



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**Il ruolo dell'infermiere nella  
relazione assistenziale al paziente  
pediatrico. Uno studio pilota.**

Relatore:  
**Dottor Cotichelli Giordano**

Tesi di Laurea di:  
**Cercaci Agnese**

Correlatore:  
**Dottor Palumbo Pasquale**

A.A. 2019/2020



## **RINGRAZIAMENTI**

*In cuor mio sento di dover ringraziare dal profondo i miei genitori e mio fratello, per avermi dimostrato di essere pienamente fieri di me nell'aver scelto di passare il resto della mia vita al fianco dei miei futuri pazienti, ringrazio loro per avermi dato questa grande opportunità.*

*Ringrazio i miei amici di sempre e gli amici, non che futuri colleghi, trovati durante questi bellissimi anni di università.*

*Al mio ragazzo, al nostro percorso di studi affrontato sempre insieme.*

*Ringrazio tutti loro per aver sempre creduto in me, avermi spronata a non arrendermi mai, a dare sempre il meglio in quello che faccio.*

*In particolare ringrazio Walter Caccioppola, alias Dottor Pupozzi, e Annalisa Cannarozzo per questo bellissimo viaggio, per avermi dato l'opportunità di camminare a loro fianco. Dalle loro passioni, dalla grande gioia che ho visto nei loro occhi e negli occhi di li incontra, posso solo che imparare e desiderare di essere come loro, un giorno. Sono speciali ed è speciale quello che fanno ogni giorno. Il progetto che hanno creato fa del bene, ai più grandi e ai più piccoli, e ha reso me ancora più orgogliosa dell'impegno che preso.*

## **INDICE**

<i>Premessa</i> .....	<i>Pag. 5</i>
<i>Abstract</i> .....	<i>Pag. 6</i>
<i>1.0 Introduzione</i> .....	<i>Pag. 7</i>
<i>1.1 L'ospedalizzazione</i> .....	<i>Pag. 9</i>
<i>1.2 Le Famiglie e la malattia</i> .....	<i>Pag. 12</i>
<i>1.3 L'immaginazione</i> .....	<i>Pag. 14</i>
<i>1.4 Il gioco</i> .....	<i>Pag. 16</i>
<i>1.5 Il ruolo dell'infermiere</i> .....	<i>Pag. 22</i>
<i>1.6 Collaborazione in equipe</i> .....	<i>Pag. 26</i>
<i>1.7 Ridere fa bene</i> .....	<i>Pag. 28</i>
<i>2.0 Obiettivo</i> .....	<i>Pag. 34</i>
<i>3.0 Materiali e metodi</i> .....	<i>Pag. 35</i>
<i>3.1 Il giro visita del Dottor. Pupozzi</i> .....	<i>Pag. 35</i>
<i>3.2 Studio pilota</i> .....	<i>Pag. 43</i>
<i>4.0 Risultati</i> .....	<i>Pag. 46</i>
<i>4.1 Analisi dei risultati del questionario rivolto alle famiglie</i> .....	<i>Pag.46</i>
<i>4.2 Analisi dei risultati del questionario rivolto ai volontari</i> .....	<i>Pag. 50</i>
<i>4.3 Analisi dei risultati del questionario rivolto al personale medico e infermieristico</i> .....	<i>Pag. 53</i>
<i>5.0 Discussione</i> .....	<i>Pag. 58</i>
<i>6.0 Conclusione</i> .....	<i>Pag. 65</i>
<i>7.0 Bibliografia</i> .....	<i>Pag.68</i>
<i>8.0 Sitografia</i> .....	<i>Pag.72</i>
<i>9.0 Allegati</i> .....	<i>Pag. 74</i>

## **PREMESSA**

Questa ricerca rientra nel campo dell'infermieristica pediatrica.

L'infermieristica, nel significato semplice del termine, e l'infermieristica pediatrica sono una unica disciplina, la pediatria è una specializzazione, un valore aggiunto.

Nella disciplina dell'infermieristica è prevista una visione specializzata assistenziale nei confronti della fragilità, che è pediatrica quando riguarda i bambini, ma può anche interessare gli anziani, i disabili etc.

L'infermiere assiste una persona che ha un bisogno di tipo principalmente sanitario, cioè è affetta da un problema di salute. Il bisogno consiste nella rottura di un equilibrio, di un'omeostasi, dovuta all'aumento di fattori aggressivi e/o alla riduzione dei fattori difensivi. Questi due fattori normalmente in una situazione di normalità si equivalgono, quando si abbassano i difensivi e di conseguenza gli aggressivi si alzano, o viceversa, si manifesta il bisogno di assistenza.

Il bambino è fragile perché è un essere in formazione, l'onda della parabola dello sviluppo è in salita, per cui alcune cose devono essere modulate non solo sul piano fisico, ma anche sul piano relazionale. Un bambino più cresce più acquisisce la capacità di relazionarsi con il mondo degli adulti, il processo di sviluppo di tale capacità richiede del tempo, dunque se arriva un trauma (la malattia, il trauma, un ambiente estraneo come l'ospedale) che ne impedisce l'acquisizione naturalmente il bambino avrà più difficoltà ad adattarsi. Questa è certamente una fragilità, ma essendo il bambino un essere in via di sviluppo e con la dovuta assistenza questa è un tipo di fragilità in divenire, dall'altra parte anche l'anziano presenta delle fragilità, in quanto perde risorse e capacità dovuto al normale processo della vita. L'ottica con cui l'infermiere guarda queste due diverse fragilità è la medesima. Anche se per trattare un paziente pediatrico si necessita di una specializzazione, in tutti i campi in cui si applica l'infermieristica, c'è sempre lo stesso obiettivo da parte di chi esercita, cioè la capacità di leggere le diversità della fragilità.

## ABSTRACT

L'ospedalizzazione può essere una esperienza devastante per alcuni bambini e per i loro genitori. L'impatto sugli operatori che eseguono le procedure e che a volte devono contenere il bambino che si oppone, è una condizione di grave stress che richiede un'adeguata preparazione all'assistenza. L'angoscia e le strategie di coping dei bambini vengono influenzate da chi assiste ed è quindi importante adottare i sistemi che più aiutano i bambini a sentirsi in un ambiente protetto, rendendo l'iter ospedaliero più sereno possibile.

Obiettivo dello studio: analizzare l'utilità di una figura all'interno dell'equipe che moduli il rapporto con il paziente, in base ai bisogni richiesti e alle caratteristiche della singola persona che necessita di un supporto psico-fisico e se all'interno del contesto lavorativo per il personale infermieristico porta a dei benefici e di che tipo.

Campione dello studio: I campioni presi in riferimento sono 3, il personale medico e infermieristico, i volontari che partecipano al progetto e le famiglie i cui figli sono stati ricoverati nel reparto di Cardiocirurgia Pediatrica e Congenita di Torrette.

Materiali e metodi: La raccolta dei dati è stata fatta tramite la somministrazione di 3 questionari differenti alle tre tipologie di campione, con domande mirate al singolo ruolo che essi svolgono nel progetto.

Risultati: Le esperienze più frequentemente riportate dai 3 campioni in questione sono state positive, la presenza di un tecnico professionista della relazione svolge un ruolo importante ed è utile sia per i piccoli pazienti aiutandoli ad avere meno paura dell'ambiente ospedaliero e modificando in positivo la percezione del personale che lo assiste, è utile anche al personale medico e infermieristico perché dimensiona le attività alla comprensione del paziente pediatrico, facilitando in certi versi il loro lavoro.

Conclusioni: Una combinazione di fattori protettivi e di strategie di coping mirati sono utili per migliorare l'assistenza al paziente pediatrico. Una metodologia simile a quella proposta può essere valida per qualsiasi tipologia di paziente con delle fragilità e che richiede un'assistenza non solo per conservare un adeguato sostenimento fisico ma che necessita di essere accompagnato anche psicologicamente durante il percorso. Lo studio affrontato permette di raccomandare fortemente l'utilizzo del metodo analizzato e di incentivare la sua diffusione nei più svariati contesti

## 1.0 INTRODUZIONE

La salute è una condizione di benessere, cioè di armonico equilibrio, fisico, psichico e sociale dell'individuo che non consiste solo in un'assenza di malattia o di infermità. Tutti gli organismi, per rimanere nella condizione di salute, devono mantenere un complesso equilibrio dinamico od omeostasi, in quanto sono costantemente sottoposti a sollecitazioni da parte di forze avverse interne ed esterne definite stressors. La risposta adattiva dell'organismo, per mantenere l'omeostasi in risposta agli stressors, può essere definita 'allostasi', termine che significa 'capacità di mantenere la stabilità attraverso il cambiamento'.

Il termine 'eustasis' viene utilizzato per indicare una risposta appropriata, quello di 'cacostasis' indica un adattamento non ottimale, in quanto caratterizzato da una risposta inadeguata, eccessiva e/o prolungata.

Il termine 'malattia' deriva da mala-actio, ossia malattia indotta per azione errata, dovuta all'ignoranza della mente del soggetto(ego/io)<sup>1</sup>.

La malattia intesa come vissuto del malato è caratterizzata dalla sensazione, dall'esperienza totalmente personale e soggettiva della perdita della salute. Spesso è accompagnata dalla presenza della malattia "oggettiva", ma non necessariamente. La malattia intesa come 'modello medico' è caratterizzata da un processo patologico, da una deviazione da una norma biologica. Intrinseca in questa definizione vi è una oggettività che permette ai medici di vedere, toccare, misurare il processo patologico. Di solito è accompagnata dalla malattia come esperienza soggettiva, ma non necessariamente.

In generale, con il termine malattia viene definito uno stato patologico per alterazioni delle funzioni di un organo o di tutto l'organismo. Attualmente, viene intesa come un'alterazione dei fenomeni biochimici o fisiologici dell'organismo, provocata da un fenomeno esterno all'organismo stesso o da un fenomeno interno di natura genetica. La malattia rappresenta un momento di profonda crisi, sia a livello biologico, poiché

---

<sup>1</sup><http://www.informasalus.it/it/articoli/concetto-di-malattia.php> consultato in data: 10.10.2020

comporta limitazioni, sofferenze e disagi, sia a livello esistenziale perché si altera tutto il ritmo di vita dell'individuo malato e di chi lo assiste<sup>2</sup>.

Il bambino vive tale momento in modo più traumatico, proprio perché a differenza dell'adulto, ancora non possiede tutte le conoscenze e gli strumenti cognitivi che gli permettono di cogliere appieno ciò che sta accadendo intorno a lui.

Le necessarie misure terapeutiche a cui un piccolo paziente deve sottoporsi rappresentano un aspetto molto pesante della malattia.

Si troverà quindi sotto la pressione di due pericoli: uno interno, caratterizzato dalla sua paura e uno esterno, caratterizzato dal medico e dalle terapie.

Il piccolo paziente, che vive nel momento presente, non può superare la frustrazione che le cure dolorose gli procurano, pensando ai benefici futuri. Il bambino non è ancora in grado di effettuare delle deduzioni da elementi che non sono presenti. Egli tende ad attribuire il carattere doloroso delle terapie alle persone che le compiono, ad esempio "il dottore è cattivo!" [1] ; sembrerebbe quindi che il bambino tema non tanto la malattia, quanto tutte le sue conseguenze.

---

<sup>2</sup> <http://www.informasalus.it/it/articoli/concetto-di-malattia.php>



## 1.1 L'OSPEDALIZZAZIONE

Nel corso di un'ospedalizzazione diventa essenziale incoraggiare il bambino a mantenere vivo un rapporto con la propria immaginazione e a canalizzare nelle storie e nei disegni le sue fantasie, paure e bisogni<sup>3</sup>.

Il ricovero in ospedale genera ansia nel bambino, perché vive questi eventi come una minaccia incontrollabile alla sua integrità, la causa di perdita di autonomia, del senso, del tempo e della continuità dell'esperienza, fondamentali per la sua crescita serena [2]. La diagnosi, le procedure medico – infermieristiche, ritrovarsi in un ambiente non familiare come l'ospedale ricco di abitudini e di volti nuovi per lui, di fronte al dolore percepito in prima persona innanzitutto, ma anche constatato nei genitori, il bambino si sente spaventato e in pericolo. Le cure inducono una regressione e sono vissute come una punizione, che a sua volta genera sentimenti di odio e aggressività nei confronti dell'adulto da cui il bimbo dipende. Se il bambino non riceve informazioni adeguate alla sua capacità di comprensione, il ricovero può essere davvero fonte di grave angoscia [3] e sente la necessità di richiedere l'attenzione degli adulti per cercare conforto e sicurezza. Questa situazione può costituire un momento potenzialmente traumatico che minaccia il senso di sé e la sua fiducia nel mondo.

L'ospedale è un'istituzione totale [4]. Ad Ervin Goffman si deve la formulazione di questo concetto a cui è arrivato attraverso una ricerca all'inizio degli anni '60 sui manicomi e sulle carceri. Goffman definisce le "istituzioni totali" come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che - tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo - si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato [5]. La caratteristica totalizzante si esprimerebbe quindi attraverso: l'impedimento allo scambio sociale e ai rapporti con il mondo esterno<sup>4</sup>; le attività vengono svolte quotidianamente sempre nello stesso luogo sotto la stretta sorveglianza da parte dello staff dell'istituzione; la presenza di un sistema di regole ferree e ripetitive che scandiscono le varie attività che fanno scaturire una standardizzazione dei

---

<sup>3</sup> <http://www.ospedalebambinogesu.it/il-gioco-nella-cura-del-bambino-in-ospedale>

<sup>4</sup> <https://www.treccani.it/vocabolario/vissuto/>

comportamenti e in fine lo svolgimento di tali attività è diretto al perseguimento dello scopo ufficiale dell'istituzione<sup>5</sup>.

Se il manicomio è tale per essere un luogo specifico di un paziente fragile, il paziente pediatrico è un paziente specifico per una fragilità legata all'età, all'immaturità della persona, ma non all'assenza di individuo. L'ambiente ospedaliero e l'ospedalizzazione interagiscono in egual modo sullo stato psico-emotivo ed evolutivo di un paziente, a qualsiasi età o genere.

Un esempio che caratterizza l'istituzione totale è la divisione tra staff e pazienti. La diversificazione viene attuata attraverso la divisa o l'uniforme indossata dall'infermiere e non dal paziente, ma non solo, in quanto vi è anche una suddivisione tramite il colore della divisa riferita al profilo professionale di appartenenza. La parola "divisa" e "uniforme" indicano un modo di vestire uguale per mostrare l'appartenenza a un corpo, a una categoria o a un ordinamento, ma mentre la prima ha radici nel latino "dividere", separare, la seconda viene fatta risalire sempre al latino "uniformis", stessa forma<sup>6</sup>.

La divisa ha un ruolo importante nella percezione che il pubblico ha degli operatori sanitari<sup>7</sup>; è un mezzo comunicativo non verbale che ci dice a prima vista qual'è il ruolo del professionista e quali qualità, atteggiamenti possiamo aspettarci da questo [6]. Indossare una divisa permette di avere una facile identificazione in modo da ridurre il disorientamento dei pazienti e dei loro cari dovuto al cambiamento dall'ambiente familiare. Agli occhi del bambino però non viene percepito allo stesso modo: Meyer nel 1992 ha condotto uno studio con lo scopo di comprendere come i bambini vedono la divisa e cosa provano di fronte a divise diverse. Sono stati selezionati 100 bambini: 50 con precedenti ospedalizzazioni e 50 con nessuna. È risultato che la divisa che faceva più paura era quella bianca (divisa tradizionale) mentre quella meno paurosa e preferita dai bambini era quella colorata. I bambini esprimono quindi la necessità e l'importanza che gli infermieri indossino divise adatte per la loro età, divise che li facciano più amichevoli, simpatici in quanto li avvicinano al loro mondo. Dalla ricerca si può capire che ai bambini piace il colore. La divisa inoltre determina il tipo di ambiente percepibile all'interno del reparto e incide nella comunicazione tra gli infermieri e il bambino-famiglia sottolineando la necessità che la divisa crei un'atmosfera rilassante e non

---

<sup>5</sup> <https://www.rivistadiscienze sociali.it/il-corpo-non-corpo-in-una-istituzione-totale-il-carcere/>

<sup>6</sup> <https://www.ilgiornale.it/news/cultura/rigattiere-parole-divisa-e-uniforme.html>

<sup>7</sup> <https://www.nurse24.it/infermiere/abbigliamento-ausili-tecnici.html>

autoritaria, rafforzando quindi la necessità dell'abbandono delle divise classiche in quanto ciò permetterebbe agli infermieri di avvicinarsi maggiormente al mondo dei bambini e di incentivare la creazione di una corretta relazione di cura. Questo a dimostrazione del fatto che non è corretto standardizzare un sistema ad ogni categoria di paziente, bisogna invece adattarsi al contesto e apporre le modifiche laddove è possibile intervenire.

A proposito di questo negli ultimi anni in Italia vi è la tendenza, soprattutto da parte degli infermieri che operano in pediatria, a non utilizzare o a non voler utilizzare le divise ufficiali fornite dagli ospedali in quanto poco adatte all'ambiente pediatrico perché "neutre" e inespressive. Questo desiderio deriva dal bisogno di rendere l'ambiente più amichevole e più a misura del bambino che è il centro dell'assistenza<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> <http://www.area-c54.it/public/la%20divisa%20infermieristica%20come%20gli%20altri%20la%20desiderano.pdf>

## 1.2 LE FAMIGLIE E LA MALATTIA

E' importante che intorno a lui ci sia un ambiente positivo che lo faccia sentire al sicuro, protetto e non un clima di tensione, perché altrimenti anche lui tenderà ad essere teso e irrequieto. I bambini non sono tanto colpiti dagli avvenimenti in sé, quanto dall'atmosfera che li circonda, tanto che le reazioni che lui osserva appaiono più significative delle sensazioni fisiche provate.

Per poter capire ed elaborare la propria malattia, il bambino deve poter essere sicuro che le persone intorno a lui lo aiuteranno o gioiranno insieme a lui.

La comparsa di una patologia che affligge un figlio è per i genitori un evento destabilizzante, ai quali provoca terrore e senso di impotenza, perché non ne comprendono la causa, cosa comporterà e devono necessariamente affidare la vita del proprio figlio nelle mani di persone completamente sconosciute. Il senso di colpa è la sensazione per prima percepita, in quanto il genitore teme di aver generato tale dolore al bambino, si sentono la causa della patologia del figlio e si accusano di non averlo seguito adeguatamente.

Questo atteggiamento di colpa può portarli a cercare di farsi perdonare dai propri figli, adottando un comportamento iperprotettivo e permissivo: la famiglia abbandona regole, sommerge il bambino di attenzioni, diviene estremamente docile e permissiva. Tutto ciò fa sì che il piccolo paziente consideri la malattia un'esperienza gratificante e che procura notevoli vantaggi. Oppure può preoccuparlo notevolmente, poiché penserà che se i genitori si comportano così, allora ha qualcosa di grave. Anche una piccola malattia può essere vissuta dal genitore come una sconfitta personale, un fallimento. Spesso si desidera per il proprio figlio quello che non si è avuto in età infantile: ciò genera in particolare una "protezione da tutte le minacce della vita".

Molto più pericoloso è l'atteggiamento di iperprotezione nei confronti del figlio. Sembra quasi che questi non vogliano accettare la guarigione dello stesso poiché l'ansia generata dalla malattia e la preoccupazione per la possibile morte del bambino impedisce loro di vivere serenamente.

Una tipica reazione che si manifesta all'insorgere della malattia è la negazione, che consiste nell'incredulità della diagnosi, critiche verso i medici e la stressante ricerca di un dottore che non confermi l'esistenza della malattia. Non bisogna però dimenticare

che all'inizio tale atteggiamento di diniego della realtà può aiutare a superare il trauma, ma se questo tende a protrarsi ed ad associarsi ad inutili e pericolosi sentimenti di aggressività e risentimento, può ostacolare l'accettazione della patologia e di conseguenza delle cure necessarie.

Quindi l'equilibrio familiare viene notevolmente modificato dalla malattia. Quando un membro ne viene colpito, tutti i componenti vengono direttamente o indirettamente toccati. Si modifica la routine quotidiana a causa della necessaria assistenza al malato, si riduce il normale lavoro domestico e in caso di serie patologie, possono modificarsi anche le relazioni sociali della famiglia, che tenderà a isolarsi.

Sia i bisogni di chi non sta bene, che le pretese degli altri familiari, possono creare dissapori e conflitti .

### 1.3 L'IMMAGINAZIONE

L'immaginazione è una forma di rappresentazione della realtà. Tale produzione può essere stimolata da autoinduzione o da compiti di immaginazione definita Guided Imagery (GI). Può essere utilizzata questa tecnica per rilassare, motivare, per esplorare ed elaborare le emozioni, le memorie passate e gli scenari di vita futuri, per focalizzarsi su specifici problemi. [7].

Quest'ultima è un intervento infermieristico olistico non farmacologico di tipo mente-corpo che presenta evidenze e prove di efficacia nell'assistenza infermieristica pediatrica. Alcuni studi hanno dimostrato che l'immaginazione guidata può ridurre l'ansia, l'utilizzo di analgesici e la durata della degenza per i pazienti chirurgici [8]. La GI è uno strumento assistenziale molto potente perché utilizza il linguaggio principale della mente del bambino: l'immaginazione. Nel processo immaginativo della produzione ed elaborazione delle immagini possiamo avere una sintetizzazione di un percepito, un confronto tra le descrizioni proposizionali memorizzate, una descrizione di scene, attivazione di frame di immagini.

Secondo il modello teorico cognitivo - computazionale, la sequenza immaginativa è costituita da un deposito a lungo termine delle esperienze passate, dalla trasformazione dei ricordi in esperienze coscienti (immagini mentali) e dal mantenimento delle esperienze coscienti, per la frazione temporale necessaria a compiere ulteriori operazioni mentali come l'esplorazione, la descrizione o altro. Un altro fattore fondamentale per capire il processo immaginativo è la sua influenza a livello della memoria, tramite la presenza di un doppio sistema di codifica delle informazioni: verbale e immaginativo. Gli stimoli figurativi come oggetti, scene, disegni, sono più facili da ricordare rispetto agli stimoli verbali perché attivano immediatamente una doppia codifica, una per immagini (analogica) e una verbale. Per quanto riguarda gli stimoli verbali si possono avere casi in cui parole, frasi, brani abbiano un alto valore d'immagine, con una relativa codifica verbale e una facile codifica immaginativa, come ad esempio "clown", oppure a basso valore d'immagine, in cui, alla codifica verbale è seguita con difficoltà una codifica immaginativa, come ad esempio "obiettivo". Dunque la presenza costante di una doppia codifica in presenza di stimoli figurativi consente un potenziamento mnemonico superiore rispetto agli stimoli verbali [9].

L'immaginazione è un'esperienza cognitiva ed emozionale quotidiana nei bambini e questa loro naturale capacità può essere utilizzata dagli infermieri nell'assistenza pediatrica attraverso la tecnica della GI. Il linguaggio immaginativo nei bambini è più sviluppato ed ha una maggiore profondità rispetto agli adulti. I bambini tendono a sviluppare le loro capacità immaginative ad un più alto livello tra gli 8 e 12 anni, caratterizzato da esperienze in cui la percezione del loro mondo immaginativo diventa una esperienza reale, dove non c'è più differenza tra immaginato e mondo esistente. Le variabili fondamentali che più influenzano l'asse psicosomatico sono la chiarezza, l'intensità, la presenza di colori, la dinamica e la componente temporale delle immagini, e i bambini presentano una elevata capacità naturale nella gestione e nel potenziamento di queste variabili [10]. Gli infermieri devono essere pronti a sfruttare questa capacità immaginativa dei bambini a loro favore, stimolandolo a lavorare con la propria immaginazione in modo da rendere tutte quelle procedure estranee e spaventose il più familiari possibile. Questo è reso possibile grazie però ad un legame di reciproca fiducia creatosi precedentemente, nei primi approcci tra bambino ed operatore. In questo modo, avendo una conoscenza basilare di quello che piace al bambino, delle sue passioni e delle sue paure, è possibile ricreare una storia intorno a qualsiasi procedura che si applica sul bambino, rendendolo partecipe durante tutta la fase.

## 1.4 IL GIOCO

Il gioco per il bambino è qualcosa di bello e divertente, ma anche qualcosa di serio. L'attività ludica è prima di tutto un atto libero, che si svolge per puro piacere dello spirito [11] e quindi diverte e coinvolge chi vi si dedica, altrimenti non ha senso. Ma è allo stesso tempo una cosa seria perché è proprio attraverso il gioco che il bambino si mette alla prova, entra in relazione con l'ambiente ed esprime la propria fantasia e le proprie attitudini<sup>9</sup>.

Il gioco è un fabbisogno fisiologico [12]: il bambino non può farne a meno, è il suo modo per approcciarsi al mondo, per assimilare esperienze e di conseguenza imparare. Alcune attività ludiche si presentano come veri e propri terreni di ricerca e di scoperta<sup>10</sup>. Quando un evento è eccessivo il cervello non riesce a digerirlo e ad elaborarlo: il trauma causa un'interruzione della normale elaborazione adattiva dell'informazione che resta incapsulata in modo disfunzionale nelle reti della memoria. Nel gioco tutto questo si riflette con evidenza, per questo motivo è uno strumento utile per comprendere lo stato emotivo e il modo in cui il bambino percepisce il susseguirsi degli eventi: in contrasto con il gioco normale che è dinamico ed espressivo del mondo interno, il gioco posttraumatico è spesso stagnante, carico di ansia, costretto, ripetitivo, rigido, disorganizzato, privo di immaginazione e senza soluzione. Le memorie vengono immagazzinate in modalità senso motorie, come sensazioni somatiche e immagini visive<sup>5</sup>. Durante un evento traumatico, inoltre, l'area del cervello deputata alle funzioni del linguaggio appare bloccata, limitando la capacità di narrare l'esperienza.

Il bambino si sente spaventato e in pericolo e sente la necessità di richiedere l'attenzione degli adulti per cercare conforto e sicurezza; lo fa tornando ad una condizione di dipendenza: bambini che prima della diagnosi avevano imparato a camminare in modo autonomo, ora chiedono di essere portati in braccio; adolescenti che prima insistevano per essere lasciati in pace dai genitori, ora chiedono loro di aiutarli a vestirsi.

L'angoscia è lo stato d'animo più comune che si traduce in comportamenti quali il rifiuto di dormire, esplosioni di rabbia e aggressività verso i genitori. Ci sono bambini che reagiscono in maniera attiva e altri in maniera passiva: i primi si disperano

---

<sup>9</sup> <https://culturaemotiva.it/2017/col-gioco-niente-gioco-ospedale/>

<sup>10</sup> <https://famiglia.chiesacattolica.it/wpcontent/uploads/sites/23/2016/11/Animatema-2-INT-1.pdf>



piangendo e piagnucolando, gridando e opponendosi fermamente alle terapie cercando di aggrapparsi ai genitori per non doversi sottoporre alle medicazioni, mentre i secondi tendono a dormire eccessivamente, perdere l'appetito, perdere l'interesse generale nei confronti delle persone e delle situazioni e comunicare di meno.

Di fronte a questi vissuti, il gioco è fondamentale nella vita di un bambino e probabilmente all'interno del contesto ospedaliero l'attività ludica assume un'ulteriore importanza, in quanto è uno dei pochi spazi in cui il bambino può collocare ed esprimere le proprie esperienze di paura, angoscia e dolore. Per affermare la voglia di vivere e reagire al meglio di fronte alla malattia, stimolando le risorse positive dell'individuo, il gioco è un piacere, un momento e uno spazio all'interno del quale il bambino può tornare ad essere veramente se stesso e non un paziente ospedalizzato. Nel gioco, egli non è più un giovane individuo che ha dovuto imparare precocemente il funzionamento dell'istituzione "ospedale", dove conosce più infermieri e medici che coetanei, dove è più a contatto con materiale sanitario che con giocattoli, costretto in uno spazio chiuso e limitato piuttosto che libero di divertirsi in un parco giochi, volare sull'altalena o salire su un scivolo. Infatti egli non è in grado, come un adulto, di comunicare in maniera discorsiva sui propri stati d'animo, distinguere il dolore fisico da quello mentale e raccontare a parole in modo preciso cosa prova. Ma con il gioco, tutto è possibile. Il gioco infatti è un'attività in cui il bambino si sente competente e libero di esprimersi. Ed è proprio questa una delle strade per affrontare la malattia, perché è uno spazio in cui le fantasie e le paure del bambino possono essere espresse e rielaborate. Un bambino che non gioca è un individuo la cui capacità di accettare e rielaborare l'angoscia e la paura è momentaneamente bloccata.

Perché queste esperienze possano essere elaborate bisogna quindi muoversi oltre le parole e il linguaggio verbale, aiutando i bambini a recuperare il contatto con le proprie capacità di giocare e di esprimersi.

Il gioco è un atto connaturato nell'agire umano e sin dai tempi più antichi è stato oggetto di interpretazioni che a lungo lo hanno collocato tra le attività alternative alla serietà dell'impegno del lavoro.

I primi studi relativi al gioco risalgono al XIX secolo con gli studi di Locke [13] e Rousseau [14] grazie ai quali inizia ad essere sempre più presente l'idea che il gioco sia utile in ambito didattico, in particolare come strategia per motivare

all'apprendimento e favorire i processi educativi. Il gioco in questo senso è legato alla figura dell'educatore che lo utilizza come strumento per direzionare l'agire educativo. Con il consolidarsi delle teorie pedagogiche ottocentesche il gioco assume un valore di per sé anche come attività libera, seria e fondamentale per lo sviluppo del bambino. Frobel [15] arriva a sostenere che il gioco influenzi i processi di costruzione dei rapporti di senso e significato tra il bambino e il mondo (delle cose e degli uomini) [16]. Questo suo insegnamento apre le porte all'intensificazione degli studi sul gioco fino al XX secolo periodo in cui si ritrovano le più importanti teorizzazioni sul tema in varie aree di ricerca scientifica: sociologica, storico-antropologica, psicologica e pedagogica. La ricerca psicologica, come ha analizzato i rapporti fra attività ludica e sviluppo intellettuale (e sociale, dato che la socializzazione richiede la maturazione delle capacità cognitive), allo stesso modo ha cercato di delineare quelli fra attività ludica e sviluppo affettivo ed emotivo. Il primo ad occuparsene fu Sigmund Freud [17][18][19] che rintracciò nei giochi del maschio, il tentativo di imitare il padre e ricoprirne il suo ruolo, mentre con i suoi giochi la femmina cerca di attuare quell'autorità che le viene negata. Freud segnalerà l'attivazione, durante i giochi dei bambini, del processo di identificazione. Il gioco è in grado di aiutare i bambini a superare le loro paure, perché gli consente di trasferire l'oggetto del timore su un altro oggetto, familiare e quindi non pericoloso [20]. Per molto tempo si sono contrapposte sull'argomento due teorie praticamente opposte: quella del "post-esercizio", di Edward H. Carr, per cui l'attività ludica servirebbe a ottimizzare una nuova dinamica comportamentale e quella del "pre-esercizio", di Karl Groos, che vede il gioco come momento propedeutico alla vita adulta.

Nell'esperienza di malattia ed ospedalizzazione il gioco permette di preservare il corretto sviluppo cognitivo, psicologico e affettivo del bambino. In questo senso nell'offrire al bambino ricoverato occasioni per giocare, si perseguono alcuni obiettivi educativi:

- 1) Attraverso il gioco il bambino continua e completa il suo percorso di sviluppo contribuendo a mantenere viva la sua parte sana e a far emergere le sue capacità e le sue possibilità;

- 2) Gli permette di condividere spazi e giochi con altri bambini favorendo quegli scambi di relazione interpersonale premessa alla socializzazione. Il gioco infatti è anche contesto di sviluppo di competenze relazionali e meta-comunicative;
- 3) Il gioco è una delle condizioni sociali al cui interno diviene possibile la reale emersione del sé. Nella funzione simbolica, in particolare, e in quella di assunzione di ruolo, il gioco consente al bambino di identificarsi, distanziandosi quanto vuole dalla propria immagine, immaginando se stesso come fosse un altro. Tutto ciò però si deve necessariamente inserire in un contesto, cioè dentro una cornice di riferimento nella quale il bambino esercita e imita i comportamenti adulti;
- 4) Il gioco può anche diventare non solo un'esperienza personale e sociale, ma anche una cornice dentro cui leggere gli eventi [21];
- 5) Infine il gioco può essere una forma di comunicazione in psicoterapia [22], cosa che sottolinea anche K. Lewin, il quale osserva che il bambino passa più facilmente dell'adulto dal piano della realtà al piano dell'irrealtà, cioè la rappresentazione modificata delle situazioni in cui è immerso nella vita reale; e su tale piano di irrealtà si muove in modo libero e con ritrovato senso di sicurezza. Il gioco perciò offrirebbe la possibilità di esprimere desideri o tensioni che non avrebbero sfogo altrimenti.

In ospedale il gioco può assumere connotazioni e funzioni diverse e dovrebbe essere condotto da personale adeguatamente preparato, volontario o professionista. Attraverso il gioco il bambino ha la possibilità di dare spazio all'espressione delle sue emozioni: paura di essere abbandonati, timore delle figure estranee che lo toccano e lo manipolano, delle procedure mediche a cui lo sottopongono ma anche rabbia e aggressività che possono essere incanalate nel gioco.

Le funzioni del gioco possono essere terapeutiche, simboliche e preventive. Il gioco, nella sua funzione terapeutica, è un valido strumento delle condizioni di passività causate dalla malattia e dalla degenza e consente di stabilire l'equilibrio nel suo sviluppo. La funzione simbolica si esplica attraverso modalità di gioco che servono al bambino per affrontare e rielaborare l'ansia, la rabbia, la frustrazione dell'esperienza che sta vivendo [23].

Il gioco in ospedale è realmente d'aiuto al bambino se l'adulto gioca con lui, poiché avere a disposizione semplicemente dei giocattoli può essere sufficiente per far passare il tempo ma non per ridurre ansie e timori.

Il gioco contribuisce ad alimentare un atteggiamento di disponibilità nei confronti del mondo che li circonda. [24].

Attraverso esso il bambino sperimenta la sospensione temporanea della frustrazione, poiché durante la sua esecuzione gli ostacoli vengono affrontati con serenità e allegria, migliorando il proprio atteggiamento nei confronti del mondo [25]

L'intervento deve essere proposto quotidianamente ad orari prestabiliti, in quanto la ritualità del gioco diventa un punto di riferimento nella giornata del bambino, il quale dovrebbe essere seguito dallo stesso operatore. Caratteristica fondamentale del gioco è che sia inserito in un tempo e in uno spazio che ne delineano l'aspetto universale e sano del giocare.

Il gioco è un'arena negli ambienti di assistenza sanitaria nella quale i bambini possono esercitare il loro potere e fare delle scelte. Gli adulti possono controllare lo spazio e stabilire il tempo, ma sono i bambini che hanno la fantasia e l'immaginazione. Con questi strumenti, il gioco apre una finestra attraverso la quale i bambini possono elaborare le loro esperienze, presenti e passate e cogliere nuovi significati.

E' possibile individuare una finalità generale in virtù della quale risulti effettivamente valido attivare spazi di gioco e professionisti che lo conducano. Lo scopo principale è quello di sostenere la parte sana del bambino e permettere il permanere di un equilibrato sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo.

Le funzioni principali di laboratori creativi dovrebbero quindi essere:

- La scoperta del reale come punto di partenza per permettere al bambino di proseguire il suo cammino di crescita e sviluppo anche in ospedale;
- La socializzazione come elemento fondante per la relazione interpersonale col gruppo dei pari
- La scoperta del sé come concreto mezzo di conoscersi e comprendere i propri bisogni, le proprie attitudini e preferenze, le proprie aspirazioni future;
- La Significazione del reale cioè la reale spiegazione di quanto accade, la possibilità cioè di dare senso all'esperienza vissuta;
- La sicurezza che perette al bambino o all'adolescente di contenere le proprie paure e insicurezze incanalandole nell'attività ludica;
- L'espressione di emozioni vissute prima e dopo il ricovero;

- La libertà di esercizio del pensiero e dell'immaginazione creativa, ovvero consentire al bambino di aprirsi al mondo che lo circonda per far entrare gli spunti necessari alla crescita della propria personalità.

## 1.5 IL RUOLO DEGLI INFERMIERI

Essendo innata nei bambini la capacità di ripresa, il ruolo degli adulti è quello di svolgere la funzione cerotto: come il cerotto non cura ma protegge e sostiene il corpo mentre questo si cura da solo, così gli adulti possono creare dispositivi per proteggere lo spazio di gioco del bambino per permettergli di accedere alle proprie risorse. Importante è quindi facilitare il gioco e, quando richiesto, lasciarsi coinvolgere assecondando i bambini senza intervenire in maniera direttiva. I ricordi e le esperienze difficili possono così essere canalizzati nel gioco anche quando il bambino non sia pronto a riconoscerli o le parole falliscano; possono trovare una forma ed essere pensate, affinché possa essere riavviato un pieno funzionamento mentale<sup>11</sup>.

Interessante a questo proposito è partire dalla situazione attuale, dagli oggetti che i bambini trovano in ospedale per stimolare la loro creatività e la fantasia, costruendo qualcosa di nuovo e di diverso; in questo modo si potrebbero rendere meno ostili alcuni degli strumenti che più si incontrano in un'esperienza di ricovero.

Proprio per questo sono stati inventati giochi di familiarizzazione e di trasformazione degli oggetti sanitari che più comunemente vengono usati, in modo da chiarire in maniera semplice ed efficace il loro utilizzo, cercando di fugare le paure dei bambini legate alla non conoscenza degli stessi. Inoltre la capacità di trasformare e vedere le cose da un punto di vista diverso, più a misura di bambino, può essere la carta vincente per affrontare la quotidianità in ospedale. Siringhe che diventano api o farfalle che volano in giro, scatole di medicinali che diventano le casette di un villaggio, abbassalingua che truccati con cotone e garzette diventano i personaggi di una storia, guanti gonfiati che diventano simpatici galletti. Un bambino che comprende e conosce la sua situazione, ciò a cui si dovrà sottoporre e le motivazioni, è un bambino più sicuro, meno spaventato e più partecipe. Gli operatori sanitari come medici, infermieri, specializzandi-medici risultano agli occhi dei bambini come un qualcosa di cui aver paura; ad esempio il medico viene visto come una figura di un certo prestigio, i piccoli pazienti capiscono che questi hanno un ruolo di una certa importanza. Tutte queste informazioni le percepiscono tramite il linguaggio che egli usa, scientifico, di alto grado delle quali non ne comprendono il significato. La paura legata all'infermiere, invece,

---

<sup>11</sup> <http://www.ospedalebambinogesu.it/il-gioco-nella-cura-del-bambino-in-ospedale>

dipende dal fatto che egli principalmente agisce direttamente sul bambino: è la figura che svolge molte volte delle procedure dolorose sul bambino. Per aiutare i bambini è fondamentale rivolgere l'attenzione proprio a loro, partire dalle loro idee, cogliere i loro stato d'animo e le loro impressioni. Forse il lavoro più difficile da fare sul paziente pediatrico è proprio quello dell'infermiere e per poterlo svolgere al meglio occorre necessariamente creare tra paziente e operatore un rapporto di fiducia fondamentale per fa sì che l'esperienza in ospedale risulta il meno traumatica possibile. È inoltre molto importante che il personale infermieristico riconosca paure e bisogni del bambino ospedalizzato. Un piccolo paziente ha, infatti, bisogni caratteristici dell'età evolutiva e diversi da quelli dell'adulto; in ospedale, l'infermiere fornisce le cure adatte che riducono lo stress e le paure dei bambini proprio perché accerta i loro bisogni specifici, che differiscono per età, livello di sviluppo e caratteristiche personali. Le paure più ricorrenti individuate nel bambino in ospedale sono la separazione dai genitori, il dover trascorrere del tempo lontano da casa ed il doversi sottoporre a procedure mediche (spaventano in particolare i prelievi e le punture). Alcuni bambini hanno paura dell'alterazione che il proprio corpo può subire a causa di interventi o cicatrici; l'apparenza per gli adolescenti è molto importante e l'essere diversi dai coetanei, per una modificazione della propria immagine, può essere vista come una punizione per tutta la vita.

La parola dei bambini e le loro idee sulla figura dell'infermiere raramente vengono prese in considerazione; pochi studi sono stati effettuati sulle loro aspettative in quanto spesso i genitori agiscono come loro delegati. Per essere un buon infermiere risultano fondamentali alcune caratteristiche: la comunicazione, la professionalità, la sicurezza, l'apparenza e le abitudini personali, quali l'essere gentile, amichevole, rassicurante, sincero, rispettoso e disposto ad ascoltare [26].

Secondo uno studio svolto nel 2010 presso l'ospedale infantile Regina Margherita di Torino e le unità di pediatria dell'ospedale Martini di Torino e dell'ospedale Santa Croce di Moncalieri, il 55% della popolazione coinvolta ritiene che l'infermiere dovrebbe usare un linguaggio semplice, di immediata comprensione ponendosi allo stesso livello del paziente; alcuni bambini dagli 8 agli 11 anni e dai 12 ai 14 sono curiosi di conoscere termini tecnici a patto che siano accompagnati da una spiegazione esaustiva. Gli intervistati hanno inoltre mostrato un interesse medio – alto a trascorrere

del tempo a parlare con un infermiere sia in generale sia entrando nello specifico della situazione del momento, della persona e chiacchierando di sport e amici. I bambini tra gli 8 e 11 anni preferiscono essere seguiti sempre dallo stesso infermiere.

Secondo i bambini, l'infermiere dovrebbe aiutare loro a guarire, a curare, a far passare il dolore e a far passare il tempo.

Di certo il divertimento è la caratteristica fondamentale per i bambini e, secondo loro un bravo infermiere dovrebbe essere in grado di divertirsi con loro.

Uno studio svolto nel 2009 presso il Dipartimento di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera ha mostrato che i bambini sanno quali sono gli elementi che servono per formare un bravo infermiere. I piccoli degenti hanno fornito una visione dettagliata dell'infermiere e di ciò che si aspettano da lui, come persona e come professionista. Sono stati messi in evidenza i sentimenti e le aspettative dei bambini, che devono farci riflettere su quanto abbiamo da imparare da loro e su cosa possiamo modificare per offrire un livello d'assistenza migliore.

Le qualità distintive del bravo infermiere che i piccoli degenti identificano, sono in particolare, le seguenti:

- Gli aspetti empatici e comunicativi che devono caratterizzare il professionista infermiere (calmo, rilassato, carino, con un bel tono di voce, affettuoso, simpatico, divertente, allegro, che sa ascoltare e dialogare);
- La disponibilità e la presenza (stare a contatto con i bambini ed essere sempre disponibile, passare più tempo con i bambini, deve essere anche un po' creativo così può inventare anche cose per far stare bene i bambini);
- Il rispetto (a me piace molto l'infermiere che mi dice quello che sta per fare);
- La competenza professionale (bravo a fare le cose, deve saper fare bene le punture, che sia bravo nella pratica);
- La sicurezza nell'agire professionale (essere istruiti e preparati per bene, così non creano danni magari, portare la medicina giusta al momento giusto) [27].

Anche per l'infermiere, come per qualsiasi operatore che lavora con dei pazienti pediatrici, eseguire delle procedure invasive a carico del bambino malato e che a volte devono contenere perché si oppongono è motivo di turbamento e stress psicologico [28].



Uno studio di caso ha sottolineato le difficoltà che devono affrontare i bambini nell'accettare procedure spiacevoli o dolorose, esacerbate dall'uso della contenzione. Le reazioni dei bambini (ad esempio urla ininterrotte, singhiozzi e movimenti convulsivi degli arti) causano anche angoscia nei genitori e negli operatori che svolgono la procedura [29]. Risulta essere di fondamentale importanza saper coinvolgere il bambino, ridurre al minimo i fattori stressogeni, utilizzare strategie e coping per fronteggiare la resistenza dei piccoli pazienti di fronte ad una qualsiasi procedura.

## 1.6 COLLABORAZIONE IN ÉQUIPE

Lavorare in équipe significa che non è una sola figura professionale che si occupa del paziente, né che molte figure si occupano del paziente ognuna indipendentemente dall'altra, cioè in maniera separata (équipe multi professionale).

Il lavoro di équipe significa, invece, che la cura viene effettuata da un gruppo "integrato", cioè da persone che lavorano in modo armonico tra di loro e che condizionano le proprie attività attraverso una continua correlazione fatta di interscambi, di confronti, di contributi, di suggerimenti, di pareri<sup>12</sup>.

Oltre che relazionarsi con i bambini e di collaborare con le loro famiglie, l'infermiere a deve essere in grado di lavorare, appunto, in équipe.

Il lavoro dell'infermiere non consiste semplicemente nello svolgere attività cliniche-assistenziali, come il lavoro dei medici non è solo fare diagnosi e trattare il paziente per "curarlo".

Le équipe debbono essere il più complete possibili, cioè composte da tutte le professionalità necessarie e/o richieste dall'ambito in cui si sta operando, con i ruoli che devono essere ben definiti e chiari<sup>13</sup>.

Questo vale con tutte le tipologie di pazienti, in maniera particolare per i pazienti pediatrici.

Tutto il personale che si impegna ad operare con i bambini concorre per raggiungere un ulteriore obiettivo comune, ossia la crescita e la formazione dei bambini, unitamente alle famiglie di questi ultimi. Lavorare sinergicamente è fondamentale. Le diverse figure professionali devono condividere la stessa idea di educazione, scegliere lo stesso metodo di approccio ed essere flessibili in modo da poter fronteggiare imprevisti e necessità, devono avere ben presenti e non confondere o sovrapporre ruoli e mansioni, devono mettere a disposizione dei colleghi le proprie capacità e competenze, devono condividere osservazioni, aiutarsi reciprocamente e risultare integrati e complementari. Tutti gli elementi della squadra condividono così la responsabilità educativa e l'obiettivo comune della riuscita del progetto educativo e terapeutico stilato per ogni bambino.

Le capacità per stare in équipe, sono quelle:

---

<sup>12</sup> <https://www.sigg.it/assets/congressi/52-congresso-nazionale-sigg/slide/fisio/04Cester.pdf>

<sup>13</sup> <http://www.associazioneprofeta.it/documenti/allegati/pw1.pdf>

- di cooperare,
- di mettersi in discussione,
- di dare il giusto peso ai problemi e alle varie conflittualità (che inevitabilmente si varie conflittualità (che inevitabilmente si presentano)

Lavorare in equipe è indubbiamente difficile, poiché nei gruppi di lavoro si sviluppano numerose dinamiche relazionali che vanno gestite con consapevolezza, sicurezza, sensibilità ed empatia<sup>14</sup>.

Tra i vantaggi di natura pratica rientra anche il “problem solving”; la risoluzione di un problema è chiaramente più semplice e rapida, se affrontata da più individui contemporaneamente che utilizzano la stessa ottica di lavoro<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> <https://assistenteperinfanzia.it/blog/85-cosa-si-intende-per-lavoro-di-equipe-nei-servizi-socio-ricreativi-dedicati-all-infanzia>

<sup>15</sup> <https://www.unicusano.it/blog/didattica/master/lavorare-in-team/>

## 1.7 RIDERE FA BENE

Il pagliaccio, noto anche come clown, è una figura artistica importante nel mondo della cultura e, in particolare, del teatro: è infatti una delle figure base del circo. Il personaggio ha il compito di divertire il pubblico, in genere veste in modo buffo, indossa vestiti molto particolari, colorati, strani e calza grandi scarpe flosce, il naso rosso e si trucca in viso: dal bianco, che è il colore tipico che si associa al clown, a un trucco più nei toni color carne, ai toni ancora più scuri.

Il termine può essere riferito anche a un modo comportamentale, tipico di una persona poco credibile, solito a non prendere sul serio un argomento, perciò è sinonimo di buffone, manca di serietà, di responsabilità e di coerenza

Nella tradizione circense si possono identificare due figure di pagliacci: il Bianco e l'Augusto. L'effetto comico di una rappresentazione con pagliacci è generato dal contrasto di queste due figure. Il primo autoritario, severo, preciso, in grado di fare, triste e malinconico, è un sognatore innamorato, è intelligente e furbo<sup>16</sup> (il suo costume tradizionale lo vuole vestito di bianco e col cappello a punta); il secondo incapace, pasticciere, colorato e allegro, buono e ingenuo<sup>17</sup>, (abiti fuori misura e scarpe giganti).  
“La risata è il tonico, il sollievo, il rimedio per il dolore” (C. Cheplin)

La gelotologia è la disciplina che studia ed applica le potenzialità del ridere e delle emozioni positive in funzione di terapia, prevenzione, riabilitazione, formazione<sup>18</sup>.

Essa occupa il territorio di limite tra Scienza ed Arte, in quanto da un lato si avvale degli studi della PNEI – Psico Neuro Endocrino Immunologia, una nuova branca della medicina che ha dimostrato come le emozioni attraverso complessi meccanismi neuro-endocrini influenzino direttamente il sistema immunitario, cioè il garante della nostra salute; d'altro canto essa si avvale dell'arte comica, della poesia, della magia, della musica, dell'affabulazione: tutte le arti in grado di attivare la relazione empatica tra chi è in difficoltà (persone ammalate o socialmente svantaggiate) e chi ha intenzione di esercitare la relazione d'aiuto.

---

<sup>16</sup> [http://www.trio-lescano.it/pdf/Storia\\_del\\_Clown.pdf](http://www.trio-lescano.it/pdf/Storia_del_Clown.pdf)

<sup>17</sup> [http://www.trio-lescano.it/pdf/Storia\\_del\\_Clown.pdf](http://www.trio-lescano.it/pdf/Storia_del_Clown.pdf)

<sup>18</sup> <http://www.riderepervivere.org/it/comicoterapia/gelotologia>

La gelotologia comprende la “comicoterapia” e la “clownterapia”, due modalità di approccio al disagio, le cui denominazioni vengono spesso usate, in modo errato e indifferentemente.

Il termine comicoterapia è stato diffuso da Jacopo Fo, nell’anno 1997. Può essere una definizione deviante e riduttiva, poiché connesso alla parola “terapia” c’è il concetto di malattia o disagio, mentre questa materia è applicabile anche in campi diversi, con persone che non hanno necessariamente problemi di salute psico-fisici (scuole, aziende etc...).

Anche il termine Clownterapia ha le stesse restrizioni della comicoterapia. In più è limitante poiché assegna alla figura del clown una centralità che colui che opera per lasciare un segno sulle emozioni negative, in certi contesti, deve necessariamente perdere e sminuirsi: alludiamo alla gelotologia attiva, in cui, spesso, non è necessario vestire i panni ed il trucco del clown. Potremmo dire così che la clownterapia è, a sua volta, una specificazione della comicoterapia, quando è presente un Clown.

A differenza della gelotologia, la comicoterapia ha solo carattere applicativo, per questo ne è una branca.

Universalmente la terapia del sorriso, nei qualunque modi essa possa essere esercitata, consiste nell’applicazione di tecniche di clownerie in ambito sanitario. L’Associazione Per L’umorismo Applicato e Terapeutico definisce la terapia dell’umorismo come: “un qualsiasi intervento che promuove la salute e il benessere attraverso la scoperta di una stimolazione ludica, espressione o apprezzamento dell’assurdità o incongruenza di situazioni della vita.” Questo intervento può migliorare la salute o essere utilizzato come un’aggiunta al trattamento convenzionale, con l’obiettivo di aiutare i pazienti ad affrontare i sintomi, migliorando la riabilitazione attraverso il suo impatto emotivo, cognitivo, sociale e fisiologico, nonché rafforzando e facilitando la terapia e l’empowerment dei pazienti [30]; è oggi sempre più diffusa nella cultura popolare così come nelle corsi d’ospedale.

La più nota e resa celebre dal film del 1998 di Robin Williams su Patch Adams è la clownterapia. In realtà questo particolare approccio ha radici più antiche: ne ritroviamo infatti, proprio in Italia, un esempio ante litteram fornitoci dal sacerdote

carmelitano Angelo Paolo (1642-1720), il quale usava vestirsi da “buffone” per far ridere i malati e i sofferenti<sup>19</sup>.

Oltre al più noto Gesundheit Institute fondato da Patch Adams, ritroviamo nella storia della clownterapia altri due importanti figure, sorte in maniera parallela e indipendente: Karen Ridd a Winnipeg, in Canada e Michael Christensen a New York.

Oggi la gelotologia è applicata in moltissimi paesi del mondo, assumendo le più svariate forme:

- Clown nelle corsie ospedaliere;
- Corsi di aggiornamento per il personale medico infermieristico;
- Corsi di aggiornamento per gli insegnanti;
- Interventi educativi in gruppi classe problematici;
- Interventi in azienda ed aggiornamento aziendale;
- Istituzione di mini-biblioteche comiche itineranti;
- Istituzione di ambulatori o ambulanze di clownterapia/gelotologia.<sup>20</sup>

Il primo scienziato ad indagare sui processi fisiologici e sugli effetti della risata è stato William Fry, misurando l’accelerazione del battito cardiaco e della circolazione arteriosa<sup>21</sup>. Ulteriori ricerche confermano come la figura del clown dottore sia in grado di indurre emozioni positive, ridurre ansia, stress ed altre emozioni negative e creare un’atmosfera positiva nell’ambiente sanitario, migliorando la qualità della vita.

Esemplare poi il noto caso di Norman Cousins [31], tra gli anni settanta e ottanta ha dimostrato le proprietà terapeutiche della risata. Famoso giornalista e docente americano, affetto da spondilite anchilosante, il suo futuro secondo i medici era chiaro, aveva una probabilità su cinquecento di guarigione e gli sarebbero restati pochi mesi di vita. Cousins non si volle arrendere e allora prese in mano la sua vita e iniziò a documentarsi sulla sua malattia. Scopri per esempio che l’aspirina (l’antinfiammatorio che gli somministravano contro i dolori) peggiorava ed accelerava la degenerazione del collagene, mentre la vitamina C era un fattore protettivo in quanto stimolava l’organismo nella produzione di collagene. Perciò smise di prendere analgesici e iniziò

---

<sup>19</sup> <https://www.medicinanarrativa.eu/la-terapia-del-sorriso-benefici-del-riso>

<sup>20</sup> [https://tesi.supsi.ch/239/2/Liliana%20Sofia%20Monteiro%20Santos\\_Terapia%20del%20sorriso.pdf](https://tesi.supsi.ch/239/2/Liliana%20Sofia%20Monteiro%20Santos_Terapia%20del%20sorriso.pdf)

<sup>21</sup> <https://www.guidozanchin.com/intervista-a-william-fry>

ad assumere per via endovenosa 25 mg di vitamina C. Inoltre fra le sue ricerche si ricordò di un articolo di Hans Selye nel quale egli mostrava l'influenza che le emozioni negative hanno sulla chimica dell'organismo (per esempio la diminuzione delle difese immunitarie). A quel punto si chiese se, come le emozioni negative, anche quelle positive avessero influenza sull'organismo e di conseguenza potessero essere terapeutiche. Iniziò così a guardar film comici e immergersi nella lettura di libri umoristici. Dieci minuti di risata energica ed intensa gli procurava un effetto anestetico e gli favoriva di conseguenza un sonno più riposato e senza dolore. Inoltre si sottopose a indagini ematochimiche per verificare se effettivamente la sua malattia stesse regredendo. Fu esaminata la velocità di eritrosedimentazione (VES), un indicatore dello stato d'infiammazione dell'organismo. Prelevarono un campione di sangue immediatamente prima e molte ore dopo la terapia con il riso. Il risultato era rassicurante, ogni volta si registrava una diminuzione di cinque punti e, nonostante non fosse un calo importante, restava stabile e si addizionava agli altri. Con il passare del tempo il periodo di sonno si è sempre fatto meno doloroso e più lungo. A poco a poco iniziò a riprendere la sua mobilità e in pochi anni, contro ogni previsione, Cousin guarì. Un recente studio canadese poi ha scientificamente confermato che il buon umore difende dalle infezioni<sup>22</sup>.

Un altro esemplare studio condotto nel 2009, s'intitola "Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: A randomized controlled trial" [32].

L'obiettivo preposto era quello di determinare se dei clown professionisti, appositamente addestrati, potessero calmare l'ansia preoperatoria rispetto all'uso di midazolam o di fronte a nessun intervento. Si tratta di uno studio condotto su bambini di età compresa tra i 3 e gli 8 anni, sottoposti ad anestesia generale. I pazienti sono stati assegnati a uno dei tre gruppi seguenti:

- Il gruppo numero 1 non ha ricevuto né midazolam, né la presenza di clown;
- Il gruppo numero 2 ha ricevuto 0,5 mg di midazolam orale 30 minuti prima dell'intervento chirurgico, fino ad un massimo di 15 mg;

---

<sup>22</sup> <https://www.guidozanchin.com/intervista-a-william-fry>

- Il gruppo numero 3 aveva a disposizione due clown appositamente addestrati, presenti all'arrivo sala preoperatoria e in sala operatoria, durante l'ingresso e l'applicazione della maschera per l'inalazione dell'anestesia.

L'effetto risultante dei clown sulla riduzione dell'ansia era presente ed è continuato anche quando i bambini sono entrati in sala operatoria, dimostrando che l'effetto era il medesimo rispetto al gruppo a cui era stato somministrato il midazolam. All'applicazione della maschera per anestesia non sono state invece rilevate differenze significative tra i gruppi.

Questo studio ha concluso che l'uso di clown per i bambini sottoposti ad intervento chirurgico, può alleviare significativamente l'ansia preoperatoria. Gli effetti sono molteplici ed i risultati dimostrano un aumento delle guarigioni inspiegabile per la medicina tradizionale.

Uno studio effettuato su persone sofferenti di broncopneumopatia cronica, ad esempio, ha dimostrato che le risate migliorano la capacità respiratoria. Questo è soltanto uno dei benefici della terapia del sorriso ma ve ne sono tanti altri, alcuni dei quali:

- Aumenta l'ottimismo: ridere ci aiuta a guardare positivamente le cose, allontanando la tensione e la depressione;
- Riduce il colesterolo: quando iniziamo a ridere, aumentano gli scambi polmonari e si abbassa il tasso dei grassi presenti nel sangue;
- Rilassa l'organismo: nel momento in cui ridiamo, il cuore e la pressione accelerano i ritmi, la tensione delle arterie diminuisce ed i muscoli si rilassano;
- Aiuta l'intestino: la risata ha una funzione depurativa, che aiuta l'organismo a combattere la stitichezza e ad espellere anidride carbonica, consentendo un miglioramento delle funzioni intestinali;
- Calma il dolore: quando abbiamo un dolore, una risata ci aiuta a distrarci e quando il dolore ritorna non ha più la stessa intensità di prima;
- Concilia il sonno: ridere aiuta a ridurre le tensioni interne, che ci tengono svegli. Quindi, una risata, prima di andare a letto, ci aiuta a fare sogni d'oro;
- Allevia lo stress: il sorriso combatte la debolezza fisica e mentale alleviando la tensione accumulata.

La formazione del clown comprende un approccio multidisciplinare (psicologia e pedagogia). La prima Clown Care Unit (CCU) viene fondata nel 1986 a New York,



successivamente sorgono numerose organizzazioni analoghe in molti Paesi dell'Europa, compresa l'Italia<sup>23</sup>.

Tra le diverse metodologie di applicazione della gelotologia citiamo quello della "Comicità e Salute", basati sul valore terapeutico delle emozioni positive. In questa attività lavorano i "Clown professionisti" che si sono formati attraverso un lungo percorso di studi e i "volontari", chiamati anche animatori socio-sanitari<sup>24</sup>.

In Italia, la prima legge che attribuisce un riconoscimento giuridico a questa figura è entrata in vigore il 5 gennaio 2017, pubblicata sul supplemento n.144 del 21 dicembre 2017 del Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP); la legge Regionale n.60 del 20 dicembre 2017, ovvero la prima norma in Italia che disciplina la Clownterapia. La norma regionale ha definito sia la "clownterapia" o "terapia del sorriso", sia la figura professionale chiamata a svolgere tale attività, ovvero il "clown di corsia"<sup>25</sup>. Questa attività potrà essere svolta in diversi contesti: ospedali non solo pediatrici, in centri per la disabilità, in centri per la terza età, in contesti sociali difficili, nelle carceri, nei quartieri ritenuti a rischio, nelle scuole, in missioni umanitarie ed in occasioni di eventi riconducibili a calamità.

Con il termine "clownterapia" o terapia del sorriso s'intende e stabilisce la norma de "la possibilità di utilizzare, attraverso l'opera di personale medico, non medico e di volontari appositamente formati, il sorriso e il pensiero positivo a favore di chi soffre un disagio fisico, psichico o sociale"<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> [http://sorrisiconilcuore.altervista.org/sorrison-con-il-cuore-the-clown-care-unit-michael-christensen/?doing\\_wp\\_cron=1602316643.6172358989715576171875](http://sorrisiconilcuore.altervista.org/sorrison-con-il-cuore-the-clown-care-unit-michael-christensen/?doing_wp_cron=1602316643.6172358989715576171875)

<sup>24</sup> <http://www.riderepervivere.org/it/comicoterapia/il-metodo>

<sup>25</sup> <http://www.vita.it/it/article/2017/12/28/clownterapia-arriva-la-prima-legge-in-italia/145545/>

<sup>26</sup> <https://www.neuroscienze.net/la-terapia-del-sorriso/>

## **2.0 OBIETTIVO**

Nella vita di reparto infermieri, medici e altre figure significative (familiari, Oss, caregiver, volontari, etc.) sono coinvolti nella quotidianità dell'assistenza al paziente pediatrico, collaborano per promuovere e far funzionare tutte le attività nella maniera più vantaggiosa, in quanto è utile per ognuno a svolgere al meglio il proprio lavoro ed aiutare i bambini che necessitano di tutto il supporto possibile.

Questo studio pilota si pone come obiettivo quello di analizzare l'utilità di una figura all'interno dell'equipe che moduli il rapporto con il paziente, in base ai bisogni richiesti e alle caratteristiche della singola persona che necessita di un supporto psico-fisico e se all'interno del contesto lavorativo, per il personale infermieristico, porta a dei benefici e di che tipo.

Un'ulteriore obiettivo è quantificare l'efficacia del progetto a livello pratico, perciò verificare se questo approccio abbia un'influenza sullo stato emotivo ed evolutivo dei piccoli pazienti, sia esso positivo o negativo, nonché comprendere come questi trascorrono l'ospedalizzazione.

### 3.0 MATERIALI E METODI

Uno studio pilota consiste nell'applicazione iniziale, su piccola scala, di un protocollo di studio, al fine di verificare se il progetto è adeguato, stabilirne la fattibilità o ricavare informazioni che permettano di determinare la grandezza del campione dello studio definitivo<sup>27</sup>.

Gli studi pilota dovrebbero verificare gli elementi chiave della prova, compreso le strategie della conservazione e di assunzione, la consegna di intervento, i metodi della raccolta di dati e l'aderenza al protocollo di studio<sup>28</sup>.

#### *3.1 Il giro visita del Dottor. Pupozzi*

Sulla scia di quanto detto si è sviluppato un progetto innovativo chiamato “*Il Giro Visita del Dottor. Pupozzi*” messo in atto nel reparto di Cardiocirurgia pediatrica e Congenita degli Ospedali riuniti di Ancona, che fa da “apripista” a nuove frontiere della clownterapia.

La motivazione che ha spinto e creato questo progetto è dato dal fondamentale principio che da sempre, come è già noto, il gioco rappresenta un vero e proprio bisogno fisiologico, infatti il bambino non può farne a meno perché diviene il suo modo di rapportarsi al mondo di assimilare esperienze, di rielaborarle e di conseguenza di imparare. Il gioco diviene ancora più importante in alcuni contesti come ad esempio quello dell'ospedale. Se osserviamo bene le attività ludiche che i piccoli scelgono di fare, osserviamo che rispecchiano l'ambiente in cui si trovano e le esperienze che stanno vivendo. In corsia ad esempio i bambini chiedono spesso di giocare al gioco del dottore, si fanno lasciare dagli infermieri materiale medico per poter riproporre le terapie ai loro bambolotti o ai loro genitori.

Il gioco diviene un'attività in cui il bambino si sente competente e libero di esprimersi. Ed è proprio questo uno dei canali spesso utilizzati per affrontare la malattia, perché è uno spazio in cui le fantasie e le paure del bambino possono essere espresse e

---

<sup>27</sup> <https://www.scientific-european-federation-osteopaths.org/differenti-tipi-di-studi-clinici/>

<sup>28</sup> [https://www.news-medical.net/health/What-are-Pilot-Studies-and-Clinical-Trials-\(Italian\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-are-Pilot-Studies-and-Clinical-Trials-(Italian).aspx)

rielaborate. Il gioco serve al paziente per ritrovare sicurezza e serenità in un ambiente che al bambino appare nuovo, sconosciuto e ricco di rigide regole da rispettare. L'attività ludica e creativa, il gioco e il sorriso sono le medicine migliori per alleviare paure e stress dei bambini costretti a un ricovero e permette di agevolare il processo di cura e guarigione. Dal confronto con le famiglie del Comitato Genitori Bambini Cardiopatici, sono emersi due aspetti importanti:

- La mancanza di stimoli di gioco che possano riempire la giornata
- L'utilizzo prolungato di apparecchi come computer, Tablet e smartphone.

Si è quindi pensato all'importanza di spronare adeguatamente i bambini anche nella fascia di età neonatale, affinché possano ricevere stimoli come i loro coetanei che non affrontano l'ospedalizzazione. Diviene anche utile mostrare ai genitori alternative che possano essere efficaci per contrastare l'utilizzo eccessivo della tecnologia. E' importante durante la degenza ospedaliera essere impegnati in attività ricreative che possono creare un ambiente positivo e divertente. Per i pazienti, siano essi bambini, adolescenti o adulti, essere coinvolti in attività ludiche adeguate alla fascia di età, aiuta a scaricare lo stress del ricovero, a ridurre l'ansia e a ritrovare un benessere psicologico. Tutte le mattine presso la Cardiocirurgia Pediatrica e Congenita degli Ospedali riuniti di Ancona, passa il giro visita: il Primario, con i medici e gli infermieri, vanno camera per camera per parlare con i pazienti, delle terapie in corso e degli accertamenti eventuali. In genere quello è un momento carico di significati sia per i bambini che per i loro genitori.

Proprio da questo mix di emozioni nasce l'idea del Progetto "*Giro Visita del Dr. Pupazzi*", un gruppo di studenti di medicina affiancati da collaboratori esperti e formati del Comitato, con il loro camice, girano nel tardo pomeriggio dopo la cena in reparto, verso le 18.00, con un carrello non più pieno di medicine ma pieno di giochi. I bambini potranno quindi giocare con un gioco da tavola o giocare al gioco del dottore con bellissimi peluche donati per l'occasione. Potranno realizzare giochi creativi e familiarizzare con il materiale medico, reso innocuo, e trasformarlo secondo la loro fantasia e creatività.

Fanno parte dei volontari del progetto "*Giro Visita del Dr. Pupozzi*" gli studenti di medicina, infermieri e alcuni volontari formati del Comitato genitori che potranno, dove

i medici del reparto lo ritengano necessario, spiegare ai bambini ricoverati le procedure che dovranno affrontare ( TAC, Risonanza Magnetica, raggi, cateterismo, ecc ), tutto attraverso il gioco. Il Dr. Pupozzi accoglierà i piccoli pazienti nel momento del ricovero e prima di un intervento. Sarà questo il suo compito: il comico terapeuta si occupa a tempo pieno dei piccoli degenti di Torrette. Il progetto promosso dal “Comitato Genitori Bambini Cardiopatici di Torrette” e dall’associazione “Un Battito d’Ali” in accordo con il primario del reparto di Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica e Congenita Marco Pozzi, intende dare sollievo ai bambini cardiopatici costretti il più delle volte ad affrontare periodo piuttosto lunghi di ricovero e interventi delicati.

Il comico terapeuta Walter Caccioppola, alias dottor Cecilio Dalilo Pupozzi, figura il primario di Cardiochirurgia pediatrica e Congenita: indossa un camice, la divisa verde, gli zoccoli e una parrucca. Il professionista Caccioppola ha una lunga formazione ed esperienza come Clown dottore, ma in questo progetto non sono presenti i classici elementi di questo approccio (naso rosso, camice colorato, strumenti tipici del clown).

Non si tratta quindi di un clown, non intrattiene il pubblico, ma utilizza la comico terapia con l’intento di ridurre l’impatto dell’ospedalizzazione nei piccoli bambini, tenta di abbattere quella barriera che si crea tra il bambino e il medico, creando un rapporto di fiducia con i pazienti. Quando il dottor Pupozzi entra in stanza i bambini non hanno più paura del camice bianco. Tutti i bambini che entrano in contatto si divertono, ma questo succede anche alla mamma e al papà, quindi tutta la famiglia viene coinvolta in questa atmosfera, quasi magica, che trasforma un ambiente teso in uno più disteso e felice.

Il comico terapeuta è già attivo all’interno del reparto dove svolge il giro visite con il suo carrello carico di giochi con cui tenere impegnati e far divertire i piccoli pazienti, offrendo nel contempo un attimo di serenità anche ai loro genitori.

Il dottor Pupozzi è operativo a Torrette a tempo pieno, dove andrà ad affiancare la psicologa responsabile dei progetti Annalisa Cannarozzo. Il compito del comico terapeuta, oltre a quello di essere presente in corsia, nel percorso di ospedalizzazione e prima di un intervento fino alla sala operatoria, sarà anche quello di formare gli insegnanti e i compagni di scuola dei bambini operati al cuore una volta rientrati a scuola.

L’obiettivo è quello di sensibilizzare le famiglie, il personale scolastico, gli alunni per permettere a questi bambini di vivere una vita “normale” come quella dei loro

compagni, senza essere per forza relegati sotto una “campana di vetro”, nonché quello di aggiungere un tassello alla professionalità di medici e infermieri che ogni giorno si prendono cura dei bambini.

Ogni bambino ha passioni, paure, timori e vissuti diversi. Il Dr. Pupozzi non crea uno show per tentare di alleviare l’atmosfera in cui i bambini sono costretti ad assistere, ma utilizza la figura di un vero medico, ponendosi ai bambini come se realmente lo fosse, per raggiungere scopi diversi: prima di entrare in stanza chiede il permesso e domanda ad ogni bambino se ha voglia di giocare insieme a lui. Se il bambino non ne ha, non deve sentirsi costretto a doverlo fare; è lui che sceglie cosa fare e quando! Il gioco ha un momento di inizio e una fine, può essere interrotto, ripreso, tramandato e ripetuto nel tempo: si svolge in uno spazio ben determinato<sup>29</sup>. In questo modo si tenta di dare al bambino una minima capacità decisionale, diversamente al contesto in cui, nell’arco della giornata, è costretto a stare a delle regole ben precise. Cercando di far sentire il paziente, in qualche modo, padrone della situazione, si crea in lui una certa sicurezza, è anche un modo per esprimere emozioni negative che molte delle volte tengono nascosto.

Il bambino che decide di giocare è il protagonista della storia. E’ lui che decide come giocare e con cosa, semplicemente il Dr. Pupozzi gioca insieme a loro, accompagnato da specializzandi e dagli infermieri.

È fondamentale nella progettazione di un gioco considerare con attenzione le persone che in esso verranno coinvolte. L’età dei partecipanti, il loro essere maschi o femmine, il rappresentare un gruppo folto o pochi individui, il fatto che si conoscano o meno tra loro, sono solo alcuni degli elementi da non sottovalutare.<sup>30</sup>

Gli infermieri, nell’arco della storia, hanno acquisito delle capacità di relazione simili a queste, essendo in prima persona coinvolti nella quotidianità dei bambini, imparano a conoscerli e attuano le tecniche migliori per saperli trattare sicuramente più facilmente rispetto ad una qualsiasi altra figura professionale sanitaria. Questo però non vale per i medici, che sono molto più occupati a fare diagnosi e a prendere delle decisioni terapeutiche utili a curare la malattia. Per questo motivo gli specializzandi partecipano

---

<sup>29</sup><http://www.portalefilosofico.com/Nati%20per%20giocare.%20Spirito%20ludico%20e%20cultura%20tra%20passato%20e%20presente.pdf>

<sup>30</sup> <https://famiglia.chiesacattolica.it/wp-content/uploads/sites/23/2016/11/Animatema-2-INT-1.pdf>

al giro visita speciale, per sensibilizzarli all'inizio delle loro carriere a tale proposito, per insegnarli il modo migliore per approcciarsi con i bambini.

A causa della pandemia da COVID19, dall'inizio dello stato di emergenza ad oggi, il progetto ha subito delle restrizioni con il fine di proteggere i bambini malati. Il reparto è stato perciò chiuso ai visitatori e ai volontari che fino a questo momento hanno partecipato allo speciale giro visita. Infermieri, medici, specializzandi e il comico terapeuta hanno dovuto limitare l'attività all'interno del reparto, per ridurre al minimo i contatti e il rischio di contagio.

Inoltre il progetto segue un'ottica di educazione terapeutica, seguendo quanto detto dalla carta del diritto all'informazione dei bambini, in cui si ribadisce che i piccoli pazienti non devono essere esclusi dal sapere del proprio stato di salute, né di tutte le procedure a cui devono essere sottoposti: il bambino ha diritto a ricevere informazioni provenienti da tutto il mondo, attraverso i media (radio, giornali, televisione) e ad essere protetto/a da materiali e informazioni dannosi<sup>31</sup> [33].

L'articolo quindi sottolinea l'impegno degli stati membri a garantire l'accesso ai bambini e ai ragazzi ad una informazione sicura, rispettosa del loro essere bambini e che promuova il loro benessere sociale, spirituale e morale.<sup>32</sup>

Tentando di nascondere tutte queste informazioni, pensando di proteggerli da una realtà terribile, in verità sul bambino porta a degli effetti negativi perché percepisce che qualcosa non va sia a livello fisico, a causa del dolore ad esempio, ma anche a livello psicologico; prima di tutto perché è stato portato via dalla sua quotidianità, da casa e dalla scuola, ma inoltre coglie dai suoi genitori i cambiamenti nel loro modo di approcciarsi al figlio, come anche dal mutare del viso dopo l'esito di una diagnosi.

Sono questi dettagli a fare la spia, che nonostante i genitori cercano di nascondere, l'elevata sensibilità dei bambini.

Non spiegando ciò che sta succedendo, non li si protegge, al contrario li si rende più insicuri.

Una mamma, Irene Camilletti, la cui bambina nei suoi primi 4 anni di vita ha dovuto subire quattro interventi al suo cuore presso il Centro di Cardiocirurgia Pediatrica e Congenita degli Ospedali Riuniti di Ancona, si è trovata davanti alla necessità di

---

<sup>31</sup> <http://images.savethechildren.it/f/download/CRC/CR/CRC-semplificata.pdf>

<sup>32</sup> <http://gruppopocr.net/articolo-17-crc-diritto-all-informazione-dei-bambini-e-degli-adolescenti/272/>

spiegare quelle operazioni, di spiegare cosa stava succedendo al cuoricino della figlia e ha capito che tutti i bambini nella sua stessa situazione, necessitano di sapere, nella maniera più semplice e delicata possibile, a cosa vanno incontro. Pensando a come potesse fare per aiutare sua figlia a comprendere tutto l'iter operatorio che avrebbe dovuto affrontare<sup>33</sup>, nel 2018 ha scritto una fiaba: "Lyana, la Tigre Indiana". Racconta la storia di una tigrotta coraggiosa con un cuore capriccioso, che deve affrontare diverse cure necessarie per poter fronteggiare la malattia. La narrazione vuole evocare la forza dell'immaginazione: pertanto risulta capace di assicurare un reale coinvolgimento, aprendo a dimensioni che vanno «oltre» il racconto.<sup>34</sup>

Narrare non significa perciò solo «leggere»: ognuno di noi saprà comunicare nella misura in cui riuscirà a metterci del proprio. Le tecniche narrative, i materiali e gli oggetti prodotti a volte risultano strumenti indovinati [34].

Grazie al lavoro di questa valorosa mamma, alla collaborazione con il Comitato dei Genitori e grazie ad uno sponsor, il libro viene stampato. E' entrato a far parte di un piccolo dono speciale che sarà consegnato a tutti i bimbi che dovranno operarsi, insieme ad una tigrotta di peluche e il "camice del coraggio", da far indossare ai bambini prima di entrare in sala operatoria.<sup>35</sup>

In questo modo i bambini cardiopatici possono apprendere e conoscere tutte le fasi dell'iter operatorio affinché possano mettere in campo tutte le migliori strategie per fronteggiare paure e ansie che l'evento comporta, certi che l'ignoto può spaventare più del conosciuto.

Sull'impronta di questo percorso, il Comitato Genitori Bambini Cardiopatici in collaborazione con la Onlus Un battito di Ali vorrebbe dare avvio ad un progetto ludico "La cartella giocosa", con l'obiettivo di rendere più a misura di bambino l'ospedalizzazione, tutte le procedure che dovrà affrontare in Ospedale, tutti gli specialisti che dovrà incontrare, rendere il ricordo dell'ospedalizzazione meno traumatico, soprattutto per pazienti con patologia cronica, in modo da migliorare la capacità di gestione della malattia.

Dal 29 luglio 2020 è partita la sperimentazione del progetto della durata di 2 anni.

---

<sup>33</sup> <https://www.ilcittadinodirecanati.it/notizie-territorio-marche/42559-lyana-la-tigre-indiana-una-favola-per-far-affrontare-il-loro-momento-ai-bambini-cardiopatici>

<sup>34</sup> <https://famiglia.chiesacattolica.it/wp-content/uploads/sites/23/2016/11/Animatema-2-INT-1.pdf>

<sup>35</sup> <https://ceraunamamma.it/post/lyana-tigre>



Al momento dell'ingresso il paziente, grande o piccolo, viene visitato e redatta una cartella medica in cui il medico compila l'anamnesi del soggetto e una cartella infermieristica utile agli infermieri per determinare quali siano i bisogni assistenziali e adottare un'assistenza infermieristica mirata. Nel progetto della cartella giocosa, il pomeriggio, ogni bambino ricoverato incontra un medico speciale: Il Dr. Pupozzi, Primario del Reparto dei Cuori Birichini. Come tutti i medici inizierà ad effettuare una visita, in questo caso giocosa, e a compilare il primo foglio della cartella, strutturata similmente a quella compilata da medici e infermieri. Come i "collegli" della mattina hanno preso dei dati importanti, anche il Dr. Pupozzi farà delle domande al paziente, verranno registrati tutti i suoi interessi, quello che più ama fare, i suoi personaggi preferiti e vengono annotate caratteristiche del paziente che riguardano gusti musicali, giochi o attività preferite; insomma tutti gli aspetti importanti per strutturare attività di gioco personalizzate. Viene scattata una foto che si allega alla cartella giocosa. Ogni giorno il Dr. Pupozzi farà visita ai bambini e compilerà con i suoi pazienti "la cartella giocosa" aggiungendo materiale adatto e studiato appositamente con il personale. Tutto il materiale grafico della cartella sarà condiviso con tutto il personale Medico – Infermieristico del reparto, perché non è utile solo al bambino, ma è utile anche a chi lo accompagna durante tutto il percorso, per conoscerlo, sapere cosa fare e cosa non fare, per poter lavorare meglio in equipe e adottare la maniere più corrette per poterlo trattare, ma soprattutto capire come poter creare un rapporto di reciproca fiducia, per aiutarlo a non aver paura.

Se il giorno dopo il paziente dovrà affrontare un intervento, viene compilata una parte della cartella giocosa che riguarda "la procedura del sogno". Insieme al paziente si "costruisce" il sogno che più rilassa o piace al bambino o adolescente. Si procede con visualizzazioni legate al posto o all'attività preferita. Il Dr. Pupozzi accompagna poi in sala operatoria i bambini che hanno "attivato la procedura del sogno" presentandosi la mattina con il particolare che richiama il sogno immaginato insieme. Questo è stato realizzato ad esempio con una bambina, la quale desiderava sognare un'avventura con i super eroi: il Dr. Pupozzi si è presentato con alcuni accessori e dei costumi da Super eroe donati dal negozio Les Clownerie, prestando alcuni dettagli anche al personale della sala operatoria che ha partecipato attivamente. Al risveglio la bambina ha

ricordato ai genitori questo momento, ricercando il Dr. Pupozzi per riferirgli alcuni dettagli su come era andato il sogno.

Per i pazienti ricoverati in corsia ogni giorno vengono organizzate sfide grazie alla donazione di giochi dell'Azienda Clementoni. Ad oggi sono state utilizzate le carte da gioco ( unico, mimi, famiglie, vedo doppio...) che il Dr. Pupozzi usa come se fossero dei test medici, della prove da affrontare per arrivare alla dimissione. Si organizzano attività in base alle preferenze registrate nella prima fase della cartella giocosa. Ogni volta che il Dr. Pupozzi saluta il paziente lascia un foglio che rappresenta una prova: colora le divise del personale (per aiutare il bambino a comprendere tutti coloro che ruotano in reparto e che si prendono cura di lui) lo sport e l'animale preferito del Dr. Pupozzi. Tale foglio viene poi ripreso il giorno seguente e inserito nella cartella giocosa. Ad ogni bambino viene lasciato un gadget (appello, sacca porta colori...) o un gioco. La cartella racconterà quello che il bambino ha fatto in ospedale, le procedure a cui è stato sottoposto, le medicazioni svolte, le medicine prese, le visite fatte, ecc.

Verranno infatti realizzati delle schede sotto forma di disegno per spiegare le varie procedure (TAC, raggi, risonanza magnetica , cateterismo...) e i vari professionisti in consulenza (pediatra, cardiologo, anestesista, neuropsichiatra...).

Verranno spiegati, sempre sotto forma di disegno, anche i benefici dei farmaci che i bambini dovranno assumere, così che possano avere da subito un ruolo attivo e vivere in maniera più consapevole la loro patologia.

Alla fine della degenza il Dr. Pupozzi donerà al bambino e alla sua famiglia tutta la cartella giocosa.

Questo servirà per creare un ponte tra l'ospedale e il fuori: la scuola, i compagni, i fratelli e le sorelle a casa o gli amici, poiché alla dimissione il Dr. Pupozzi regalerà la cartella giocosa che rappresenterà un racconto a misura di bambino e costruito con il piccolo paziente di tutto il suo percorso in ospedale.

Questo materiale potrà essere utilizzato anche dalle maestre per raccontare ai compagni tutta l'avventura che l'alunno ha affrontato in ospedale al fine di favorire l'inserimento. Se richiesto dalla famiglia e dalla scuola è previsto, sempre nel progetto, una giornata presso la scuola del bambino dove verranno trattate tematiche inerenti da concordare con le insegnanti, la famiglie e il bambino stesso.

### ***3.2 Studio pilota***

Il piano sperimentale dello studio pilota prevede la raccolta di informazioni riguardo al contenuto tramite la selezione di articoli, libri e la consultazioni di siti in internet pertinenti al quesito di ricerca. I motori di ricerca consultati sono stati Pubmed, Chinal, ma soprattutto Google Scholar e Google Libri. Sono stati esaminati diversi articoli presenti sul sito della SISIP (Scienze Infermieristiche Pediatriche), una libera associazione di Infermieri Pediatrici, di infermieri che operano in area pediatrica e di altri cultori delle discipline assistenziali pediatriche.

Inoltre si è reso necessario considerare il parere degli operatori sanitari, dei volontari e delle famiglie del reparto di Cardiocirurgia Pediatrica e Congenita di Torrette, che vivono tutti i giorni a contatto con questi pazienti, che partecipano direttamente al giro visita e che possono notare cambiamenti, atteggiamenti e lo stato di benessere/malessere dei bambini ricoverati.

Gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati sono tre questionari diversi per tre tipologie di campioni: personale medico e infermieristico, i volontari e le famiglie dei pazienti che sono stati ricoverati nel reparto. Sono stati esclusi dai campioni i bambini tutt'ora ricoverati, di conseguenza le loro famiglie, in quanto non avendo terminato il loro iter ospedaliero, non hanno i requisiti per fornire le risposte adeguato alle domande poste.

Ognuno dei questionari contiene domande mirate, a seconda del ruolo che questi assolvono nella realizzazione del progetto. Previa lo stato di emergenza dovuto al Covid-19, non è stato possibile accedere al reparto e somministrare personalmente il questionario al personale sanitario e ai volontari che partecipano al progetto, quindi tutte le domande per i singoli campioni presi in riferimento, una volta chiesto il permesso al primario del reparto il dottor Marco Pozzi, sono state inserite in internet tramite la piattaforma Google Moduli. Tre link diversi che rimandano alle singole pagine sono state somministrate via Whatsapp e mail attraverso 3 referenti: Annalisa Cannarozzo, psicologa e psicoterapeuta del reparto di cardiocirurgia pediatrica, Walter Caccioppola, il clown terapeuta professionista e Simonetta Concettoni la coordinatrice infermieristica del reparto. Il tutto è stato fatto in via del tutto anonima, nella compilazione dei questionari non è stato chiesto nessun dato personale che avrebbe potuto compromettere

la privacy dei singoli, garantendo la massima sincerità nel rispondere alle domande poste. Inoltre per ottenere il parere del personale sanitario è stato necessario richiedere l'autorizzazione all'Azienda Ospedali riuniti di Ancona presidio di Torrette e al termine della ricerca verrà fornito un resoconto finale dei dati raccolti e analizzati, in quanto saranno utilizzati da questi per avere una maggior comprensione dell'utilità e il procedere del progetto in questione.

La copia del link è stato reso disponibile alle famiglie il 15 di luglio 2020 e bloccata la possibilità di rispondere in data 30 luglio 2020.

Il questionario comprende dieci domande a risposta multipla e una domanda a risposta aperta.

Le domande rivolte sono centrate sull'indice di gradimento del progetto, sulla coerenza dell'attività di gioco proposte in base all'età e alla patologia del bambino e in che modo ha influenzato il bambino e lo stato di degenza. Per poter conoscere se c'è una reale differenza tra questo approccio con quello della clownterapia, è stato chiesto alle famiglie se fossero già a conoscenza di quest'ultima e secondo la loro opinione in cosa differiscono.

Ai volontari del progetto sono state poste cinque domande a risposta multipla e tre domande a risposta aperta.

E' stato chiesto se avessero o meno partecipato ad altre attività di volontariato in reparti pediatrici e la motivazione che ha spinto i singoli a partecipare al "Giro visita del dottor. Pupozi". E' stato chiesto come hanno percepito la loro presenza i bambini, secondo la loro singola opinione, e se quest'ultimi erano desiderosi del loro arrivo.

Inoltre è stato domandato in che misura questo nuovo approccio possa aver portato dei benefici ai piccoli pazienti, ed indicare almeno un aspetto positivo e cosa si può migliorare del progetto.

Anche con questo campione il link è stato reso disponibile dal 15 luglio 2020 fino al 30 luglio 2020.

Al personale medico e infermieristico sono state poste undici domande a risposta multipla e 1 domanda a risposta aperta.

Le domande rivolte mirano ad avere informazioni riguardo sul personale, se ha già partecipato come volontario ad un progetto simile durante il proprio percorso di studi, dato che in questo ci sono anche studenti di medicina, valutando nell'eventualità se

fosse stata un'esperienza utile quando egli era uno studente. E' stato chiesto se la figura del Dr. Pupozzi è utile in reparto, nella relazione con il paziente, o se è d'intralcio durante il lavoro e se essere coinvolti nell'attività cambia la propria immagine agli occhi del paziente. Ulteriore attenzione è stata posta sulla presenza di differenze tra la clown terapia e questo progetto. La raccolta dei dati è avvenuta tra il 28 agosto e il 4 Ottobre 2020.

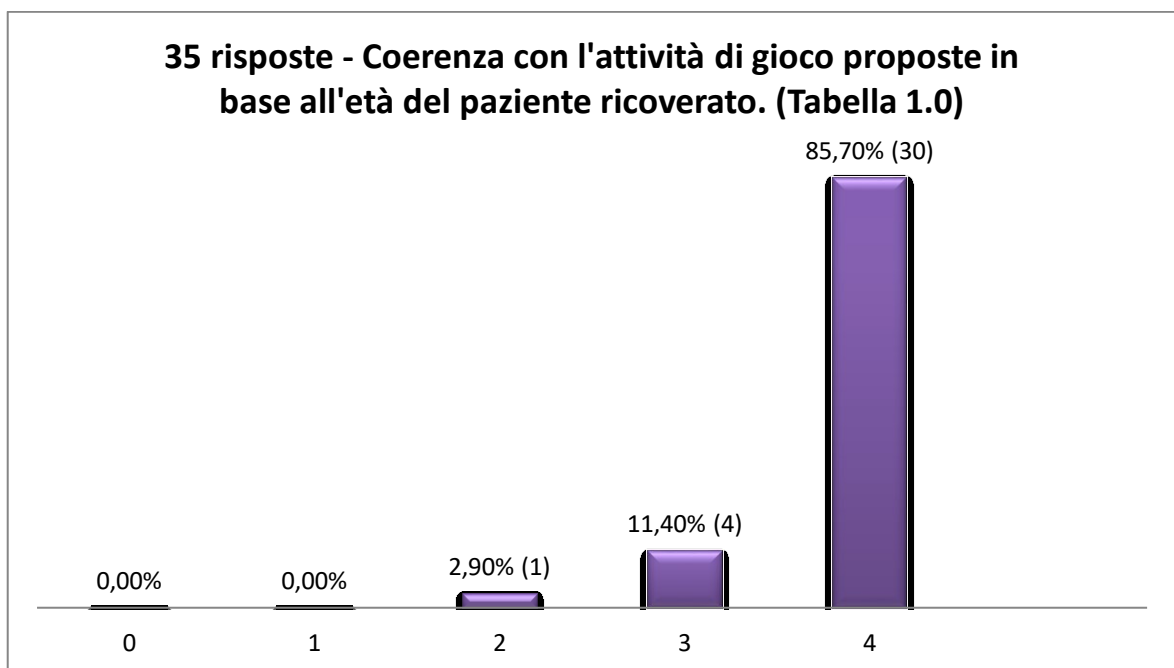
## 4.0 RISULTATI

### 4.1 Analisi dei risultati del questionario rivolto alle famiglie

Le risposte ottenute dalle famiglie sono state 42.

L'83,3%, ovvero 35 soggetti, hanno dichiarato di aver conosciuto il Dottor Pupozzi durante la degenza in reparto.

L'85,70% di questi ha trovato che le attività di gioco proposte sono coerenti con l'età del bambino (Tabella 1.0) e il 94,30% ritiene che le attività sono conformi con la patologia affetta dal proprio figlio (Tabella 1.1).



\* Legenda:

0 = per niente soddisfacente

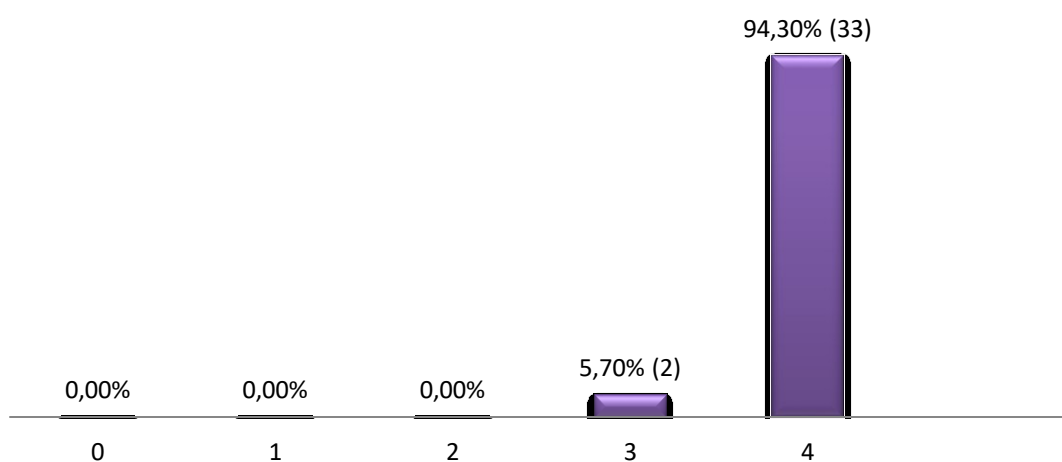
1 = non soddisfacente

2 = poco soddisfacente

3 = Abbastanza soddisfacente

4 = Molto soddisfacente

**35 risposte - Coerenza con l'attività di gioco proposte in base alla patologia del paziente ricoverato. (Tabella 1.1)**

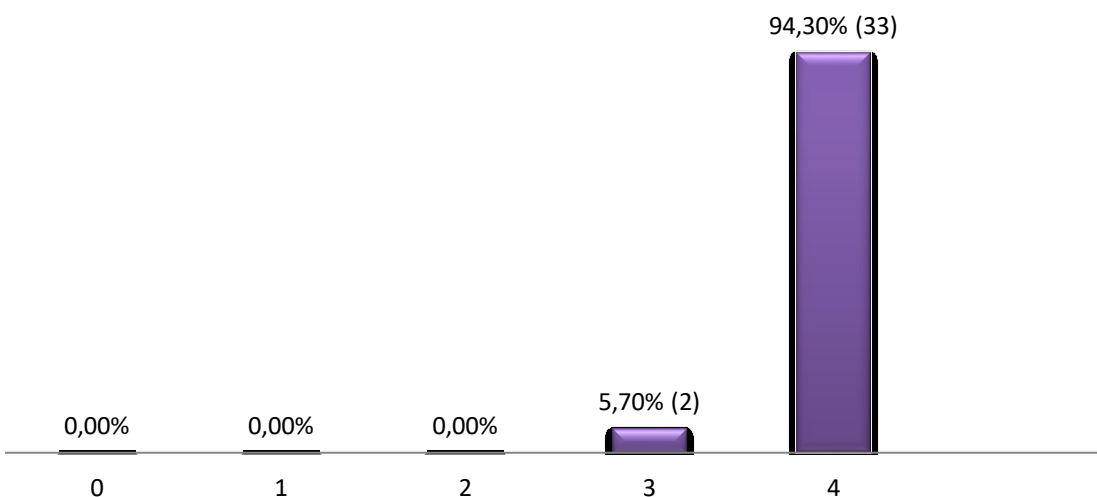


\*

Qui di seguito vengono mostrate le risposte ottenute riguardo al parere dei singoli sull'influenza del Dr. Pupozzi sul:

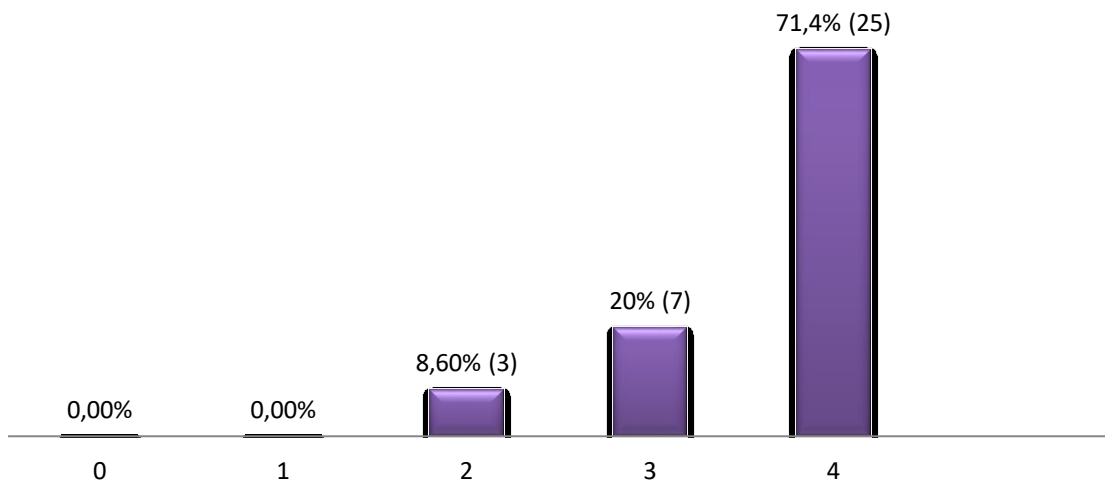
- Benessere psico-fisico del paziente (Tabella 2.0)
- La relazione tra il paziente e il personale ospedaliero (Tabella 2.1)
- La socializzazione tra i pazienti ricoverati (Tabella 2.2)

**35 risposte - Influenza sul benessere psico - fisico del paziente (Tabella 2.0)**



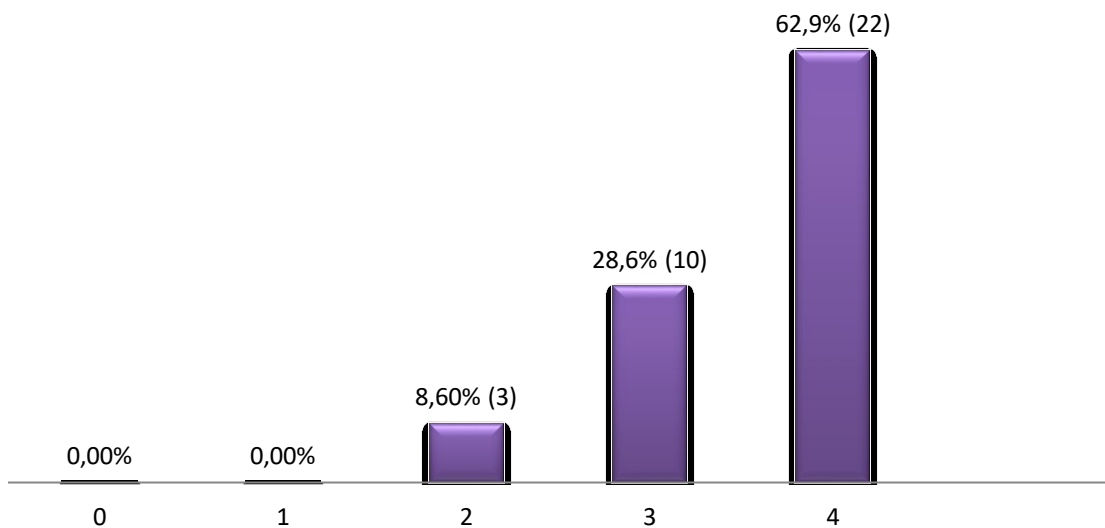
\*

**35 risposte - Influenza sulla relazione tra il paziente e il personale ospedaliero (Tabella 2.1)**



\*

**35 risposte - Influenza sulla socializzazione tra i pazienti ricoverati (Tabella 2.2)**

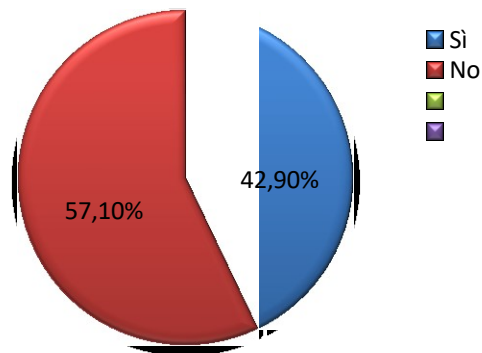


\*



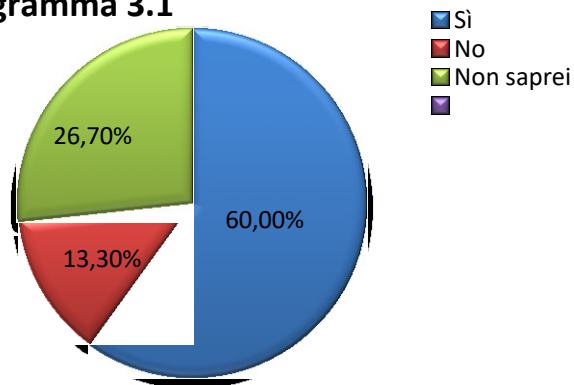
Alle domande che sono state poste per comprendere in che maniera il Dottor Pupozzi si diversifica rispetto ad un Clown Dottore, il 42,9% ha preso parte ad altri progetti con quest'ultima figura, per un totale di 15 risposte. (Diagramma 3.0)

**Diagramma 3.0**



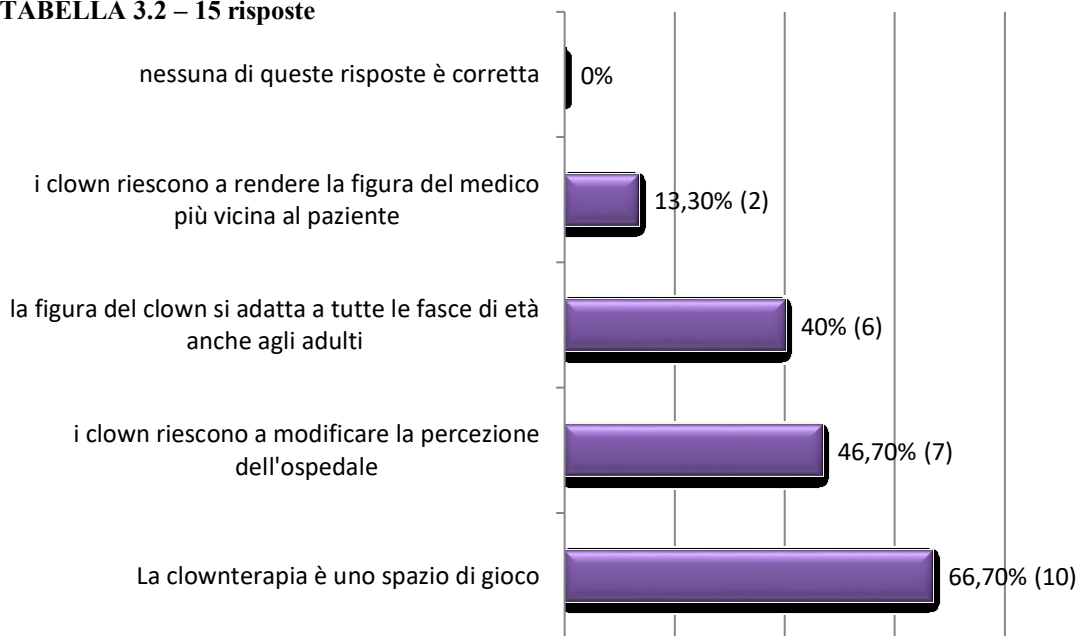
Questi 15 hanno potuto dare la loro opinione riguardo alle differenze che hanno trovato tra i due approcci proposti, il 60% dei quali li ha trovati distinti. (Diagramma 3.1)

**Diagramma 3.1**

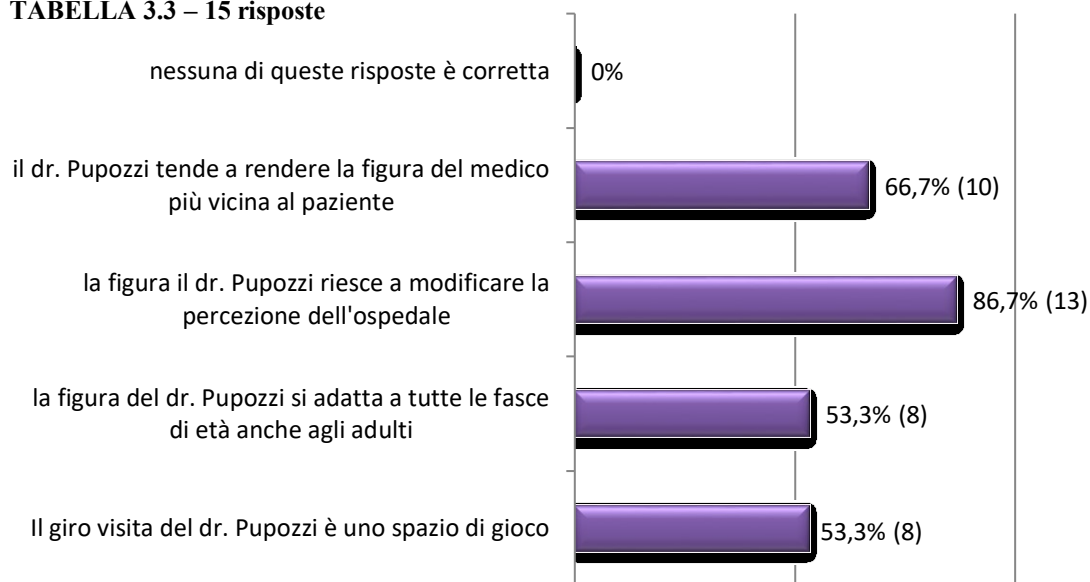


Tra le affermazioni poste alle famiglie, al fine di comprendere quali caratteristiche differenziano i due approcci suggeriti, si è dimostrato che mentre per il 66,70% (Tabella 3.2), cioè la maggioranza, la clown terapia permette di avere uno spazio di gioco, l'86,7% (Tabella 3.3) dei campioni ha riferito che la figura del Dottor Pupozzi riesce a modificare la percezione dell'ospedale.

**TABELLA 3.2 – 15 risposte**

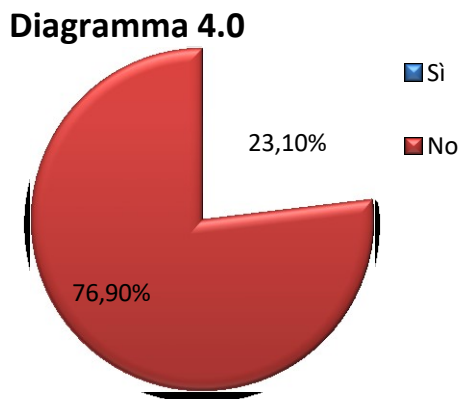


**TABELLA 3.3 – 15 risposte**

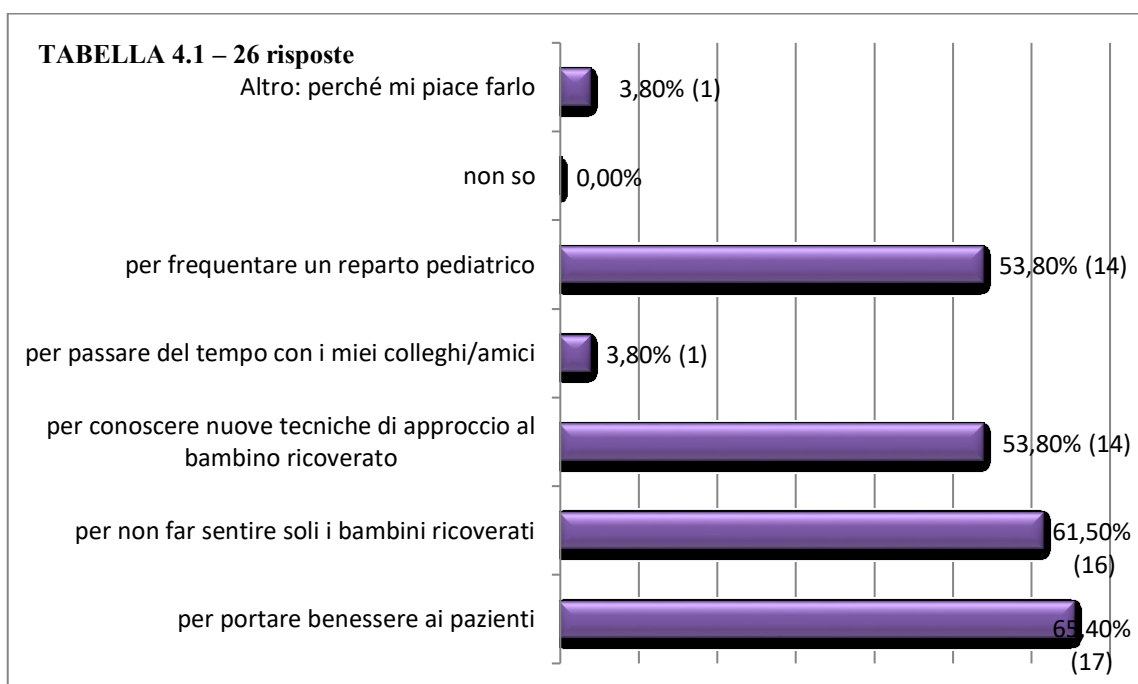


#### 4.2 Analisi dei risultati del questionario rivolto ai volontari

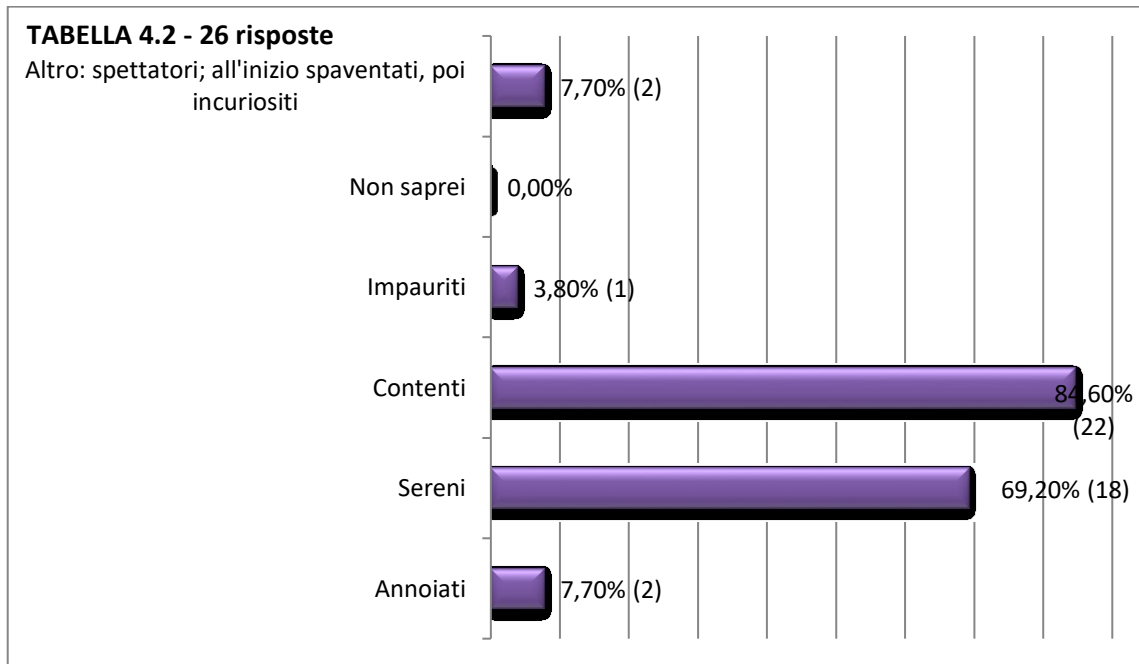
Le risposte ottenute dai volontari che partecipano al progetto sono state 26, il 76,9% dei quali non hanno mai svolto altre attività di volontariato in reparti pediatrici prima di partecipare al giro visita del dottor Pupozzi (Diagramma 4.0).



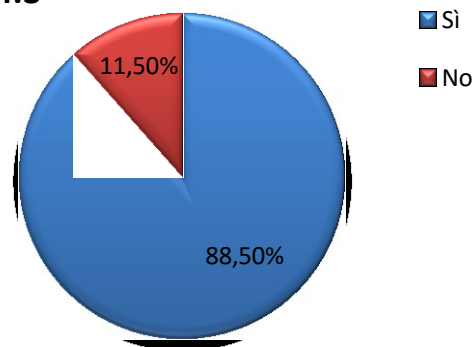
La motivazione che ha spinto la maggioranza a partecipare a questo progetto è stata la volontà di portare benessere ai pazienti (65,4%) e per non far sentire soli i bambini ricoverati (61,5%). (Tabella 4.1)



I soggetti, durante la loro presenza in corsia, in buona parte hanno trovato i bambini sereni (69,2%) e contenti (84,6%) di giocare insieme a loro (Tabella 4.2) e altrettanto desiderosi di attendere il loro arrivo (88,5%) (Diagramma 4.3).



**Diagramma 4.3**



### 4.3 Analisi dei risultati del questionario rivolto al personale medico e infermieristico

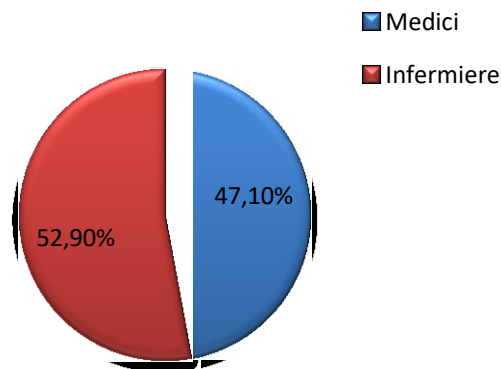
Date le norme di restrizione dovuto all'emergenza nazionale, il questionario non è stato possibile somministrarlo direttamente al personale in reparto, per cui le risposte ottenute non rappresentano la totalità del personale medico e infermieristico realmente presente all'interno del reparto di Cardiocirurgia Pediatrica e Congenita.

Al questionario on-line hanno risposto in 17, il 52,9% dei quali sono Infermieri (Diagramma 5.0).

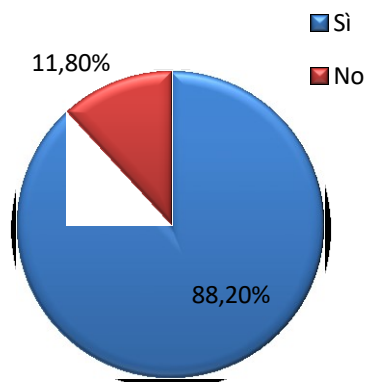
A questo progetto partecipano anche studenti di medicina, per l'88,2% dei campioni pensa che un'esperienza come quella che fornisce questo progetto sia utile durante il percorso di studi (Diagramma 5.1)

Gli infermieri, in determinate situazioni dell'assistenza infermieristica e della relazione infermieristica con il paziente pediatrico, richiedono la presenza del Dottor. Pupozzi – cioè di un tecnico comico terapeuta preparato -, infatti nel 94,1% dei casi pensano che la sua presenza sia utile in reparto (Diagramma 5.2).

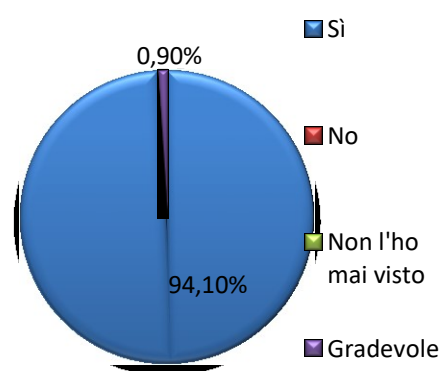
**Diagramma 5.0**



**Diagramma 5.1**

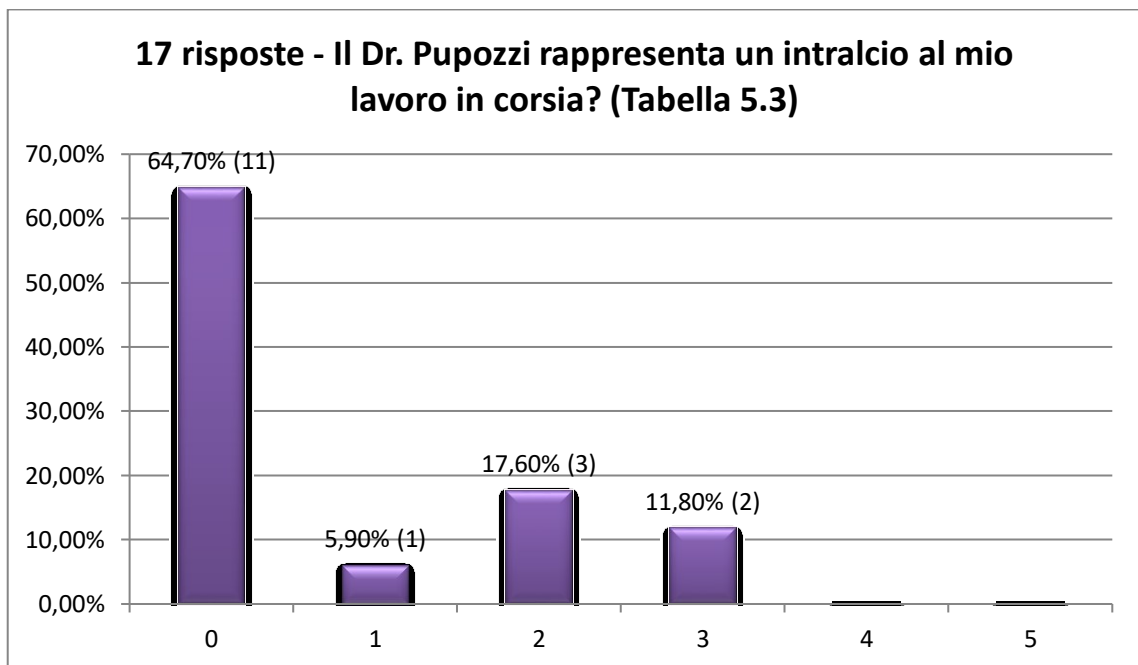


**Diagramma 5.2**



A seguire vengono mostrate le risposte ottenute a proposito di:

- La possibilità che la presenza del tecnico della relazione rappresenta un intralcio al lavoro in corsia (Tabella 5.3);
- La possibilità che la presenza del tecnico della relazione rappresenta un aiuto per la relazione con il paziente (Tabella 5.4);
- Essere coinvolti nell'attività cambia la propria immagine agli occhi del paziente (Tabella 5.5)



\*Legenda:

0 = Per niente

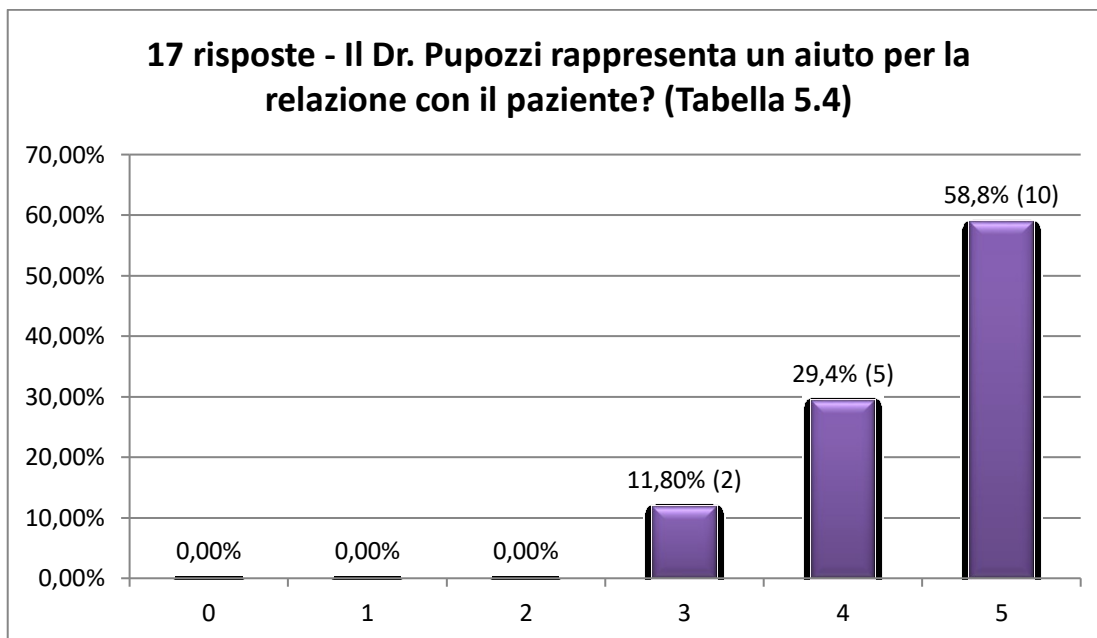
1 = Poco

2 = A volte

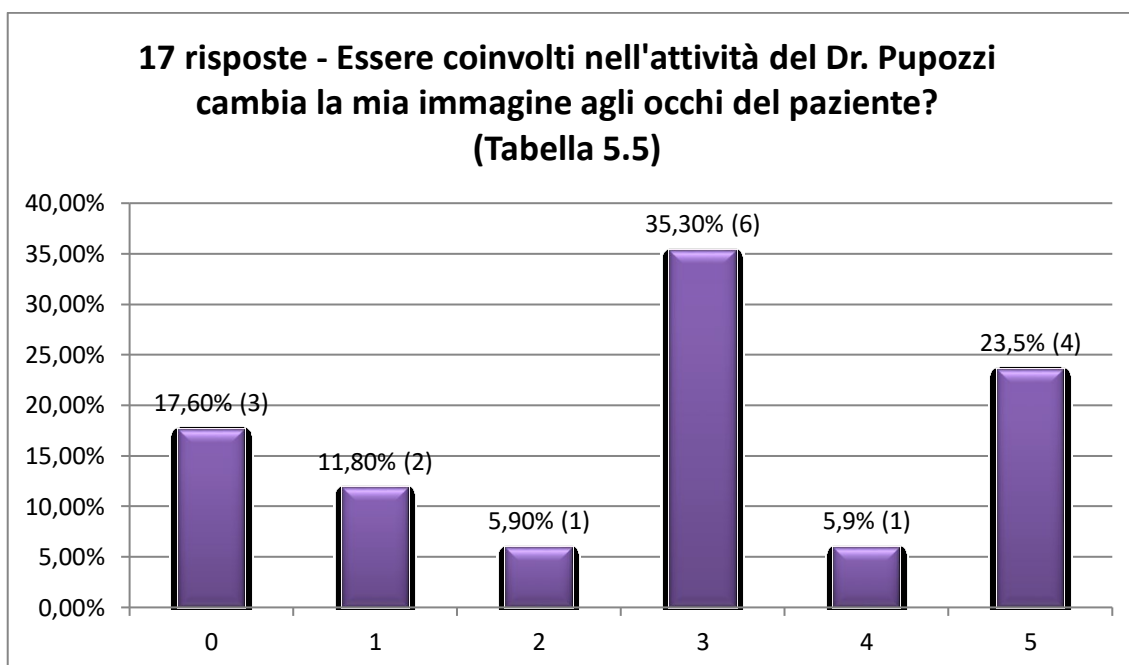
3 = Abbastanza

4 = Molto

5 = Moltissimo



\*



\*

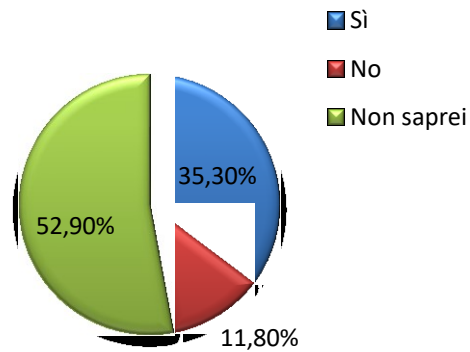
Il 70,6% degli operatori ha lavorato in passato con dei Clown in corsia, ma alla domanda rivolta sulla possibile differenza tra questi e il Dottor Pupozi il 52,9% non ha saputo rispondere e il 35,3% afferma che ci siano delle differenze. (Diagramma 5.6)

Per indagare ancora più a fondo, sono state riportate delle affermazioni a noi utile proprio per capire in che modo si presentano delle differenze e nell'analisi di

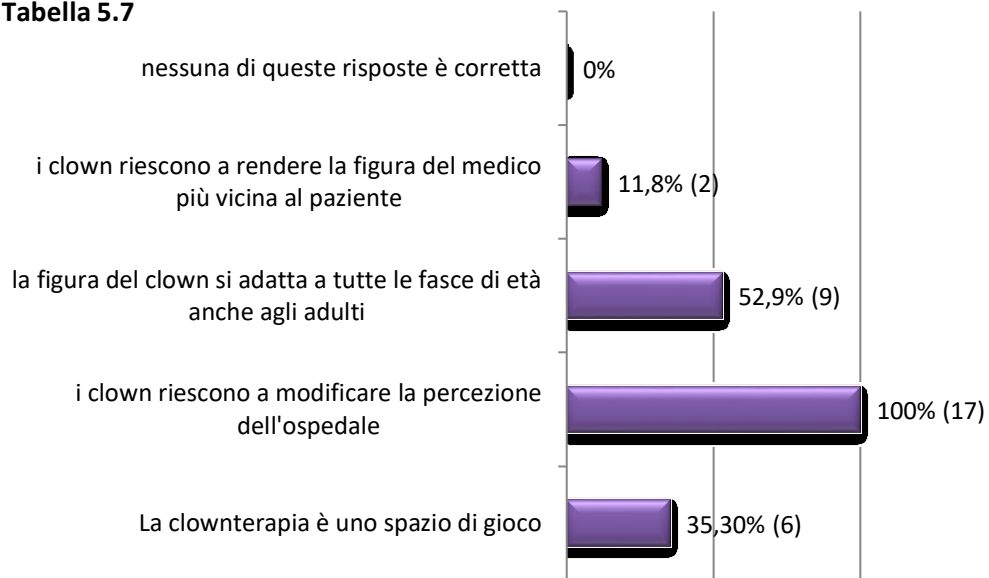
quest'ultimi è risultato che il 100% dei campioni ritiene che i Clown riescono a modificare la percezione dell'ospedale e nel 52,9% che la figura si adatta a tutte le età. (Tabella 5.7).

La figura del Dottor. Pupozzi quasi in egual modo riesce a modificare la percezione dell'ospedale (88,24%) e si adatta a tutte le età anche agli adulti. (Tabella 5.8)

**Diagramma 5.6**

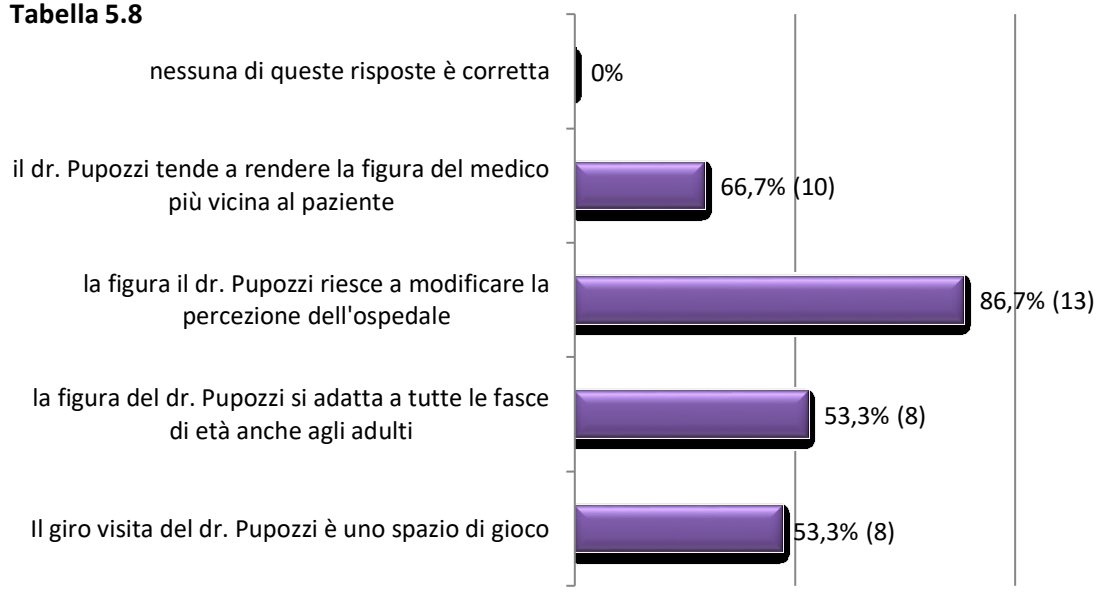


**Tabella 5.7**

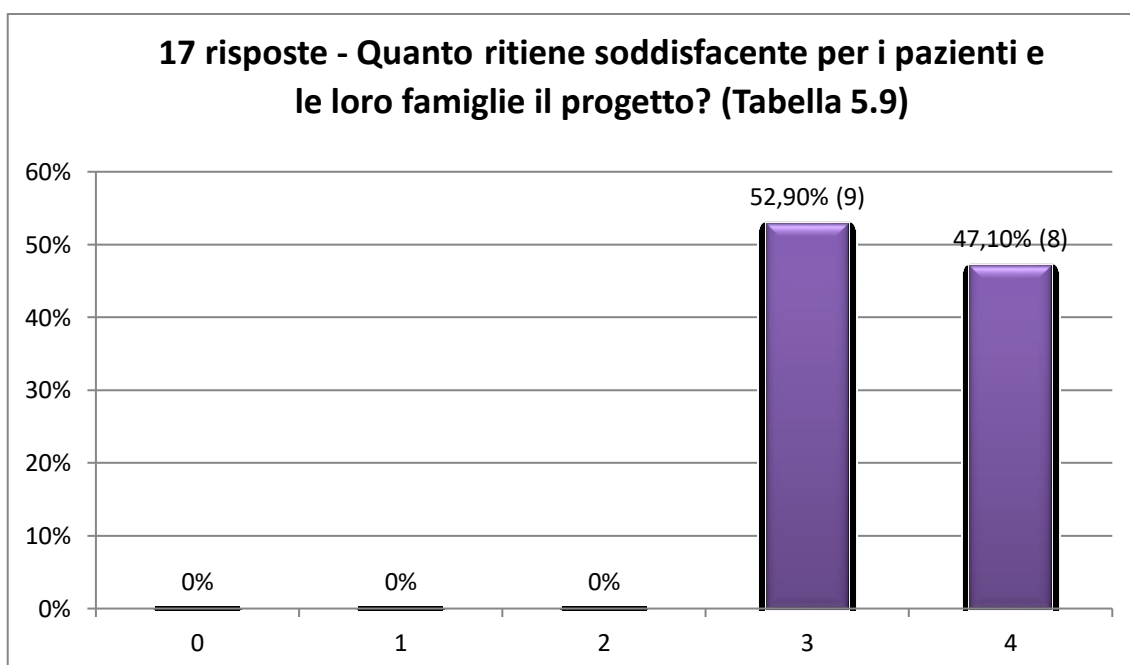




**Tabella 5.8**



I soggetti inoltre affermano che l'indice di gradimento del progetto per i pazienti e le loro famiglie sia certamente positivo. (Tabella 5.9)



## 5.0 DISCUSSIONE

I bambini sono quelli che subiscono maggiormente l'effetto traumatico dell'ospedalizzazione, di conseguenza le attenzioni e le giuste parole per aiutarli a capire l'esperienza che stanno vivendo possono risultare utili a prevenire i disturbi emotivi conseguenti all'ingresso in ospedale. Non si deve però dimenticare che, se per certi bambini l'ospedalizzazione costituisce una separazione o la paura di una perdita affettiva, per altri può invece trasformarsi in una esperienza di vita e di socializzazione dove si possono sperimentare nuovi tipi di relazioni; nell'ospedale, infatti, molti bambini possono trovare una varietà di nuovi contatti sociali e culturali fino ad allora sconosciuti.

Perché ciò avvenga è determinante il rapporto che il bambino stabilisce con le persone con cui andrà ad interagire in ospedale.

Un bambino che comprende la figura che ha davanti, il ruolo che questa ricopre e, cosa fondamentale, che tenta di aiutarlo e non di recargli male, certamente lo aiuterà a non aver paura e ad affrontare tutto l'iter ospedaliero con maggior consapevolezza.

L'infermiere è l'operatore che più interagisce con i genitori e il bambino ed quindi è una figura forte di riferimento soprattutto per la madre: la capacità di accogliere, di comunicare e spiegare le procedure mediche è di fondamentale importanza per il buon esito della cura e dell'assistenza al bambino. Infatti, l'infermiere ha un ruolo centrale nella gestione del bambino ricoverato: trasmette le informazioni, comunica gli aspetti educativi dell'assistenza e crea un punto di incontro tra le attitudini genitoriali e il bisogno del bambino. L'infermiere è un riferimento anche per gli operatori del team assistenziale: il loro intervento favorisce l'autonomia dei genitori nella gestione delle cure e della relazione madre-bambino.

La ricerca svolta presso l'Azienda Ospedaliera – Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, nel reparto di Cardiocirurgia pediatrica e Congenita ci ha permesso di valutare un aspetto molto interessante ovvero che l'infermiere nonostante sia rispetto ad altre una professione più relazionale e prossimale, cioè più vicina ai pazienti, non è chiaramente equiparabile ad un tecnico della relazione, quale ad esempio Walter Caccioppola e quindi deve avvalersi della collaborazione di queste figure.

La consapevolezza che tale collaborazione sia necessaria è un dato importante per l'infermieristica, perché come professionista dell'assistenza sanitaria non è possibile pensare di poter essere onnipresente e non si hanno né le competenze né le conoscenze per poterlo fare, in particolar modo quando va al di fuori del proprio mandato professionale. Sul piano relazionale la situazione è ancora più infida, perché se sul piano tecnico un infermiere comprende subito che non può, ad esempio, ridurre una frattura perché ci vuole il medico specialista, sul piano relazionale molto spesso pensa che possa bastare parlare o con vigore, prepotenza e forza, o con amore, dolcezza e la calma mentre invece non è così. Se c'è una relazione alterata o una visione della realtà distorta, da una parte o dall'altra (dal paziente o dal professionista), vi è la necessità di un tecnico che moduli il rapporto.

In generale se un infermiere si rende conto di aver bisogno dell'intervento di un tecnico, questo porterà dei vantaggi alla professione stessa.

Infermieri e medici ritengono però che non sempre una partecipazione attiva al progetto "Il giro visita del Dottor Pupozzi" possa migliorare la percezione del proprio ruolo agli occhi del paziente. Probabilmente queste affermazioni derivano dal fatto che gli operatori per via della mole di lavoro o in generale una mancanza di tempo sono impossibilitati ad avere un loro maggior coinvolgimento nella definizione dei criteri per l'erogazione della cura, per cui non sempre pongono le giuste attenzioni. È proprio a questo punto che è necessaria la presenza di un tecnico della relazione formato che sia quindi in grado di guidare il rapporto in entrambi i sensi: la sua presenza è vantaggiosa al piccolo paziente in quanto lui è in grado di rivolgersi nel giusto modo, nella maniera più vicina al bambino, ma è utile anche all'operatore perché avere un bambino che collabora riduce i fattori di stress e ottimizza i tempi di lavoro.

Le risposte ottenute dai questionari posti al personale ci confermano ulteriormente che lavorare cooperando è necessario, ma non basta semplicemente un "lavoro di equipe" ma è necessaria una collaborazione più complementare, perché da una parte c'è il professionista infermiere che come singolo si deve rendere conto del problema mostratosi mentre dall'altra c'è l'equipe che deve sostenere non solo il bisogno del paziente ma anche quello del professionista stesso.

Un elemento che caratterizza l'istituzione totale è la divisione tra staff e pazienti. In che modo avviene questa diversificazione? Con la presenza di una divisa o meno. Difatti i professionisti ne hanno una mentre i pazienti no.

Per fare un parallelismo con il mondo militare, se una persona indossa un'uniforme dove ci sono dei gradi, chi gli sta di fronte li vede e comprende che tale persona riveste un certo ruolo mentre l'assenza di gradi sottolinea che non si è né un ufficiale né un sottufficiale.

Per quanto riguarda la divisa degli infermieri questa è cambiata nella storia e per ovvi motivi, mentre il camice dei medici è rimasto sempre lo stesso. Il bambino che vede un infermiere spesso lo associa al dolore provato durante le procedure da egli svolto e più in generale associa tale dolore al colore "bianco" della divisa indossato da tutti quelli che ricoprono questo ruolo, cioè la loro "uniforme". Il camice lungo dei medici invece, che può sembrare un cappotto, fa meno paura della divisa degli infermieri perché è una cosa che non hanno mai visto. Non a caso nei reparti di pediatria ci sono le divise con dei disegni che rimandano all'immaginazione, questi infatti tendono ad ammorbidire la figura e sono un modo per avvicinarsi ulteriormente ai bambini, non è detto che sia il migliore. Tutto questo per dire che l'uniforme fa l'uomo!

Il Dr. Pupozzi è vestito come un dottore, anche se in realtà non lo è, e questo è una cosa positiva come dicono i risultati. La figura di un Clown in corsia e quella del Dr. Pupozzi sembrano avere la stessa influenza sulla modificazione della percezione dell'ospedale e la loro utilità è riconducibile anche a pazienti adulti. Ma come volevasi dimostrare, il fatto che il Dr. Pupozzi abbia delle caratteristiche simili ad un medico, al contrario di un Clown, aiuta ad avvicinare tale figura al paziente. Però è utile o non è utile? È utile vestirsi da Clown, perché l'abito fa il monaco o è utile non vestirsi da Clown perché l'abito fa il monaco? Si possono dire entrambe le cose, cioè che quando c'è bisogno si deve essere vestiti come un medico o come un infermiere per il servizio che si svolge, ma bisogna avere una relazione più aperta con il paziente, per ciò è utile la presenza del dottor Pupozzi in quanto è in grado di unire attività comiche, fornendo uno spazio di gioco adatto al paziente. Dato che attraverso il gioco si cerca di sostenere il bambino, di sviluppare in lui un ruolo attivo e non passivo e di dare libero sfogo alle sue paure, ai suoi sentimenti migliorando la percezione dell'ospedale che da luogo in cui si fanno solo cose spiacevoli e dolorose diventa luogo di divertimento. Inoltre, con il suo stile di

comunicazione ha influenzato in positivo: il benessere psico-fisico dei pazienti, la relazione tra il personale ospedaliero e il paziente e in parte anche la socializzazione tra i pazienti ricoverati, questo è quanto dichiarato dai familiari stessi, che in prima persona partecipano in queste situazioni e per primi rivolgono la loro attenzione ai propri figli, alla loro condotta e alle modificazioni comportamentali che in essi si verificano. Questo significa che creare un rapporto più alla pari, in cui si dà origine ad una comunicazione bidirezionale e non unidirezionale come solitamente si verifica, solamente perché bambini e quindi impossibilitati a comprendere ciò che succede, incide notevolmente sullo stato emotivo dei pazienti e di conseguenza aumenta la loro disponibilità a collaborare. Rendere il bambino partecipe in prima persona alla sua situazione, a ciò che andrà ad affrontare e soprattutto conoscere il motivo, facilita di molto la possibilità di avere un risultato migliore rispetto che escluderlo chiudendolo in sé stesso. Ciò ha dimostrato che i piccoli non temevano come prima l'ospedale, perché si era creata un'atmosfera di gioco a loro familiare. Allo stesso tempo rendere la figura del medico meno gerarchica e più comprensibile agli occhi del bambino, migliora le strategie di coping e di adesione di quest'ultimo. Rendere la figura del medico più a portata di bambino non significa "ridicolizzare" il personaggio così che il paziente non possa averne più paura, come avviene ad esempio con il Clown in cui egli appare pasticciere, imbranato e deriso da chi lo guarda, ma si cerca di abbattere il senso di impotenza che si può verificare quando un bambino vede arrivare un medico o un infermiere tentando di instaurare un rapporto più confidenziale e di ascolto, con tatto e diplomazia cercando di coinvolgere oltre ai pazienti anche i genitori ed il personale medico e infermieristico. È fondamentale avere una figura che neutralizzi il potere spesso negativo che il medico o l'infermiere tendono ad avere agli occhi del bambino ma allo stesso tempo è importante che tale persona diventi un qualcuno a cui il bambino si può affidare e i risultati ottenuti lo confermano. Quando non c'è bisogno di tutto ciò allora ci si può avvalere di un Clown, una figura buffa che intrattiene il pubblico, fa ridere e addolcisce l'atmosfera. Il naso rosso è una maschera che gli permette di avvicinarsi a situazioni di dolore senza esserne troppo coinvolto, così da portare avanti la propria missione con la giusta positività: egli arriva con delicatezza e la sua presenza giocosa ha lo scopo di allietare il cuore lasciando un sorriso sul volto di chi ha incontrato. Lo scopo è quello di permettere al bambino o all'adulto ospedalizzato di evadere, per un momento, dalla realtà in cui sta

soggiornando, facendogli scoprire altri punti di riferimento che si identificano nel calore umano, nella musica, nella magia e nell'umorismo, ma soprattutto nell'amicizia. Tutto questo attraverso spettacoli di animazione umoristica, canzoni create appositamente o nell'immediato e che hanno un unico filo conduttore: tanta allegria.

Dai suggerimenti forniti dai volontari e dalle famiglie stesse volti a migliorare ancora il progetto è stata sottolineata l'importanza di rendere l'ambiente più a misura del paziente in base alla sua età, alle sue caratteristiche e quindi personalizzare il piano di lavoro. Gli adolescenti solo nel 26% dei casi hanno spazi dedicati appositamente a sé all'interno degli ospedali. [35]

Dal punto di vista diagnostico e delle cure, gli adolescenti rientrano nell'ambito della pediatria, quindi gli studi che vengono eseguiti e la letteratura scientifica valgono sia per bambini che per adolescenti<sup>36</sup>. E' ovvio, però, che bambini e ragazzi appartengono a mondi molto diversi con esigenze che non sono, quindi, le stesse. Se per il pediatra di base l'età pediatrica di riferimento è fino ai 14 anni e successivamente il referente diventa il medico di medicina generale, negli ospedali la situazione è differente: i reparti di pediatria possono accogliere ragazzi fino ai 18 anni.

Quello degli adolescenti è un mondo complesso per definizione, sempre più difficile da gestire e per questo fare assistenza non è sempre semplice, sono infatti necessarie competenze specifiche per indagare menti e corpi in formazione e mutamento continuo. Ma questa non è certo l'unica questione che dovrebbe essere affrontata, il paziente adolescente deve essere messo nelle condizioni di poter autorizzare e decidere le cure da ricevere, deve quindi essere informato opportunamente e non essere escluso da genitori e personale durante il trattamento e nel caso degli adolescenti non è problema da poco. Un ragazzo si dovrebbe, o meglio, deve essere coinvolto a pieno titolo e deve poter esprimere il proprio parere circa cure e terapie e non subire passivamente le scelte di genitori e medici.

L'informazione e il coinvolgimento sono diritti che vanno, comunque, garantiti anche a ragazzi di età inferiore, in rapporto alle specifiche situazioni e alle caratteristiche del singolo ragazzo/a. Il concetto è, quindi, che gli adolescenti non devono restare ai margini ma avere la possibilità di dire la loro.

---

<sup>36</sup> [https://d.repubblica.it/famiglia/2014/09/17/news/adolescenti\\_trascurati\\_ospedale\\_salute-2291744/](https://d.repubblica.it/famiglia/2014/09/17/news/adolescenti_trascurati_ospedale_salute-2291744/)

Coloro che forse più di tutti avrebbero bisogno di momenti e luoghi per sé, soprattutto all'interno del contesto ospedaliero, sono proprio gli adolescenti. E' chiaro che per un ragazzo adolescente, la presenza di palloncini e di giochi non è sufficiente a migliorare l'iter ospedaliero, questo è l'anello debole riscontrato nel progetto. Nonostante vengano già messi in atto piani personalizzati, si può di certo migliorare ancora, ad esempio modificando e trovando nuove strategie da aggiungere a quelle già in uso per approcciarsi ai ragazzi.

È importante quindi, conoscere i gusti e le passioni e cercare di focalizzarsi sulle esigenze di coloro che hanno tra i quattordici e i diciassette/diciotto anni e venire loro incontro, garantendo un piano di lavoro che comprenda tutto ciò che richiama l'attenzione del paziente che ci si pone di fronte.

Per imparare a comunicare e approcciarsi al meglio, non ci si può affidare semplicemente all'improvvisazione ma ci si deve avvalere delle conoscenze, dell'esperienza e quindi di una formazione adatta. Chiunque debba lavorare a contatto con un bambino, soprattutto in quelle aree in cui regna la sofferenza, la paura e l'angoscia, deve essere ben istruito a saper riconoscere le fragilità di chi trattano. Un esempio sono i volontari che hanno deciso di partecipare al progetto: per poter operare al meglio infatti hanno suggerito che sarebbe opportuno affrontare dei corsi sulle tecniche di comunicazione. È fondamentale quindi, che a qualsiasi grado si appartenga, medico o infermiere, si debba avere un'adeguata preparazione su come interagire al meglio con i piccoli pazienti e i loro genitori, in quanto questo non è un fattore così scontato.

Conoscere le tecniche e le modalità più congrue per lavorare con un paziente pediatrico è una condizione essenziale ma la maggior parte degli operatori sanitari impara come fare durante il proprio percorso di lavoro. Per questo motivo partecipano al progetto anche studenti di medicina al fine di sensibilizzarli precocemente alla realtà dei fatti e alle difficoltà che si possono riscontrare operando con i bambini e le loro famiglie. È indispensabile far avvicinare i giovani studenti di medicina e di infermieristica, durante i loro percorsi di studio, ai pazienti con un approccio umano e alla pari. Questo è il primo passo per garantire un livello di assistenza più completo e centrato sul valore che il paziente non è solo affetto da una malattia, che comporta delle menomazioni a livello fisico, ma è una persona e in quanto tale ha bisogno di tutto il supporto e la

comprensione che i professionisti sono in grado di offrire durante la propria carriera lavorativa.

Inizialmente l'idea di questo studio pilota è stata quella di far partecipare me, studentessa di Infermieristica del terzo anno, al progetto in prima persona, dopo però aver frequentato un corso di formazione che mi avrebbe fornito gli strumenti adeguati ad affrontare le situazioni che si sarebbero presentate durante il percorso, potendo così offrire un lavoro migliore e più utile possibile ai piccoli pazienti e alle loro famiglie. In questo modo, al termine del percorso, avrei potuto constatare in prima persona se una formazione durante gli studi amplifica le capacità di un infermiere, limitando così l'impreparazione nel momento in cui ci si ritroverà a prestare assistenza ai bambini, una volta abilitato. Causa emergenza da Sars-Cov2 e la successiva disposizione di limitare gli ingressi in reparto alle persone esterne, non è più stato possibile farlo ma dai risultati ottenuti, si può dedurre che un grande passo in avanti sarebbe quello di andare ad educare anticipatamente anche gli studenti di infermieristica, ad esempio facendogli seguire corsi di formazione adeguati per ampliare le conoscenze riguardo: le diverse tecniche di comunicazione da adottare con i pazienti, le possibili fragilità che potrebbero dover trattare e le modalità che si possono adottare per far fronte alle problematiche che incontreranno.

Un'altra opportunità sarebbe quella di far partecipare attivamente al progetto, durante il loro percorso accademico, anche i futuri infermieri, proprio come gli studenti di medicina.



## 6.0 CONCLUSIONI

Concretamente possiamo concludere che saper affrontare e gestire le fragilità di un paziente pediatrico è una capacità richiesta ad un infermiere, proprio come esplica il mandato. Di certo non è possibile affidarsi solamente alle proprie doti, perché come è stato dimostrato, per quanto un infermiere possa essere formato a 360°, non è possibile a livello pratico saper affrontare tutte le situazioni che si pongono. Conoscere le particolarità di un paziente pediatrico e saper individuare e gestire i suoi bisogni, le difficoltà, le paure e la delicatezza è compito essenziale di un infermiere, ma lo è anche comprendere i propri limiti e quindi sapersi affidare ad un collega più preparato e formato in tal senso, come lo è, in questo caso, il tecnico della relazione Walter Caccioppola. Affidarsi a qualcuno non significa essere meno preparati o bravi nel proprio lavoro ma al contrario è una competenza aggiuntiva che indica conoscere a fondo il proprio lavoro e saperlo fare nel modo più giusto ed efficace. Nello specifico vuol dire garantire al paziente tutte le risorse a disposizione per valutarlo e aiutarlo in tutti gli aspetti, non lasciandosi guidare dall'individualismo. È quindi necessaria una profonda e consapevole presa di coscienza rispetto a ciò che siamo e a chi vogliamo essere. Saper creare un legame diretto con un paziente attraverso la comicità è un atto che richiede importanti conoscenze e per questo svolto da personale esterno qualificato. Difficilmente un infermiere o più in generale un operatore sanitario, riuscirà mai ad adottare direttamente un approccio simile a quello proposto sopra, motivo per cui la comicità non è un elemento utilizzato nella comunicazione con il paziente. Sicuramente gli ostacoli più evidenti che non permettono di applicare tale metodo sono le questioni pratiche ed organizzative che il personale deve gestire.

Non è l'infermiere, il medico o qualsiasi altra figura sanitaria ad essere al centro del lavoro ma lo è sempre il paziente, a qualsiasi età. Ciò che un bravo infermiere e in generale un bravo professionista deve saper fare è garantire, al meglio delle sue possibilità, la collaborazione di tutte le figure che rientrano all'interno dell'opera.

La clownterapia viene applicata negli ospedali di tutto il mondo e si basa sul creare un momento di divertimento e svago per i pazienti ma quello che il progetto propone è fondere la comicità ad una figura di alto prestigio come quella del medico e di creare

per ogni singolo paziente uno specifico percorso che dura per tutto il periodo del ricovero al fine di affrontare con più tranquillità e leggerezza l'esperienza. Questo porta a realizzare un valido strumento di aiuto anche per l'infermiere che fra tutti è la figura professionale più vicina al paziente.

L'universalità del metodo e la sua trasversalità nei vari ambiti umani, sociali e sanitari, lo rendono una possibile risorsa da utilizzare nella medicina moderna.

L'invecchiamento della popolazione e il numero sempre più alto di malati cronici e/o terminali ha posto la sanità moderna di fronte a nuovi obiettivi. Attualmente si punta sempre di più al miglioramento della qualità di vita, indagando, oltre che le problematiche fisiche, anche la sfera emotiva personale, la funzione sociale e le interferenze che si presentano nella vita quotidiana, in particolar modo tutto ciò viene analizzato dall'infermiere, professione che da sempre si differenzia dalle altre per la sua formazione più eclettica.

Questo studio pilota è specifico per il mondo pediatrico, ma può essere applicato, ad esempio anche per la geriatria o per le fragilità del disabile e in generale di un qualsiasi adulto che per diversi motivi perde l'autonomia di una sua funzione. Di fronte ad un adulto che non ha più la normale funzionalità di un certo organo è chiaro che il medico, o per altre cose l'infermiere, che si trova a dover spiegare la realtà dei fatti, deve saper modulare la spiegazione, questo infatti è importante perché anche l'adulto, come il bambino, prova un senso di abbandono e di difficoltà nel capire cosa sta succedendo e il perché. Ma c'è bisogno del Dr. Pupozzi che faccia da modulatore? Ciò che deve essere garantito è una persona che si prenda carico delle gracilità che il paziente mostra, e ciò può farlo ad esempio un comico terapeuta istruito che sappia comprenderlo e affiancarlo.

Il lavoro del Dr. Pupozzi crea complicità tra le persone le quali rimangono coinvolte da tanto fervore, riuscendo ad abbattere ogni confine di età, di spazio e di tempo: l'umorismo è la carta vincente.

Dicendo questo non si vuole affermare che l'umorismo sia in grado di sostituirsi alle medicine o alle cure mediche tradizionali ma di sicuro può e deve divenire un affidabile alleato; il suo contributo è maturo e i risultati lo dimostrano. Costituisce infatti un metodo alternativo, semplice, naturale, economico ed efficace per questi nuovi obiettivi. Inoltre, proprio per la varietà di metodi con cui si può applicare, è fortemente adattabile

alle più differenti situazioni ed esigenze personali. La conoscenza dell'altro, la condivisione e il sentirsi arricchiti dai legami edificati significa vincere e tagliare traguardi insieme, riscoprirsi ogni giorno può aiutare a migliorare noi stessi e chi è meno fortunato.

Il metodo studiato in questo progetto di tesi è un ottimo modo per affrontare la depressione e anche per prevenirla. Infatti una persona serena e capace di affrontare le difficoltà, ricca di sentimenti positivi ed ottimisti, difficilmente sarà affetta da sindrome depressiva. Poiché la depressione è destinata ad essere la malattia più frequente al mondo nel prossimo futuro, la sua prevenzione costituisce una sfida per la sanità mondiale.

Lo studio affrontato permette di raccomandare fortemente l'utilizzo del metodo analizzato e di incentivare la sua diffusione nei più svariati contesti. Così come tutti i professionisti sanitari e la società riconoscono e promuovono l'attività fisica, è augurabile che lo stesso avvenga per l'umorismo applicato dal Dr. Pupozzi, riconoscendo quindi a livello universale il benessere del ridere.

## 7.0 BIBLIOGRAFIA

- [1] Pericchi C. (1984) "Il bambino malato", Cittadella Editrice, Assisi, pag. 56;
- [2] Filippazzi, G. (2004). *Un ospedale a misura di bambino. Esperienze e proposte* (Vol. 9) pag. 7. FrancoAngeli.
- [3] Filippazzi, G. (2004). *Un ospedale a misura di bambino. Esperienze e proposte* (Vol. 9) pag. 7. FrancoAngeli.
- [4] Erving Goffman (1961), "Asylums - Essays on the social situation of mental patients and other inmates" Aldine Transaction, A Division of Transaction Publishers New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K)
- [5] Erving Goffman. ASYLUMS. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza. Edizioni di Comunità, Torino 2001. Prefazione di Alessandro Dal Lago. Postfazione di Franco e Franca Basaglia.
- [6] Livinstone M. (1995). Nursing uniform preferences of parents of parents and children in a paediatric setting. *British Journal of Nursing*, 4(7): 390-395.
- [7] I. Bordone (2015). *Guided Imagery. Sollievo dallo stress: 8 visualizzazioni guidate* Area51 Publishing.
- [8] Tusek, D. L. (1997), Church, J. M., Strong, S. A., Grass, J. A., & Fazio, V. W.. *Guidedimagery. Diseases of the colon & rectum*, 40(2), pagg. 172-178.
- [9][10] Francesco Burrai, Giovanna Marchioni, *La guided imagery nell'assistenza infermieristica pediatrica - Children's Nurses - Italian Journal of Pediatric Nursing Sciences* 2013; 5 (3)
- [11] J. Huizinga (1938), "*Homo ludens. A study of the play element in culture*", Boston Beacon, Einaudi, Torino, 1972 pagg. 10-12

- [12] Gamba A. (1998), Il disegno e la narrativa del bambino malato di tumore, in Tutti bravi. Psicologia e clinica del bambino portatore di tumore, a cura di R. Saccomani, Milano, Cortina.
- [13] J. Locke (1841), Pensieri sull'educazione
- [14] J. J. Rousseau 1796, Emilio o dell'educazione, edizione integrale con introduzione, traduzione e note a cura di Andrea Potestio, Studium
- [15] F. Frobel (1871), Manuale pratico dei giardini d'infanzia ad uso delle educatrici e delle madri di famiglia, tradotto dal francese M.M.C., prima edizione italiana, Milano, stabilimento dell'editore Giuseppe Civelli
- [16] F. Frobel, "L'educazione dell'uomo" e altri scritti (1967), Firenze, la Nuova Italia, p. 44
- [17] Freud, S., Breuer, J. (1892-95). Studi sull'isteria, Vol 1. Bollati Boringhieri.
- [18] Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. Bollati Boringhieri.
- [19] Freud, S. (1915). Pulsioni e loro destini. OSF, vol VIII.
- [20] O. Coppola, "Psicologia dello sviluppo ed educazione" (1999), Napoli, edizione Simone, pp. 214-215 alla voce Il Gioco
- [21] G. Bateson, This is the play, trad. It. Zoletto D., Questo è un gioco, perché non si può mai dire a qualcuno "Gioca!" (1996), Milano, Raffaello Cortina,
- [22] DW Winnicott, "Il bambino e il mondo esterno" (1973), trad. Fulvia Kanizsa, Firenze: Giunti e Barbera
- [23] D. Bolognini, Giocare in ospedale, in "infanzia" n. 6 Giocare in ospedale, pp. 41-44

- [24] Il Parlagioco: Uno strumento per comunicare attraverso il gioco Di Maria Rosa Pizzamiglio, Laura Piccardi, Marina Mattioli – metodologie riabilitative in logopedia, vol 11
- [25] C. Garvey (1977). Play with language and speech. In *Child discourse* (pp. 27-47). Academic Press.
- [26] Rossella Del Mondo, L' infermiere pediatrico attraverso L' infermiere pediatrico attraverso gli occhi e le parole dei bambini: gli occhi e le parole dei bambini: una fotografia delle loro aspettative IdB - Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche 2011; 3 (3)
- [27] Vitale Luca Napoli, Fabiola Cerullo<sup>1</sup>, Paola Ferri<sup>2</sup> Le qualità distintive del bravo infermiere secondo i bambini ospedalizzati: secondo i bambini ospedalizzati: uno studio fenomenologico - IdB - Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche 2011; 3 (1)
- [28] M Lloyd, G Urquhart Law, A Heard, B Kroese, Quando il bambino dice “no”: l'esperienza dell'infermiere di fronte al bambino che si oppone alla procedure – IdB Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche 2009
- [29] Cardona L. Behavioral approaches to pain and anxiety in the pediatric patient. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 1994; 3 (3)
- [30] Gelkopf, Marc. (2009). The Use of Humor in Serious Mental Illness: A Review. Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM. 2011. 342837. 10.1093/ecam/nep106
- [31] N. Cousins (1982), La volontà di guarire: anatomia di una malattia, Volume 3 di Medicina d'oggi
- [32] Golan, G., Tighe, P., Dobija, N., Perel, A. e Keidan, I. (2009). Pagliacci per la prevenzione dell'ansia preoperatoria nei bambini: uno studio controllato randomizzato. *Anestesia pediatrica*, 19 (3), 262-266
- [33] articolo 17 della CRC – Convention on the Rights of the Child, Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza

[34] Cfr. l'esperienza di «Ottone, il merlo bidone» in D. Coralli, G. come  
GIOCATTOLO, in G. M. Cappozzo (a cura di), *Animatema di famiglia*, vol. 1

[35] 50° Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Pediatrica (SICP19),  
ottobre 2019.

## 8.0 SITOGRAFIA

- [www.informasalus.it](http://www.informasalus.it)
- [www.informasalus.it](http://www.informasalus.it)
- [www.ospedalebambinogesu.it](http://www.ospedalebambinogesu.it)
- [www.treccani.it](http://www.treccani.it)
- [www.rivistadiscienzesociali.it](http://www.rivistadiscienzesociali.it)
- [www.ilgiornale.it](http://www.ilgiornale.it)
- [www.nurse24.it](http://www.nurse24.it)
- [www.area-c54.it](http://www.area-c54.it)
- [culturaemotiva.it](http://culturaemotiva.it)
- [famiglia.chiesacattolica.it](http://famiglia.chiesacattolica.it)
- [www.ospedalebambinogesu.it](http://www.ospedalebambinogesu.it)
- [www.sigg.it](http://www.sigg.it)
- [www.associazioneprofeta.it](http://www.associazioneprofeta.it)
- [assistenteperinfanzia.it](http://assistenteperinfanzia.it)
- [www.unicusano.it](http://www.unicusano.it)
- [www.trio-lescano.it](http://www.trio-lescano.it)
- [www.trio-lescano.it](http://www.trio-lescano.it)
- [www.riderepervivere.org](http://www.riderepervivere.org)
- [www.medicinanarrativa.eu](http://www.medicinanarrativa.eu)
- [tesi.supsi.ch](http://tesi.supsi.ch)
- [www.guidozanchin.com](http://www.guidozanchin.com)



- [www.guidozanchin.com](http://www.guidozanchin.com)
- [sorrisiconilcuore.altervista.org](http://sorrisiconilcuore.altervista.org)
- [www.riderepervivere.org](http://www.riderepervivere.org)
- [www.vita.it](http://www.vita.it)
- [www.neuroscienze.net](http://www.neuroscienze.net)
- [www.scientific-european-federation-osteopaths.org](http://www.scientific-european-federation-osteopaths.org)
- [www.news-medical.net](http://www.news-medical.net)
- [www.portalefilosofico.com](http://www.portalefilosofico.com)
- [images.savethechildren.it](http://images.savethechildren.it)
- [gruppocrc.net](http://gruppocrc.net)
- [famiglia.chiesacattolica.it](http://famiglia.chiesacattolica.it)
- [www.ilcittadinodirecanati.it](http://www.ilcittadinodirecanati.it)
- [famiglia.chiesacattolica.it](http://famiglia.chiesacattolica.it)
- [ceraunamamma.it](http://ceraunamamma.it)
- [d.repubblica.it](http://d.repubblica.it)

## 9.0 ALLEGATI

### Allegato n° 1

#### Questionario per il personale

Gentilissimi, vi chiediamo di aiutarci rispondendo a questo brevissimo questionario. Le vostre risposte saranno anonime e saranno oggetto di studio per una tesi di Laurea di Scienze infermieristiche di Agnese Cercaci dal titolo “Il ruolo dell’infermiere nella relazione assistenziale al paziente pediatrico. Uno studio pilota”

\*Campo obbligatorio

1) Professione di chi compila il questionario \*

- Medico
- Infermiere

2) Al giro visita del dr. Pupozzi partecipano studenti di Medicina, ha mai svolto durante il suo percorso di studi un'esperienza simile di volontariato? \*

- Sì
- No
- Altro: \_\_\_\_\_

3) Pensa che le sarebbe stata utile questa esperienza quando era uno studente?

- Sì
- No
- Altro: \_\_\_\_\_

4) Secondo lei la figura del Dr. Pupozzi è utile in reparto

- Sì
- No
- Non ho mai visto il Dr. Pupozzi durante il mio turno
- Altro: \_\_\_\_\_

5) Cosa pensa della figura del Dott. Pupozzi, indichi il suo gradimento su ogni affermazione

- Il dr. Pupozzi rappresenta un intralcio al mio lavoro in corsia \*

1      2      3      4      5  
Per niente                        Moltissimo

- Il dr. Pupozzi rappresenta un aiuto per la relazione con il paziente \*

1      2      3      4      5  
Per niente                        Moltissimo

- Essere coinvolti nell'attività del dr. Pupozzi cambia la mia immagine agli occhi del paziente \*

1      2      3      4      5  
Per niente                        Moltissimo

6) Ci piacerebbe studiare la differenza tra l'approccio della Clownterapia e il giro visita del Dott. Pupozzi

- Ha mai visto i clown in reparto? \*

Si  
 No  
 Altro: \_\_\_\_\_

- Secondo Lei ci sono differenze tra i due approcci? \*

Si  
 No  
 Non saprei  
 Altro: \_\_\_\_\_

- Scelga tutte le affermazioni che ritiene corrette \*

- La clownterapia è uno spazio di gioco
- I clown riescono a modificare la percezione dell'ospedale
- La figura del clown si adatta a tutte le fasce di età anche agli adulti
- I clown riescono a rendere la figura del medico più vicina al paziente
- Nessuna di queste risposte è corretta

- Scelga tutte le affermazioni che ritiene corrette \*

- Il giro visita del dr. Pupozi è uno spazio di gioco
- La figura del dr. Pupozi si adatta a tutte le fasce di età anche agli adulti
- Il dr. Pupozi riesce a modificare la percezione dell'ospedale
- Il dr. Pupozi tende a rendere la figura del medico più vicina al paziente
- Nessuna di queste risposte è corretta

- Quanto ritiene soddisfacente per i pazienti e le loro famiglie il progetto del Dr. Pupozi? \*

	1	2	3	4	5	
Per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Moltissimo

- Ha dei suggerimenti per migliorare il progetto?

---

- Grazie per il tempo che ci ha dedicato

## Allegato n° 2

### Questionario per le famiglie

Gentilissime Famiglie, vi chiediamo di aiutarci compilando questo breve questionario.

Le vostre risposte arriveranno in forma anonima.

Questo argomento sarà oggetto di studio di Agnese Cercaci laureanda in Infermieristica con la tesi "Il ruolo dell'infermiere nella relazione assistenziale al paziente pediatrico. Uno studio pilota "

Grazie per la vostra collaborazione da parte nostra e di Agnese!!

\*Campo obbligatorio

Ha conosciuto il Dr. Pupozzi in Cardiocirurgia pediatrica e congenita di Ancona? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Si
- No *Passa alla domanda 11.*

Indichi il suo gradimento relativamente al progetto il giro visita del Dr. Pupozzi sulle seguenti affermazioni

2. Coerenza delle attività di gioco proposte dal dr. Pupozzi con l'età del paziente ricoverato \*

1            2            3            4            5  
Per niente soddisfacente                  Molto soddisfacente

3. Coerenza delle attività di gioco proposte dal dr. Pupozzi con la patologia del paziente ricoverato \*

1            2            3            4            5  
Per niente soddisfacente                  Molto soddisfacente

Secondo lei il progetto del giro visita del Dr. Pupozzi influenza  
4. Il benessere psico-fisico del paziente \*

*Contrassegna solo un ovale.*

5. La relazione tra il paziente e il personale ospedaliero \*

*Contrassegna solo un ovale*

6. La socializzazione tra i pazienti ricoverati \*

*Contrassegna solo un ovale*

Ci piacerebbe studiare le differenze di questo approccio con quello della  
Clownterapia

7. Le è mai capitato di partecipare ad un progetto di Clown Dottori? \*

*Contrassegna solo un ovale*

- Sì
- No *Passa alla domanda 11.*

Secondo lei quali sono le differenze tra i due approcci: Clownterapia e giro visita del  
Dr. Pupozzi:

8. Secondo lei ci sono delle differenze? \*

- Sì
- No
- Non saprei
- Altro: \_\_\_\_\_

9. Scelga tutte le affermazioni che ritiene corrette \*

*Seleziona tutte le voci applicabili*

- La clownterapia è uno spazio di gioco
- I clown riescono a modificare la percezione dell'ospedale
- La figura del clown si adatta a tutte le fasce di età anche agli adulti
- I clown riescono a rendere la figura del medico più vicina al paziente
- Nessuna di queste risposte è corretta

10. Scelga tutte le affermazioni che ritiene corrette \*

*Seleziona tutte le voci applicabili*

- Il giro visita del dr. Pupozzi è uno spazio di gioco
- La figura del dr. Pupozzi si adatta a tutte le fasce di età anche agli adulti
- Il dr. Pupozzi riesce a modificare la percezione dell'ospedale
- Il dr. Pupozzi tende a rendere la figura del medico più vicina al paziente
- Nessuna di queste risposte è corretta

11. Se vuole può dare alcuni suggerimenti per migliorare le attività o per proporre nuove

- Grazie per aver partecipato

### Allegato n° 3

#### Questionario per i volontari

Carissimi, Agnese Cercaci sta realizzando la sua tesi di Laurea dal titolo " Il ruolo dell'infermiere nella relazione assistenziale al paziente pediatrico. Uno studio pilota " per il corso di Infermieristica. Vi chiediamo di aiutarla compilando questo brevissimo questionario sulla vostra esperienza al giro visita.

Grazie per la vostra preziosa collaborazione da parte nostra e di Agnese!

**\*Campo obbligatorio**

1. Avete mai svolto prima del giro visita del dr Pupozzi un'attività di volontariato in un reparto pediatrico? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No
- Altro: \_\_\_\_\_

2. Perché hai voluto partecipare al progetto del giro Visita del dr. Pupozzi \*

*Seleziona tutte le voci applicabili*

- Per portare benessere ai pazienti
- Per non far sentire soli i bambini ricoverati
- Per conoscere nuove tecniche di approccio al bambino ricoverato
- Per passare del tempo con i miei colleghi/amici
- Per frequentare un reparto pediatrico
- Non so
- Altro: \_\_\_\_\_

3. come hai visto, durante la tua presenza in corsia i bambini che partecipavano al progetto? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Annoiati
- Sereni



- Contenti
- Impauriti
- Non saprei
- Altro: \_\_\_\_\_

4. E' mai capitato che un bambino aspettasse il vostro arrivo \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- No

5. Secondo te il progetto ha dei benefici per i bambini e le loro famiglie? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

Per niente      1      2      3      4      5      Moltissimo  
                       

6. Puoi indicarci almeno un aspetto positivo del progetto

---

---

7. puoi indicarci almeno un aspetto da migliorare del progetto

---

---

8. Hai dei suggerimenti per migliorare?

---

---

- Grazie per il tempo che ci hai dedicato