comportamentali caratteristici.

Quando, in situazioni scatenanti, si entra in uno stato di disequilibrio, compaiono i Sintomi Psicici Strutturali della personalità del bambino, rappresentati dalle paure, i sogni, le false percezioni, le modificazioni del comportamento (Sintomi Caratteriali) e le proiezioni a livello somatico (Sintomi Fisici).

L'Omeopatia Psicodinamica classifica i sintomi dei Rimedi Omeopatici in modo coerente, organizzandoli in 3 Livelli:

Livello 1 = (Nucleo di Sofferenza profonda) Dreams-Delusions-Fears

Livello 2 = (Strategia adattiva) Behavioural symptoms

Livello 3 = (Malattia) Physical symptoms

La semeiotica omeopatica sarà diretta a raccogliere informazioni su quello che fa soffrire il bambino attraverso i sintomi di livello 1, su come il bambino cerca di reagire a questa sofferenza (Livello 2) e su dove il bambino somatizza detta sofferenza (Livello 3).

Per impostare la terapia, si dovrà ricercare la similitudine tra la sintomatologia omeopatica coerente del rimedio più simile e quella espressa clinicamente dal bambino in stato di disequilibrio sui tre differenti livelli.

LA STRUTTURA OSPEDALIERA AL SERVIZIO DELLA SALUTE MENTALE DEL BAMBINO

R. Giordano

L'esigenza di rendere la condizione di degenza ospedaliera il meno possibile drammatica per il bambino non è certamente un problema che si risolve con piccoli accorgimenti come qualche sala colorata o qualche gioco e un po' di verde.

Per il bambino, la vita nella struttura ospedaliera è un'avventura in un involucro con spazi, volumi, compagnie e ritmi di vita completamente diversi da quelli dell'ambiente familiare e scolastico con l'aggravio della sofferenza fisica. In questo nuovo mondo l'intensità degli interventi rivolti alla salute fisica trasformano necessariamente gli spazi.

Come possiamo aiutarlo?

Proviamo a dare una risposta.

L'architettura non ha parole, ma comunica, comunica con la forma, il volume, il colore, i materiali.

La sua espressione è complessa, può stimolare nel bambino sensazioni di malessere o benessere, agio o disagio, paure, ansie

Lo studio gira intorno a due esigenze principali:

- il sempre maggiore utilizzo di nuove tecnologie
- la necessità di umanizzazione.

E' compito di noi progettisti riuscire a creare la giusta armonia tra gli elementi a disposizione, per ridurre al minimo l'impatto negativo che gli ambienti di degenza provocano nel bambino.

Gli ambienti come psichiatria, sale operatorie, ambienti di risveglio e rianimazione, ostetricia, sale per il parto naturale sono particolarmente delicati e meritano approfondimenti caso per caso, senza dimenticare che gli ambienti in questione saranno vissuti dagli operatori, dai piccoli degenti e dai parenti.

In questi ambienti si comunicano sofferenze psichiche e fisiche di ogni tipo e questo non bisogna dimenticarlo. Certo non dobbiamo costruire gli ambienti con solo i criteri razionali dettati dalle macchine che li occupano, ma dobbiamo tenere presente sempre la centralità dell'essere umano.

E' in discussione da tempo l'immagine tradizionale dell'ospedale. Sono stati fatti studi, progetti, convegni e oggi si parla finalmente di un "Ospedale del futuro" dove la qualità degli interventi dovrebbe occupare il primo posto.

Ciò implica la necessaria collaborazione e il confronto di una équipe di lavoro con diverse professionalità al suo interno tra i progettisti e gli operatori ospedalieri nelle diverse funzioni.

Il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati porterà a sviscerare tutte le tematiche a livello globale e ad un logico rallentamento dei tempi della progettazione, ma certamente ne esalta la qualità del progetto globale.

Bisogna guardare l'architettura ospedaliera nella sua totalità per il raggiungimento degli obiettivi mirati e concepire una struttura sanitaria con i requisiti di adattabilità e flessibilità rispetto al continuo processo di innovazione delle tecniche e delle tecnologie dei sistemi di assistenza e di cura dei malati.

L'architettura ambientale aiuta nella percezione dello spazio mentale del bambino, portandolo a vivere gli spazi attivamente, dall'assistenza alla scuola alle attività creative.

Ogni ambiente sarà pieno di significato perché si prenderà carico di soddisfare lo spazio psicologico anche degli adulti.

Anche le famiglie straniere, che praticano religioni diverse come diverse sono le loro abitudini alimentari, la lingua ecc....non dovranno sentirsi a disagio o emarginate, ma assistite.

L'operatore pediatrico che si fa carico della cura del bambino e dell'assistenza rivolta ai parenti del ricoverato dovrà necessariamente vivere la propria attività in un ambiente altamente qualitativo.

Soddisfatta la qualità strutturale, tecnologica, specialistica e spaziale, diventa importante, per la globalità d'intervento, curare le finiture, gli arredi, modellando con armonia "l'intorno da vivere" con tutto il conforto possibile. Non si dovrà miniaturizzare il mondo dei grandi, ma creare un microambiente che i bambini possono gestire.

Le finiture dovranno essere morbide, sicure, durevoli e comunque piacevoli alla vista. Il tutto realizzato tenuto conto di un approfondito studio sui colori da utilizzare.

Anche i percorsi, le porte, le segnalazioni devono risultare giocosi.

In alcuni casi i soffitti e le pareti decorati possono essere utilizzati come mezzi di comunicazione per confortare i piccoli ospedalizzati costretti a rimanere a letto.

Il cuore del problema è azzardare il cambiamento rispetto alle classiche tipologie ospedaliere.

Esistono poi le soluzioni alternative al ricovero in ospedale come la cura giornaliera del piccolo che ogni sera tornerà in un ambiente familiare presso strutture progettate e realizzate al fine di ospitare il piccolo e la propria famiglia.

Molte Associazioni si stanno impegnando per creare questi centri.

A Genova, per esempio, in via Sturla ne è stato realizzato uno.

Il progetto è stato promosso dalla C.R.I., per il Centro di Ospitalità per le famiglie di bambini che necessitano di cure giornaliere presso l'Ospedale Gaslini senza la necessità del ricovero.

E' un ambiente di villette, conosciute con il nome di "Sturline", che offre spazi adeguati alla tipologia residenziale specializzata ed è circondato da un'area verde di pertinenza.

Il Centro di Ospitalità, di proprietà della Provincia, è stato studiato per essere il luogo di soggiorno idoneo per chi si trova forzatamente fuori casa.

Le famiglie hanno a disposizione camere con bagno, a 2 o 3 letti, complete di filodiffusione.

La vita di comunità del centro prevede l'uso di cucina in comune dove le famiglie hanno la possibilità di cucinare autonomamente e possono provvedere alla pulizia degli indumenti in un locale attrezzato.

Una parte di giardino è attrezzato con giochi per bambini, diventando luogo di incontro all'aria aperta.

A Nervi è stato da poco aperto un altro centro, "La casa dei bimbi", finanziata dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Genova e Imperia.

Sono stati ricavati 9 appartamenti di circa 50mq attrezzati e diverse zone di comune utilizzo.

A Roma, Capitale dell'accoglienza del bimbo oncologico, si sta lavorando molto su questo tipo di assistenza.

Tanto dunque si è fatto, ma non è ancora abbastanza.

Purtroppo esistono dei vincoli oggettivi. Spesso bisogna progettare ristrutturando edifici esistenti che determinano un aumento delle difficoltà di realizzo, secondo i criteri su esposti.

I fondi a disposizione, nella maggior parte dei casi, non risultano sufficienti e gli interventi vengono effettuati a volte parzialmente. Tutto ciò non permette facilmente il raggiungimento degli obiettivi desiderati.

GLI INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVI A SOSTEGNO DEL BAMBINO E DELLA FAMIGLIA

M. Martinoli

*Responsabile per l'istituto Giannina Gaslini del "Progetto Gaslini"
Assistente Sociale Presso La U.O. Di Neuropsichiatria Infantile*

Oggi all'interno del nostro Istituto sono in corso significative esperienze a carattere educativo, sia di tipo scolastico sia extra-scolastico, che correttamente affiancate alle attività istituzionali di tipo sanitario contribuiscono a migliorare le condizioni di vita dei piccoli ospiti durante il ricovero ed a favorire "vissuti" non solo legati alla malattia ed alla ospedalizzazione.

Non ci si può preoccupare infatti solo della sintomatologia in atto e delle connesse procedure diagnostico-terapeutiche a carattere sanitario, bisogna "prendersi cura" complessivamente delle variegate esigenze del bambino o adolescente ricoverato e cercare di mobilitare tutte le risorse interne ed esterne, coinvolgendo le varie professionalità e costruendo un'adeguata rete di sostegno non solo per il periodo di degenza ma anche in preparazione della dimissione.

Mentre per quanto riguarda la presenza della scuola possiamo ormai parlare di una realtà consolidata ed articolata, per quanto concerne gli educatori extra-scolastici dobbiamo partire dal 1996.

La prima esperienza con presenza di educatori, che si è differenziata dall'attività degli insegnanti e dei volontari presenti all'Istituto G.Gaslini, è stato il Progetto sperimentale "Affido educativo per minori con diagnosi, o rischio, di patologia psichiatrica", realizzato nel periodo 1996-1998 per i pazienti in cura presso la U.O. di Neuropsichiatria Infantile, in collaborazione con il Comune di Genova e sulla base di uno specifico finanziamento da parte della Regione Liguria.

Gli interventi educativi hanno avuto durate differenziali a seconda della durata del ricovero, della gravità della sintomatologia psicopatologica o del rischio di insorgenza di disturbi psichiatrici, delle caratteristiche del nucleo familiare di provenienza.

Gli obiettivi dei diversi progetti educativi, con accentuazioni più o meno caratterizzate a seconda dei diversi minori interessati, sono stati sostanzialmente quelli di garantire migliori condizioni di vita e di ospitalità durante il ricovero, sostenere, integrare e persino sostituire figure genitoriali e/o parentali carenti o assenti.

Con le attività ludico-ricreative, col supporto integrativo rispetto alle attività scolastiche in accordo con le insegnanti, col favorire i processi di socializzazione e di potenziamento dell'autonomia, accompagnando i pazienti fuori dal reparto (viali, attività ricreative a carattere generale, stabilimento balneare dell'Istituto), col sostegno educativo al paziente e ai familiari per migliorare le difficoltà comunicative e relazionali, gli educatori hanno senz'altro contribuito a garantire elementi di vita "normale", spesso difficili da realizzare in un contesto ospedaliero, favorendo anche una migliore conoscenza del paziente.

La validità di tale progetto e l'analisi dei bisogni emergenti hanno portato gli operatori del Comune e del nostro Istituto alla scelta convinta e condivisa di estendere attraverso il Progetto Gaslini la presenza di figure educative extra-scolastiche anche agli altri reparti del Gaslini, con particolare riferimento ai neonati in situazione di "abbandono".

IL PROGETTO GASLINI

Il “Progetto Gaslini” è nato dalla collaborazione del Comune di Genova con l’Istituto Giannina Gaslini (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per pazienti in età pediatrica) per garantire interventi socio-educativi finalizzati alla prevenzione del disagio psico-sociale e alla tutela dei diritti dei bambini ospedalizzati, provenienti anche da diverse regioni d’Italia e da altri Stati.

A tal fine gli interventi devono sempre essere progettati ed organizzati in una visione globale dei bisogni del bambino e della famiglia, volta ad integrare armonicamente aspetti sanitari, scolastici ed educativi per un benessere psico-fisico ed affettivo-relazionale

Il “Progetto Gaslini” è stato avviato nel gennaio 2000, grazie a una convenzione tra il Comune di Genova e l’Istituto Giannina Gaslini ai sensi della Legge 285/97. Dall’Agosto 2003 il progetto è sostenuto finanziariamente dalla Fondazione Gerolamo Gaslini.

Al centro delle attività e dei progetti devono essere sempre posti i bisogni globali del bambino ed in quest’ottica l’esperienza genovese evidenzia come la presenza in ospedale di un nucleo stabile di figure a carattere educativo possa svolgere una funzione strategica nel connettere i “mondi vitali” dei bambini con la struttura ospitante, favorendo l’integrazione delle iniziative di animazione e della fondamentale risorsa “volontariato” con una progettualità più articolata a livello educativo e meglio coordinata con l’équipe multidisciplinare.

Nell’esaminare l’origine del “Progetto Gaslini” non si può innanzitutto non fare riferimento alla Convenzione Internazionale Sui Diritti Dell’infanzia (O.N.U. 1989), in particolare all’art.28, comma 1: “Gli Stati Parti riconoscono il diritto del fanciullo all’educazione, (...) adottano misure per promuovere la regolarità della frequenza scolastica e la diminuzione del tasso di abbandono della scuola”, e all’art. 31, comma 1: “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”.

Riconoscere tali diritti non può che significare presenza adeguata di operatori scolastici ma anche di altre figure in grado di rispondere adeguatamente agli altri bisogni dei bambini ricoverati.

Infatti nel quadro di quel processo continuo di umanizzazione e personalizzazione dell’intervento sanitario, che deve sempre accompagnare l’attenzione all’efficacia e all’efficienza delle cure prestate, bisogna creare un complesso sistema organizzativo atto a consentire una approfondita valutazione dei diversi valori/diritti da difendere e tutelare, sia rispetto alla generalità dei pazienti, sia individuando nel singolo caso concreto quale possa essere il migliore equilibrio e la migliore gerarchia tra esigenze diverse:

- diritto alla salute
- diritto ad un ambiente confortevole ed aperto
- diritto a conservare le proprie relazioni familiari ed amicali
- diritto allo studio
- diritto al gioco e al tempo libero

Più recentemente, nel 2001, la “CARTA DEI DIRITTI DEL BAMBINO IN OSPEDALE” adottata dall’Istituto Gaslini insieme ai maggiori ospedali pediatrici italiani, richiama in alcuni articoli diritti specifici ed azioni concrete per garantirli. All’art.2 – “Il bambino ha diritto a essere assistito in modo globale” si sottolinea come “.....il personale opera integrandosi con le altre strutture sanitarie, educative e sociali competenti sul territorio”..

All’art. 6 – “Il bambino ha diritto a essere tutelato nel proprio sviluppo fisico, psichico e relazionale.....” si afferma poi come sul piano operativo “.....Vengono favoriti il collegamento con i servizi socio-educativi del territorio e il coinvolgimento delle associazioni di volontariato riconosciute, in conformità alla vigente normativa,

per garantire al bambino relazioni significative, qualora si dovesse trovare in situazione di “abbandono” o di temporanea difficoltà del nucleo familiare”.

Vediamo così come l'accordo istituzionale e le scelte finanziarie-organizzative per l'attuazione del “Progetto Gaslini” si collochino in un quadro di riferimenti legislativi (Legge n. 285/97) e soprattutto in un'ottica di “buone pratiche” per la tutela dei diritti, al di là di mere enunciazioni di principio.

OBIETTIVI DEL PROGETTO GASLINI

- 1) Contrastare e ridurre il disagio psico-sociale dei bambini e delle famiglie dovuto all'ospedalizzazione e, più in particolare, tutelare i bambini non sostenuti adeguatamente dalle figure genitoriali
- 2) Organizzazione di attività ludico-ricreative e culturali volte a stimolare la creatività e le potenzialità e favorire l'integrazione tra bambini con diverse patologie, età, culture, nazionalità. Le attività di gruppo e i laboratori sono gestiti direttamente dagli educatori o svolti in collaborazione con associazioni.
- 3) Realizzare progetti educativi individualizzati:
 - Interventi di accudimento/maternage fascia 0/3
 - Supporto educativo, ed attività di gioco nell'ambito di percorsi individualizzati per bambini, preadolescenti ed adolescenti .
 - Progetti socio-educativi anche per minori seguiti in Day Hospital (per es., ospiti della Croce Rossa di Ge-Sturla) o in assistenza domiciliare (per es., in cura da parte degli operatori della U.O: di Onco-Ematologia).

Nell'ambito dei progetti individualizzati i compiti degli educatori, concordati con i servizi sociali territoriali, e correlati a situazioni specifiche di disagio psico-sociale del bambino e/o dei familiari, rientrano nella:

- ♦ prevenzione del disagio e tutela dei diritti del minore
- ♦ collaborazione nella gestione degli interventi di servizio sociale sia all'interno di un programma di aiuto/sostegno alla famiglia sia di limitazione della presenza dei familiari sino all'allontanamento disposto dal Tribunale per i Minorenni
- ♦ gestione degli interventi finalizzati al benessere del bambino o adolescente in attesa della conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico o dell'attivazione di adeguate risorse esterne finalizzate all'accoglienza del bambino dimissibile: famiglie adottive o affidatarie, rete madre-bambino, comunità socio-educative ecc.

Non si tratta quindi tanto di risorse socio-educative atipiche quanto di garantire anche al ricoverato, con modalità specifiche e con particolare flessibilità organizzativa, quanto potenzialmente il bambino/adolescente può ricevere fuori dall'ospedale dai diversi settori specializzati in campo sociale ed educativo.

La risorsa educatori, selezionata, formata ed aggiornata professionalmente, non sostituibile con la presenza del volontariato, consente ai servizi sociali territoriali in accordo con quelli dell'ospedale di attuare tempestivamente ed adeguatamente direttamente in ospedale, seppur nella forma organizzativa specifica, interventi di durata diversa, con situazioni giuridiche variegata e a volte in divenire, senza creare un vuoto che per il bambino (e per i familiari) può rivelarsi particolarmente negativo e condizionare l'efficacia dei futuri interventi extra –ospedalieri.

Gli undici educatori oggi a contratto all'interno dell'Ospedale pediatrico sono percepiti ormai chiaramente come una risorsa non sanitaria, come operatori del socio-assistenziale e dell'educativo extra-scolastico, capaci di integrarsi ed adattarsi alle specifiche caratteristiche del contesto anche in reparti come Rianimazione, Neuropsichiatria Infantile od Oncologia.

La presenza stabile all'interno della struttura ospedaliera consente inoltre di modulare meglio nelle diverse situazioni i programmi individuali e di gruppo con le

risorse umane effettivamente disponibili, favorisce la partecipazione del gruppo alla vita e ai tempi dell'ospedale per meglio operare e garantisce la necessaria flessibilità verso situazioni spesso in rapida ed imprevedibile evoluzione sul piano sanitario ma anche sociale.

Le situazioni di maggior rilievo riguardano il neonato abbandonato ma anche l'adolescente che con la sintomatologia che ha determinato il ricovero esprime una difficile situazione familiare o la crisi dell'esperienza di vita in una comunità socio-educativa. E' poi necessaria la presenza di operatori qualificati e preparati nella gestione degli incontri con parenti e familiari sottoposti a limitazioni specifiche, per non parlare della preparazione del bambino/adolescente e dei genitori ad una dimissione dall'ospedale che coincide con una separazione dai familiari.

METODOLOGIA

Il Protocollo d'Intesa tra il Comune di Genova e l'Istituto G. Gaslini prevede una Commissione Mista per la progettazione, gestione e valutazione degli interventi e per l'organizzazione dell'attività degli 11 educatori a contratto (laureati in Pedagogia, Scienze dell'Educazione e Psicologia).

Il "Progetto Gaslini" visto esclusivamente nella dimensione organizzativa ha come obiettivo quello di garantire nel tempo la presenza di una risorsa professionale specifica (educatori) per la gestione di quegli interventi socio-educativi che non sono di competenza del personale sanitario o scolastico.

La gestione congiunta da parte degli operatori dei due Enti, attraverso i responsabili e la Commissione Mista, consente la migliore definizione delle priorità e delle collaborazioni tra risorse interne ed esterne all'ospedale.

Si è cercato di privilegiare un modello organizzativo in grado di:

- svolgere funzioni educative socio-assistenziali senza separarle dall'educativo in senso lato in cui la dimensione ludico-ricreativa e culturale completa la prima e l'arricchisce di aspetti preventivi in un quadro di tutela complessiva della crescita del minore;
- raccogliere adeguatamente nella definizione ed attuazione degli interventi educativi le esigenze della tutela della salute, prima ragione per i bambini e per le loro famiglie della permanenza in ospedale.
- costruire un modello per il confronto e lo scambio di informazioni con i gruppi di lavoro multidisciplinari presenti nei diversi reparti per una verifica costante degli interventi effettuati, connessi ai tempi e al variare della malattia e delle cure.
- attuare i nuovi interventi educativi in una logica di coordinamento/integrazione con gli operatori scolastici (dalla Materna alle Medie) e di collaborazione con le tre associazioni di volontariato esistenti in ospedale: A.V.O. ed A.B.E.O. e più recentemente la Gaslini Band Band

L'esperienza di questi anni evidenzia come l'interazione e la cooperazione tra educatori, volontari ed esperti delle associazioni, arteterapeuti e musicoterapeuti, abbiano fatto crescere una modalità di lavoro con i bambini /adolescenti attenta agli aspetti qualitativi più che quantitativi, al riconoscimento ad ognuno del diritto alla partecipazione ed alla creatività in gruppi non omogenei per età e per patologia.

Spesso i genitori dei bambini più piccoli sono stati coinvolti sia nella partecipazione diretta sia nel sostegno-aiuto al proprio figlio, sottraendo entrambi anche temporaneamente all'apprensione per la salute e per l'ospedalizzazione.

Anche questa esperienza ludico-creativa condivisa può facilitare la comprensione di come anche nel momento dell'ospedalizzazione si possano provare emozioni e sensazioni diverse dal dolore, dalla paura e dall'angoscia per la malattia e come debba essere sempre rispettata la normale necessità di gioco del bambino, quale fonte di crescita armonica.

LE DIMENSIONI DELL'ATTIVITA'

L'attività degli educatori si articola in :

- interventi su casi singoli e progetti educativi individualizzati
- attività di gruppo e laboratori (gestiti direttamente dagli educatori o svolti in collaborazione con associazioni).

La netta separazione di tali interventi è valida solo a fini statistici in quanto in un contesto come l'ospedale, a meno di misure di isolamento temporaneo dettate da valutazioni strettamente igienico-sanitarie, sono contemporaneamente presenti, nelle stanze e negli spazi comuni, bambini di diverse fasce di età, con differenze nella presenza dei genitori e familiari. In questa situazione comunitaria si creano spontaneamente gruppi e sottogruppi, con spinte alla solidarietà reciproca ma anche con dinamiche sul piano emotivo-relazionale con aspetti emarginanti.

Lavorare sul singolo significa lavorare anche contemporaneamente o parallelamente sui compagni di stanza , sul gruppo o i gruppi presenti nella sala-giochi, per favorire dinamiche e processi tra i bambini e i genitori, che consentano di migliorare la qualità della vita dei bambini in ospedale. La finalità è quella di riconoscere ad ognuno uno spazio per le potenzialità indipendentemente dalla malattia fisica o psicologica, dal grado di disabilità, dell'età, dal supporto genitoriale, dalla provenienza territoriale, dalla nazionalità.

RETE OSPEDALE-CITTÀ

L'Istituto G. Gaslini, ubicato nella zona levante della città, rappresenta il principale punto di riferimento pediatrico per la popolazione genovese. Il coinvolgimento delle realtà istituzionali e non del territorio non è pertanto limitata all'ambito della Circoscrizione IX Levante ma si estende all'intera comunità locale.

Il ruolo centrale dei Servizi alla Persona e dei Distretti Sociali, la più recente presenza delle Biblioteche Civiche, l'ampliarsi delle collaborazioni con le Associazioni ed Enti esterni, sottolineano l'espansione della rete ospedale-città in un'ottica che non limita gli interventi alla tutela per il bambino più sfortunato sul piano della salute e della situazione familiare, ma che li estende nella visione più ampia della prevenzione del disagio psico-sociale per tutti i bambini ricoverati.

Citiamo come esempio la realizzazione del "servizio prestito libri" in ospedale, avviato il 9/4/2003 e nato dalla collaborazione del Progetto Gaslini con diversi settori del Comune di Genova quali, a livello locale, la Divisione IX Levante e la Biblioteca Civica di zona (V.Brocchi), ma anche, a livello "centrale", come la Direzione Servizi alla Persona, la Direzione Biblioteche e la Biblioteca Internazionale per Ragazzi E. De Amicis. La campagna rivolta ai cittadini per l'acquisto di libri per la biblioteca dell'ospedale ha ottenuto importanti risultati quantitativi, ha coinvolto tutte le principali librerie della città ed è stata sostenuta come sponsor da un'importante azienda locale (Centrale del Latte di Genova). Nel corso del primo anno e mezzo di attività la *"Piccola Biblioteca Gaslini"* è passata dai 600 volumi iniziali agli attuali 2200 e sono stati consegnati, da parte delle educatrici, 2289 libri a 1543 piccoli lettori ricoverati (dati al 31/10/2005) nei quattro reparti interessati dalla sperimentazione.

Di rilievo risulta anche la collaborazione con l'Acquario di Genova, avviata dal 2001 ed attuata attraverso conferenze-spettacolo realizzate periodicamente in ospedale dai biologi del Dipartimento Didattico. Con la Dichiarazione d'intenti siglata il 26/11/2002 (in occasione del decennale dell'Acquario del 2003), tra il Progetto Gaslini e la Costa Edutainment/Acquario di Genova, è stata poi avviata dal 6 Dicembre 2002 la distribuzione nei reparti (con cadenza settimanale) di tagliandi omaggio ai bambini e ragazzi ricoverati accompagnandola con una nota informativa sul Progetto Gaslini. Al 31/10/2003, data di conclusione dell'iniziativa

promozionale, sono stati consegnati 9703 tagliandi. L'iniziativa ha permesso a 2051 bambini di accedere gratuitamente all'Acquario ed ha consentito a 3427 familiari di usufruire della tariffa speciale prevista.

DATI STATISTICI

Interventi personalizzati

Gli interventi delle educatrici sono di norma richiesti dagli/dalle assistenti sociali e assistenti sanitarie del Servizio Socio-Sanitario dell' Istituto G. Gaslini, anche su segnalazione dei Distretti Sociali o degli operatori delle diverse Unità Operative dell'ospedale.

Quasi per il 36% dei casi seguiti (68 su 188) risulta un intervento (precedente o conseguente al ricovero) dei servizi sociali locali e/o del Tribunale per i Minorenni. I provvedimenti del Tribunale risultano nel 26% circa dei 188 casi seguiti ed i servizi sociali sono presenti nel 34% circa.

Casi seguiti anni 2000-2002	N. 103
Casi seguiti anni 2003-2004	N. 87
Casi seguiti anni 2000-2004 (<i>nota: alcuni bambini sono presenti in entrambi i periodi</i>)	N. 188

Tali dati confermano come il ruolo degli educatori sia legato sia a situazioni di tutela del minore con provvedimenti del Tribunale sostitutivi o limitativi delle figure genitoriali (es. neonati in crisi di astinenza con madre tossicodipendente; sospetti di maltrattamento o di abuso sessuale), sia ad interventi collegati in particolare per l'area genovese a logiche di servizio sociale (distretti o ufficio stranieri) volte al sostegno del minore e del nucleo familiare.

Oltre la metà dei 188 casi seguiti, senza collaborazione con i servizi sociali locali e senza mandato del Tribunale, sottolineano la capacità del progetto di attuare comunque interventi a tutela del minore e ad integrazione/sostegno del nucleo familiare in una logica preventiva e di rinforzo delle capacità genitoriali e della famiglia allargata.

Questa modalità di intervento "a carattere preventivo" degli educatori ha i seguenti obiettivi:

- ♦ Tutelare il minore
- ♦ Favorire il recupero delle capacità genitoriali
- ♦ Intervenire, osservando e sostenendo, salvaguardando la relazione bambino-famiglia
- ♦ Evitare segnalazioni al Tribunale per i Minorenni senza aver meglio analizzato e verificato i bisogni del bambino e le eventuali inadeguatezze familiari.

Se volessimo paragonare le differenziate tipologie dell'intervento individualizzato degli educatori a prestazioni e servizi effettuati sul territorio, troveremmo elementi dell'affido educativo e dell'affido familiare, tratti delle attività riferibili alla dimensione della comunità ed altri del centro-socio-educativo. L'educatore può rappresentare nella stessa dimensione spaziale e temporale, anche contemporaneamente funzioni e risposte ai bisogni che all'esterno sono differenziate, può raccordarsi agli operatori sociali e socio-educativi presenti prima del ricovero o favorire l'incontro con gli operatori del dopo dimissione, proponendo modelli di relazione educativa integrativi o sostitutivi rispetto all'esperienza familiare.

Il sostegno ai bambini stranieri e alle loro famiglie

Dei 188 casi seguiti nei 5 anni di attività, 37 (circa il 20%) sono bambini/adolescenti stranieri o nomadi. Gli stranieri extracomunitari (31), rappresentano l'84% di questo gruppo di riferimento.

E' significativo come per il periodo 2003-2004 ben il 47% degli stranieri seguiti siano bambini/bambine provenienti da paesi extracomunitari con regolare visto per cure, accompagnati da un familiare.

Interventi all'esterno dell'ospedale

CASI seguiti all'esterno	Domiciliare	Incontri protetti c/o servizi	Istituti per minori Comunità Educative centri estivi	Centro C.R.I	Strutture sanitarie	Totale
n.casi 2000 -2002	1	1	6	4	2	14
n. casi 2003-2004	6	0	2	6	1	15
Totale	7	1	8	10	3	29

Gli interventi attuati per il 15% circa dei casi, si differenziano in tre livelli :

- l'accompagnare il bambino presso la destinazione prevista dopo la dimissione;
- accompagnare e seguire il primo periodo di ambientamento;
- in accordo con i servizi sociali proseguire l'intervento per il periodo necessario in attesa di una diversa progettazione.

Più dettagliatamente per l'intervento domiciliare si segnala l'aumento significativo correlato in parte alla collaborazione avviata nel 2004 con il modulo di assistenza domiciliare di onco-ematologia ed a interventi definibili come affido educativo a favore di bambini dimessi e seguiti da diverse Unità Operative dell'Istituto G. Gaslini .

Sempre rilevante è l'impegno presso la struttura di ospitalità della CRI di Ge-Sturla per pazienti seguiti da Onco-Ematologia o da Nefrologia..

Per strutture sanitarie ci riferiamo all'intervento di sostegno ad 1 minore disabile, collocato transitoriamente presso il centro residenziale della ASL in attesa di famiglia adottiva, e all'azione di accompagnamento e di sostegno iniziale per favorire l'inserimento in Comunità terapeutica per 2 minori.

CONSIDERAZIONI FINALI

Il Progetto Gaslini, nei cinque anni di attività svolta, ha contribuito positivamente al potenziamento e all'estensione sul piano sia istituzionale che operativo dell'integrazione/coordinamento tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociale, educativo e scolastico, ed infine tra operatori professionali e volontari.

Tenuto conto delle risorse finanziarie ed umane a disposizione, e dell'attenzione agli aspetti qualitativi, risulta significativo il coinvolgimento da parte delle educatrici di circa 1.000 bambini all'anno nelle attività di gruppo e la gestione di 40 progetti di sostegno individuale, attuati in media per anno.

Si è ulteriormente affermata con il concorso dei diversi attori, una cultura del lavoro di rete che ha favorito l'apertura dell'ospedale al territorio e l'attenzione della città nei confronti delle esigenze dei bambini ricoverati e delle loro famiglie.

La ricchezza e l'articolazione delle presenze che operano ormai in tale senso nell'Istituto G. Gaslini contribuiscono alla costruzione di un ospedale sempre più moderno, impegnato a fondo sia sul versante delle cure mediche e della ricerca scientifica sia su quello del pieno rispetto del valore della persona e del riconoscimento dei diritti dei bambini e delle famiglie in ospedale.

IL CIELO IN UNA STANZAD'OSPEDALE

di E. Benini

La salute psichica del bambino va posta sullo stesso piano di quella fisica, nella consapevolezza che il bambino è un essere unitario da preservare e difendere nella sua interezza.

Il bambino che entra in ospedale si sente, con la sua famiglia, uno straniero, sradicato dal suo universo e tale vissuto genera un senso di solitudine e di sgomento.

E' necessario perciò auspicare una sempre maggiore capacità di ascolto e di riflessione nelle persone che hanno scelto un ruolo e una funzione di responsabilità in ospedale, per poter incrementare "ospedali a misura di bambino", per poter realizzare praticamente, e non solo in senso poetico, "il cielo in una stanza".

La responsabilità individuale e la visione del mondo propria di ciascuno sono gli elementi determinanti per portare "pezzi di cielo" nelle camere dei piccoli degenti.

La maggiore responsabilità nella organizzazione di un reparto ospedaliero appartiene al "primario", il quale può essere, secondo Malombra e Presthus, un conservatore o un trasformatore oppure, secondo il pensiero di C.G.Jung, un introverso o un estroverso: la sua personalità incide sicuramente molto nelle scelte e nel clima del reparto.

La mia esperienza formativa ha inciso nell'individuare questi due tipi psicologici. Credo infatti nella rilevanza della figura del primario, dirigente del reparto, il quale dà l'impronta all'ambiente nel quale vivono gli ammalati. Il primario conservatore è strutturato in modo tale da essere poco incline alle innovazioni o ad una visione olistica del paziente, mentre quello trasformatore si mostra certamente più aperto verso il mondo, verso la totalità della persona. Il primo potrà essere impossibilitato nella trasformazione da blocchi interiori, il secondo potrà divenire creativo e accettare nuove impostazioni; in questo caso importante diviene l'autenticità, cioè se l'innovazione è accettata perché voluta intimamente o semplicemente perché ciò consente un "apparire" o un "arrampicare" nella sfera sociale, nella struttura gerarchica ospedaliera.

La mia prima formazione, come psicoterapeuta, è legata al pensiero junghiano e da questo studioso ho mutuato la suddivisione dei tipi psicologici applicandola ai primari dei reparti ospedalieri. Come ho già detto, credo che la struttura psicologica di chi dirige sia fondamentale per il buon andamento di una organizzazione.

Le persone si possono orientare verso il proprio e l'altrui mondo mediante quella funzione che in essi si è maggiormente differenziata, secondo la direzione dell'interesse e del movimento libidico. L'individuo introverso si rapporta in maniera astratta, tende a sottrarre interesse all'oggetto esterno, come se dovesse difendersi dalla paura di essere dominato dall'altro. L'individuo estroverso, invece, ha un rapporto positivo con l'oggetto esterno: orienta il proprio atteggiamento verso di esso che viene così ad assumere un valore accresciuto di significato proprio per la sua innata disposizione; si potrebbe dire che viene quasi ad essere dominato dall'oggetto esterno, dimenticando a volte la propria soggettività. Queste due personalità generano modalità differenti di relazione: l'una accogliente l'altra difensiva.

I due tipi psicologici citati vengono indagati secondo due canali conoscitivi fondamentali, quello della coscienza e quello dell'inconscio; il primo si definisce tramite l'atteggiamento esteriore, ma è inevitabilmente determinato dal fluire della vita inconscia. L'estroverso guarda il mondo "con lo sguardo dell'altro" ed è

catturato dagli avvenimenti dell'esterno e pertanto la visione soggettiva diviene meno importante; egli ha quindi un atteggiamento verso il sociale e verso i bisogni dell'altro. Il dato soggettivo è in ombra e si potrebbe dire che ha un "inconscio introverso", cioè l'inconscio deve provvedere a compensare l'eccessivo adattamento e provvedere a un controbilanciamento. L'introverso, al contrario, non orientandosi sul dato oggettivo, ascoltando in modo preponderante la prospettiva soggettiva cioè la propria struttura profonda ricevuta in eredità, dovrà provvedere al controbilanciamento, attraverso un raccordo con l'inconscio.

Il medico ha una preparazione culturale di impronta positivistica e pertanto, in tal senso, viene a mancare il supporto di tipo umanistico-filosofico, substrato necessario per un bilanciamento degli opposti e per affrontare il mondo con una visione olistica e fenomenologica. Con l'esistenzialismo si pone l'uomo al centro e si analizza l'uomo nel suo modo di essere nel mondo e nel suo significato esistenziale. Nella riflessione filosofica di Heidegger i modi di essere dell'esserci si articolano su piani successivi: "la situazione affettiva" come modo di essere nel mondo, la "comprensione" come capacità di comprendere a partire dal proprio mondo e di disvelarsi nelle possibilità dell'essere, il "linguaggio" come possibilità di comunicare e di manifestarsi in modo autentico o inautentico.

Questi tre livelli si uniscono in una comune sintesi che Heidegger chiama "cura": questa esprime la natura del "dasein" ed è la capacità di stabilire dei legami con il mondo. E chi interagisce con il bisogno deve sapersi porre in ascolto del proprio universo interiore e di quello dell'altro; colui che considera l'uomo come "unità di soggetto e oggetto", "anima e corpo", "coscienza e inconscio" ha radicato in sé il concetto di "globalità umana" e quindi imposta la relazione su una base olistica. La necessità di un primario "filosofo-antropologo" nasce con Binswanger, medico e antropologo, che ha favorito una riflessione in tal senso, superando la concezione dottrina scientifica-naturalista della medicina, portando avanti il pensiero di Husserl e di Heidegger. La comprensione esistenziale e la situazione affettiva, o tonalità emotiva, si uniscono per creare lo stato ideale di cura, una "cura umanizzata". Ogni essere umano vorrebbe trovare, in una situazione di alto disagio psicologico, quell'accoglienza necessaria per una buona guarigione.

Nell'immaginario collettivo l'ospedale e i camici bianchi sono vissuti come simboli dell'angoscia e della morte, ma un segnale trasformativo delle relazioni può forse aiutare a creare nuovi archetipi: ospedale come luogo di cura e camici bianchi come persone che aiutano a guarire.

"Siamo noi stessi, con l'esercizio della passione e della speranza, a colorare meravigliosamente il mondo" dice Russel.

Le conseguenze di ricoveri e di lunghe degenze sono documentate da numerosi studi dai quali si evince che la privazione di cure affettive può far nascere quel "vuoto" difficile poi da risanare.

L'obiettivo primario è il benessere del bambino e per realizzarlo è necessario creare il terreno che lo può favorire.

Vanno aumentate le competenze psicologiche, la conoscenza di sé, la spinta verso il cambiamento.

Se si impara ad ascoltare la voce del bambino che è in noi si saprà ascoltare la voce del bambino che vive la sofferenza dell'ospedalizzazione.

Il bambino malato deve affrontare una situazione penosa: per la malattia in sé, per il distacco dalla propria casa e dalle proprie cose, perché deve adattarsi a un nuovo ambiente, affrontare cure a volte dolorose e relazionarsi con i genitori che, in tali casi, divengono particolarmente ansiosi o depressi. Gli strumenti concreti si evidenziano in due aspetti assolutamente necessari: la necessità di una adeguata formazione del personale medico, paramedico ed educativo e nel reclutamento dello stesso su basi differenti da quelle attuali, vale a dire assumere quel personale che

dimostra una sensibilità individuale, una capacità riflessiva e una capacità di porsi in relazione su base empatica .

Questi aspetti possono essere osservati, in un periodo di prova, direttamente “sul campo” e attraverso colloqui specifici va rilevato se esiste alla base della persona quell'impronta che un tempo si definiva “missione”.

Può esserci cura senza affettività?

Entrare in ospedale significa sentirsi un po' stranieri, sradicati dalla propria terra e il vissuto dell'essere separati gli uni dagli altri fa nascere un senso di solitudine e di sgomento: chi vede lo sguardo delle persone smarrite? Chi coglie i segni dell'angoscia? Che cosa consente di cogliere questi stati d'animo?

Una spinta individuale profonda o un insegnamento appreso durante corsi di formazione? E' necessario sostituire il paradigma della “cura” con quello più completo del “prendersi cura” e per far ciò credo si debba attingere dal proprio “pozzo” naturale e se da questo si fatica a trovare l'energia giusta si può sempre ricorrere alla formazione dalla quale si dovrebbe apprendere quella capacità riflessiva necessaria per il cambiamento e quindi per migliorare se stessi nel rapporto con gli altri.

La realizzazione del desiderio consiste appunto nella capacità di instaurare un rapporto interpersonale basato sulla immedesimazione emotiva dell'altro e affinché ciò avvenga spesso è necessario intraprendere un percorso individuativo in un lungo viaggio introspettivo. Durante questo viaggio l'individuo si pone in contatto con l'inconscio: l'homo faber, proiettato nella realtà unicamente con la razionalità, inizia ad ascoltare l'homo nocturnus che, attraverso i simboli onirici, creati con i dati che sono stati scartati dall'uomo diurno, lo aiuta a creare un ponte tra conscio e inconscio. Questo faticoso lavoro trasforma l'uomo rendendolo più umano e più ricco di affettività da donare a sé e agli altri.

Per quanto concerne la speranza voglio sottolineare quanto questo bagaglio appartenga geneticamente ad ogni essere umano e quanto questo bagaglio sia di importanza basilare nel viaggio della vita.

Secondo una interessante teoria formulata da Fornari in “Affetti e cancro” si identificano appunto negli affetti una potenza e un ruolo determinante giocato nella nostra vita psichica. E' necessario ascoltarsi e simbolizzare gli aspetti che costituiscono l'anima, intrinsecamente legata agli affetti, per evitare malattie psicosomatiche, sovente legate a stress e “progetti di morte”. Lo stress legato a ospedalizzazioni e malattie è fonte di angosce: per affrontarle è necessario recuperare i “buoni oggetti interni”, cioè quelle immagini sedimentate nella parte più profonda che riemergendo possono consentire una riprogettazione del proprio cammino, sulla via della speranza. La speranza è alla base di ogni guarigione.

La speranza va sempre data.

La scuola è assolutamente indispensabile in ambito ospedaliero, privare il bambino di questo spazio assolutamente vitale significa sottrargli energia vitale.

Questo spazio educativo consente una continuità con la “normalità” e rappresenta un ponte tra il prima e il dopo, tra l'esterno e l'interno. Certo non è sufficiente che venga istituita la scuola in ospedale, ma è necessario che gli insegnanti che prestano il loro servizio accanto al dolore abbiano una profonda consapevolezza di ciò che li attende, una profonda sensibilità, una profonda preparazione. La loro assunzione dovrebbe avvenire in base a carismi individuali e alla propensione verso una professione di aiuto, che in questo caso è ancora più altamente tale. Dice Melania Klein “la capacità di amare è il fattore essenziale per stabilire un buon rapporto con gli altri, per apprezzare la nostra e l'altrui bontà”.

La scuola in ospedale deve configurarsi come un setting che aiuta il bambino a riconoscere la malattia con la sua drammaticità, ma anche con la sua storia evolutiva, a rappresentare a se stesso e a potenziare le sue parti sane, a relazionarsi con gli altri come persona e non come malato.

La presenza degli insegnanti aiuta il bambino a percepirsi non “tutto malato”, ma anche con prospettive di guarigione o comunque di apporti diversi rispetto a quelli medicali e quindi di vivere il suo stato maggiormente legato ad una realtà “sana”. M.Klein afferma che “la capacità di amare è il fattore essenziale per stabilire un buon rapporto con gli altri, per apprezzare la nostra e l'altrui bontà: per ciò cruciali sono la fiducia di base e una genuina apertura verso gli altri...chi è capace di gratitudine si sente ricco dentro e può permettersi il lusso di essere generoso”.