UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA
Dipartimento di Scienze della Formazione
"Riccardo Massa"
Corso di laurea in Scienze della formazione primaria

UN PERCORSO ITINERANTE DI LUDO-OSPEDALIZZAZIONE IN PEDIATRIA:

L'USO CREATIVO DEL MATERIALE SANITARIO, FINALIZZATO ALLA SDRAMMATIZZAZIONE DELLE PAURE DEL PICCOLO PAZIENTE

Relatore: Prof.ssa Silvia Kanizsa
Correlatore: Prof.ssa Stefania Bussini
Tutor: Dott.ssa Elisabetta Turano

Tesi di Laurea di:

Ilenia FIORE matr. 711968

ANNO ACCADEMICO 2012/2013

Alla Mia Famiglia:
Mamma, Papà, Ingrid e Jacopo
ed ai bambini del Niguarda:
tutti loro, nella grandezza
della propria sincerità,
mi hanno sempre indicato
il cammino verso il Sole.

Per ognuno di Noi brillerà
un raggio di sole
che scioglierà il gelo dell'inverno
per annunciarci una nuova primavera.

"Lo sento che sei triste
e che ti sforzi di non piangere davanti a me.
Non trattarmi come un fiore delicatissimo,
sono più forte di quello che pensi.
Parlami,
dimmi con parole semplici come stanno le cose.
Spiegami cosa sono tutte quelle cose strane
e che queste persone col camice bianco sono amici,
che aiutano a stare meglio.
Rassicurami che non sei arrabbiato con me
e che mi vuoi ancora bene.
Chiedimi aiuto, sarò felice di farlo.
Sarò felice di essere più bravo.
Leggimi le fiabe e insegnami che tutto si può risolvere.
Lascia che io possa sfogarmi.
Lascia che io abbia bisogno di stare un po' da solo.
Lascia che io possa essere triste
e impari che nella vita c'è anche il dolore."

Angela Flammini

INDICE

1 ABSTRACT 9

2 INTRODUZIONE 11

3 LA CASA DELLE PUNTURE 15

3.1 COME VIVONO L'OSPEDALE I BAMBINI 16

3.1.1 L'ospedalizzazione e i meccanismi di difesa del piccolo paziente 16

3.1.2 Una Buona Accoglienza 22

3.1.3 Il concetto di malattia nel bambino 24

3.2 RELAZIONI E FIGURE ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE 30

3.2.1 Operatori Sanitari 30

3.2.2 Genitori in Reparto 33

3.2.3 Insegnanti in Pediatria 37

3.3 L'IMPORTANZA DI SVILUPPARE UN'ALLEANZA TERAPEUTICA 43

3.3.1 Mettere il Bambino al Centro 43

3.3.2 Medico-Genitore-Paziente Pediatrico: una Relazione Complessa 44

3.4 LA FUNZIONE TERAPEUTICA DEL GIOCO 48

3.4.1 Ruolo del Gioco 48

4 TI RACCONTO IL MIO OSPEDALE 51

4.1 UN PO' DI STORIA 51

4.2 FARE SCUOLA IN OSPEDALE 55

4.2.1 Organizzazione e Ambiente 56

4.2.2 Gestione dei Tempi di Degenza 58

4.3 LA SCUOLA DEL REPARTO PEDIATRICO CA' GRANDA DI MILANO 60

4.3.1 La Struttura 62

4.3.2 L'Ambiente 63

4.3.3 L'Aula 63

4.3.4 L'Organizzazione Pedagogico-Didattica 66

4.3.5 A Lezione con Coriandolino 69

5 UN PERCORSO DI LUDO-OSPEDALIZZAZIONE 71

5.1 LA LIBERTÀ ESPRESSIVA E LA MANIPOLAZIONE 75

5.1.1 Creo, Disegno, Compongo e Scrivo 75

5.1.2 Divertiamoci a Manipolare 84

5.2 IL GIOCO CREATIVO CON GLI STRUMENTI DEI DOTTORI 90

5.2.1 Provo a Trasformare le Palette Alzalingua *91*
5.2.2 Trasformazioni della Mascherina *97*
5.2.3 Gonfio, Sgonfio e Coloro i Guanti *106*
5.2.4 Dipingo con uno Strumento nuovo: La Siringa *114*
5.3 IL RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI 121
5.3.1 La Paura È… *121*
5.3.2 Il Libro dei Sogni *128*
6 CONCLUSIONI 135
7 ALLEGATI 137
Allegato N° 1 ..... *137*
Allegato N° 2 ..... *139*
8 BIBLIOGRAFIA 141
9 INDICE ALLEGATI ESTERNI 143
10 RINGRAZIAMENTI 145

1

ABSTRACT

L'ospedale non è solo luogo di regressione, di angosce, di paure, da dimenticare al più presto possibile, il contesto ospedaliero in realtà lavora da molti anni con l'obiettivo di rendere la malattia del bambino un'esperienza di crescita sia per lui che per i suoi famigliari. La storia dello sviluppo di attività ludiche ed educative in ospedale, è la storia di un'evoluzione pedagogica collegata alle trasformazioni culturali della società. Alcuni pediatri preoccupati per lo stato di abbandono psichico in cui si trovavano i loro piccoli pazienti trascurati a livello emotivo e intellettivo, ottennero una circolare ministeriale italiana nel 1936 in cui richiedevano: la necessità, nelle strutture pediatriche, di figure educative che integrassero quelle sanitarie, in modo tale che i bambini ricoverati non subissero né danni alla carriera scolastica, né danni morali allo sviluppo armonico della personalità. Intorno agli anni Cinquanta nacquero le prime "Scuole in Ospedale", accanto all'esigenza di una formazione professionale per gli insegnanti che volevano accedervi. Nasce così quella che possiamo chiamare "Scuola del Fare" all'interno dell'ospedale: una scuola in cui mantenere viva e attiva l'identità del bambino, all'interno di un ambiente anonimo e spersonalizzante, carico di angosce e paure. Il piccolo paziente entrando in ospedale porta con sé la malattia, ma soprattutto il suo essere un bambino, una persona con proprie potenzialità, attitudini, caratteristiche e competenze. L'insegnante della scuola in ospedale deve riconoscere il bagaglio

socioculturale che ogni bambino porta con sé valorizzandolo: è necessario avvicinarsi alla realtà dei bambini ospedalizzati con rispetto e comprensione, consapevoli che questi piccoli pazienti sono innanzitutto persone che hanno diritto di esprimersi, di essere sé stesse, di crescere ed evolvere. L'educatore, insieme all'intera équipe, deve costruire un progetto che tuteli l'identità di ogni paziente pediatrico: il suo ruolo è quello di mediatore culturale tra il mondo interiore del bambino e la realtà esterna che lo circonda, accompagnandolo verso la comprensione e la gestione delle sue emozioni e reazioni. In questo lavoro di tesi, realizzato dopo un percorso di tirocinio nell'Ospedale Niguarda di Milano, ho sviluppato un progetto partendo dalle paure dei bambini, lavorando su un uso creativo del materiale ospedaliero e svolgendo attività per far emergere emozioni e sogni di ogni bambino; ho concretizzato attività creative e ludiche insieme ai piccoli pazienti, mettendo in luce concetti teorici, andandoli ad integrare con il lavoro di tirocinio per creare un progetto che raccolga in sé gli elementi positivi e da valorizzare in ospedale.

2

INTRODUZIONE

"Quando un bambino entra in ospedale,
è come se fosse portato nel bosco, lontano da casa.
Ci sono bambini che si riempiono le tasche di sassolini bianchi
e li buttano per terra,
in modo da saper ritrovare la strada anche di notte,
alla luce della luna.
Ma ci sono bambini che non riescono a far provvista di sassolini
e lasciano delle briciole di pane secco come traccia per tornare indietro.
È una traccia molto fragile e bastano le formiche a cancellarla:
I bambini si perdono nel bosco e non sanno più ritornare a casa!"[1]

Voglio partire con quest'immagine, presa dal libro di Andrea Canevaro, per introdurre la mia esperienza di tirocinante presso il reparto pediatrico dell'ospedale Ca' Granda di Niguarda, perché mi ha aiutato a pensare e creare una serie di attività adatte ai bambini ospedalizzati, volte al raggiungimento di scopi specifici.

La scelta che ho fatto, di svolgere il tirocinio in un ambiente ospedaliero, è stata motivata da diversi fattori: prima di tutto il mio interesse nell'osservare una realtà sconosciuta, la curiosità di entrare in un reparto di pediatria potendo lavorare concretamente con i bambini, dare il mio contributo e stimolarli, apprendendo da loro stessi quali fossero i bisogni che necessitavano in questa realtà. Ho sviluppato un

[1] Andrea Canevaro: "I bambini che si perdono nel bosco"; La nuova Italia, Firenze, 1995

progetto, una proposta di lavoro per sdrammatizzare la paura dei piccoli pazienti verso quest'ambiente e verso le figure che vi fanno parte.

È stato proprio il libro di Canevaro a spingermi verso la progettazione di attività sul superamento della paura in ospedale da parte dei bambini. Ogni proposta ludico-didattica è stata pensata in modo tale da lasciare in ogni bambino delle tracce, dei segnali, attraverso un percorso cognitivo, emotivo e sociale, per consentirgli sia di mantenere legami con il suo ambiente di vita, sia di comprendere la realtà dell'ospedale. Con la speranza quindi, di trovare una via d'uscita, una strada, che li riconduca al proprio mondo domestico.

Durante il lungo percorso di tirocinio ho incontrato però diversi ostacoli. Le difficoltà maggiori sono emerse in seguito all'osservazione, durante la fase di attuazione, in cui mi sono resa conto che le certezze presenti nella scuola tradizionale, necessitano di essere modificate e ridiscusse nell'ambito ospedaliero: la programmazione a breve e lungo termine, gli obiettivi, il metodo di lavoro, il tipo di attività proposte, il proprio ruolo e l'impostazione di rapporti con bambini, genitori, medici e infermieri[2]. Da tutto ciò dipende ed è legato il senso del proprio operare quotidiano. Ho dovuto quindi progettare attività tenendo ben presente le differenze tra la scuola tradizionale e quella ospedaliera. Per riuscire a coglierle e affrontarle nel modo più adatto, la tutor Elisabetta Turano mi è stata molto d'aiuto. Ho capito l'importanza di riuscire ad adattare il proprio agire ad ogni situazione che può variare di continuo. È necessario sapersi adattare quotidianamente a persone completamente diverse, avendo l'intuito per capire le situazioni, rapportarsi con esse e saper cogliere l'attimo.

Ho sviluppato la tesi illustrando "La casa delle punture" (metafora dell'ospedale di Michele Capurso), spiegando come vivono i bambini ospedalizzati e i loro familiari, la malattia. Ho descritto poi le relazioni e le figure presenti all'interno dell'ospedale, tra cui le insegnanti in pediatria; la creazione di un processo di cura come relazione d'aiuto e come metodo per affrontare e superare le paure, analizzando le radici profonde di essa. Nel terzo capitolo "Ti racconto il mio ospedale", ho svolto una breve analisi del contesto ospedaliero Niguarda: in particolare, ho descritto la scuola presente all'interno del reparto pediatrico in cui ho svolto il tirocinio e la sua organizzazione pedagogico-didattica. Nel quarto capitolo ho sviluppato la mia proposta didattica, relativa alla

[2] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag.61; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano

sdrammatizzazione della paura. Ho descritto tutte le attività realizzate in ospedale con i piccoli pazienti, suddividendole in tre categorie:

- *Libertà espressiva e manipolazione*: dare "voce" al bambino per poterlo comprendere, accogliendo le sue modalità espressive e ascoltando le sue esperienza di ospedalizzazione.

- *Gioco creativo con gli strumenti dei dottori*: attraverso la drammatizzazione, il bambino degente vive un'esperienza di purificazione liberatrice, che può arrecargli reali benefici, tra cui il superamento della paura stessa.

- *Riconoscimento delle emozioni*: importante affinché i bambini riescano a individuarle dando ad esse un nome e imparando gradualmente a saperle esprimere ai grandi. In particolare, riconoscere le proprie paure, analizzarle e superarle affrontandole insieme e farli riflettere anche sui loro sogni, desideri.

Il lavoro che ho svolto, mira a trasmettere informazioni sul fare vera scuola in ospedale; sull'utilizzo di materiale sanitario e quindi di giochi creativi, per affrontare la paura dei piccoli pazienti; sulla figura dell'insegnante in ospedale, sul ruolo che svolge e sulla sua straordinaria capacità di riuscire ad entrare subito in comunicazione con gli altri. I genitori abbandonati a sé stessi e i bambini impauriti, trovano nell'insegnante una presenza rassicurante, disponibile, in grado di dare fiducia e forza per affrontare la malattia e le scelte terapeutiche che vengono, in questo modo, condivise.
La creazione quindi del processo di cura: una relazione d'aiuto che si stabilisce tra persone che assistono e altre che si trovano in una situazione di bisogno, dove è necessario considerare quest'ultime, come soggetti consapevoli e pensanti e non come oggetti passivi. Infatti in una relazione, curare significa anche saper ascoltare l'altro, soprattutto quando i piccoli pazienti e le loro famiglie ci trasmettono preoccupazione o paura apparentemente infondate. Invece è proprio attraverso questi timori che i bambini esprimono un'esigenza più profonda, legata al bisogno di non sentirsi abbandonati, mentre i genitori richiedono di condividere e collaborare alla definizione di un piano terapeutico adeguato. Ognuno di noi, durante un percorso di cura della malattia, avrebbe bisogno di essere accompagnato anche con una presenza affettiva.

3

LA CASA DELLE PUNTURE

Ho voluto dare il titolo a questo capitolo prendendo spunto dal libro di Michele Capurso e Mariantonietta Trappa, perché mi è sembrata una metafora bellissima quella di intendere l'ospedale come una casa; un luogo accogliente per il bambino, nel quale sviluppare relazioni di cura tra medico, piccolo paziente e famigliari.

In questo capitolo, ho voluto centrare l'attenzione sui seguenti temi: Come vivono l'ospedale i bambini? Che tipo di paure fa emergere la malattia? Cosa spaventa di più?

Una ricerca ha evidenziato che, oltre alle siringhe e ai camici bianchi, fa paura l'idea della solitudine, dell'incertezza, del dolore, dell'abbandono e della morte. Per questo ho voluto evidenziare, in questa prima parte, come si sviluppa il concetto di malattia nel bambino, come viene vissuta dal genitore l'ospedalizzazione del proprio figlio e cosa è necessario per creare una buona accoglienza durante la degenza. Successivamente ho analizzato le figure presenti all'interno dell'ospedale e le relazioni che si creano, oltre alla necessità di sviluppare un'alleanza terapeutica, instaurando una relazione d'aiuto che prenda in carico il bambino e la sua famiglia, nella sua integrità psichica, fisica ed emozionale. Infine ho portato l'attenzione verso il gioco e la sua funzione terapeutica.

3.1 Come Vivono l'Ospedale i Bambini

3.1.1 L'ospedalizzazione e i meccanismi di difesa del piccolo paziente

L'esperienza della malattia, associata all'ingresso e il ricovero in ospedale, rappresenta una circostanza particolarmente traumatica per il bambino, che si trova "gettato" improvvisamente in un ambiente estraneo, completamente differente da quello familiare e percepito come poco dominabile: all'inizio i medici, le infermiere e tutto il personale ospedaliero sono, per un bambino, solamente camici bianchi anonimi, che si muovono in uno spazio sconosciuto. Le relazioni interpersonali a cui era abituato il bambino mutano improvvisamente, insieme alla fiducia verso i genitori: il vissuto dell'abbandono si fa più presente e tutti questi cambiamenti portano ad un senso di instabilità emotiva e di confusione. Nell'insegnante, figura propositrice di attività piacevoli, il bambino può trovare una aggancio. L'educatore svolge una funzione di collegamento e mediazione tra i diversi contesti, con un ruolo spesso funzionale alla creazione di una base comunicativa, che può facilitare l'adattamento del bambino ospedalizzato e della sua famiglia: egli rappresenta quindi la "continuità nel cambiamento"[3].

L'esperienza della malattia e dell'ospedalizzazione, appare confusa al bambino: il male può essere evidente e manifestarsi, ma può anche non essere visto, né sentito. Talvolta può essere vissuto dal bambino come una punizione. Inoltre, ammalarsi, compromette il benessere fisico del bambino, limitandone l'autonomia e interrompendo, anche solo momentaneamente, il grado d'indipendenza raggiunto. L'ospedalizzazione e questa limitazione, riporta l'ammalato indietro o lontano dai suoi progressi evolutivi: questa regressione può riguardare diversi aspetti, e può esser messa in atto dal bambino o dai genitori, indotti a cercare di alleviare le sofferenze del figlio. Spesso la regressione può svolgere la funzione di sostegno utile alla paura e all'inadeguatezza del bambino e del genitore ma, quando l'atteggiamento di iper-protezione persiste per lungo tempo, può diventare un ostacolo nel procedere normalmente alle tappe evolutive.

Le risposte dei bambini all'ospedalizzazione, possono essere distinte in due categorie principali: reazioni attive e reazioni passive.

[3] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale"; Ed.Erikson; 2001, Trento

Tra le ***reazioni attive*** troviamo[4]:

- Piangere, piagnucolare, gridare
- Opporsi alle terapie e/o alle medicazioni
- Aggrapparsi ai genitori
- Atteggiamenti auto-lesivi
- Aggredire cose o persone
- Litigare

Tra le ***reazioni passive***:

- Dormire eccessivamente
- Diminuzione della comunicazione, di attività di gioco e dell'appetito
- Diminuzione generale dell'interesse
- Guardare eccessivamente la TV

Le reazioni attive del bambino, tendono a disturbare e quindi a preoccupare operatori e genitori. Le reazioni passive invece vengono generalmente tollerate e giustificate, mentre dovrebbero preoccupare maggiormente l'educatore, perché possono scatenare stati di passività e arrendevolezza che, se prolungati nel tempo, potrebbero condurre ad una involuzione dello sviluppo fisico e intellettuale del bambino.

L'isolamento dall'ambiente d'origine, insieme alla de-personalizzazione che spesso l'istituzione sanitaria comporta, può causare una perdita di autostima nel bambino e metterne a rischio la costruzione dell'identità. Il ricovero, inoltre, altera le relazioni, le abitudini, il ritmo della vita quotidiana ed entra in contrasto con la naturale spinta a rendersi autonomi ed indipendenti tipica dell'età evolutiva. Viene vissuto dal bambino come un evento straordinario, inatteso, accompagnato dall'angoscia per la situazione a cui sta andando incontro. Il bambino in ospedale vive una serie di stati d'animo e reazioni alla malattia, che pervadono la sua vita in quel momento e che possono ripercuotersi in futuro. Le esperienze traumatiche che il bambino vive in seguito all'ospedalizzazione possono essere legate principalmente a[5]:

- Modifiche nelle abitudini di vita quotidiane
- Separazione dal contesto familiare e dalle amicizie

[4] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale"; Ed.Erikson; 2001, Trento

[5] Petrillo M., ranger S.: "Assistenza Psicologica al bambino Ospedalizzato"; Ed. Casa Editrice Ambrosiana; 1993, Milano

- Impreparazione del bambino ad una situazione traumatica
- Pratiche diagnostiche e terapeutiche a volte invasive

Tutto questo può facilmente portare il soggetto a sperimentare una pericolosa condizione di intensa instabilità emotiva e confusionale che, in situazioni estreme, può persino provocare danni a livello psico-fisico e, come conseguenza, anche gravi disturbi per lo sviluppo e per la crescita.
In casi di malattia cronica è molto alto il rischio di conseguenze comportamentali, in particolare di atteggiamenti regressivi, e di disturbi emozionali di vario tipo. Le reazioni psicologiche legate all'ospedalizzazione dipendono da molteplici fattori (storia di vita del bambino, clima e stile educativo familiare, patologia da cui è affetto) e sono differenti in base all'età evolutiva nella quale avviene il ricovero. Mentre nella prima infanzia, solitamente, vi sono regressioni nelle quali i bambini perdono l'autonomia acquisita e ritornano a fasi di sviluppo precedenti, nell'età successiva invece, vengono spesso manifestate reazioni di tipo fobico ossessivo, che si accentuano con l'adolescenza.
Ci sono degli elementi che possono creare maggiormente forme di stress, in un bambino ospedalizzato. Essi sono:

- **La scarsa conoscenza e familiarità con l'ambiente e con le procedure ospedaliere**: per prevenire il disagio legato all'estraneità dell'ambiente ospedaliero, è necessario offrire al bambino percorsi cognitivi, illustrando e spiegando le caratteristiche del nuovo mondo in cui si trova. Non c'è bisogno di bombardare il bambino di troppe informazioni inopportune, ma è sufficiente selezionare solo quelle necessarie, con delicatezza.

- **La separazione**: fattori che impediscono al bambino di avere accanto a sé l'intero nucleo famigliare (famiglia che abita lontano; un genitore che lavora), portano il bambino ospedalizzato a soffrire per la mancanza o lontananza di componenti significativi del nucleo famigliare.

- **L'età**: è un importante fattore in grado di determinare la capacità di reagire all'ospedalizzazione. I bambini in età scolare hanno una struttura mentale che

consente di vivere brevi separazioni da figure genitoriali, senza eccessiva ansia o paura; fanno facilmente amicizia con il personale e con altri pazienti, comprendendo la necessità della loro collaborazione alle procedure mediche, per guarire più in fretta. In questa età i bambini soffrono facilmente per la separazione da amici e compagni, temendo di venire dimenticati o trascurati. È un'età che può trarre giovamento quindi da attività di comunicazione con coetanei e compagni di scuola. L'adolescente ospedalizzato invece, sia per la fase evolutiva che sta attraversando, sia per la malattia che lo ha colpito, tende ad assumere atteggiamenti oscillanti come, ad esempio, apparire indifeso e fragile come un bambino, oppure dimostrare una personalità rigida che lo può portare a respingere e rifiutare le cure o gli interventi sanitari (quando il ragazzo è spaventato, può manifestare esplosioni di collera, di panico e aggressioni verbali).

- **L'assenza di spazi "su misura"**: questo fattore ha una conseguenza fisica e psicologica per il bambino. Dal punto di vista fisico, porta a favorire atteggiamenti passivi e depressivi, trasmettendo messaggi impliciti molto chiari e poco edificanti ("Non c'è spazio per me...").

Abbiamo detto quindi, che la malattia e l'ospedalizzazione, creano nel bambino turbamento e smarrimento: egli non riesce a spiegarsi cosa sta accadendo in lui, si sente minacciato, angosciato e trascurato. Nel caso in cui l'organizzazione ospedaliera permette che accanto a lui rimangano le figure parentali, il bambino, pur nella sofferenza, ritroverà sostegno; se succede l'opposto, egli si sentirà abbandonato dalle figure per lui importanti e, di conseguenza, manifesterà ansia. Il piccolo paziente quindi, di fronte all'ospedalizzazione, viene colto dalla paura e dall'angoscia, in quanto gli viene a mancare un punto di riferimento (come la famiglia e/o la scuola) e non sa come occupare il proprio tempo (spesso possono subentrare disturbi legati al sonno). Bowlby (1969) diede molta importanza agli aspetti emozionali dell'ospedalizzazione: egli utilizzò il termine "sistema di attaccamento" per riferirsi alla relazione che si crea fra chi cerca sicurezza e protezione e colui che gli fornisce aiuto e conforto. Questo sistema non sempre è attivo, viene richiamato solo nel momento in cui si percepisce una situazione di vulnerabilità ed incapacità. Il sistema di attaccamento influisce sul

comportamento e fornisce l'esperienza emozionale del bambino: il bambino prova paura se la figura di attaccamento non è vicina, rabbia se essa non risponde alle sue esigenze, soddisfazione se capisce la natura delle sue richieste.

Durante l'ospedalizzazione e il decorso della malattia, il piccolo paziente mette in atto dei meccanismi di difesa, utili per riuscire a superare momenti difficili. Possono diventare pericolosi, solo quando portano la persona a perdere il contatto con la realtà, conducendo il bambino verso situazioni difficili da gestire, diventando vere fissazioni.

È importante che l'educatore sia in grado di riconoscere alcuni meccanismi difensivi del bambino, perché in questo modo può comprendere dove si trova il bambino, quale è il suo riferimento mentale attuale. In questo modo l'educatore potrà costruire insieme al piccolo paziente una rete di connessioni, un percorso educativo coerente con le sue conoscenze ed emozioni, che gli consenta di riprendere a crescere e adattarsi all'ambiente che gli aveva fatto attivare le risposte difensive. Riporto qui sotto le modalità più comuni di difesa, messe in atto dai bambini ospedalizzati[6]:

- ***Opposizione e Negazione***: rifiuto del bambino di accettare le limitazioni imposte dalla malattia o dalle cure. Il rifiuto può essere totale, causando attacchi di rabbia, impulsività, crisi di agitazione o, più moderato, sotto forma di negazione delle difficoltà. La malattia e la paura vengono ignorate o rimosse. Questo meccanismo può scattare quando nessuno aiuta l'individuo a gestire la comunicazione della sua malattia con gli altri.

- ***Regressione****:* è uno dei meccanismi di difesa messi più frequentemente in atto dai bambini ospedalizzati. Il bambino attua atteggiamenti eccessivamente infantili e continue richieste di accudimento e attenzione. A livello cognitivo, è come se il bambino trovasse una base sicura in atteggiamenti infantili, appartenenti ad un periodo precedente della sua evoluzione.

- ***Identificazione:*** il bambino tenta di rendersi simile ad altre persone (solitamente, il medico o l'infermiere), vissuti come figure importanti e forti. Questo

[6] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale"; Ed.Erikson; 2001, Trento

meccanismo viene messo in atto con il classico gioco del dottore, momento in cui il bambino si identifica col medico.

- ***Proiezione:*** meccanismo in cui il bambino attribuisce ad altri, i suoi sentimenti ostili, con lo scopo di allontanare da sé i sentimenti o i vissuti di dolore e di colpa. (ad es. "Mamma sei cattiva").

- ***Compensazione:*** iniziative del bambino, che tendono a sostituire e compensare il dolore, la paure e l'ansia. Ad esempio: fissazioni e estraniamento.

- ***Razionalizzazione:*** scopo di questo meccanismo difensivo è quello di farci accettare un evento spiacevole, facendo leva su aspetti positivi della situazione. Razionalizzare è un meccanismo positivo, perché ci aiuta a trovare il modo di controllare, almeno con la ragione, un fatto o un evento.

Analizzando tutte queste nuove scoperte, è necessario rispettare la malattia, creare un processo di umanizzazione dell'ospedale, attraverso protocolli terapeutici e comportamentali da far mettere in atto dagli operatori sanitari e non. Un importante passo nel progetto di umanizzazione degli ospedali pediatrici è stato la fondazione, nel 1993, dell'EACH (European Association for Children Hospital), organismo che raccoglie e coordina tutte le associazioni no profit di sedici paesi europei, impegnate a promuovere il benessere del bambino in ospedale.
Nel 1998 è stata redatta la Carta di EACH (allegato n.1), ovvero la Carta dei Diritti dei Bambini e delle Bambine in Ospedale, che riassume, in dieci punti, i diritti del bambino, rendendo così l'ospedale più a misura di esso. Tale importante documento è, in Italia, tenuto in considerazione durante l'ospedalizzazione nei principali ospedali pediatrici, con l'obiettivo di umanizzare gli ospedali dei bambini e migliorare la qualità della degenza[7].

[7] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino", pag. 170; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano

3.1.2 Una Buona Accoglienza

Il bambino, durante tutta la sua ospedalizzazione, ha bisogno di sentirsi bene accolto, ascoltato, informato, accudito e rispettato nei suoi bisogni, in modo tale da avviare subito una terapia efficace: *bene accogliere è già curare.* Questa accoglienza, deve essere rivolta anche ai genitori del bambino, consentendo loro di affrontare la malattia del figlio con maggiore serenità, stabilendo rapporti anche con il personale sanitario, senza sentirsi esclusi. È fondamentale quindi una buona comunicazione, rendendo i genitori partecipi dei servizi che offre il reparto, inserendoli nella routine ospedaliera, in modo tale che essa non sia per il genitore fonte di angoscia, ma di fiducia verso i curanti e l'ambiente in cui si trovano. È necessario estendere e mettere in atto il concetto di "Buona Accoglienza", non solo durante l'ingresso del bambino in ospedale, ma per tutta la durata della degenza, fino al ritorno a casa. Bisogna far conoscere al bambino quell'ambiente sconosciuto in cui dovrà trascorrere del tempo e gli operatori che ne fanno parte, con i loro nomi e funzioni. Il bambino ha diritto e bisogno di comprendere che cos'è l'ospedale, che cos'è la sua malattia, che cosa gli faranno e per quale motivo. È una persona con paure e angosce, che necessita di risposte a qui è possibile rispondere creando con lui un rapporto di fiducia reciproca. Durante l'ospedalizzazione, è necessario consentire al bambino di proseguire le sue attività abituali di gioco e di apprendimento, per evitare di traumatizzarlo ulteriormente limitando le sue attività di routine quotidiane.

Il bambino ha bisogno di essere accolto come un piccolo ospite: deve essere presentato ai compagni di stanza, deve essere chiamato per nome, sentirsi rispettato ed essere circondato da persone che sanno chi è lui, instaurando così più facilmente un rapporto di fiducia. Un altro concetto importante da tenere in considerazione è quello del contatto. Curare un bambino significa toccarlo, esaminarlo, prenderlo in braccio ed entrare in contatto quindi con il suo corpo: per questo è necessario procedere in progressione, per evitare che il bambino associ il contatto tattile con un'aggressione, stabilendo prima un contatto con lo sguardo e poi con la voce.

Anche gli adolescenti, durante l'ospedalizzazione, hanno esigenze specifiche: necessitano di spazi adeguati dove svolgere e condividere le attività abituali della loro età, per mantenere una continuità tra il mondo esterno e quello dell'ospedale,

fondamentale per superare il trauma della degenza. Vanno incoraggiate anche le visite dei coetanei e dei fratelli, utili sia al paziente, che mantiene le sue relazioni naturali, sia ai fratelli sani che, in questo modo, possono evitare gelosie nei confronti del paziente che ai loro occhi "ruba" tutte le attenzioni dei genitori.

Per riuscire a soddisfare tutti questi bisogni del bambino e del genitore, è indispensabile che nella formazione del personale sanitario, rientri anche la psicopedagogia medica, in modo tale che ogni operatore possa contare su proprie competenze, capacità e sensibilità psicologiche e pedagogiche[8]. Questa formazione sarà positiva per il piccolo paziente, perché verrà data attenzione alle sue emozioni e relazioni, prevenendo eventuali sofferenze causate dalle cure. Da qualche anno inoltre, è nata l'esigenza di una formazione finalizzata ad accogliere in modo adeguato i numerosi stranieri, portatori di problematiche e di esigenze culturali differenti. Bambini e genitori stranieri, hanno identità diverse, interpretano il mondo in modi diversi, non sempre di facile comprensione da parte nostra. Occorre quindi la volontà di mettersi continuamente in discussione e di una formazione adeguata e costante, che crei negli operatori sanitari il bisogno e il piacere di conoscere l'altro nella sua totalità: abitudini, idee e convinzioni, per poter accogliere il bambino malato e la sua famiglia nel modo migliore e adeguato.

[8] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino"; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano

3.1.3 Il concetto di malattia nel bambino

Il bambino malato è nonostante tutto e sopra ogni cosa, un BAMBINO: "*Il bambino non è un adulto in miniatura, ma un individuo dotato di struttura propria*" (Piaget, 1996).
In caso di ricovero ospedaliero o meno è necessario che l'equipe medico-infermieristica e la famiglia, insieme a tutti coloro che ruotano attorno ad un bambino malato, se ne prendano cura cooperando insieme per conservare il più possibile la sua infanzia con tutte le sue caratteristiche.
Molte sono le domande cui sarebbe necessario rispondere per poter capire al meglio il vissuto di un bambino malato. Per ottimizzare la resilienza e la capacità di resistenza dei bambini bisognerebbe porre attenzione a tutto, nulla dovrebbe essere dato per scontato nel tentativo di assicurare che la confusione e lo shock che la malattia determina siano affrontati, elaborati e integrati nella propria storia (Guarino, 2007). Qualunque sia l'età del bambino, egli ha conoscenza delle condizioni di malattia e in molti casi anche della gravità del proprio stato. Il bambino percepisce in maniera soggettiva il proprio corpo e le modificazioni dello stato di benessere, ma nello stesso tempo percepisce e osserva attentamente i comportamenti e gli stati d'animo dei genitori e di chi si prende cura di lui. Osserva, ascolta e cerca di capire.
Da una ricerca biennale svolta nei primi anni Novanta (1993, Spence, Mc Cathie), è emerso che una delle paure più forti dei bambini durante il periodo dell'infanzia, è proprio la paura di ammalarsi. Mi ha colpito molto questa dichiarazione di bambini sani che, senza alcun tipo di malattia, temono proprio questa evenienza, oltre alla paura della morte[9].
Ricerche successive (Harris, 1989) hanno riportato che secondo i bambini, qualunque sia la gravità della malattia, essa è accompagnata da emozioni come la tristezza e la delusione. In conclusione, la malattia costituisce per il bambino un momento difficile nel quale alla sofferenza fisica è legata anche una sofferenza psichica: è un evento stressante che sconvolge l'esistenza di chi ne è affetto per tutta la sua durata. Nei bambini è ancora più problematica per tre motivi:

- Rallenta le autonomie tipiche della crescita.

[9] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag.11; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano

- La sensazione di sentirsi diversi dal solito spaventa e preoccupa il bambino stesso: egli non è ancora in grado di capire il rapporto tra le cause che scatenano la malattia e la malattia stessa, per questo finisce per incolpare se stesso e le sue disubbidienze, come cause scatenanti della malattia e come punizione[10].

- Durante la malattia è necessario restringere l'area del piccolo paziente, costringendolo a letto o in casa: queste restrizioni di libertà sono frustranti per il bambino.

Tutte queste problematiche sono più o meno preoccupanti e di difficile soluzione a seconda del tipo di malattia da affrontare: variano infatti in base alla gravità della situazione e ai tempi del suo decorso.
Per questo motivo mi è sembrato interessante cercare di capire come si sviluppa il concetto di malattia nel bambino, osservando i risultati dello studio di Bibace e Walsh. Essi hanno condotto una ricerca nel 1980, riferendosi alle teorie di Piaget: in particolare, l'attenzione è stata rivolta agli studi sullo sviluppo di relazioni causa-effetto, nella mente del bambino. Anche se la teoria ontogenetica di Piaget appare oggi superata, agli autori della ricerca è sembrato che il modello piagettiano fornisse una traccia interessante per lo studio dello sviluppo di concetti specifici come quello della malattia. Anche se negli studi di Piaget c'è una netta suddivisione delle fasce d'età, l'importante è non prenderle alla lettera. ricordando che nello stesso bambino possono convivere spiegazioni e concetti appartenenti a categorie diverse. È quindi un'ipotesi di stadi azione che non deve essere presa in considerazione in modo assoluto, in quanto il bambino, nella fase della malattia, può subire dei periodi di regressione che portano a falsare la sua concettualizzazione, a causa dello stato emotivo in cui si trova.
Analizzando quindi la teoria di Piaget (1996), il concetto di malattia evolve con il concetto di causalità che il bambino possiede e sviluppa a livello cognitivo. Egli identifica quattro fasi (qui sotto elencate), in cui sono presenti anche le spiegazioni e i concetti di malattia che i bambini esprimono.

[10] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag.12; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano

I diversi tipi di spiegazioni sono raggruppati e ordinati in categorie[11]:

- Fase SENSO MOTORIA (zero-due anni):la cognizione coincide con il comportamento e quindi pensare è uguale a fare.

- Fase PRE OPERATORIA (due-sei anni): i bambini raccolgono informazioni attraverso i sensi, comunicazioni verbali e non verbali, e sono consapevoli dell'esperienza presente.

  Tipo di spiegazione:

  FENOMENOLOGICA: la causa della malattia è individuata in un fenomeno naturale, che però appare lontano nel tempo e nello spazio da chi si ammala. I bambini in questa fase non sono capaci di spiegarsi il modo in cui questi eventi causino la malattia.

  MAGICO-CONTAGIOSA: i bambini un po' più maturi ricorrono al concetto di contagio causato dalla vicinanza di qualcuno o qualcosa, che però non tocca direttamente il bambino. Per loro la causa della malattia è legata a fenomeni di tipo magico: non la esternano, ma la esprimono in termini di fiabe o storie fantastiche.

- Fase OPERATORIA CONCRETA (sette-undici anni): in questa fase matura la capacità di differenziare sé dagli altri, e di distinguere l'interno e l'esterno della propria persona. Il bambino crede di poter guarire collaborando con i dottori, consentendo loro di agire sulla malattia.

  Tipo di spiegazione:

  CONTAMINAZIONE: la causa della malattia viene individuata in una persona,

[11] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale", pag. 20; Ed.Erikson; 2001, Trento

in un oggetto, o in un evento esterno al bambino, caratterizzati come "cattivi" e "pericolosi". È in questa età che compare l'idea di *contaminazione*: il bambino teme di essere contagiato dalla malattia attraverso il contatto fisico con qualche parte del corpo o facendo azioni sbagliate per l'adulto e che quindi poi gli fanno male.

INTROIETTIVA: verso i dieci anni i bambini individuano chiaramente la malattia all'interno del corpo, ma la causa primaria può ancora essere esterna. Questa causa esterna (oggetto o persona), raggiunge l'interno del corpo attraverso un processo di *introiezione*: ad esempio, ingoiando o respirando. La descrizione della malattia appare ancora vaga, confusa e poco definita.

- Fase OPERATORIA FORMALE (undici anni in poi): i bambini sono in grado di riconoscere le cause-effetto che possono determinare la malattia, concatenando in essa quindi, non solo cause fisiche, ma anche psicologiche: identificano l'organo malato, comprendendo che la causa può essere esterna (virus o infezione).

Tipo di spiegazione:

FISIOLOGICA: in questo tipo di spiegazione, la causa della malattia può esser legata a fattori esterni che ne determinano l'attivazione. La natura della malattia però risiede in specifiche strutture organiche: i bambini individuano una precisa catena di causa-effetto che coinvolge alcuni organi interni, portando allo sviluppo della malattia.

PSICO-FISIOLOGICA: qui il bambino raggiunge il grado più maturo di comprensione della malattia. Continua a ricondurre la malattia a meccanismi organici, ma ipotizza anche cause aggiuntive, di natura psicologica.

Piaget non prende in considerazione i fattori culturali che condizionano le risposte del bambino (cioè le acquisizioni anteriori, ovvero l'appartenenza a un gruppo, ad un

determinato ceto sociale), ma gli interessa soltanto descrivere le differenze del comportamento mentale del piccolo, a seconda delle età, rispetto al comportamento mentale dell'adulto. Secondo l'età, inoltre, il bambino può vivere la malattia come un evento aggressivo esterno, in alcuni casi dovuto a colpe reali o fantastiche, o come una situazione di perdita della propria integrità e, principalmente, della propria identità. Questa condizione di "diversità", soprattutto nel campo emotivo, può generare esclusione, solitudine, incomprensione.

Nei bambini l'esperienza mentale che accompagna la percezione del dolore e della malattia è da considerarsi vera. In presenza di una malattia mortale il vissuto dominante nel bambino sarà di aggressione, di punizione di cui sono per la maggior parte dei casi responsabili i genitori. Fino ai sei-sette anni (Di Cagno, Ravetto, 1980) infatti , qualsiasi situazione accompagnata da dolore fisico che colpisce il bambino, viene vissuta come proveniente dall'esterno, come conseguenza di atti aggressivi che producono sofferenza in maniera così grave da modificare le proprie abitudini quotidiane.

Il dolore cronico dovuto alla malattia, il suo ricordo o la sua rimozione possono incidere negativamente sulla sfera emotiva del piccolo e sulle funzioni cognitive e, inevitabilmente, si vedrà aumentare il disagio psichico con vissuti di tipo depressivo, cambiamenti del tono dell'umore e sensi di colpa molto forti che spesso accompagnano la coscienza di essere ammalato. È molto importante dunque dare ai bambini malati l'opportunità di "parlare delle loro preoccupazioni, in modo che possano ricevere sostegno nelle loro lotte" (Spinetta, 1982).

Questi bambini non sono in grado di distinguere tra la sofferenza causata dalla malattia che è dentro di loro e la sofferenza imposta loro dall'esterno per curarli: sopportano senza capire, e la loro mente, gravata da fantasie distruttive, perde la capacità di contenimento. Così, ogni episodio doloroso, legato con le cure o con il peggioramento delle condizioni fisiche, provoca un ulteriore trauma psichico: un trauma come blocco delle funzioni dell'Io. (Freud 1953)

Riassumendo, è necessario ricordare e schematizzare come l'esperienza del bambino malato determini reazioni psico-affettive diverse dipendenti dall'età e dalla comprensione che il bambino ha della malattia:

- La regressione quasi sempre accompagna la malattia, come già visto precedentemente, con il ritorno ad un tipo di relazione incentrata sulle cure corporee e sulla dipendenza.

- La sofferenza può essere ricollegata ad un vissuto di punizione o ad un sentimento di colpa, ma a volte anche dalla vita fantastica che il bambino ha dentro di sé.

- Il sentimento di sé o deterioramento dello schema corporeo dipende dalla gravità,
  durata e tipo di inabilità che la malattia comporta. Il bambino sentirà di avere un corpo imperfetto, debole e cagionevole.

- La morte infine si delinea in alcune malattie anche se il bambino e la famiglia ne parlano poco.

3.2 Relazioni e figure all'interno dell'ospedale

3.2.1 Operatori Sanitari

Lavorare con i bambini malati è fonte di difficoltà emotive per tutti. Per gli operatori sanitari, non è facile mantenere un distacco dal paziente, soprattutto quando si trovano davanti a bambini ammalati che soffrono. Spesso, quando i medici sanno di procurare sofferenza al piccolo paziente con pratiche intrusive, si appellano alla maturità del bambino ("non piangere, ormai sei grande"), o cercano di sdrammatizzare prendendolo in giro. Anche loro hanno delle paure: perdere lucidità e freddezza, rischiando di vivere nelle sofferenze dei loro pazienti, diventando loro stessi i malati più gravi (Bertolini e Massa, 1997, p.181). Interviste svolte hanno fatto emergere che, davanti al piccolo paziente, il medico ritiene di dover presentare una maschera sicura e imparziale, necessaria per non sprofondare nell'angoscia che la malattia del bambino genera in lui. Questo è l'unico modo per riuscire a mantenere la giusta serenità e capacità di curare, perché: "La carica emozionale disturba. È molto più difficile diagnosticare una malattia se si è coinvolti…" (Bertolini e Massa 1997). Quindi, gli operatori cercano di non affezionarsi, in modo tale da non soffrire al momento del congedo. E, da questo atteggiamento, seguono una serie di non riconoscimenti del bambino e delle sua caratteristiche, che permettono l'anonimato e la tranquillità mentale degli operatori. La freddezza che caratterizza gli operatori, nasce proprio dalla paura di non essere all'altezza, di non essere in grado di sopravvivere alla possibile fine del loro sogno ottimistico di salvare tutti e vincere la malattia, il dolore e la morte.

Un'altra paura del medico, riguarda la manipolazione del bambino e il timore di fargli del male, fisicamente e psicologicamente. Inoltre, è convinto che i bambini più piccoli non comprendono la malattia, quindi possono essere manipolati maggiormente rispetto a bambini più grandi, ai quali invece bisogna dare spiegazioni. Per questo motivo l'operatore predilige il piccolo paziente, tendendo a non parlare con lui della malattia e delle possibili conseguenze che il dolore per essa comporta[12].

Tutto questo però, dimostra che il medico è preoccupato di ciò che sta facendo, delle sue manipolazioni e delle conseguenze che può avere sul bambino. L'elemento

[12] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 30; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano

essenziale nella relazione fra operatori e bambini, riguarda l'adattamento che proprio i piccoli pazienti mettono in atto in seguito al comportamento del medico: fingono di non sapere e di non sentire, perché capiscono che, in questo modo, aiuteranno l'adulto a soffrire meno, oltre a sentirsi accettati e amati. Questo avviene perché spesso insorge nel bambino malato, il timore di venire abbandonato e non aiutato: vive la malattia come la punizione di una colpa. È in questo modo che possiamo spiegare i silenzi relativi alla malattia e il tentativo di dimostrare di essere un bambino bravo che sorride, che gioca, rispecchiando l'idea che l'adulto ha di bambino ideale[13].

Gli operatori, scelgono di lavorare in un reparto pediatrico perché amano i bambini, ma ognuno di loro ha una soglia di tolleranza della sofferenza, oltre la quale mette in atto dei meccanismi di difesa. Abbiamo visto che alcuni operatori proiettano le loro paure e i sentimenti di impotenza sulle famiglie e sui bambini, lavorando in modo tecnico e routinario, senza un vero rapporto con bambini e genitori. Altri invece, si identificano fin troppo con il bambino, lavorando oltre l'orario di lavoro, perdendo obiettività e sostituendosi al genitore attraverso un'educazione amorevole e competente.

Uno dei meccanismi di difesa che l'operatore mette in atto, è quello della ***negazione***: cioè discutere del bambino ospedalizzato, solamente in quanto caso clinico, evitando di confrontarsi con una situazione che potrebbe generare in lui dolore. Spesso questo meccanismo, viene messo in atto anche dal genitore. Un altro meccanismo di difesa, è quello di rifugiarsi nella tecnica, proponendo e attuando ogni tipo di terapia esistente: anche in questo caso il lavoro dell'operatore è routinario, pochi contatti con il bambino e il genitore e senza pensare alle conseguenze psicologiche che questo operato può avere sui piccoli pazienti[14].

Gradualmente però, in alcuni medici nasce la consapevolezza di volgere l'attenzione alle esigenze globali del malato. La necessità e la capacità quindi, di rivolgersi a lui con un atteggiamento empatico, cercando di ridurre il dolore, non solo fisico. Questo è ancora più importante da mettere in atto, quando il malato è un bambino, incapace di razionalizzare ciò che gli accade. Ridurre la sofferenza del piccolo paziente, genera beneficio al malato, ma anche a coloro che lo curano e lo assistono. Essi, in questo modo, non più angosciati dalla visione incessante del dolore, potranno svolgere il loro

[13] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 31; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano
[14] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 55; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano

lavoro in modo efficace e sereno[15].

Come sostiene Filippazzi: *" L'incertezza su ciò che verrà, il contatto con persone sconosciute vestite in modo strano e che non si sa bene che cosa vogliono fargli, e la paura del dolore, che sembra non aver mai fine, rendono la visita medica e il trattamento ospedaliero un'esperienza poco rassicurante per il paziente grande e piccolo. Infatti la paura del dolore può essere peggiore del dolore stesso, perchè impedisce al bambino di comprendere che cosa gli accade e come reagire nel modo più efficace"*. Quando un bambino è spaventato, non ha senso cercare di "ragionare" con lui sull'importanza della procedura che si sta per fargli, né tantomeno giovano le minacce o il contenimento fisico! È necessario invece, incanalare con sensibilità e fantasia l'attenzione del bambino, verso strategie utili per affrontare e superare il dolore, proponendogli attività divertenti, adatte alla sua età e alle sue condizioni fisiche. Occorre inoltre parlargli **prima** di mettere in atto la procedura, incoraggiandolo ad affrontarla, dimostrandosi convinti che riuscirà a controllare il dolore; sostenerlo **durante** la procedura; e **poi**, con lui, rivedere che cosa lo ha aiutato e che cosa non è servito, senza negare il dolore, ma offrendogli la possibilità di scegliere anche per le volte successive. In questo modo, medici e infermieri potranno stabilire una buna relazione con il bambino ospedalizzato[16].

[15] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino", pag. 72; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano
[16] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino", pag. 75; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano

3.2.2 Genitori in Reparto

L'ingresso in ospedale, rappresenta anche per i genitori un'esperienza di separazione, di perdita, di depersonalizzazione e anonimato. La normale rete di rapporti del nucleo familiare rischia di incrinarsi, soprattutto all'inizio del percorso di malattia e rispetto ai sentimenti di solitudine che i genitori provano. Le attività abituali del tempo libero e le relazioni sociali vengono tralasciate e modificate, senza considerare che per il bambino sarebbe fondamentale mantenere contatti con amici e coltivare gli interessi precedenti all'ospedalizzazione. Il problema di salute del proprio figlio è fonte di paura e smarrimento, al quale si aggiunge l'incontro con gli altri piccoli pazienti, con le infermiere, con i medici, che richiamano alla debolezza, alla precarietà, alla morte, indipendentemente dallo stato di gravità del proprio figlio. Si sentono anche impauriti nel dover affidare il figlio alle cure del personale sanitario e, la diagnosi di malattia cronica del figlio, comporta per loro un percorso emotivo caratterizzato da tre fasi:

1. **Shock**: dura qualche giorno, accompagnato da uno stato di confusione e di disorientamento totale che li rende incapaci di affrontare la vita sia nell'occuparsi in modo adeguato del bambino, sia di recepire correttamente le spiegazioni mediche.

2. **Negazione**: è il tentativo più o meno ostinato e persistente, di affermare che il problema non esiste o che è facilmente risolvibile. Vengono trascurate le reali possibilità di cura e ricercano pareri e interventi risolutivi alternativi.

3. **Accettazione**: permette di iniziare a considerare la situazione e comporta un'intensa sofferenza, che porta ad un'alternanza di sentimenti positivi e negativi nei confronti del figlio malato e dell'ospedale. L'accettazione completa è rara, ma si delinea una possibilità di convivere con una realtà considerata inaccettabile. Il genitore, perde la propria immagine in grado di tutelare la vita che ha generato, relativa anche alle speranze rappresentate dal bambino.

I genitori che devono affrontare la malattia di un figlio, vivono quindi una prova

personale profonda, rappresentata da una situazione di crisi. L'ospedalizzazione, comporta il coinvolgimento completo della famiglia e ad essa, è richiesta una rapida riorganizzazione, funzionale alla necessità di assistenza: occorre buona flessibilità nei ruoli, che permetta l'intercambiabilità tra madre e padre. La possibilità di accompagnare in modo adeguato il figlio durante l'ospedalizzazione, dipende dal grado di accoglienza dei genitori stessi nel reparto. È necessario prevedere per loro, una condizione di vita sostenibile e la disponibilità ad una comunicazione adeguata e costante[17].

I bambini dipendono dalla famiglia e dai genitori per tutte le loro esigenze fisiche, emozionali e intellettive, perché essa è l'intermediario tra il bambino e il mondo esterno: un legame essenziale tra lui e il mondo che lo circonda. La malattia e gli interventi terapeutici, favoriscono comportamenti di dipendenza, passività, opposizione e isolamento, suscitando paure che il bambino è in grado di affrontare adeguatamente solo se può comunicare con l'adulto. Il genitore quindi, deve ascoltarlo, accoglierlo, comprenderlo e contenere le sue emozioni, angosce e paure: deve essere presente in reparto, in modo tale da non far sentire il bambino abbandonato. La presenza dell'adulto però, affinchè sia efficace e produttiva, deve essere basata su un ruolo specifico: il genitore deve essere coinvolto nella cura del figlio, riconoscendogli un ruolo attivo e fornendogli le informazioni necessarie sia sulle condizioni del bambino, sia relative al funzionamento del reparto. Spesso invece, medici e infermieri tendono ad allontanare, o meglio escludere, i genitori dal reparto perché convinti che la presenza della madre renda il bambino più ansioso e aggressivo nei confronti dei medici[18].

James Robertson e studi successivi, hanno invece dimostrato che la tranquillità trasmessa dal bambino in assenza della madre, è in realtà depressione e apatia in cui è sprofondato, per paura di esser stato abbandonato. Questo disagio può essere evitato, accogliendo la mamma insieme al bambino e permettendole di stare per la maggior parte del tempo accanto a suo figlio. Inoltre l'ansia della madre, può essere ridotta attraverso spiegazioni e informazioni esaustive, coinvolgendola attivamente nell'assistenza del piccolo paziente. È necessaria la presenza della madre durante tutta l'ospedalizzazione del bambino, a partire dal momento del ricovero: essa è il filtro attraverso il quale il bambino si avvicina al mondo esterno, una fonte di sicurezza dalla

[17] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale", pag. 159; Ed.Erikson; 2001, Trento
[18] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino", pag. 19; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano

quale può scoprire il mondo. Più l'ambiente esterno è potenzialmente ansiogeno, maggiore sarà il bisogno del bambino di aver vicino la madre, in grado anche di facilitare i rapporti tra gli operatori e il bambino: tranquillizzandolo durante le procedure sanitarie, comunicando ai medici le sue abitudini, facilitando così l'inserimento nella vita del reparto.

È molto importante che i genitori evitino sia di negare il dolore, sia di essere compassionevoli nei confronti del bambino: è l'atteggiamento calmo e fiducioso del genitore nei confronti della guarigione che rassicura il bambino, portandolo a comprendere che il dolore diminuirà pian piano, fino a scomparire e permettendogli di tornare a casa guarito[19].

Nei fatti però, capita che il bambino sia lasciato solo con le sue paure, perché il genitore spera sempre che il figlio non sappia, non capisca e non si accorga di nulla. Di conseguenza il bambino tace e non chiede: è l'adulto che deve essere in grado di capire se il suo silenzio sia dovuto al tentativo di proteggere il genitore dalla sofferenza, causata dal fatto di realizzare che il bambino sa. Oppure, se il silenzio del bambino rappresenta solo una forma di difesa, per la paura di venire a sapere quale sia realmente la sua malattia. L'atteggiamento quindi di tutti gli adulti, sembra essere quello di impedire al bambino di manifestare paura, angoscia e timore per il suo stato di salute. Per permettere invece al bambino di esprimere le sue emozioni, è necessario che l'adulto abbia prima superato le sue ansie e angosce derivanti dalla malattia, e sia pronto ad ascoltare il piccolo paziente. Come afferma Kanizsa: *"Nei fatti capita che il bambino sia lasciato solo con le sue paure, avendo chiaramente in mente, o forse solo sentendo inconsciamente, che di queste cose è bene non parlare con i genitori ed i parenti perché non sarebbero in grado di reggere la rivelazione che egli sa e soffre. Il bambino spesso tace e non chiede"*[20].

Ogni essere umano vive le proprie esperienze in modo completamente personale e soggettivo e le risorse di ciascun bambino attingono al mondo relazionale con i genitori in modo molto stretto. È importante che gli adulti vivano la malattia come un momento traumatico accidentale, e non con quell'aura superstiziosa di sfortuna e colpa che connota spesso il vissuto di malattia degli adulti. C'è da dire poi, che i bambini hanno

[19] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino", pag. 21; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano
[20] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 23; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano

un senso di realtà preciso ed esigono dagli adulti rispetto: si deve rispondere con sincerità alle domande su ciò che sta per succedere, si deve permettere che il bambino manifesti la propria paura, con la sensazione precisa di esser preso in considerazione. Si deve e si può spiegare a parole semplici la patologia, il decorso, volta per volta e, se possibile, la durata: non bisogna mai mentire su manovre e terapie. I genitori devono essere forti, in modo da resistere all'urto emotivo di una diagnosi, per sostenere il bambino e spiegandogli che i genitori sono adulti, pertanto capaci di accompagnarlo con serenità nel suo iter diagnostico e terapeutico.

3.2.3 Insegnanti in Pediatria

Spesso, nella scuola in ospedale, troviamo insegnanti che hanno chiesto appositamente di lavorare in questo ambiente, anche se non sanno cosa li aspetta, quale contesto lavorativo troveranno, né quali compiti avranno loro e quali gli operatori sanitari. A questo, si aggiunge che la formazione iniziale delle insegnanti destinate alle pediatrie, è molto ridotta: la maggior parte dei corsi sono brevi e variano nei metodi e nei contenuti. In rari casi invece, è l'ente ospedaliero che realizza un progetto formativo articolato, delle insegnanti che vengono inserite in ospedale, garantendone l'aggiornamento continuo. Infine ci sono anche corsi di aggiornamento promossi dal ministero della Pubblica Istruzione, da enti comunali o da associazioni di volontariato: in questi congressi e convegni, oltre all'aggiornamento svolto da relazioni di esperti, avvengono anche scambi di esperienze fra insegnanti ospedalieri. Questi incontri sono giudicati molto utili da tutti i partecipanti, perché permettono di tenersi aggiornati costantemente sulle modalità di insegnamento in ospedale e di potersi confrontare con altri insegnanti che si trovano nella stessa situazione lavorativa.

È naturale che il primo impatto nella scuola in ospedale, sia stato per molti insegnanti traumatico. Io stessa, durante la mia esperienza di tirocinio durata un anno nell'ospedale Niguarda, ho avuto molte difficoltà, sia iniziali, durante l'ingresso nella scuola del reparto, sia successive, nell'organizzazione di un progetto adatto ai bambini ospedalizzati. Infatti, le differenze fra la scuola tradizionale e quella in ospedale , posso risultare completamente disorientanti per alcuni e stimolanti per altri. Il bello di questo lavoro, è proprio il poter mettersi alla prova, scoprire nuovi percorsi personali e professionali, inventare qualcosa che prima non esisteva, riuscire a cogliere l'attimo e adattarsi alle situazioni quotidiane presenti in un ospedale[21].

Come afferma Kanizsa:*"È lo slancio dei pionieri, con tutta la passione di chi viaggia verso mete sconosciute ritenendosi, una volta tanto, libero da vincoli e costrizioni. Certamente, bisogna essere in grado di inventare il nuovo, perché in una pediatria tutte le certezze date dalla scuola tradizionale vengono profondamente ridiscusse e spesso devono essere modificate: la programmazione a breve e lungo termine, gli obiettivi, il metodo di lavoro, il tipo di attività concretamente proposte, ma anche il proprio ruolo,*

[21] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 61; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano

l'impostazione dei rapporti con bambini, genitori, medici e infermieri e infine il senso del proprio operare quotidiano".

Si aggiunge a questo, la difficoltà data dalla presenza di due maestri provenienti dalla scuola dell'infanzia e primaria. In questo modo accade che un maestro di questo ordine, si trova in classe ragazzi adolescenti, con cui deve saper improvvisare attività adatte alla sua età. È necessario quindi essere in grado di rispondere a molti e diversi bisogni, in una scuola con utenze così differenziate. Nella scuola ospedaliera, ci sono differenze legate alla durata della degenza e all'età dei potenziali alunni: le degenze possono essere di un giorno (Day Hospital)), fino ad un massimo di quindici-venti giorni; inoltre in pediatria, vengono ricoverati bambini dalla nascita, fino ai diciotto anni, quindi il divario di età può essere molto alto in alcuni periodi. Un altro fattore importante da tener in considerazione riguarda i diversi tipi di malattie: ognuna di esse varia, richiedendo all'insegnante capacità di inventiva per riuscire a scegliere quali tipi di attività proporre ai diversi pazienti e in che luogo svolgerle (in stanza o in classe).

Kanizsa scrive: *"In una parola, l'insegnante in ospedale deve essere capace di adattare il proprio agire a una situazione che può variare di minuto in minuto"*. È fondamentale possedere o acquisire la capacità di adattarsi quotidianamente a persone completamente diverse, intuendo ogni situazione per riuscire a rapportarti con essa. Gli insegnanti in ospedale non parlano di creare una programmazione didattica, ma un'iniziale impostazione del lavoro, cioè un quadro complessivo in cui inserire attività possibili, attraverso percorsi di apprendimento e modalità per favorire l'apprendimento. Tra queste modalità, spesso viene utilizzata quella "laboratoriale", con cui ho potuto inserirmi per svolgere il mio progetto. Alcune insegnanti quindi partono dall'idea di dover riuscire a cogliere l'attimo, per rispondere a tutte le necessità del bambino malato, in particolare, quella di ritrovare all'interno del contesto ospedaliero, quello che c'è nella vita normale: si offre la speranza che la malattia e l'ospedalizzazione facciamo parte di un periodo della vita del bambino e del genitore, un periodo che è possibile superare. Si cerca di far sentire il bambino capace di prendere decisioni e di agire autonomamente, di farlo sentire normale in una situazione che lo vede passivo[22].

L'insegnante nella scuola in ospedale, dopo avere instaurato una buona relazione con il bambino, può iniziare a programmare il percorso individualizzato, caratterizzato da

[22] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 63; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano

attività di pittura, di manipolazione, di costruzione di storie, di sperimentazioni musicali e molto altro ancora. Queste attività permettono all'insegnante di osservare e capire i piccoli pazienti in diverse situazioni e permettono di aiutare il bambino a esprimere le proprie emozioni e affrontarle. Dall'esterno, può sembrare che nella scuola in ospedale l'attività ludica prevalga su quella istituzionalmente connotata, ma questo approccio metodologico è dovuto proprio alla consapevolezza che, attraverso attività non strettamente curricolari, è possibile instaurare un lavoro mirato ad aiutare il bambino a padroneggiare le sue emozioni: in particolare, le sue paure e le angosce che l'ospedalizzazione comporta. Inoltre l'attività ludica è flessibile, aperta all'improvvisazione e al cambiamento, all'interruzione e alla ripresa, al coinvolgimento di età diverse, alla possibilità di esser praticato sia nell'aula che nelle camere di degenza, quindi è particolarmente adatto ad un utilizzo nei reparti pediatrici[23].

Le insegnanti della scuola in ospedale partono dall'idea di dover conquistare i loro alunni, partendo quindi dalle loro esigenze, desideri e preferenze per programmare poi scelte, tempi e attività adeguati.

Come afferma Kanizsa: *"L'insegnante ospedaliero si vive spesso come una* ***figura normale*** *che conta sulla* ***parte sana del bambino*** *(Bertotto, 1986), che va stimolata indipendentemente dalla malattia stessa. Le maestre, a volte, si assegnano il compito di creare un* ***ponte di collegamento con la realtà esterna****, a volte indicano proprio se stesse come elemento di* ***continuità con il mondo esterno****: vi è insomma la tentazione fortissima di identificare la scuola in ospedale con una* ***zona franca****, altra rispetto al reparto, al dolore, alla malattia, in cui dimenticare anzichè affrontare e capire"*. Anche nella scuola in ospedale l'insegnante deve essere supportata da un lavoro di supervisione e da un gruppo di riferimento, per evitare di difendersi e proteggersi dall'angoscia provocata dal contatto con i piccoli pazienti, dal loro dolore e dal coinvolgimento che essi inducono.

Un'altra differenza tra la scuola in ospedale e quella tradizionale è la presenza dei genitori nel reparto. Gli insegnanti si trovano quindi in una situazione di fare scuola in presenza di adulti che partecipano come osservatori attivi a tutte le attività scolastiche. Questa novità richiede all'insegnante la capacità di sapersi adattare e porre nella giusta relazione con i genitori angosciati per i loro figli. Inoltre, il genitore può essere una

[23] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 64; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano

grande risorsa in questo ambiente: possono collaborare nel proporre e realizzare attività nuove e stimolanti, rispondono alle esigenze immediate dei bambini, abbreviando i tempi di conoscenza su interessi e difficoltà del piccolo paziente. A volte invece, la presenza del genitore diventa solo un'altra figura da dover tranquillizzare, cercando strategie adatte per gestire la sua ansia che altrimenti riverserebbe sul figlio.

L'insegnante può anche assumere un ruolo di mediatore nella relazione fra genitori e operatori sanitari, ma è faticoso a causa della mancanza di momenti di incontro e di comunicazione tra medici e insegnanti. Spesso, agli insegnanti della scuola in ospedale, non vengono trasmesse le informazioni necessarie sui piccoli pazienti: gli operatori sanitari si rivolgono agli insegnanti solo quando ritengono che le osservazioni durante le attività a scuola e durante il gioco spontaneo, possono essere utili per formulare la diagnosi e per distrarre il bambino durante terapie lunghe e dolorose. Per Kanizsa: *"L'incontro con il personale sulle reciproche funzioni e competenze sembra l'unica via percorribile per definire con sufficiente sicurezza il ruolo e la funzione dell'insegnante ospedaliero e per farlo riconoscere come un interlocutore credibile in materia di relazione"*.

Nel profilo professionale del docente, possiamo ora individuare un insieme di competenze[24]

- **Organizzative:** esse lo rendono in grado di strutturare in modo intenzionale, consapevole e flessibile le risorse umane, spazio temporali e i materiali a disposizione, in funzione dei bisogni formativi e degli obiettivi individuati.
- **Metodologico-didattiche:** permettono all'insegnante di scegliere le strategie più adatte, le attività ludiche e tecniche, gli strumenti e i materiali che permettono di raggiungere finalità nelle diverse aree di motricità, comunicazione,sviluppo emotivo, sociale e cognitivo. Nell'ambito della scuola in ospedale, le strategie didattiche si intrecciano con quelle organizzative, relative all'individualizzazione e al lavoro in piccolo gruppo.
- **Disciplinari:** scelta dei contenuti e dei concetti chiave per promuovere l'acquisizione di conoscenze e lo sviluppo dei linguaggi.

[24] Giovanni F. Ricci: "Dal curare al prendersi cura", pag. 117; Armando Editore; 2003, Roma

- **Di ricerca:** progettazione e sperimentazione di nuove soluzioni organizzative e didattiche. L'insegnante in ospedale è protagonista del cambiamento, dell'innovazione e della ricerca educativa e didattica: è una necessità che deriva dal cambiamento continuo dell'ambiente in cui opera, dei reparti, delle patologie, delle terapie e della durata dei ricoveri.
- **Sanitarie:** conoscenze relative all'ambiente ospedaliero, all'organizzazione dei reparti e della struttura in cui l'insegnante opera; gli effetti delle diverse terapie e la condizione emotiva dei bambini che vengono sottoposti a queste cure.

Un'ultima caratteristica che ritengo fondamentale evidenziare, riguarda ciò che distingue in modo specifico il ruolo dell'insegnante nella scuola in ospedale: sto parlando del confronto continuo con situazioni di difficoltà e di sofferenza, che smuovono il suo equilibrio interiore e le sue sicurezze emotive. Possono riaffiorare con maggior frequenza esperienze personali di dolore e moltiplicarsi i timori e le ansie per sé stessi e per i propri familiari, unendosi al profondo disagio e malessere causato dall'impossibilità di alleviare i danni prodotti dalle patologie sui bambini ricoverati.
Come afferma Ricci: *"La capacità di sopportare il peso del quotidiano contatto con la sofferenza, e talora con la morte, richiede probabilmente doti personali non comuni, tra le quali comprendere anche una sincera e ben radicata motivazione e una sorta di vocazione alla relazione d'aiuto. Tuttavia ogni insegnante deve poter raggiungere questa solidità o fortezza interiore evitando che essa, nel tempo, si trasformi in indifferenza o pretenda di sostituirsi ad altre competenze. Occorre pertanto che l'energia morale del docente, la sua saldezza emotiva, sia sperimentata fin da subito attraverso un lungo tirocinio formativo che dovrebbe costituire parte integrante del percorso di preparazione iniziale. L'esperienza diretta, compiuta in reparto insieme ad altri docenti e con margini sempre più ampi di iniziativa autonoma, dovrebbe, da una lato, favorire la graduale acquisizione di metodi, strumenti e tecniche propri del ruolo professionale e, dall'altro, mettere alla prova le proprie motivazioni e i propri atteggiamenti".*
L'azione dell'insegnante assume una valenza educativa nel momento in cui restituisce ad ogni paziente pediatrico il senso del proprio ruolo e la fiducia nella possibilità di esercitarlo, nonostante i rischi e le difficoltà che la patologia e le terapie svolte

comportano. In questo modo, il bambino torna ad essere un soggetto che cresce, e che ha diritto al gioco e allo studio; il genitore invece, ritorna ad essere il punto di riferimento e di guida del figlio[25].

[25] Giovanni F. Ricci: "Dal curare al prendersi cura", pag. 117; Armando Editore; 2003, Roma

3.3 L'importanza di sviluppare un'Alleanza Terapeutica

3.3.1 Mettere il Bambino al Centro

Per rendere la malattia e l'ospedalizzazione del bambino un'esperienza di crescita e di educazione (sia per lui che per i suoi familiari), è necessario lavorare in modo tale da predisporre un percorso centrato sul piccolo paziente e sui suoi familiari, volto a rassicurarlo, fornendogli una buona immagine di sé, nonostante la situazione difficile in cui si trova. È compito dell'équipe ospedaliera e quindi dell'adulto, far creare al bambino ospedalizzato una buona immagine di sé, rimandando al piccolo paziente un'immagine positiva e non imperfetta, a causa della malattia che l'ha colpito. Mantenere una buona immagine per il bambino, è possibile solo se l'adulto lo fa sentire accettato e apprezzato in quanto persona unica e lo rassicura trasmettendogli che da questa esperienza può uscire vincitore, può essere in grado di lottare e di sconfiggere il male[26]. Questo lavoro deve essere messo in atto dall'ospedale e da tutti gli operatori presenti al suo interno: sono loro che devono agire andando incontro ai bisogni del bambino, coordinando un buon lavoro di équipe in modo tale da prestare attenzione sia agli aspetti psicologici, che a quelli sanitari. L'ospedale deve essere un luogo in cui il bambino viene accolto nella sua totalità, considerando quindi tutti gli aspetti che lo caratterizzano e non solo quelli relativi alla malattia e per i quali si trova ricoverato. L'unico modo per mettere al centro del percorso il bambino, è quello di tenere in considerazione tutti i suoi bisogni: dalla necessità di essere ben curato, confortato, rassicurato e informato, a quella di giocare e confrontarsi il più possibile con gli altri bambini, imparando cose nuove. È necessario quindi sviluppare e mettere in atto un lavoro di équipe, in grado di coordinare momenti destinati alle terapie e quelli di gioco, dando informazioni coerenti e unitarie al bambino e alla famiglia, relative alla sua malattia.

Prendersi cura del bambino, inteso come persona tutta intera, è compito sia degli operatori sanitari, sia di tutte le altre figure presenti all'interno della pediatria. Questa idea nuova di operare, comporta sicuramente un allargamento delle competenze di ciascuna figura ospedaliera, oltre ad una modifica dell'atteggiamento del personale

[26] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 86; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano

coinvolto[27].

Anche i genitori hanno un ruolo importante: a loro devono essere riconosciuti compiti di cura, soprattutto quando i bambini sono molto piccoli e incapaci di parlare, in quanto comprendono meglio i bisogni del figlio e hanno la capacità di rassicurarli in ogni situazione. Possono quindi svolgere il ruolo di mediatori fra l'équipe sanitaria e il piccolo paziente, occupandosi il più possibile del proprio bambino, ricevendo aiuti, supporti e consigli dagli operatori. In questo modo, gli operatori sanitari diventano figure di riferimento per i genitori: insegnano le modalità più adatte per accudire il figlio malato e accolgono le loro ansie, paure e problematiche, legate alla malattia del bambino, aiutandoli nella ricerca di una via d'uscita adatta alle necessità e capacità proprie e del piccolo paziente.

È necessario che anche in campo pediatrico si passi dal semplice pendersi cura della malattia, alla cura della persona malata nella sua totalità, svolgendo un'opera di umanizzazione degli ospedali e dei reparti pediatrici. Un lavoro di questo tipo deve essere messo in atto dall'intera équipe, predisponendo un piano di lavoro personalizzato e individualizzato che risponda alle necessità del bambino: deve integrare tutte le componenti e tutti i momenti sia di cura, sia di svago, verso obiettivi comuni[28].

3.3.2 Medico-Genitore-Paziente Pediatrico: una Relazione Complessa

Arrivati a questo punto, è necessario parlare della creazione di un percorso operativo all'interno del reparto pediatrico. L'obiettivo principale è quello di organizzare e offrire un programma di assistenza globale; medica, psicologica, sociale ed educativa. Si intende quindi garantire al maggior numero di bambini ospedalizzati e alle loro famiglie una terapia adeguata e una buona qualità di vita[29]. La metodologia che va utilizzata, è quella della costruzione di un'alleanza terapeutica tra bambino, famiglia ed équipe multidisciplinare, parallela all'identificazione dei bisogni e degli interventi psico-sociali del bambino e della famiglia, insieme ad una programmazione di incontri periodici dell'équipe. I tempi in cui identificare i bisogni e attuare i relativi interventi sono: l'esordio della malattia, il periodo della terapia e di degenza e il ritorno a casa.

[27] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 78; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano
[28] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 80; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano
[29] Raffaele Mantegazza: "Impazienti di Crescere", pag.19; Ed. Franco Angeli; 2005, Milano

Il punto di partenza del percorso è sicuramente la comunicazione della diagnosi ai genitori e ai bambini: essa deve avvenire entrando in relazione e in sintonia con la famiglia ed il bambino, avendo la consapevolezza e il coraggio di comunicarla. È un "mettere in comune" la diagnosi, nel rispetto del piccolo paziente e dei suoi famigliari in quanto persone, ed ha come principale difficoltà il **modo** in cui deve essere trasmessa. È importante che ci sia una comunicazione aperta e diretta, dedicando spazi e tempi adeguati ad essa, che aiutino genitore e paziente a comprendere e a gestire la malattia, ricorrendo alle risorse che ogni componente della famiglia possiede. Come afferma Mantegazza: *"La comunicazione tra i componenti della famiglia e tra la famiglia stessa, il bambino e l'équipe, è un impegno in continuo sviluppo che deve accompagnare tutto il percorso di cura"*[30].

Si tratta di umanizzare l'assistenza in campo pediatrico, attribuendo ai genitori un ruolo all'interno del processo terapeutico e una collaborazione con i membri dell'équipe ospedaliera:

- Prima di tutto, si può iniziare a collaborare creando una chiara divisione dei compiti del genitore e del personale, aiutandoli a intervenire sul bambino e a seguirli poi nell'esecuzione del lavoro. Fare qualcosa concretamente per il proprio figlio, avrà effetti benefici anche sull'immagine di sé del genitore, che a causa della malattia viene messa in forte crisi.
- Successivamente, si può continuare la collaborazione informando sistematicamente il genitore sulla situazione medica del figlio; in seguito l'operatore sanitario, può richiedere ai genitori informazioni sullo stato d'animo del bambino, sulle sue reazioni, sulla sua personalità, ottenendo così una conoscenza più rapida del soggetto, e una scelta relazionale ben mirata.
- Un terzo elemento di collaborazione, può essere quello di aiutare il genitore a comprendere le decisioni sanitarie messe in atto dagli operatori: in particolare, creare nella famiglia una cultura medica e infermieristica.
- Come ultima ipotesi, i genitori andrebbero sollecitati a collaborare tra loro.

Alla base di tutti questi interventi proposti c'è il dialogo: esso permette di capire e di capirsi, di intervenire su genitori e bambini in modo adeguato ed efficace. Ascoltare e comunicare con bambini e genitori, permette di scoprire la natura di determinati

[30] Raffaele Mantegazza: "Impazienti di Crescere", pag.24; Ed. Franco Angeli; 2005, Milano

comportamenti. Bisogna operare per fare assistenza insieme ai genitori in modo spontaneo: essi hanno il diritto di esercitare il loro ruolo parentale all'interno dell'ospedale partecipando alle cure, in modo tale da conservare la loro identità di genitori, con tutto l'amore e la responsabilità che questo comporta (Formarier, 1984)[31].
Il bambino per poter comprendere e elaborare la propria malattia, ha bisogno di trovarsi tra persone che lo ascoltano e lo sostengono nel suo processo di crescita, rispettando i suoi sentimenti senza esprimere pregiudizi: "Il bambino malato ha bisogno di avere accanto a sé professionisti capaci di gestire correttamente una relazione d'aiuto"[32] (Kanizsa, 1988, 1989). Una relazione d'aiuto avviene tra due o più persone che ricoprono ruoli diversi:la differenziazione di tali ruoli deve essere netta, distinta e senza possibilità di scambio. L'operatore ricopre un ruolo professionale che richiede attenzioni nei confronti degli altri: ogni persona è unica e, per poterla aiutare, va conosciuta e compresa nella sua unicità. Quindi una relazione d'aiuto, è tale se parte dai bisogni affettivi e dalle reali necessità del paziente pediatrico; se si comprende e si accetta la persona nella sua totalità, comprese le parti sane, che quelle malate, gli aspetti di debolezza e quelli di forza, rispettando le sue scelte e le sue esperienze[33]. Kanizsa afferma: *"Mettere al centro del processo terapeutico il bambino, e non solo la sua malattia, comporta un grosso lavoro di coordinamento fra tutte le figure presenti nel reparto, comporta anche una diversa considerazione del ruolo dei genitori, ma soprattutto comporta un grosso lavoro individuale e di gruppo teso a trovare il modo migliore con cui rapportarsi con il singolo piccolo paziente"*[34]. Questo lavoro su sé stessi, supportato dalla discussione con l'Altro, risulta difficoltoso a causa della scarsa preparazione di operatori sanitari e non, in questo campo. Per questo è necessaria una formazione alla relazione, che rassicuri gli operatori che è possibile svolgere un percorso volto alla creazione di relazioni d'aiuto, partendo dal stimolare le persone a riflessioni su sé stessi quando ci si relaziona con altri. Un atteggiamento univoco di tutta l'équipe nei confronti del piccolo paziente e della sua famiglia, frutto di un dialogo fra tutti i componenti, di discussioni, di scambio di informazioni e decisioni operative, porta alla realizzazione concreta di una relazione d'aiuto, dando risvolti positivi anche

[31] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 83; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano
[32] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 92; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano
[33] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 94; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano
[34] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 100; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano

sugli operatori stessi: è un occasione per imparare molte cose su sé stessi, aiutando i piccoli pazienti e le loro famiglie ad apprendere e apprendendo da essi[35].

È molto importante anche il ruolo che l'insegnante ha in questa relazione: può offrire al piccolo paziente spazi e attività di espressione e essere pronto ad accogliere i messaggi che il bambino malato trasmette. È fondamentale che l'insegnante sviluppi capacità di attesa, disponibilità al contenimento, l'elasticità di "non fare" ma "esserci", in modo da instaurare un'interazione equilibrata, guidata dalla capacità di saper ascoltare il bambino prima ancora di agire verso di lui.

Capurso ha delineato alcuni requisiti della figura dell'educatore in ospedale: *capacità di ascolto*; *rispetto dei tempi dell'altro*; *capacità di porsi in sintonia*; *capacità di mettersi in gioco*; *flessibilità*; *capacità di interrelazione dialettico-dinamica*. Il bambino ospedalizzato, sentendosi rispettato, capito nella sua individualità, nei suoi bisogni e tempi, creduto e sostenuto nella paura, non preso in giro da bugie, ma accompagnato da spiegazioni comprensibili e vere e valorizzato per le sue risorse, riuscirà ad instaurare buone relazioni con l'adulto[36].

Infine è bene ricordare che anche il pieno coinvolgimento dei genitori nell'assistenza del bambino favorisce la buona riuscita di una relazione di questo genere. Parliamo quindi di "Partnership in care": con questo termine intendiamo il pieno coinvolgimento dei genitori nella cura medica e assistenziale del bambino, non solo attraverso informazioni esaurienti, ma dando loro la possibilità di partecipare a pieno titolo alle decisioni relative alla cura e al trattamento che il bambino riceverà. Questo è possibile se medici e infermieri hanno la capacità di comunicare in modo onesto con la famiglia e il piccolo paziente su tutto quello che avviene[37]. Come afferma Filippazzi: *"Il coinvolgimento familiare basato su un approccio collaborativo può essere di grande beneficio per il bambino in ospedale e a casa. Ha successo quando tutto il personale mette il bambino e la famiglia al centro dell'assistenza ed è adeguatamente formato, per non lasciare nulla all'improvvisazione e garantire anche davanti a un imprevisto, un atteggiamento e un comportamento adeguato[38]"*.

[35] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag. 102; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano
[36] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale", pag. 38; Ed.Erikson; 2001, Trento
[37] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino", pag. 25; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano
[38] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino", pag. 27; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano

3.4 La funzione terapeutica del Gioco

"Il gioco separa il reale dall'immaginario, in uno spazio in cui le cose(ad esempio l'ago della siringa) sono ciò che non sono (farfallina) pur rimanendo quello che sono (ago)".

J. Piaget

3.4.1 Ruolo del Gioco

La principale attività dei bambini è il gioco, attraverso il quale entrano in relazione con gli altri e con il contesto circostante; nel gioco, le emozioni e la fantasia si riempiono di significato e danno un senso allo stare insieme. Inoltre, esso aiuta il bambino a ridurre l'ansia e la paura della malattia, ed è quindi necessario ed essenziale lasciare il bambino libero di giocare anche durante l'ospedalizzazione, in quanto ha valenza cognitiva, affettiva e relazionale, indispensabile per la sua crescita, soprattutto durante il periodo di degenza. Il gioco introduce la normalità in un ambiente estraneo, fornendo al bambino le stimolazioni sensoriali indispensabili per non perdere il senso dell'Io: lo aiuta a creare relazioni interpersonali positive con altri bambini e con il personale curante; diminuisce l'impatto del dolore; acquisisce fiducia in sé stesso perché ripetendo più volte eventi traumatici, raggiunge la sensazione di poterli dominare[39].

I bambini hanno quindi bisogno di vivere il proprio tempo nel gioco, nella gioia, nella libertà, nella spontaneità e nell'autenticità. La scarsità del "tempo di gioco" può essere la causa di disturbi allo sviluppo, di difficoltà di concentrazione, di stress, di paura e molto altro. È quindi importante, durante l'ospedalizzazione (soprattutto nel caso di degenze di lungo periodo, ad esempio in ambito oncologico), mantenere la possibilità di uno spazio di gioco in cui il bambino possa esprimersi autenticamente e, insieme alla sua famiglia, possa reagire attraverso le emozioni positive all'evento traumatico dell'ospedalizzazione. È proprio nell'ospedale che il bambino ha maggior bisogno di giocare, di esternare le sue paure e insicurezze che la malattia e il ricovero gli hanno procurato, provandole anche a dominare.

[39] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino", pag. 38; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano

Per questo motivo, in molte pediatrie è stata creata una sala giochi all'interno della scuola in ospedale. Si tratta di uno spazio più o meno ampio, messo a disposizione degli adulti e dei bambini, in cui è distribuito materiale vario, strutturato e non (puzzle, giochi in scatola, libri, colori, lego, strumenti per la cucina, ecc..). In questo luogo, il bambino ritrova stimoli per lui abituali, si rilassa, trova i giochi come a casa, in un ambiente colorato e allegro come quello dell'asilo e della scuola. Questo spazio funziona come momento di aggregazione e di stimolo, dove i piccoli pazienti diventano compagni di giochi e di esperienze comuni. Per far si che questo luogo sia realmente funzionale però, è necessario che la scuola dell'ospedale sia gestita da educatori e insegnanti disposti all'ascolto, al contenimento di paure e di angosce. Inoltre le insegnanti, devono anche essere positive, allegre, disposte a cogliere l'attimo in ogni situazione, pronte a giocare con i piccoli pazienti, a organizzare attività singole o di gruppo, coinvolgendo tutti i bambini e i ragazzi di età e patologie diverse. Il ruolo di questi operatori è quindi fondamentale per il bambino e per ristabilire un rapporto più equilibrato con il mondo legato all'ospedalizzazione, dove spesso sembra essere rappresentato solo da adulti aggressivi, invadenti, indifferenti, ansiosi e iperprotettivi[40].

Il gioco è la via principale per aiutare il bambino ad affrontare situazioni spiacevoli e dolorose, contribuendo a ridurre il suo stress emotivo e utile al piccolo paziente perchè: sviluppa la capacità di superare la difficile ospedalizzazione[41], permette di esprimere i suoi pensieri e timori, conoscere meglio le procedure e gli strumenti medici, impara a mettere in pratica nuovi modi di affrontare situazioni dolorose e permette di interpretare le esperienze delle cure mediche. Inoltre, osservando il comportamento del piccolo paziente durante il gioco, l'insegnante può verificare se il bambino affronta la situazione in modo adeguato, elaborando le informazioni correttamente. Per poter affrontare l'esperienza di ospedalizzazione in modo adeguato, è necessario che il bambino abbia molte possibilità di gioco guidato e spontaneo[42].

È importante giocare prima di tutto perché è bello! Inoltre è proprio attraverso l'attività ludica che il bambino fa le sue prime esperienze di relazione con l'ambiente, provando, imparando e esprimendo sentimenti, manifestando atteggiamenti: è quindi uno spazio in cui il piccolo paziente può collocare le sue esperienze, un tentativo di attraversarle senza

[40] Silvia Kanizsa: "La Paura del Lupo Cattivo", pag.254; Raffaello Cortina Editore; 2013, Milano
[41] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale", pag. 142; Ed.Erikson; 2001, Trento
[42] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino", pag. 133; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano

soccombervi, una rielaborazione dell'esperienza che sta attraversando, un luogo di incontro con l'Altro e occasione di apprendimento. L'attività ludica in ospedale, ha una valenza superiore rispetto alle situazioni di normalità, perché permette la ricerca e la conquista di un piacere anche in condizioni di disabilità temporanea. Ruolo dell'adulto è di "vigilare" sempre sull'azione di gioco del bambino, parteciparvi anche dall'esterno facendo domande, avvicinandosi in modo affettuoso per osservare, coinvolgendo bambini, senza mai abbandonare a se stessa l'attività[43].

Capurso ha suddiviso il gioco svolto in ospedale in tre categorie:

1. **Gioco di Svago**: *Giocare per divertirsi*

   Proposto per riempire momenti di noia, valorizzando la sua parte sana, insieme ad un adulto. Questa relazione di gioco è molto utile perché durante il gioco si possono comunicare i propri dubbi, paure, il bambino si sente ascoltato, rassicurato, diminuendo in lui l'ansia.

2. **Gioco Simbolico**: *Giocare per comprendere e rielaborare*

   Aiuta il processo di crescita, consente di svolgere attività di problem solving e permette di esprimere sentimenti e timori relative alla malattia e all'ospedalizzazione. I piccoli pazienti allora usano questa attività per far uscire la loro aggressività e fantasia verso adulti che hanno potere su di loro. il **gioco** può esser così **terapeutico**, se segue un cosiddetto "movimento onda": un alternarsi del momento di evasione, con quello di realtà, con il fine di permettere la presa di coscienza, la proiezione di sentimenti e la scoperta delle potenzialità.

3. **Gioco di Socializzazione**: *Giocare per conoscersi e incontrarsi*

   È frequente nei ragazzi adolescenti, che interpretano l'attività ludica come un momento di riposo in cui non devono assumere nessun ruolo particolare. Questo "spazio altro", permette l'incontro con altri attraverso una sana competizione agonistica dell'attività ludica[44].

Vorrei concludere con una frase di J.Huizinga (1973):

"L'attività ludica è anzitutto e soprattutto un atto libero, che si svolge per puro piacere dello spirito".

[43] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale", pag. 127; Ed.Erikson; 2001, Trento

[44] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale", pag. 128; Ed.Erikson; 2001, Trento

4

TI RACCONTO IL MIO OSPEDALE

fonte: http://www.wikepedia.it/Ospedale_Niguarda

4.1 Un Po' di Storia …

La storia dello sviluppo delle attività ludiche ed educative in ospedale, è la storia di un'evoluzione pedagogica collegata alle trasformazioni culturali della società. La prima esperienza italiana risale al 1936, con la circolare ministeriale del 31 luglio rivolta a diverse città d'Italia, in cui viene accolto il progetto presentato dall'Associazione

Educatrice Italiana (AEI). Essa richiede la necessità, nelle strutture pediatriche, della presenza di figure educative che integrino quelle sanitarie, in modo tale che i bambini ricoverati non subiscano né danni alla carriera scolastica, nè danni morali allo sviluppo armonico della personalità.

Questa richiesta è nata da alcuni pediatri preoccupati per lo stato di abbandono psichico in cui si trovavano i loro piccoli pazienti, trascurati a livello emotivo e intellettuale. Nello stesso anno viene organizzato il primo "Convegno Nazionale sulla Scuola in Ospedale": si prevede, per queste figure richieste, una prestazione volontaria, senza compenso, e possibile solo per colore che hanno frequentato un corso biennale di soccorso medico-sociale.

Nel 1939, viene elaborata una proposta di legge con lo scopo di estendere anche all'interno degli ospedali, la scuola pubblica: l'iniziativa viene però bloccata sul nascere. Nel dopoguerra, iniziano gli studi sui danni dell'istituzionalizzazione e quelli causati dall'ospedalizzazione.

A partire dagli anni Cinquanta, prendono avvio alcune iniziative: il "Corso di differenziazione didattica per insegnanti di scuole all'aperto e annesse all'ambito ospedaliero" e un convegno del 1959 sulle "Scuole speciali e scuole annesse agli istituti ospedalieri". È evidente la difficoltà nel dare un'identità alle esperienze didattiche in ospedale, spesso ancora confuse, che durerà per decenni. Gli anni Settanta dunque, sono caratterizzati da attività istituzionali che sostituiscono progressivamente esperienze di volontariato. In seguito alla pressione di un'opinione pubblica, vengono formulate specifiche leggi regionali: tra il 1978 e il 1992, vengono formate leggi per la tutela delle condizioni del bambino ricoverato, in tutte le Regioni italiane. Si comincia così ad assumere una visione olistica, dove emergono aspetti importanti come la *qualità di vita*, di *energie psichiche* e di *voglia di vivere*. Gradualmente molti ospedali "aprono le porte all'esterno", con lo scopo di "ripristinare" i contatti familiari, scolastici, culturali del bambino malato; numerose pediatrie si trasformano, pareti e camici bianchi lasciano il posto a colori e alla fantasia con giochi, musica e libri.

Verso fine anni Ottanta, il Parlamento Europeo approva la "Carta dei Bambini in Ospedale"; nel 1988 viene promulgata la "Carta di Leida"; nel 1989 esce la "Convenzione ONU per l'infanzia" e nel 1991 il "Documento europeo sulla scuola in ospedale"

In Italia, diversamente da altri paesi, ci sono problemi giuridici e mancano indirizzi precisi per la preparazione professionale: a Milano dal 1980, la Dott.ssa Capelli (Psicopedagogista in ospedale, fondatrice di un gruppo di studio e ricerca su queste tematiche) gestisce educatori e insegnanti che si radunano attorno a lei, denunciando smarrimento, incertezza del proprio ruolo, provvisorietà e frammentarietà del loro agire, oltre alla mancanza di contatti istituzionali fra dirigenti scolastici e ospedalieri. La Dott.ssa Capelli, tramite il CIGI (Comitato Italiano Gioco Infantile), organizza coordinamenti milanesi semestrali, corsi di aggiornamento e formazione e un quadrimestrale informativo chiamato "Bambini in ospedale" (www.giocoestudio.it).

Gli anni Novanta sono fruttuosi per quanto riguarda la sensibilizzazione dell'opinione pubblica: articoli, interviste radiofoniche e televisive, convegni, pubblicazioni monografiche e tesi di laurea contribuiscono a diffondere e consolidare i principi del diritto al gioco e allo studio in ospedale. Insegnanti e dirigenti si incontrano in convegni di aggiornamento e formazione specifici per gli insegnanti in ospedale, tra il 1995 e il 1996.

Si diffondono sempre più anche le esperienze ludiche, organizzate da insegnanti di scuola dell'infanzia, educatori, animatori, tirocinanti dell'Università e borsisti. Il volontariato inizia ad organizzarsi: diverse associazioni ABIO (allegato n. 1), ABEO, AVO, ecc., organizzano incontri di aggiornamento sul gioco e sull'animazione.

Sul piano legislativo, Milano, Torino e Bergamo stipulano convenzioni locali per suddividere le competenze nei servizi in atto in ospedale, formalizzando così l'intervento ludico ed educativo.

La svolta avviene nel 1998, quando la circolare ministeriale n.353 riconosce l'importanza e la valenza della scuola in ospedale, affermando che essa: "da evento episodico, legato alla sensibilità di operatori e istituzioni, deve trasformarsi in struttura scolastica reale e organizzata, nell'ambito dell'ampliamento dell'offerta formativa prevista, come esplicazione possibile dell'autonomia organizzativa e didattica".

Per quanto riguarda la professionalità dell'insegnante in ospedale, si afferma che è necessario fare in modo di sviluppare un'indispensabile competenza professionale di base (curricolare e didattica), innestando una preparazione specifica. Essa deve essere centrata sulla conoscenza delle molteplici e differenti metodologie di intervento educativo adatto alle situazioni individuali, rendendole operative nella prassi didattica

quotidiana. Inoltre è importante anche offrire l'uso delle nuove tecnologie.

Nello stesso momento, si verificano cambiamenti assistenziali con lo scopo di migliorare la qualità di vita del malato attraverso ad esempio, un potenziamento dei ricoveri in day hospital; un riconoscimento dell'efficacia della risata come sbocco emotivo nei casi più complessi, con l'entrata in ospedale dei "Medici del Sorriso".

Negli ultimi anni inoltre, si è cercato di abbattere virtualmente il "muro" ospedaliero, grazie all'utilizzo delle nuove tecnologie didattiche. I piccoli pazienti possono avere contatti con scuole esterne, strutturando attività cooperative senza più sentirsi in isolamento[45].

[45] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale", pag. 184; Ed.Erikson; 2001, Trento

4.2 Fare Scuola in Ospedale

Fare scuola in ospedale vuol dire prima di tutto mantenere viva e attiva l'identità del bambino, all'interno di un ambiente anonimo e spersonalizzante, carico di angosce e paure. Il piccolo paziente entrando in ospedale porta con sé la malattia, ma soprattutto il suo essere un bambino, una persona, con proprie potenzialità, attitudini, caratteristiche e competenze. L'insegnante della scuola in ospedale deve riconoscere il bagaglio socioculturale che ogni bambino porta con sé, valorizzando la parte in buona salute della sua persona. È necessario avvicinarsi alla realtà dei bambini ospedalizzati con rispetto e comprensione, consapevoli che questi piccoli pazienti sono innanzitutto persone che hanno diritto di esprimersi, di essere sé stesse, di crescere ed evolvere. L'insegnante, insieme all'équipe, deve costruire un progetto che tuteli l'identità di ogni paziente pediatrico, con l'obiettivo di prevenire una possibile regressione del suo processo di sviluppo. Il suo ruolo è quello di mediatore culturale tra il mondo interiore del bambino e la realtà esterna che lo circonda: lo accompagna e lo aiuta ad orientarsi e a comprendere un mondo che non conosce (l'ospedale), imparando ad interpretare le proprie emozioni, gestire le reazioni, fino a ritrovare la strada che lo ricondurrà alla sua realtà domestica, con un'identità più ricca e rafforzata. Inoltre, attraverso attività didattiche, l'educatore può instaurare un dialogo, una relazione con il bambino coinvolgendolo nel vissuto scolastico, senza che la malattia interferisca in modo prevalente, allontanandolo momentaneamente dall'ospedalizzazione.
La scuola in ospedale agisce quindi su tre fronti:

1. Sul ***piano didattico***: al bambino viene garantita la possibilità di continuare a studiare.
2. Sul ***piano dell'identità***: il bambino viene aiutato a costruire il percorso difficile di coscienza e accettazione della nuova realtà ospedaliera.
3. Sul ***piano della continuità***: vengono messi a disposizione metodi e strumenti per mantenere contatti con l'ambiente domestico, gli amici e la scuola.

Sono tre fronti che interagiscono tra loro, rendendo il fine della scuola complesso, che

va affrontato con metodi di lavoro adeguati ed equilibrati[46].

Fondamentale nella scuola del fare è saper cogliere l'attimo: l'insegnante deve imparare ad usare tutti i momenti in cui ha la possibilità di operare, instaurando con il bambino ospedalizzato un rapporto educativo basato su una relazione empatica. Deve osservare le sue capacità sensoriali, fisiche e psicologiche, ascoltarlo e sedersi accanto a lui per capire la realtà da cui proviene, sviluppando poi attività di collegamento da poter svolgere anche in ospedale. Parte quindi da una situazione destrutturata, per definire poi un rapporto educativo individualizzato e preciso[47].

4.2.1 Organizzazione e Ambiente

Il lavoro didattico viene impostato a partire dagli interessi del bambino, in modo tale da riorganizzare un percorso legato al suo vissuto precedente all'ospedalizzazione. L'attività educativa e ludica diventano mezzi di relazione con i quali l'insegnante trasmette il piacere di giocare e di guidare il bambino verso l'apprendimento: il bambino si sentirà libero di esprimere i propri pensieri, sensazioni, capacità e desideri solo se l'adulto mette in atto un atteggiamento di "avvicinamento" e di "accoglienza". L'insegnante in ospedale, deve essere in grado di trasformare in campo di esperienza e in momento di apprendimento, qualsiasi stimolo educativo. Gioco e attività di apprendimento in ospedale, devono potenziare le capacità del bambino legate all'essere sé stesso, al pensare e al realizzare: ogni abilità del piccolo paziente deve essere riconosciuta e accolta dall'adulto[48].

Attenzione va data all'articolazione dei tempi e degli interventi, alle modalità di relazione insegnante-bambino e di raggruppamento tra pazienti ospedalizzati. Il numero dei piccoli pazienti varia nell'arco di un mese, di una settimana e della singola giornata, per questo la scuola in ospedale deve essere caratterizzata da una flessibilità organizzativa e didattica maggiore rispetto ad ogni altra scuola tradizionale. In questo modo l'insegnante si trova in una condizione di ricchezza e libertà, ma anche di enorme

[46] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale", pag. 89; Ed.Erikson; 2001, Trento

[47] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale"; Ed.Erikson; 2001, Trento

[48] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale",; Ed.Erikson; 2001, Trento

difficoltà gestionale e professionale, trovandosi quotidianamente di fronte a situazione nuove e imprevedibili[49].

Compito dell'insegnante è anche quello di contribuire a rimuovere l'immagine di dolore associata all'ospedalizzazione, attraverso proposte di gioco, di lavoro e studio varie e ricche di fascino, in continuità con le esperienze precedenti di molti piccoli pazienti. Inoltre le immagini, le fotografie, le storie inventate e scritte dai bambini costituiscono l'espressione della loro partecipazione alle attività scolastiche, assumendo un ruolo fondamentale dal punto di vista psicologico: esse conferiscono colore e familiarità all'ambiente, rendendolo in sintonia con i loro vissuti precedenti, familiari e scolastici[50].

La strutturazione dell'ambiente deve essere pensata in modo tale da rispondere alle necessità della scuola in ospedale, disponendo spazi polivalenti, cioè locali non destinati ad una sola funzione, ma adattabili alle diverse attività scolastiche, ludiche, espressive, di studio, individuali e di gruppo. Lo spazio didattico deve essere sufficientemente grande da permettere lo svolgimento di più attività contemporaneamente, quindi fornito di sedie, tavoli e arredi a misura di bambino e di materiali tali da rendere flessibile e adattabile l'ambiente in base alle diverse attività. Sarebbe anche utile creare all'interno dell'aula "angoli" diversi (della pittura, lettura, la casetta) per offrire ai bambini una pluralità di stimoli[51]. Come afferma Ricci: *"La possibile trasformazione dell'ambiente a disposizione permette di soddisfare esigenze diverse quali, ad esempio,il bisogno di stare da soli o di giocare con gli altri, lo studio individuale o le attività di ricerca in piccolo gruppo. Il vero problema consiste nello stabilire un giusto equilibrio, che andrà di volta in volta raggiunto, tra le attività e i bisogni individuali, che richiedono un uso personale degli spazi, e le attività comuni, che necessitano di spazi più ampi, e nel conciliare la funzione di controllo e guida dell'insegnante con i margini di autonomia e di libera iniziativa concessi agli alunni[52]".*

[49] Giovanni F. Ricci: "Dal curare al prendersi cura", pag. 85; Armando Editore; 2003, Roma

[50] Giovanni F. Ricci: "Dal curare al prendersi cura", pag. 88; Armando Editore; 2003, Roma

[51] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale", pag. 94; Ed.Erikson; 2001, Trento

[52] Giovanni F. Ricci: "Dal curare al prendersi cura", pag. 90; Armando Editore; 2003, Roma

4.2.2 Gestione dei Tempi di Degenza

Possiamo distinguere tre tipi di permanenza in ospedale[53]:

- Degenze brevi
- Ricoveri ricorrenti
- Degenze lunghe

Nel caso delle **degenze brevi** non sempre le insegnanti riescono a impostare un progetto educativo individualizzato. Il primo periodo di degenza, serve all'insegnante per conoscere il bambino e instaurare un rapporto di fiducia e di collaborazione con lui. Per questo motivo sarebbe utile essere informati con un certo anticipo circa la durata della permanenza in ospedale, per consentire al bambino di inserirsi in un progetto più ampio in fase di realizzazione all'interno della scuola in ospedale. Questo gli consentirà di lasciare una traccia del proprio passaggio, per ricordare ed essere ricordato, anche se il suo ricovero sarà stato breve. È particolarmente utile mantenere i contatti con la scuola di appartenenza, per poter offrire aiuto al bambino ospedalizzato coordinandosi con i colleghi della classe, aiutandolo a fare i compiti o rinforzando semplicemente alcuni apprendimenti.

Nell'ipotesi di **ricoveri ricorrenti**, oltre alla necessità di avere un'idea orientativa sulla durata e sul periodo della permanenza in ospedale, sarebbe utili che gli insegnanti possedessero schede di lavoro per poter raccogliere le informazioni relative al bambino e al lavoro svolto con lui. In questo modo potranno essere utilizzate nei ricoveri successivi, proseguendo i lavori "a puntate", o evitando di ripetere cose già svolte. Nel caso dei ricoveri ricorrenti, è utile rifare sempre il "punto della situazione" con l'équipe, sia relativamente al bambino, sia al rapporto instaurato con lui. In base alle informazioni che emergono, gli insegnanti decideranno di volta in volta come impostare le attività, in relazione alle condizioni psicofisiche di quel momento e alla fase di cura che il bambino sta attraversando.

Quando si presentano le **degenze lunghe**, l'insegnante deve essere in grado di proporre all'alunno attività curricolari complete, attivando collegamenti stabili con la scuola di appartenenza.

Infine, la gestione del tempo durante il ricovero in ospedale, è uno degli elementi che il bambino può controllare meno. Le terapie e i rigidi orari dell'istituzione ospedaliera

[53] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale", pag. 95; Ed.Erikson; 2001, Trento

impongono una scansione della giornata che il piccolo paziente subisce passivamente. In questo contesto però è necessario cercare di non aggiungere ulteriori elementi di obbligo e costrizione, quindi nel gestire l'attività educativa la scuola deve fare attenzione a:

- Consentire al bambino di percepirsi gradualmente all'interno della realtà ospedaliera, entrando in relazione con gli operatori.
- Attendere l'espressione di segnali comunicativi, offrendo un clima di ascolto e fiducia.
- Saper accettare i tempi di adesione o rifiuto da parte del bambino alle proposte educative.

È importante che l'insegnante sappia proporsi al bambino con una serie di "gesti interrotti", mettendosi nella condizione di attendere che sia lui, quando lo ritiene opportuno, a concluderli. Il gesto interrotto è un'azione intrapresa da qualcuno, ma lasciata volutamente incompiuta per consentire al bambino di completarla secondo un proprio percorso originale: permette la riscoperta del valore dell'attesa e del silenzio[54].

[54] Michele Capurso: "Gioco e Studio in Ospedale", pag. 97; Ed.Erikson; 2001, Trento

4.3 La Scuola del Reparto Pediatrico Ca' Granda di Milano

Non tutti sanno che a Niguarda esiste una scuola che si trova nel reparto di pediatria. È nata nel 1958 per consentire ai piccoli pazienti ricoverati di proseguire l'attività didattica nonostante la degenza. Il servizio scolastico è garantito dalle ore 9,00 alle ore 17,30 dal lunedì al venerdì. La pediatria è inserita nel padiglione Antonini-Rossini (secondo piano), presso il Nuovo Dipartimento Materno Infantile, che accoglie tutte le "specialità" in campo pediatrico. È qui che si trova la scuola della pediatria, una sezione staccata dell'I.C. "Sandro Pertini" di Via Thomas Mann 8 a Milano.
Le insegnanti che svolgono questo lavoro presso la Scuola in ospedale sono quattro: due insegnanti svolgono le attività con i bambini dalle ore 9,00 alle 13.30 e le altre due dalle ore 13,00 alle ore 17,30. Sia io che le altre tirocinanti veniamo nella Scuola in ospedale nella fascia oraria pomeridiana, insieme alle insegnanti Marisa (che si occupa principalmente dell'indirizzo Infanzia) e Elisabetta, tutor per le tirocinanti (detta Betty, che si occupa dell'indirizzo Primaria). Questo ruolo non suddivide realmente compiti tra le due insegnanti, perchè entrambe si occupano di tutto e si relazionano con tutti i pazienti di ogni età. Semplicemente questa distinzione tra infanzia e primaria permette di far svolgere e guidare alcune attività/progetti da Marisa se destinate ai più piccoli e da Betty se destinate ai più grandi.
La scuola dell'ospedale svolge le sue attività in diversi spazi:

- Nell'aula della scuola
- Nelle camere del reparto
- Presso gli altri reparti

È necessario avere flessibilità: nella didattica, nella relazione con i pazienti e nell'allestimento e nell'utilizzo degli spazi. Questo perché la finalità principale della scuola ospedaliera è quella di mantenere viva e vivace l'identità del bambino, all'interno di un ambiente anonimo e spersonalizzante e in un contesto carico di angosce e paure, che è quello dell'ospedale. Ogni paziente che entra in reparto porta con sé la malattia, ma soprattutto il suo "essere bambino", la sua parte sana e quindi le sue potenzialità, attitudini e competenze. Nell'ospedale dunque egli incontra chi si prende cura della sua parte malata, ma deve anche trovare chi sa identificare e valorizzare la sua parte in

buona salute. Per questo il primo compito dell'insegnante in ospedale è quello di riconoscere il bagaglio socio culturale che ogni bambino porta con sé. Ho potuto osservare che la scuola in ospedale si avvicina alla realtà dei bambini malati con rispetto e comprensione, ma anche con profonda consapevolezza che questi pazienti sono prima di tutto persone, che hanno diritto a restare sé stesse e crescere, qualunque sia il loro destino o storia che dovranno vivere. È in questo senso che l'insegnante costruisce con loro, in accordo con l'equipe, un progetto che ne tuteli l'identità di bambini, attivando tutte le risorse, al fine di prevenire l'arresto o la regressione del processo di sviluppo.
La scuola diventa mediatrice tra il mondo interiore del bambino e la realtà esterna, prendendolo per mano e aiutandolo a costruire e leggere un sistema di segnali adatto, che gli consente di orientarsi in un mondo che non conosce, sapendo gestire le proprie reazioni, trovando una strada che rafforzerà la sua identità arricchendola. Inoltre l'insegnante svolge anche la funzione di poter instaurare un dialogo con l'alunno attraverso le attività didattiche che propone, senza che la malattia interferisca, ottenendo così l'allontanamento momentaneo della situazione di ospedalizzazione verso il coinvolgimento nel vissuto scolastico.

4.3.1 La Struttura

La struttura è concepita come un ospedale pediatrico multi specialistico dove, accanto alle patologie pediatriche generali vengono trattati anche problemi complessi di tipo chirurgico, cardiologico e neuropsichiatrico. Grazie ad una èquipe di oncologia e ematologia pediatrica, che conta anche sulla presenza di psicologi specialisti, è possibile seguire patologie quali anemie, leucemie, linfomi, tumori, piastrinopatie, coagulopatie, ecc., avvalendosi di un vasto e completo apparato diagnostico e di protocolli terapeutici internazionali.
Un'area importante è dedicata alle malattie infettive che necessitano di isolamento, esegue ormai da molti anni bambini nati da madri HIV positive, in stretta collaborazione con il "Registro Italiano per l'infezione da HIV in Pediatria".

È presente anche un Centro Allergologico Pediatrico altamente qualificato, che si occupa attivamente ed intensivamente di tutte le patologie allergiche del bambino. Inoltre, per l'assistenza completa dei piccoli pazienti, la pediatria si avvale delle eccellenti competenze diagnostiche e terapeutiche di Niguarda (neuro radiologia, neuro chirurgia, cardio chirurgia, fisiatria).
L'attività di assistenza e cura si svolge in:

- **Degenza**: oltre 20 posti letto e una sezione dedicata alle malattie infettive pediatriche con cinque stanze, ciascuna dotata di bagno autonomo.
- **Day Hospital**
- **Ambulatori**: un ambulatorio di Primo livello e altri numerosi ambulatori sub specialistici di Gastroenterologia, Endocrinologia, Reumatologia, Oncoematologia e Malattie infettive.
- **Pronto Soccorso e Accettazione Pediatrica**: 24 ore su 24 con tre posti letto per l'osservazione breve.

4.3.2 L'Ambiente

La scuola si trova nel reparto di pediatria al secondo piano. L'aula è collocata accanto alla segreteria e nel corridoio riservato ai piccoli pazienti del Day Hospital. È completamente diversa rispetto all'aula che troviamo nella scuola dell'infanzia per vari motivi:

- Deve rispondere alle esigenze dei bambini con età differenti, dai pochi mesi fino ai diciassette anni d'età.
- Non è possibile creare angoli morbidi, né decorarla con coperte, lenzuoli, cuscini e pupazzi. Bisogna evitare qualunque oggetto che raccoglie polvere, microbi e altro a causa delle condizioni dei pazienti che potrebbero peggiorare.
- È necessario che sia strutturata in modo tale da poter accogliere non solo i pazienti, ma anche i loro genitori e fratelli, per farli giocare e collaborare insieme.

4.3.3 L'Aula

Entrando posso subito osservare un'aula molto luminosa grazie alla posizione in cui si trova. Ha forma rettangolare e il lato lungo e parte di un lato corto costituiscono l'angolo esterno del palazzo. Per questo entra molta luce naturale.

Partendo l'osservazione dal lato sinistro dell'aula troviamo uno scaffale che contiene materiale per svolgere i disegni di grandi dimensioni. Accanto ad esso c'è un tavolo alto, utilizzato sia dalle insegnanti, sia dai bambini che arrivano seduti sulla sedia a rotelle e che, grazie all'altezza del tavolo, possono avvicinarsi e appoggiarsi comodamente a questo.

Proseguendo, vi è una libreria a parete con diverse tipologie di libri, destinati sia ai bambini più piccoli, sia per gli adolescenti e viene utilizzata in due modi: quando i pazienti vengono nell'aula e vogliono leggere/sfogliare un libro sedendosi al tavolo, oppure quando preferiscono rimanere nella loro stanza e quindi è il genitore o un amico

che viene a scegliere uno o più libri da portare in stanza e che restituisce qualche giorno dopo alla scuola. Sotto la libreria c'è un tavolo sul quale è appoggiato un computer. Questo viene utilizzato sia dalle insegnanti per aggiornare il sito della "Scuola in ospedale del Niguarda", ma principalmente è destinato ai pazienti per giocare, scrivere, fare ricerche, seguiti da una adulto o da un bambino più grande di lui (Tutoring).

Inizia il lato lungo dell'aula ed è qui che è posizionato l'unico Angolo Gioco della scuola. Ci sono scatole e cestini contenenti puzzle, lego, costruzioni, macchinine, dinosauri e personaggi con cui giocare. È riprodotto anche un "Angolo Casetta" aperto (non delimitato da mobili) destinato al gioco simbolico tra lavandini, forno, fornelli, pentole, piatti e tanti altri accessori/oggetti giocattolo con cui divertirsi. Posizionato davanti alla casetta, c'è un tavolo ottagonale. È basso, a dimensione bambino, con al centro un contenitore pieno di riviste e libretti. I bambini lo utilizzano per costruire puzzle, manipolare il didò, leggere o semplicemente come appoggio per i giochi che prendono dalla casetta. Inoltre viene utilizzato quando svolgiamo attività di lettura-scrittura con i bambini che ne hanno voglia.

Sulla destra dall'ingresso all'aula, c'è un tavolo con un altro computer e una stampante. Questo è riservato principalmente a insegnanti, tirocinanti , volontari che aiutano Betty e Marisa alla stesura del giornale "Il Niguardino" e al tecnico che gestisce il Sito dell'Ospedale.

Accanto ci sono alcuni scaffali contenenti didò, fogli con immagini da colorare e altri materiali. Vicino ad esso c'è un armadio con tutta la documentazione delle insegnanti e dove Betty custodisce i libri che scrive e che "dona" ai piccoli pazienti. Sul secondo lato corto troviamo un altro scaffale contenente tutti i materiali per le attività artistiche, creative e di disegno (pennarelli, acquerelli, tempere, brillantini, cartoncini, paillettes, pennelli, colla, ecc. ..).

Inoltre è posizionata qui una radio costantemente accesa e che fa da sottofondo a tutte le attività con i bambini. È molto piacevole, sia per i bambini che per i genitori, perchè crea un ambiente accogliente, confortevole e familiare. Da questo lato dell'aula sono posizionati per il lungo tre tavoli vicini. Questi sono utilizzati maggiormente e quotidianamente: bambini, genitori, volontari, tirocinanti e insegnanti si siedono intorno a questi tavoli per svolgere insieme in modo cooperativo lavori e attività di ogni genere.

Sulle ante degli armadi e sulle pareti del muro scoperte sono appesi disegni e lavori fatti dai bambini e dal soffitto scendono uccellini e decorazioni fatte con il cartone per abbellire l'ambiente dell'aula. Questa è l'aula della scuola in ospedale.

4.3.4 L'Organizzazione Pedagogico-Didattica

La scuola svolge diverse attività di base presenti ogni anno:

- consolidare il programma scolastico concordato con la scuola di appartenenza dei pazienti, con interventi didattici mirati e una metodologia specifica.
- Drammatizzazione di brevi spettacoli in gruppo e/o itineranti nelle camere.
- Attività laboratoriali di manipolazione, pittura e di burattini.
- Laboratori collegati alle varie feste che si svolgeranno durante l'anno.
- Laboratorio scientifico.
- Redazione del Giornalino "Il Niguardino", con i testi scritti dai bambini. Così giovani scrittori crescono e, per chi sa già scrivere, può prendere parte al **laboratorio di scrittura creativa** in cui gli alunni si cimentano a inventare poesie, fiabe, racconti che vengono poi pubblicate sul giornalino bimestrale della scuola, il Niguardino.

" La gioia di vivere è
amare la via e il sorriso,
osservare la natura,
ascoltare i suoni dell'universo,
parlare con gli amici,
giocare in libertà. "

Hatem, 9 anni

- laboratorio di giochi logico matematici.
- Laboratorio d'arte: attraverso l'arte il bambino esprime desideri e sogni.

L'ospedalizzazione in pediatria però è prevista anche per adolescenti fino ai 18 anni. Per superare la difficoltà nel coinvolgimento di questi pazienti nelle attività della scuola abbiamo pensato al **tutoraggio**: in sostanza i più grandi affiancano i più piccoli nelle loro attività.

Ci sono poi **PROGETTI** programmati e stesi per l'anno scolastico attuale (2011-2012):

- viaggio intorno al mondo: progetto con riferimenti alla pedagogia interculturale.
- Progetto HSH di teledidattica, svolto in collaborazione con il MIUR per garantire agli alunni ospedalizzati la continuità del percorso educativo-didattico con la scuola di appartenenza.
- Progetto SOAVE KIDS PETS ANIMALS: un progetto informatico in cui le scuole in rete si scambiano esperienze, suggerimenti, informazioni e iniziative. Una di queste iniziative coinvolge numerose scuole italiane ma anche scuole in Slovacchia, con la telematica comune "Le meraviglie del tuo paese". I bambini hanno scelto di raccontare sia a livello verbale che con elaborati grafico pittorici "Il nostro mare".
- Progetto di CLOWNTERAPIA: "Le stanze dei Sogni". In questo progetto i Clown della compagnia "Le valigie del sole", in qualità di volontari, impiegano la Terapia del SORRISO facendo visita ai bambini degenti e ai loro familiari direttamente nelle stanze.
- Progetto "Insieme di Può", con i docenti e i ragazzi dell'IPSIA "Carlo Molaschi" di Cusano Milanino, per esperienze di volontariato, scambi culturali e iniziative di solidarietà rivolte ai piccoli pazienti.
- Contatti con l'ospedale S. Carlo per il progetto di scrittura creativa "Coriandolino".
- Progetto AURORA: collaborazione con alcune scuole dell'Abruzzo (realizzazione di racconti, disegni e poesie su vari temi di solidarietà).

fonte: www.coriandolino.it

4.3.5 A Lezione con Coriandolino

Ha una manciata di coriandoli magici sui suoi lunghi capelli biondi, che lo rendono speciale e lo aiutano a superare le difficoltà nelle sue mille avventure: è Coriandolino, il piccolo mago amico dei bambini della scuola in pediatria. Alla fantasia delle educatrici si deve la nascita di Coriandolino, vera e propria mascotte della scuola che fin da subito ha catturato l'immaginazione degli alunni, divenendo il protagonista preferito dei loro racconti disegni, spettacolini e delle molte altre attività che in questa scuola non mancano. L'insegnamento è solo una componente dell'attività, importante per dare al bambino una continuità con quello che faceva fuori dall'ospedale, in modo da ricollegarlo alla realtà esterna e alla normalità. L'obiettivo primario rimane quello di alleggerire e sdrammatizzare il ricovero.

5

UN PERCORSO DI LUDO-OSPEDALIZZAZIONE

Il progetto inizia con una Fase Sperimentale.
Ho voluto incentrare il mio progetto sul superamento della paura in ospedale da parte dei bambini, lasciando in loro delle tracce, dei segnali, svolgendo quindi un percorso cognitivo, emotivo e sociale che gli consenta sia di mantenere legami con il loro ambiente di vita, sia di comprendere la realtà dell'ospedale.
Dopo un periodo di osservazione di questa realtà, aiutata da infermieri e dalle educatrici della scuola in ospedale, ho concluso che per svolgere questo percorso sui e con i bambini è necessario innanzitutto che il bambino percepisca la malattia. Per fare in modo che il bambino acquisisca questa capacità di percezione, bisogna dargli voce:

- Accogliere tutte le sue modalità espressive.
- Ascoltare le sue esperienze di ospedalizzazione.

Io ho iniziato così il mio progetto, partendo da queste considerazioni.
Ho pensato quindi che fosse necessaria una fase iniziale dove i bambini fossero liberi di svolgere disegni, racconti, di produrre poesie e filastrocche in base alle loro emozioni, ai loro interessi, stati d'animo e desideri.

Successivamente ho raccolto i loro lavori e, insieme a Elisabetta, abbiamo delineato i risultati emersi:

- Emerge la paura verso gli strumenti medici e verso il camice.
- Emerge la gioia suscitata dai personaggi inventati e presentati dalle educatrici: Coriandolino, le sue magie e le sue avventure.
- Evidente il tema del sorriso, la voglia di essere felici e di tornare presto a casa.
- Emerge il tema della famiglia.

Temi ritrovati nei loro racconti, poesie, filastrocche e disegni.

Attraverso il gioco poi, il bambino può sfogare la sua aggressività verso l'esterno, in maniera non dannosa: il rapporto del bambino con il mondo esterno passa attraverso il rapporto che egli ha con se stesso e, il modo più naturale per stimolare la scoperta, la conoscenza e le caratteristiche del proprio corpo, è attraverso il gioco. Sin dai primi mesi di vita il bambino esplora le sue mani, le guarda, le mette in bocca: i suoi sensi percepiscono le mani e le scoprono. Possiamo definire tutto questo con il termine psicomotricità, che ha come obbiettivo quello di rendere il più possibile naturale la relazione del bambino con il proprio corpo, per fare di esso uno strumento attivo nel processo di socializzazione e apprendimento.

Da queste considerazioni propongo al bambino ospedalizzato un'altra attività: la manipolazione di materiale informe (pongo, plastilina, didò, sabbia, acqua), che il bambino può manipolare, comprimere, distruggere, ma anche creare forme, figure e personaggi. Materiale quindi che al termine del gioco può sia riprendere la forma primitiva (evitando così che il bambino avendo davanti il materiale deformato metta in atto sentimenti di colpa), sia rimanere nello stato trasformato, attivando così il meccanismo della proiezione[55]. Questo meccanismo risulta efficace secondo Freud, in quanto: "tutti i bambini si difendono dai sentimenti di angoscia e ansia mettendo in atto quei meccanismi di difesa che ci rivelano nei loro disegni, nei loro racconti e nella manipolazione (negazione, regressione, razionalizzazione, spostamento, smascheramento). A questo proposito risulta quindi efficace il meccanismo della

[55] Sigmund Freud: "Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa," , 1896,, inserito nel volume "Progetto di una psicologia e altri scritti 1892-1899*"*; Torino; Bollati Boringhieri, 2002

proiezione messo in opera nella drammatizzazione, che consiste nel proiettare su altri (animale, burattini, pupazzi anche costruiti da soli) i sentimenti contrastanti e proibiti che generano conflitto nel bambino che, in questo modo, se ne libera.
La drammatizzazione è una catarsi, cioè purificazione liberatrice, che può arrecare reali benefici ai bambini degenti. In essa rientrano:

- Giochi di imitazione/rappresentazione che il bambino fa attraverso i personaggi creati con la manipolazione.
- Attività ludiche di pittura e di trasformazione con materiali sanitari.

Proprio in relazione a questi lavori di pittura con materiale sanitario, introduco la nuova attività: dopo essermi procurata diversi strumenti ospedalieri richiesti a medici e infermiere, li metto a disposizione dei bambini e insieme pensiamo ai modi per utilizzarlo in maniera alternativa.
Questa attività ha come scopo quello di offrire al bambino la possibilità di iniziare a padroneggiare le esperienze prima che esse lo travolgano, potendo toccare gli strumenti del dottore e trasformarli attraverso il gioco. Inoltre, dato che il mio progetto ha avuto inizio dall'idea di voler lasciare dei "segni" dell'intervento di animazione svolto (che permettano così sia di ricordare l'esperienza, sia di costituire una continuità per i pazienti lungo degenti), abbiamo deciso di utilizzare questi oggetti creati sia per decorare la scuola in ospedale, sia come ricordo per ogni bambino dell'esperienza di ospedalizzazione.
Svolgo poi due attività conclusive di questo percorso, che ho chiamato rispettivamente: "Per me la Paura è" e "Il libro dei Sogni"
L'attività sulla Paura riguarda il riconoscimento della paura stessa da parte dei bambini ospedalizzati, la sua analisi e il superamento di essa grazie all'affronto del tema. L'attività consiste nel leggere insieme ai bambini, sia singolarmente che a piccoli gruppi, il libro intitolato "La paura è fatta di niente". Successivamente chiedo ai bambini di rappresentare sotto forma di disegno, poesia o frase quello che la paura suscita e quindi che cosa è per loro la paura.
Infine ho voluto concludere il mio progetto con attività che ho intitolato "Sogni senza né capo né coda", dal libro di Maria Giuliana Soletta, perché è un libro che nasce per aiutare ogni bambino a riflettere sulle proprie emozioni, mostrando loro le emozioni di

tutta la famiglia, in modo che non si senta l'unico "alieno" che le prova. Inoltre dà al bambino anche la possibilità di descrivere da solo le sue emozioni.

Soprattutto nell'ambiente ospedaliero è importante aiutare i bambini a riconoscere le proprie emozioni dando loro un nome, in modo da imparare un po' alla volta anche a saperle esprimere ai grandi. Questo libro mi ha colpito perché vuole aiutare i bambini a raccontarsi attraverso delle frasi o con un disegno e a descrivere come sono i loro sogni.

L'attività quindi inizia con la lettura del libro, fattibile sia nell'aula della scuola in ospedale e sia all'interno delle singole stanze dei bambini. Ho cercato poi di approfondire il Tema del sogno, attraverso semplici domande, o meglio, interagendo con i bambini e coinvolgendoli in una discussione:

- "il sogno della maestra è .."
- "il sogno di Marco è .."
- "il sogno di Martina è .."

Fino a chiedere ad ogni bambino di esprimere oralmente la sua emozione, il suo desiderio, il suo sogno. Consegno poi un foglio o cartoncino ad ogni bambino: metto a disposizione colori, pastelli, tempere, forbici e immagini di giornale. Infine chiedo ai bambini di rappresentare anche graficamente il pensiero espresso precedentemente, oppure un desiderio nuovo. Insieme uniamo i sogni di tutti i bambini in un unico libro intitolato: "Il Libro dei Sogni".

5.1 La Libertà Espressiva e La Manipolazione

5.1.1 Creo, Disegno, Compongo e Scrivo

- **Date:** 23 e 26 Marzo 2012
- **Inizio attività didattica:** ore 15.00
- **Fine attività didattica:** ore 17.00

PRIMA:

Che attività ho pensato:

Attività di libertà espressiva per i bambini: li lascio liberi di svolgere disegni, racconti, di produrre poesie e filastrocche in base alle loro emozioni, ai loro interessi, stati d'animo e desideri.

Perché:

Ho deciso di proporre e di dare avvio al mio progetto con questa attività, in seguito ad un periodo di osservazione della realtà ospedaliera. La conclusione è stata che, per svolgere questo tipo di percorso sui e con i bambini, è necessario innanzitutto che il bambino percepisca la malattia. Per acquisire questa capacità di percezione, bisogna dar voce al bambino in due modi: accogliendo tutte le sue modalità espressive e ascoltando le sue esperienze di ospedalizzazione.

Che cosa mi aspetto:

Mi aspetto che i bambini si riescano ad esprimere liberamente tramite disegni, poesie o racconti, sentendosi a loro agio e utilizzando la forma espressiva che preferiscono. È un'attività ludica che viene attuata solo con i bambini che accettano la proposta di esprimere le loro emozioni, stati d'animo e interessi, senza obbligare nessuno a svolgerla. Inoltre mi aspetto di raccogliere i temi che emergono da quest'attività, per partire proprio da questi per realizzare il progetto.

Come si collega al percorso:

L'attività è inerente al percorso e alla pratica educativa utilizzata in ospedale: spesso Betty invita i bambini a creare racconti, poesie e filastrocche per farli esprimere liberamente. Nell'organizzazione pedagogico didattica infatti è presente il laboratorio di scrittura creativa, in cui i bambini provano e si divertono inventando poesie, fiabe, filastrocche e racconti, pubblicati poi sul giornalino bimestrale della scuola: il Niguardino. In questo modo emergono le loro emozioni, le loro paure e la loro straordinaria fantasia e immaginazione.

Incipit:

Inizio a proporre l'attività in modo naturale, approfittando dei bambini che vedo in aula per avvicinarmi e chiedere cosa stanno facendo. Poi chiedo al bambino se gli piacciono le storie, i racconti, le poesie o se preferisce disegnare. In base alle sue preferenze gli porgo il materiale adatto e singolarmente o con il mio aiuto svolgiamo l'attività.

Quanti bambini partecipano:

Partecipano cinque bambini:

- Giulia 10 anni
- Matteo 6 anni
- Martina 5 anni
- Filippo 8 anni
- Marco 5 anni

Materiali:

In base al lavoro che i bambini scelgono di fare, metto a disposizione materiali inerenti. Per i disegni i materiali sono fogli, cartoncini, pennarelli, tempere, acquerelli, pennelli, colla forbici, oggetti decorativi, brillantini. Per l'attività di scrittura metto semplicemente a disposizione fogli e penne.

Spazio:

Ho utilizzato l'aula della scuola: il tavolo per le attività artistiche per creare disegni e il tavolino più piccolo posto in mezzo all'aula per trascrivere i "pensieri" dei bambini o per lasciarli liberi di scrivere loro stessi.

Metodologie utilizzate:

- Lavoro individuale, ragionamento e espressione libera di Sé
- Utilizzo autonomo della propria immaginazione
- Cooperazione con adulti

Ruolo adulto e interventi:

In questa attività il mio ruolo è piuttosto secondario. Intervengo solo per proporre al bambino di esprimersi liberamente attraverso l'attività che preferisce e per trascrivere poesie o filastrocche quando è impossibilitato a farlo (a causa della malattia o perché non ha ancora imparato).

In AZIONE:

Descrizione di quanto è accaduto nella scuola:

Mi trovo nell'aula della scuola insieme a Betty e a due bambini: Giulia (10 anni) e Matteo (6anni). Li saluto, mi presento e li osservo: Giulia sta facendo un puzzle insieme alla sua mamma seduta al tavolo piccolo al centro dell'aula. Matteo è seduto per terra e gioca con i mattoncini della Lego. Mi avvicino a Giulia e inizio a chiacchierare con lei. La mamma mi chiede se può allontanarsi un attimo per prendere un caffè. Annuisco e la rassicuro. Giulia mi chiede di aiutarla a completare il puzzle. Mi siedo accanto a lei cercando tutti i pezzi giusti. Le chiedo quanti anni ha, se le piace andare a scuola. Lei inizia a parlarmi con tranquillità, raccontandomi i suoi gusti, cosa fa a scuola e che le piace molto leggere e scrivere. Le chiedo se le piacerebbe scrivere qualcosa: una poesia, una filastrocca, qualunque cosa. Lei sorride e mi dice: "Si lo faccio da sola però". Le do un foglio e una penna e la lascio scrivere liberamente stando però vicino a lei. Intanto Matteo si avvicina e mi chiede: "Cosa state facendo?". Gli dico che Giulia sta scrivendo

una poesia. Lui mi dice che ne vuole fare una anche lui ma non è capace e vuole che lo aiuto: "Certo, facciamola insieme allora dai!", gli rispondo. Prendo un foglio, faccio sedere Matteo accanto a me, al tavolo insieme a Giulia.
Gli chiedo: "Hai già in mente su che cosa vuoi scrivere la poesia?".
Matteo: "Su Coriandolino che fa le magie".
Io: "Va benissimo. Allora come possiamo iniziarla?"; mi guarda rimanendo in silenzio.
Io: "Coriandolino, Coriandolino va a spasso di primo mattino .." dico.
Matteo: "Ah si si e poi incontra un vigilie che è una femmina però e la trasforma.."
Io: "Allora è una vigilessa che viene trasformata in una.. platessa!"
Matteo: "Ahahahsiii"
Io: "Bellissima, bravo, dai andiamo avanti"
Matteo: "E .. così almeno non è grassa! Ahah e poi passa con il semaforo rosso!"
Io: "Se mettiamo la parola "passa" alla fine fa anche rima"
Matteo: "Si è vero che bello".
Leggo ad alta voce la filastrocca che abbiamo creato insieme ed è proprio bella. Lui è molto contento, gli dico che la scrivo bene al computer e poi gliela porto in camera così la può tenere. Intanto Giulia ha completato la sua poesia e me la fa leggere: è davvero molto bella. Mi dice che l'ha fatta sull'ospedale perché lei ora si trova qui e che la vuole lasciare nella scuola per gli altri bambini ammalati. Le dico che è stata proprio brava e la ringrazio. Lei mi chiede se può scrivere un'altra cosa: è una ricetta magica che ha inventato lei insieme alla sua nonna durante le giornate passate in ospedale. Le dico che può scrivere tutto ciò che desidera. Ritorna al tavolo e si mette a scrivere. Intanto la mamma torna, ma Giulia la allontana perché dice che si vergogna. Completata anche questa scrittura me la porta, ma le chiedo di leggermela. Lei mi dice: "Va bene". È bellissima e originale e la incollo insieme a lei sull'armadio dell'aula per poterla leggere anche agli altri bambini che verranno.

Il giorno seguente decido di continuare l'attività provando a proporla a tre bambini presenti nell'aula al mio arrivo: Martina e Marco di cinque anni e Filippo di otto. Stanno giocando liberamente nell'aula, quindi mi siedo sul pavimento, li osservo per qualche minuto e poi chiedo loro se hanno voglia di fare un disegno o di provare a scrivere una poesia, una storia, una filastrocca. Marco rimane seduto a guardarmi senza

dire niente. Ha gli occhiali molto spessi, il faccino dolce e una manina bendata. Martina e Filippo annuiscono con la testa. Mi alzo e faccio sedere i due bambini al tavolo piccolo. Filippo mi dice che vuole scrivere una filastrocca. Gli chiedo se la vuole scrivere autonomamente e mi dice "Si". Martina è una bambina molto chiacchierona, continua a parlare da quando sono entrata nell'aula. Mi dice che lei non è capace di scrivere però se la aiuto lei si può inventare una bella filastrocca! In quel momento entrano i due fratelli più grandi di Martina e il suo Papà. Mi guarda e mi chiede se può scrivere una filastrocca insieme a loro che così la aiutano. Le dico che va bene e la lascio al tavolo vicino a Filippo. Mi siedo sul pavimento vicino a Marco. Lui mi guarda e dopo poco mi dice: "Io voglio fare un disegno". Accolgo la sua richiesta e lo faccio sedere al tavolo dove svolgiamo le attività artistiche. Dispongo sul tavolo dei fogli colorati, dei fogli bianchi, pennarelli e acquerelli. Lui prende un foglio verde e mi dice che vuole fare un prato con dei fiori. Mi chiede di aiutarlo a disegnare i fiori mostrandomi il foglio rosa. Gli dico "Va bene". Mi guarda mentre disegno dei fiorellini con la matita e mi ricopia. Poi mi dice: "Ora li ritagliamo". Insieme ritagliamo i fiori e poi lo lascio incollare autonomamente. Prende anche delle stelline per decorare il prato. Scrive da solo il suo nome e mi dice: "Questo te lo regalo, è un prato magico". Intenerita dal suo gesto lo ringrazio, gli do un bacio abbracciandolo e corre verso la sua stanza mentre urla. "Vado un attimo via torno dopooo!".

Azioni realizzate:

Trascrivo qui i prodotti dei bambini, con i titoli dati da loro e senza correzioni:

SORRISO

Il sorriso è una cosa speciale che si fa solamente per amore.
in ospedale poi, è importante e molto rassicurante,
che serve per incoraggiare dal bambino grande a quello più piccolo come un pulcino.
guarisce più di una medicina
ed ora in poi se un sorriso farai
ricordati di dedicarlo a un bambino
che è meno fortunato di te,
perche anche lui ha un cuore come te.

Giulia, 10 anni

MEDICINA MAGICA

Prendere un succo di pomodoro.
Prendere un padellino.
Versarci il contenuto e legarlo ad un cordino.
Prendere una Mamma e legarle in testa il pentolino.
Farla arrabbiare in modo che il calore faccia ribollire prima il succo.
Prendere un frullatore e versarci dentro tutte le medicine che si hanno.
Prendere il succo e versarlo dentro; cercare di farlo cadere sporcando la cucina.
Frullate il tutto senza metterci il tappo.
Ripulire la cucina per evitare inconvenienti.
Prendere la vernice di un colore che piace al malato.
Versarglielo con l'aggiunta di un uovo.
Versarci anche il thè.
Rimetterlo nel nostro sistema di cottura veloce.
Darlo al malato con la scusa che sia gelato un po' sciolto.
Vedrete che il malato si sveglierà subito .. nella tomba!

Giulia, 10 anni

MAGIE DI CORIANDOLINO

Coriandolino, Coriandolino va a spasso di primo mattino.
Incontra una vigilessa e la trasforma in una platessa
cosi almeno non è grassa e lui col semaforo rosso passa!

Matteo, 6 anni e Ile

FILASTROCCA

Il Dottor Arcobaleno ci fa guarire in un baleno,
poi fa ridere il mondo intero con il suo amico Gianpiero.
Ha i capelli colorati e ha dei dolci occhi argentati
e col suo camice colorato trasforma tutto in un fiato.
Trasforma i colori delle cose e le sue magie sono meravigliose!

Filippo, 8 anni

L'OSPEDALE DEI COLORI

L'ospedale dei colori
dipinge i dottori ..
li trasforma in pittori
che fanno sparire i dolori!
In questo ospedale si cantano canzoni
e tutti siamo amici buoni.
Si disegnano fiori e pesciolini
che si rallegrano con i brillantini.
I brillantini fanno una magia
per far sparire la malattia.
Ecco il viola, l'arancione e il verde:
in questo ospedale nessuno si perde.

Martina, 5 anni e la sua famiglia

DOPO:

Korczak e Freinet fanno parte di quella generazione di pedagogisti, nata alla fine del XIX secolo, che tende a considerare il bambino nella sua realtà quotidiana, a metterlo al centro del processo educativo e ad ascoltarlo pazientemente e attentamente, offrendogli metodi di espressione originali. La genialità di questi due eminenti educatori consiste nell'aver creato una pedagogia dell'ascolto e nell'aver offerto un insieme di dispositivi di formazione che non si confondono con delle mere tecniche didattiche, ma che le inglobano nella prospettiva di una considerazione della vita quotidiana del bambino nei suoi rapporti con l'adulto.

Al fine di non ostacolare l'espansione della personalità del bambino, bisogna consentirgli di esprimersi in libertà e manifestarsi senza riserve all'educatore così com'è, affinché questi possa, conoscendolo meglio, guidarlo lungo il sentiero che conduce alla conquista della vita. Del resto, «vivere intensamente è, in definitiva, lo scopo di tutti i nostri sforzi» (Elise Freinet).

Ho voluto quindi lasciare i bambini liberi di esprimersi per far emergere le loro emozioni e stati d'animo, in quanto il testo libero rappresenta sicuramente un momento espressivo individuale, ma la sua destinazione è sociale: il bambino parla o scrive per comunicare ad altri il suo pensiero. Il momento individuale dà inizio a un processo di socializzazione e questo porta il bambino ad approfondire gradualmente la coscienza del suo stesso mondo: si apre in lui una nuova dimensione, quella del ripensamento, dell'organizzazione del pensiero nello schema logico del discorso, dell'espressione, ossia la dimensione sociale.

Ciascun bambino scrive per far giungere il proprio pensiero a qualcun altro; si impegna per gli altri (i lettori) e assieme agli altri.

Nel momento in cui ho raccolto i lavori, insieme a Elisabetta, ho delineato i risultati emersi:

- È ricorrente la paura verso gli strumenti medici e verso il camice.
- È ricorrente la gioia suscitata dai personaggi inventati e presentati dalle educatrici: Coriandolino, le sue magie e le sue avventure.

- Evidente il tema del sorriso, la voglia di essere felici e di tornare presto a casa.
- Emerge il tema della famiglia.

È stata un'attività semplice ma bella. Soprattutto per i prodotti realizzati dai bambini, sono delle creazioni meravigliose. Non ci sono stata difficoltà. Non mi aspettavo che riuscissero a creare così tante filastrocche originali e belle. Pensavo di raccogliere, a fine attività, disegni in quantità maggiore. Invece i bambini si sono espressi diversamente, attraverso le parole, piccole filastrocche, ma dense di significato!

Freinet e Korczak ci hanno insegnato a rispettare il bambino, a comprenderlo a partire dai suoi punti di riferimento piuttosto che dai nostri, ad ascoltare e a riconoscere la sua cultura; ci hanno trasmesso l'importanza di preservare e accrescere le potenzialità creative del fanciullo, concedendogli la massima libertà d'espressione. Se tentassimo di seguire l'esempio di queste due straordinarie personalità, se cercassimo di rivivere la nostra infanzia assieme ai bambini, se provassimo a capire che questi bambini sono quello che noi eravamo una generazione fa, forse potremmo trovare la chiave per entrare nel mondo incantato dei bambini e giungere finalmente a vedere il mondo con i loro occhi.

5.1.2 Divertiamoci a Manipolare

- **Date:** 27 e 28 Marzo 2012
- **Inizio attività didattica:** ore 15.00
- **Fine attività didattica:** ore 17.00

PRIMA:

Che attività ho pensato:

Ho deciso di proporre al bambino degente un'altra attività: la MANIPOLAZIONE di materiale informe (pongo, plastilina, didò), che il bambino può manipolare, comprimere, distruggere. È libero di giocare, di creare oggetti e di divertirsi autonomamente.

Perché:

Ho voluto proporre questa attività utilizzando materiale informe perche esso, al termine del gioco, può sia riprendere la forma primitiva (evitando così che il bambino avendo davanti il materiale deformato metta in atto sentimenti di colpa), sia rimanere nello stato trasformato, attivando così il meccanismo della "PROIEZIONE". Questo meccanismo risulta efficace secondo Freud, in quanto: "tutti i bambini si difendono dai sentimenti di angoscia e ansia mettendo in atto quei meccanismi di difesa che ci rivelano nei loro disegni, nei loro racconti e nella manipolazione (negazione, regressione, razionalizzazione, spostamento, smascheramento). A questo proposito risulta quindi efficace il meccanismo della "PROIEZIONE" messo in opera nella "DRAMMATIZZAZIONE", che consiste nel proiettare su altri (animale, burattini, pupazzi anche costruiti da soli) i sentimenti contrastanti e proibiti che generano conflitto nel bambino che, in questo modo, se ne libera.

Che cosa mi aspetto:

Mi aspetto che i bambini riescano a liberarsi da sentimenti di angoscia attraverso la manipolazione del materiale informe. Ovviamente a livello inconscio, ma che produce

reali benefici al bambino. È proprio giocando che il bambino degente si attiva, perché il gioco è in grado di assorbire gran parte della sua attenzione, ostacolando l'entrata di stimoli negativi. Attraverso il gioco quindi, il bambino può sfogare la sua aggressività verso l'esterno, in maniera non dannosa.

Come si collega al percorso:

L'organizzazione pedagogico didattica della scuola comprende attività laboratoriali di manipolazione. Questo perché la manipolazione può essere svolta dal bambino degente, attraverso il gioco, quindi divertendosi, sentendosi libero e non obbligato a creare e produrre lavori programmati o richiesti dall'insegnante. È inoltre adatto e accessibile a tutti i bambini, di diverse età.

Incipit:

Introduco l'attività mettendo semplicemente a disposizione sui tavoli, o portando in stanza, il materiale informe da manipolare. Poi lascio i bambini liberi di creare, toccare, giocare, divertire e sfogare liberamente ogni stato d'animo.

Quanti bambini partecipano:

Partecipano quattro bambini:

- Adel 7 anni
- Antonio 4 anni
- Valentina 5 anni
- Giulia 3 anni

Materiali:

Metto a disposizione pongo colorato, plastilina, didò, formine e strumenti per lavorarlo. Metto a disposizione anche il das, materiale che si manipola bagnandosi un leggermente le dita e che, se lasciato asciugare, si solidifica e si può colorare e dipingere. Infine in aula preparo anche delle tovagliette di plastiche per far si che il materiale non si appiccichi sul tavolo, in modo tale da agevolare i bambini durante la manipolazione, lavorazione.

Spazio:

Ho utilizzato l'aula della scuola: il tavolo per le attività artistiche ma anche il tavolo più piccolo posizionato al centro dell'aula, in modo da non dover spostare i bambini che si trovano comodi sul tavolino. Per questa attività non è necessario posizionarli al tavolo delle attività artistiche, perché una volta sistemata la tovaglietta in plastica, i bambini possono iniziare tranquillamente a manipolare il materiale, in qualunque spazio si trovano.

Metodologie utilizzate:

- Lavoro individuale e espressione libera di Sé
- Manipolazione del materiale informe

Ruolo adulto e interventi:

Anche in questa attività il mio ruolo è secondario. Intervengo solo per proporre al bambino di esprimersi liberamente attraverso l'attività di manipolazione. Introduco la proposta come un gioco, un divertimento attraverso pongo e didò. Ogni bambino poi è libero di creare oggetti e piccole sculture e di lasciarle asciugare e conservarle o di creare e distruggere in continuazione, per il semplice piacere di farlo.

In AZIONE:

Descrizione di quanto è accaduto nella scuola:

Sono nell'aula della scuola in ospedale dove ci sono due bambini: Adel (7anni) e Antonio (4 anni). Stanno giocando liberamente, prendendo oggetti e muovendosi per la stanza. Mi avvicino e chiedo loro se han voglia di giocare con il pongo. Entrambi mi dicono di sì. Si siedono autonomamente al tavolo più piccolo. Prendo le tovagliette di plastica e gliele sistemo davanti. Quindi prendo una scatola contenente pongo, plastilina, didò e spargo del materiale su entrambe le tovagliette. Antonio sembra molto

entusiasta: "Che bello!" mi dice. Ha un occhio e una manina fasciati. Gli dico di stare attento e se fa fatica di usare l'altra mano. Sorride. Adel è più silenzioso. Prendo anche degli stampi, delle piccole formine e degli strumenti per lavorare meglio il materiale e modellarlo (come il mattarello e il rullo) e glieli porgo: tutti oggettini in plastica.

Dico loro di giocare liberamente: "Conoscete questi materiali?"

Adel: "Certo io ci giocavo sempre quando ero piccolino"

Antonio: "Anche io ci giocavo"

Io: "Va bene allora fate pure liberamente quello che volete, potete usare sia le manine sia gli strumenti per aiutarvi a manipolarlo. Se volete creare qualche oggetto per voi o da regalare vi do il Das che poi se lo lasciamo asciugare si solidifica. Altrimenti usate il pongo e il didò he vi ho messo sul tavolo, va bene?"

Antonio e Adel: "Sì"

Non mi richiedono il Das, quindi li lascio manipolare tranquillamente il materiale.

Ho voluto continuare l'attività anche il giorno seguente, perché ho avuto la richiesta esplicita da una bambina Valentina (5 anni), di voler utilizzare il Das. Insieme a lei in aula oggi c'è anche Giulia (3 anni). Mentre preparo il materiale per Valentina, sul tavolo delle attività artistiche, mi si avvicina Giulia e mi chiede se può giocare anche lei. Le dico "certo che sì". Qui il tavolo è già adibito da una tovaglia di plastica, quindi preparo il Das e una ciotolina con un po' d'acqua. Poi prendo anche il pongo e il didò e gli strumenti per lavorarlo. Ho fatto sedere Giulia e Valentina vicine, in modo da poter utilizzare entrambe il materiale e raggiungerlo in modo autonomo. Valentina sa utilizzare il Das in modo autonomo, quindi la lascio lavorare aspettando che sia lei a chiedermi aiuto o altri materiali. Giulia invece prende il pongo e lo inizia a manipolare e distruggere continuamente.

Azioni realizzate:

Ho osservato Adel e Antonio, perché entrambi hanno voluto giocare liberamente e in modo autonomo. Hanno creato formine e poi le hanno distrutte in modo continuo. Adel pestava con forza la tavoletta di pongo che creava, per appiattirla ulteriormente. Poi la distruggeva in mille pezzi. Antonio invece utilizzava gli strumenti che gli avevo messo a disposizione: sia il rullo che il mattarello. Faceva delle palline con la manina senza fasciatura e poi la stendeva con il mattarello e provava a fare delle decorazioni con il rullo. A volte prendeva qualche formina e cercava di fare degli stampi sul pongo. Non mi ha mai chiesto di aiutarlo o giocare con lui, quindi ho lasciato liberi e in autonomia entrambi a giocare, sfogandosi. A fine attività mi hanno chiesto entrambi se potevano portare in stanza dei pezzetti di pongo per continuare a giocarci. Ho detto "Va bene".

Valentina invece ha iniziato a lavorare il das utilizzando gli stampi, creando così con le formine dei fiori e degli animali. Ha utilizzato l'acqua per modellare il materiale e poi me li ha fatti posizionare sul calorifero per lasciarli asciugare. Lei ha utilizzato il materiale per creare! Giulia mi ha chiesto di sedermi vicino a lei per aiutarla a creare delle formine utilizzando gli stampini. Mi sono avvicinata e ho giocato con lei per tutto il tempo. Ha preso il pongo di diversi colori e l'ha unito. Dopo aver creato le formine però le ha sempre distrutte! Io non le ho detto nulla, perché l'attività consiste proprio nel lasciar il bambino libero di esplorare il materiale, di manipolarlo e di poterlo tranquillamente distruggere: evidentemente lei ha sentito questo bisogno, quindi l'ho lasciata libera di farlo!

Durante l'attività è arrivata un'infermiera per visitare Giulia, che è dovuta tornare nella sua stanza. Valentina invece, dopo aver completato le sue formine è tornata in stanza, dicendomi che sarebbe tornata più tardi a colorarle, tanto ora si sentiva stanca!

DOPO:

Attraverso la creazione libera, il bambino si dirige verso una comprensione personale e profonda della natura, una comprensione profonda a cui non potrebbe giungere se la natura le venisse presentata come un modello da copiare. Creare non significa né copiare né distogliere lo sguardo dalla natura, bensì comprenderla meglio. Il bambino non ha bisogno di creare a tutti i costi un prodotto finito. Quest'attività infatti ha un altro scopo: ha attivato il bambino coinvolgendolo, attirando la sua attenzione verso il gioco che stava facendo. Inoltre toccando, lavorando e trasformando il materiale con le proprio mani, il bambino sviluppa manualità, la conoscenza della realtà concreta e le sue possibili trasformazioni, attraverso l'esplorazione sensoriale. Stimola la creatività come trasformazione del noto o dell'esistente in forme nuove e impreviste, oltre a favorire anche la motricità fine.

L'attività è semplice e svolta in modo autonomo dai bambini. Osservare i bambini, vederli divertire durante la manipolazione, vederli creare e distruggere, mi basta per capire che l'attività è stata utile e ha avuto successo. Non posso cercare un riscontro ulteriore (verbale o scritto dei bambini), perché ho attuato quest'attività sulla base di teorie che dicono che il bambino attraverso la manipolazione di materiale informe, oltre a raggiungere gli obiettivi sopra citati, riesce a sfogare le sue emozioni negative, attivarsi e distrarsi dalla degenza in ospedale.

I bambini mi sono sembrati entusiasti e non mi aspettavo che distruggessero i prodotti che creavano. Questo ha confermato la teoria di sfogare sull'oggetto le proprie emozioni. I bambini si sono divertiti giocando in una semplice ma utile attività di manipolazione!

5.2 Il Gioco Creativo con gli Strumenti dei Dottori

PRIMA:

Che attività ho pensato:

Attività ludica di pittura con materiale ospedaliero e trasformazione degli strumenti medici: in particolare, disegnare utilizzando le SIRINGHE, trasformare le PALETTE ALZA LINGUA, le MASCHERINE e i GUANTI.

Perche:

Ho pensato a questa attività per offrire al bambino la possibilità di padroneggiare le esperienze prima che esse lo travolgano, potendo toccare gli strumenti del dottore, scoprirli e trasformarli attraverso il GIOCO. È una DRAMMATIZZAZIONE del materiale ospedaliero.

Che cosa mi aspetto:

Mi aspetto che i bambini possano osservare il materiale ospedaliero, riconoscerlo e poi pensarlo trasformato in un altro oggetto. Mi aspetto che si divertano e possano superare la paura che questi strumenti arrecano a loro, attraverso la CATARSI, cioè una PURIFICAZIONE liberatrice che può arrecare loro reali benefici.

Come si collega al percorso:

Nella scuola in ospedale c'è un'organizzazione pedagogico didattica diversa rispetto alla scuola fuori. Qui ci sono attività di base presenti ogni anno, tra cui la Drammatizzazione della Paura attraverso Clownterapia, spettacoli in gruppo e nelle camere. Io ho voluto creare un percorso partendo da libere attività espressive, poi manipolative ed infine guidate attraverso appunto, l'uso di materiale ospedaliero.

Incipit:

Introduco l'attività mettendo in una scatola alcune SIRINGHE, PALETTE ALZA LINGUA, MASCHERINE e GUANTI. Poi la metto sul tavolo e lascio ai bambini la libertà di manipolare gli strumenti che preferiscono, discutendo e chiacchierando su: "A

cosa servono? Li riconoscete? Chi li utilizza? Perché? Vi spaventano? Fanno male? ..". Successivamente però introduco uno strumento per ogni giornata, in modo tale da dedicarvi più tempo e riuscire a seguire al meglio i bambini senza confonderli.

5.2.1 Provo a Trasformare le Palette Alzalingua

- **Data:** 2 Aprile 2012
- **Inizio attività didattica:** ore 15.30
- **Fine attività didattica:** ore 16.30

Quanti bambini partecipano:
Partecipano cinque bambini di quattro, cinque e sei anni.

Materiali:
Metto a disposizione le palette alza lingua, i colori, le tempere, gli acquerelli, le matite, disegni di figure da colorare, forbici, colla, brillantini per decorare.

Spazio:
Lo spazio a disposizione è l'aula della scuola in ospedale, in particolare quello utilizzato solitamente per dipingere, fare attività artistiche. Qui ci sono due tavoli uniti che formano un piano di lavoro ampio, utile sia per lavorare in gruppo che singolarmente.
Al centro del tavolo dispongo il materiale per l'attività e le palette alza lingua e faccio sedere intorno i bambini.

Metodologie utilizzate:
- Discussione
- Ragionamento
- Esplorazione delle palette alza lingua
- Utilizzo autonomo della propria immaginazione

Ruolo adulto e interventi:

Il mio ruolo è quello di guida. Lascio che siano i bambini a scoprire i materiali e a decidere in cosa trasformarli. Accolgo ogni idea dei bambini, perche nulla è sbagliato e lo faccio capire anche a loro, coinvolgendoli e aiutandoli a provare, a lasciarsi andare e a divertirsi.

Quasi sono loro a guidarmi: in base alle loro idee e proposte tracciamo un percorso. Mi lascio guidare quindi dalla loro fantasia!

In AZIONE:

Descrizione di quanto è accaduto:

Inizio l'attività facendo visita tra le camere con Betty, invitando alcuni bambini di quattro e cinque anni a seguirci per svolgere un'attività. Viene nella scuola con noi Martina (cinque anni) e Luca (cinque anni). Ci raggiungono poi anche tre bambini del Day Hospital: Francesco (sei anni), Samira (quattro anni) e Claudio (cinque anni). Si siedono intoro al tavolo e sembrano ansiosi ma leggermente intimiditi allo stesso tempo. Ho sistemato al centro del tavolo tutto il materiale per la trasformazione delle palette. I bambini osservano incuriositi. Inizio quindi l'attività guidando una discussione:

PROTOCOLLO OSSERVATIVO:

Io: "Guardate, in questa scatola ho messo degli oggetti particolari: prendeteli e toccateli, sapete cosa sono?"

F: "Si io lo so"

L: "Anche io, sono quelle del Dottore"

Io: "Ah sono del Dottore quindi e a cosa gli servono?**"**

M: "..e le mette nella bocca ai bambini malati"

L: "Non solo a quelli malati, a tutti"

F: "No, solo a quelli malati invece, vero?" dice Francesco rivolgendosi a me.

Io: "Si, se sono del Dottore li userà per visitare chi non sta tanto bene, per capire cosa ha, giusto?"

Tutti: "Siiii"

Io: "E poi come la usa? A cosa serve?"

M: "A me l'ha messa in bocca e poi mi ha fatto tirare fuori la lingua e poi mi ha anche

fatto fare AHAHAHAH e basta poi"

L: "Si anche a me ma non fa male io non ho pianto"

F: "No non fa paura!"

Io: "È vero, infatti il Dottore la usa per guardare dentro la bocca e vedere se è tutto a posto. E sapete coma si chiama?"

Tutti: "Nooo"

Io: "Paletta alza lingua"

M: "E infatti fa aprire e poi esce la lingua!

Io: "Ho capito, bravi! E non vi spaventa?"

M: "A me poco"

F: " A me noooo"

Io: "A te Samira?"

Annuisce con la testa.

L: "Ma nooo"

Io: " Va bene, ad alcuni fa paura e ad altri no, quindi possiamo provare a trasformarla in qualcos'altro, in modo che non spaventi più nessun bambino, che ne dite?"

Tutti: "Siii"

Io: "Allora adesso ognuno di voi può pensare ad un oggetto, un animale, qualunque cosa in cui volete che la paletta si trasformi"

M: "Io voglio fare dei Porta Marionette"

Tutti: "Siiiii anche iooooo"

Io: "Va bene dai allora se tutti volete fare dei Porta Marionette li facciamo, però ognuno di voi ne fa uno diverso dall'altro, siete d'accordo?"

Tutti: "Sii, però ci puoi aiutare?"

Io: "Certo!"

Procediamo ora con la realizzazione dei Porta Marionette.

Azioni realizzate:

Mostro ai bambini i materiali disposti sul tavolo, tra cui alcune immagini da colorare.
Propongo ad essi due diversi MODI per la realizzazione della loro marionetta:

1. Scegliere un immagine già disegnata, colorarla, ritagliarla e incollarla sopra alla Paletta (modalità che ho pensato per i bambini più piccoli o per i bambini degenti con difficoltà muscolari e agli arti).
2. Disegnare da soli, in base ai propri desideri e alla propria fantasia, un'immagine o oggetto, colorarla, decorarla, ritagliarla e incollarla sopra alla paletta.

Samira sceglie un pesciolino già disegnato e inizia a colorarlo, mentre gli altri iniziano a disegnare un sole, dei fiori e farfalle.
Durante l'attività i bambini lavorano autonomamente, senza chiedermi aiuto. Sono seduta vicino a loro a osservarli lavorare e dando loro il materiale che mi richiedono. Aiuto solo Samira a ritagliare il suo pesciolino e successivamente mostro a tutti i bambini come incollare l'immagine alla paletta (attraverso un semplice pezzetto di scotch).
Ognuno termina perfettamente il suo porta marionetta e entusiasti mi chiedono brillantini e paillettes da incollare per decorarlo ulteriormente. Dico loro che possono portare a casa o in camera il lavoro finito, come ricordo, o regalarlo a qualcuno a cui vogliono bene, anche ad altri bambini dell'ospedale, per far passare loro la paura. Decidono di tenerne uno per loro e di farne altri. Arriva anche qualche genitore/parente dei bambini e insieme continuiamo a creare porta marionette anche con l'aiuto loro. Successivamente qualche bambino mi dice di essere stanco e torna in camera con la sua nuova paletta.
A fine giornata incolliamo alcune palette trasformate, sugli armadi della scuola per decorarla.
Saluto i bambini, la scuola chiude e anche oggi la giornata è terminata.

DOPO:

Riflettendo in seguito all'attività, ho potuto osservare e capire che è necessario essere flessibili, saper improvvisare, mostrare sicurezza e coinvolgere i bambini senza timidezza anche se non li si conosce. In ospedale incontri bambini che provengono dal Day Hospital e quelli invece lungo degenti. Quest'ultimi si ha la possibilità di conoscerli maggiormente col tempo, ma non sempre hanno la voglia o la possibilità fisica di poter svolgere le attività a cui penso in precedenza.

È necessario quindi riuscire e sapersi adattare alle loro esigenze, ai loro tempi e ai loro desideri. È importante riuscire ad improvvisare modalità alternative per lo svolgimento di un'attività che risponda ai loro bisogni e interessi in quel determinato momento. Ho cercato inoltre di metterli a proprio agio sia con me che con gli altri bambini, cercando subito una qualunque forma di comunicazione per instaurare una Relazione di Fiducia reciproca.

Per quanto riguarda i Punti di Forza, rientra sicuramente la grande disponibilità dei bambini degenti di accettare qualunque proposta di gioco o attività. Dopo tempi più o meno lunghi si stancano fisicamente o mentalmente e non c'è nessun problema. È importante trasmettere loro che possono terminare l'attività in qualunque momento alternativo, riprenderla in seguito, senza alcun tipo di obbligo o rimprovero. Si utilizza questa metodologia semplicemente perché il bambino qui ha già l'obbligo di dover affrontare la malattia, quindi si cerca di non caricarlo di altri doveri inutili.

I bambini mostrano sempre entusiasmo, capacità di cooperare tra loro anche presentando età differenti.

Inoltre mi aspettavo che si copiassero anche i disegni dato che avevano accettato tutti l'idea iniziale di una bambina per la trasformazione in porta marionette. Invece ognuno di loro ha volutamente deciso di Personalizzare la propria paletta. È stata un'attività semplice ma piacevole, sia per me sia vedendo le reazioni entusiaste dei bambini.

In ospedale, quando progetto e svolgo l'attività, devo tener conto che il tempo a disposizione è veramente poco perché:

- I bambini che arrivano e che vogliono partecipare del Day Hospital possono essere chiamati da un momento all'altro da medici e infermieri per controlli, esami, visite o dimissioni.

- I bambini lungo degenti, ma anche quelli del Day Hospital, possono stancarsi dopo breve tempo.

- Spesso i bambini lungo degenti vengono operati dopo qualche giorno dal ricovero e quindi se l'attività fosse lunga si dovrebbe sospenderla per troppo tempo, riprendendola in seguito quando il bambino è in grado di nuovo di svolgerla.

- A distanza anche solo del week end o da un giorno all'altro i piccoli pazienti possono essere dimessi, dato che non svolgo attività chiedendo ai bambini per quanto tempo si fermeranno in ospedale. Di conseguenza l'attività ha la necessità di esser breve, di iniziare e concludersi in poco tempo, senza portarla fino al giorno successivo, perché potrei iniziare un lavoro con bambini che il giorno seguente sono andati a casa e non rivedo più.

Inoltre attività brevi, semplici, ma intense di significato e importanza per il bambino sono fondamentali per svolgere un lavoro di aiuto e superamento di paure.

5.2.2 Trasformazioni della Mascherina

- **Date:** 3 Aprile 2012
- **Inizio attività didattica:** ore 15.00
- **Fine attività didattica:** ore 16.30

Quanti bambini partecipano:

Partecipano sei bambini, di cui due di quattro anni, uno di cinque, uno di tredici e uno di otto anni.

Materiali:

Metto a disposizione le mascherine, i colori, le tempere, i pennelli, fogli di giornale, cartoncini, forbici, matite, brillantini, pinzatrice, colla e scotch.

Spazio:

Per questa attività ho utilizzato sia l'aula della scuola in ospedale, sia le camere dei bambini. Nell'aula ho utilizzato lo spazio dedicato alle attività artistiche, dove un tavolo ampio permette un piano di lavoro adeguato, posizionando al centro di esso il materiale di lavoro e intorno i bambini.

Nelle camere dei bambini ho utilizzato un piano di lavoro posto tra due camere comunicanti. Ho portato li del materiale per l'attività, oltre alle mascherine, proponendo anche ai due bambini rimasti qui il lavoro.

Ho sfruttato l'occasione dei due ragazzi che non volevano venire nella scuola per lavorare con loro nella camera, in modo da mettere in atto flessibilità e adattamento, necessarie in ospedale.

Metodologie utilizzate:

- Discussione
- Esplorazione e manipolazione delle mascherine
- Utilizzo della propria immaginazione e creatività

Ruolo adulto e interventi:

Il mio ruolo è quello di proporre ai bambini un oggetto a loro familiare a causa del ricovero in ospedale. Quindi, attraverso una discussione, li porto a ragionare sull'utilità dell'oggetto, sulla sua funzione e su quali emozioni suscita loro. Infine propongo di

esplorare, manipolare l'oggetto e di trasformarlo grazie all'uso dell'immaginazione.
Riporto qui alcune considerazioni di *Carlo Moretti* relative al ruolo dell'educatore-animatore durante il ricovero del bambino:
L'animazione, e di conseguenza l'educatore-animatore, hanno tra i loro scopi quello del divertimento, ma soprattutto il cambiamento. L'animazione non è soltanto caratteristica del tempo libero, ma è importante per la crescita del bambino ospedalizzato.
Essa è centrata sul cambiamento, sulla presa di coscienza e sullo sviluppo del potenziale degli individui. L'animazione non trasmette un sapere sociale o modelli di comportamento, non è educazione.
I destinatari tipici dell'animazione sono i soggetti portatori di bisogni e l'animatore è il principale agente: egli usa in modo professionale gli strumenti ludici e di attivazione culturale. L'animatore parla molto con gli utenti, instaura relazioni di dialogo, ascolta, li fa
giocare, attraverso il gioco mira a dei cambiamenti intenzionali. Le finalità dell'animatore professionale sono: benessere psicofisico, crescita, sviluppo, coscienza di sè. La sua metodologia di lavoro è comune a tutte le professioni moderne, i cui fondamenti risiedono nella prassi scientifica: ipotesi, interpretazione, azione, verifica e valutazione.
L'animatore, dunque, deve far giocare e far divertire, rendendo protagonista l'utente: l'animatore è colui che deve "far fare" all'utente.
L'animatore può essere di grande aiuto per ristabilire un rapporto più equilibrato con l'ambiente ospedaliero. Se i bambini non ricevono adeguati stimoli dall'esterno, dopo un breve periodo trovano i giochi noiosi; per questo è necessario che ci sia qualcuno che proponga ai bambini sempre qualcosa di nuovo, che li aiuti a liberarsi dalla tensione attraverso il gioco, sia esso individuale o di gruppo. Se l'area adibita al gioco è una zona franca dell'ospedale, nel senso che in sala giochi il bambino non è sottoposto ad alcun trattamento sanitario né cruento, né incruento, né diagnostico, né terapeutico, il cardine della sala giochi non è costituito dai giocattoli, bensì dalla figura dell'animatore. Anche se il bambino può scegliere liberamente il giocattolo che preferisce, molto spesso sente il bisogno di avere al suo fianco l'animatore di gioco quale interlocutore, compagno ed amico.

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

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

L'educatore-animatore quindi, vive ogni situazione come potenzialmente educativa e, attraverso la relazione, la elabora offrendo al bambino uno spazio mentale libero da ogni messaggio distorto.

In AZIONE:

Descrizione di quanto è accaduto nella scuola:

Ho svolto l'attività in due tempi diversi:

a. Prima nella scuola
b. Successivamente nella camera

Nell'aula della scuola oggi ci sono diversi bambini, la maggior parte molto piccoli. Ci sono però anche due bambini qui ricoverati e una bambina del Day Hospital. Approfitto quindi della situazione favorevole per proporre l'attività ai tre bambini più grandi:

- Cristina 4 anni (Day Hospital)
- Edoardo 4 anni
- Matteo 5 anni

Matteo è appena entrato nell'aula, mentre Martina è al tavolo a colorare un disegno e Edoardo gioca con il lego. Invito Matteo ad avvicinarsi con la sedia a rotelle al tavolo, perché ho una proposta di gioco. Chiamo anche Edoardo a venire verso il tavolo e chiedo a Cristina se ha voglia di fare un'attività insieme. Lei sorride, posa il pennarello

e dice : "Si, Si!".

Distribuisco le mascherine al centro del tavolo e lascio i bambini liberi di prenderle, toccarle, manipolarle e esplorarle.

Introduco una breve discussione chiedendo ai bambini cosa è quell'oggetto e se lo riconoscono. Tutti i bambini riconoscono la mascherina collegandola al medico e alle infermiere.

Propongo ai bambini di pensare a qualcosa di piacevole: un animale, un oggetto. Iniziano a dirmi i loro animali preferiti, i giochi che hanno a casa. Continuo quindi la discussione guidandoli a unire ciò che piace loro, alle mascherine:

"Pensando a ciò che vi piace, provate a immaginare la mascherina del dottore trasformata in qualcos'altro: un animale, un oggetto, quello che volete!"

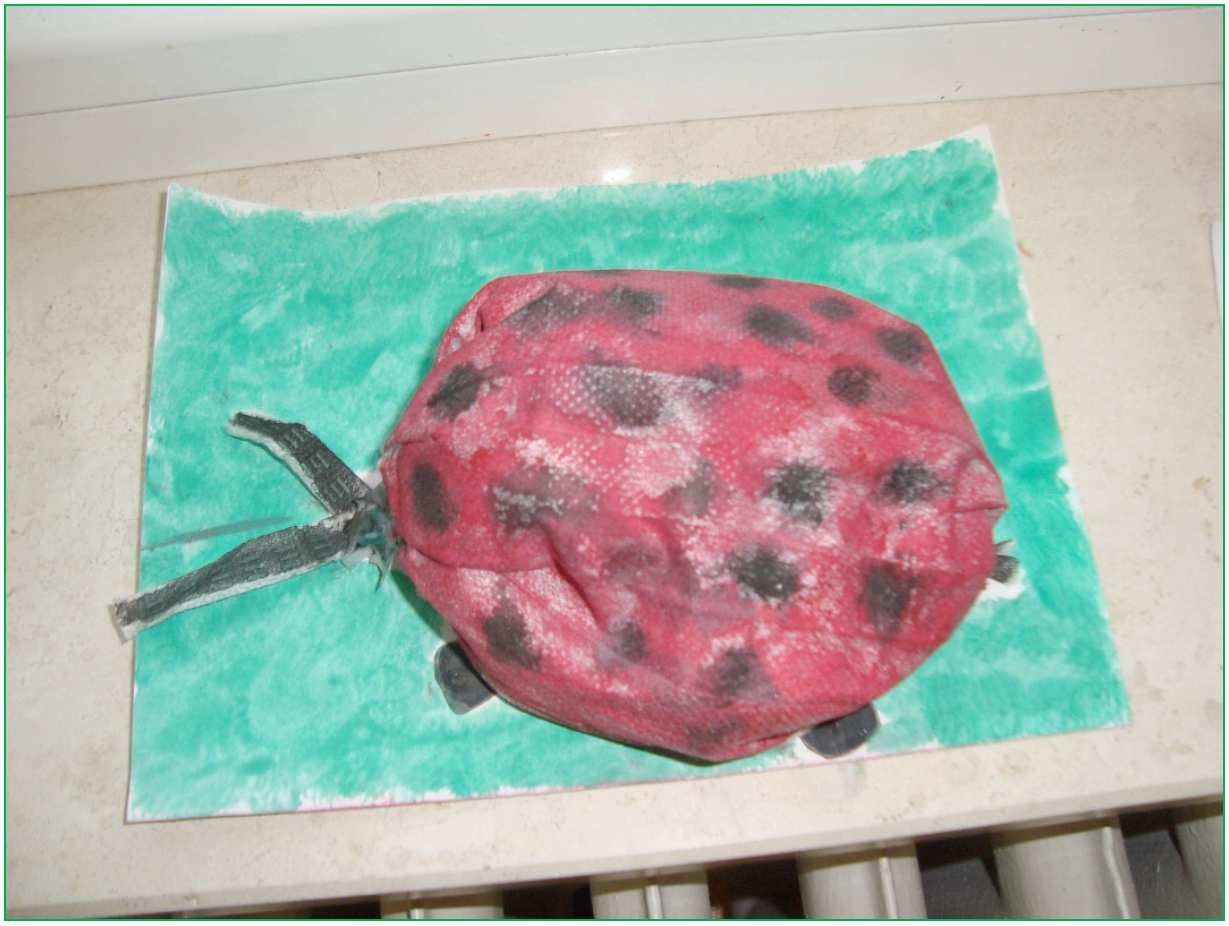
I bambini allora iniziano a dirmi che vorrebbero creare coccinelle, palloni da calcio, ma che sono difficili da realizzare. Li tranquillizzo dicendo che io sono qui per aiutarli e che riusciremo a realizzare ciò che vogliono.

Procediamo ora con la trasformazione delle mascherine!

Azioni realizzate:

Ogni bambino prende in mano una mascherina, la manipola, la osserva, la gira, la apre. Ne ho una in mano anche io e insieme scopriamo che ha un lato semirigido grazie ad un'asta modellabile. Invito i bambini a prendere il materiale per iniziare a dare colore alla mascherina. Cristina prende subito i pennarello rosso per la sua coccinella. Matteo vuole fare un arcobaleno quindi inizia a tracciare delle righe. Edoardo mi dice che vuole creare un pallone da calcio, ma è titubante e non sa come iniziare. Gli chiedo di che colore vuole farlo e di iniziare quindi a colorarlo scegliendo un pennarello. Tutti i bambini sono al lavoro. Cristina mi fa notare che il pennarello rosso sulla mascherina si vede poco. Vado vicino a lei e le dico che è per colpa del materiale con cui è fatta: è in tessuto quindi il colore viene assorbito con difficoltà. Le propongo di provare a usare gli acquerelli e vedere se funziona. Lei entusiasta prende un pennello, lo immerge nel colore rosso, poi nell'acqua e poi di nuovo nel colore e inizia a spennellare la mascherina. Mi fa vedere che così il colore si vede bene e procede. Matteo vedendo il lavoro di Cristina decide di utilizzare anche lui i pennelli. Edoardo invece continua a colorare il suo pallone con il pennarello blu.

Cristina completa per prima la fase del colore e mi chiede aiuto su come costruire ora la coccinella. Le mostro dei fogli di giornale e le dico che potrebbe riempire il corpo della coccinella arrotolandoli. Le faccio osservare la sua coccinella tutta rossa e le chiedo di pensare a cosa le manca da disegnare. Lei dice: "I puntini sul corpo, e poi devo fare ancora gli occhi e le antennine!" . "Bravissima" le rispondo. Lascio quindi che completi la sua trasformazione. Intanto Matteo ha completato da solo l'arcobaleno e mi dice che ha finito. Gli propongo di incollarlo su un cartoncino così è più resistente e può dargli la forma proprio di un arcobaleno. Mi risponde: "Si va bene allora coloro il cielo così è più bello". "Hai ragione" gli rispondo. Taglio un cartoncino rettangolare e glielo porgo. Vado da Edoardo che ha colorato tutta la mascherina e mi dice che ora deve farla diventare tonda perché vuole una palla. Gli propongo di riempirla con i fogli di giornale e poi di tornare da me che lo aiuto a chiuderla bene se non riesce da solo. Annuisce e torna a sedersi. Cristina ha completato tutti i particolari della coccinella e mi chiede di volerla incollare su un cartoncino come sta facendo Matteo. La aiuto ad attaccarla e le chiedo dove stanno le coccinelle secondo lei: "Nel prato". "Ti va allora di colorare il cartoncino di verde così la coccinella sembra proprio in un prato?". "Va bene" mi risponde. Matteo viene a farmi vedere il suo arcobaleno e gli dico che è molto bello, è stato davvero bravo. Gli chiedo se vuole tenerlo e portarlo in camera e annuisce dicendomi che è per il suo fratellino. Gli sorrido e dico "Certo, va bene". Anche Cristina ha completato il suo lavoro e decide di lasciare la coccinella nella scuola per portare fortuna a tutti i bambini. Lei è una paziente del Day Hospital quindi tra poche ore potrà tornare a casa. Infine aiuto Edoardo a chiudere la sua mascherina trasformata in pallone e gliela lascio portare in camera.



In AZIONE:

Descrizione di quanto è accaduto nella camera:

Durante il giro quotidiano nelle camere che svolgo ogni volta che arrivo in ospedale, Betty mi ha portato da Maya (tredici anni) e Luca (otto anni). Si trovano in una camera doppia comunicante. Io e Betty li invitiamo a venire nella scuola anche più tardi ma il Papà di Maya preferisce che rimanga in camera, mentre Luca ha la febbre e le infermiere ci consigliano di lasciarlo a letto. Senza insistere chiedo semplicemente ai ragazzi se hanno voglia di fare un'attività più tardi, rimanendo in camera. Entrambi mi dicono di si, quindi li saluto e torno nella scuola.

Finita l'attività con i bambini, prendo una scatola per trasportare il materiale dalla scuola alla camera di Maya e Luca. Prendo mascherine e strumenti per colorare e decorarle, oltre a scotch, colla, forbici e cartoncini e mi dirigo in stanza. Vedo che Luca si è alzato dal letto, quindi insieme a Maya, si mettono seduti al tavolo che è posto nel mezzo tra le due camere comunicanti. Appoggio la mia scatola con il materiale per l'attività e do ad ognuno una mascherina. Loro sono più grandi rispetto ai bambini con

cui ho lavorato prima, quindi il dialogo è maggiore. Mi dicono che sono mascherine usate da medici e infermiere e che i loro fratellini hanno paura quando vedono il dottore vestito tutto di bianco e con quella maschera che copre metà viso.

Come è emerso infatti dalle ricerche di Ricci Giovanni F. nel libro: "Dal curare al prendersi cura. Bisogni e servizi educativi per un bambino ospedalizzato" (Armando Editore, Roma 2003), un ulteriore senso di disagio è dato dai "camici bianchi" che agli occhi dei bambini appaiono come figure che "incutono timore", ma che, allo stesso tempo, sono visti come alleati poiché il bambino attribuisce loro il merito della guarigione.

Azioni realizzate:

Maya decide di creare un cestino con la mascherina, mentre Luca si sente poco bene e torna a letto. Svolgiamo tutta l'attività come un intrattenimento, con il papà presente e Maya che mi inizia a raccontare dove abita, cosa studia e perché si trova qui. Mi sento di avere un ruolo diverso ora qui rispetto a poco fa nella scuola: sono una compagna di gioco, un 'amica che con questa semplice attività aiuto a sviluppare e mantenere l'equilibrio della sua identità.

Rinforzare l'autonomia espressiva e la creatività può contribuire a sostenere le risorse vitali del piccolo malato. Maya colora con i pennarelli la mascherina, la manipola e utilizza i laccetti che servono per legarla dietro alla testa del medico, per fare i manici del suo cestino. Ha terminato autonomamente la sua trasformazione e decide di tornare con me nella scuola e lasciarla li per qualche bambino più piccolo.

DOPO:

Il lavoro che ho svolto insieme ai bambini nella scuola e in camera, rientra nelle "attività di familiarizzazione", che consentono ai bambini di esplorare, maneggiare e giocare con il materiale dell'ospedale in un contesto piacevole e sereno, per ridurre la paura nei confronti dell'ospedale e delle apparecchiature mediche e farli sentire più a loro agio durante le procedure.

Quando si entra nella dimensione della malattia, il corpo sofferente rimanda sensazioni, paure, visioni di sé spesso inedite per ognuno di noi. Vivere l'esordio di una patologia

significa passare da una percezione del proprio corpo quale efficiente e sano ad una dimensione di corpo malato e come tale fragile e caduco. In un brevissimo arco di tempo ci troviamo a convivere con un corpo che da una continua relazione con il mondo esterno a sé diventa soggetto che chiede una totalizzante attenzione. Durante tutta la malattia, la relazione tra corpo vissuto come "soggetto" e come "oggetto" sarà ridefinita e la realtà corporea assumerà una nuova visione, un nuovo senso che inciderà in modo significativo sul modo di leggere il mondo della salute e il mondo della malattia (S. Benini, 2002).

La stretta relazione tra psiche e corpo ci impone una specifica attenzione per le modalità con cui accompagnare il soggetto nel momento della malattia. Perdere lo stato di benessere, infatti, genera uno stato di forte insicurezza e diventa fonte di ansie, paure, perdita temporanea, o anche rischiosamente permanente, del proprio senso di integrità sotto il punto divista funzionale e relazionale. Proprio per questo si comprende l'alto valore che assume il sostegno delle persone che gravitano intorno al soggetto malato e la necessità che esse comprendano il profondo significato che assume la relazione interpersonale (sia essa amicale, amorosa, filiale, di aiuto, ecc.) nelle sue componenti emotivo-affettive e empatiche (Galanti, 2001), per prendere realmente in carico la sofferenza dell'altro.

È proprio questo con questo scopo che mi sono inserita in ospedale e nelle attività pensate per i bambini.

Sono molto contenta di esser riuscita a svolgere l'attività sia nella scuola con i bambini dell'infanzia, sia in camera, con Maya, una ragazza più grande che ha visto in me una figura amichevole con cui distrarsi, aprirsi e giocare.

Lo sviluppo intellettivo, espressivo ed artistico è stimolato dall'attività ludica mediante la quale il bambino conosce ed apprende. Il comune denominatore che unisce le varie attività ludiche in ospedale è quello di mantenere l'equilibrio psicologico del malato e di recuperare la sua autonomia progettuale. Il tempo del gioco è per il bambino malato una vantaggiosa via di comunicazione: facile perché spontanea e immediata, protettiva perché accogliente, valida e proficua se condotta da personale competente.

Il bambino non vuole che qualcuno gli dia un giocattolo, ma desidera avere uno scambio relazionale con l'altro che sappia cogliere l'intenzionalità del suo agire e di

conseguenza
vi partecipi. La possibilità di giocare rientra nel processo di umanizzazione delle cure e può diventare "terapia occupazionale". Se gioca infatti il bambino è impegnato, non si deprime né si impigrisce e promuove l'apprendimento (Carlo Moretti).

Durante l'attività svolta a scuola non ho trovato punti di debolezza, perché è andata molto bene. I bambini si sono divertiti e sono stati creativi e disponibili. Lavorare con un piccolo gruppo inoltre è positivo sia per me che per loro perché riesco a seguire ogni singolo bambino al meglio (importanza individualità di ognuno). Infatti un altro punto fondamentale da tener presente in ospedale e a scuola, è quello del rispetto dell'individualità di ognuno, qualunque sia la sua provenienza. Per questo un buon punto di partenza è quello di chiamare per nome ogni bambino.
Mi ha dato molta gioia la decisione di Cristina, di lasciare la sua mascherina trasformata agli altri bambini. Ogni giorno che trascorro qui mi stupisco della capacità di relazione, di adattamento e di condivisione dei bambini.

Per l'attività svolta in camera con Maya c'è stata la "difficoltà" iniziale di relazionarmi anche con il padre. Bisogna tener conto di molti fattori all'interno dell'ospedale prima di svolgere le attività con i piccoli pazienti. Tra questi c'è anche la relazione con i genitori. Non è facile rapportarsi con loro perché nella maggior parte dei casi sono molto "chiusi" verso le attività di animazione. Tendono a voler tenere il bambino in camera o a seguirlo anche nella scuola a svolgere con lui le attività. Per questo è difficoltoso riuscire a coinvolgere bambini che i genitori tengono attaccati a loro, perché essi vedranno nel genitore la guida e l'animatore e non nei volontari o negli operatori. Nella maggior parte dei casi però è sufficiente non essere invadenti, non forzare le attività e gli interventi in camera, rispettare la loro privacy e i loro stati d'animo e avere pazienza. Pian piano il genitore capirà che gli interventi sono finalizzati a migliorare il benessere del bambino. Questo mi è successo proprio con il papà di Maya che osservandoci lavorare in camera da lontano, ha poi visto la reazione della figlia e si è lasciato andare con calma anche lui.

5.2.3 Gonfio, Sgonfio e Coloro i Guanti

- **Date:** 8 Maggio 2012
- **Inizio attività didattica:** ore 15.00
- **Fine attività didattica:** ore 16.30

Quanti bambini partecipano:

Partecipano quattro bambini di quattro e cinque anni.

Materiali:

Metto a disposizione guanti, fogli bianchi, cartoncini, pennarelli, fogli di giornale, forbici, matite, colla, paillettes e scotch.

Spazio:

Per l'attività ho utilizzato il tavolo da lavoro presente nella scuola in ospedale. È uno spazio comodo perché situato nella parte laterale dell'aula vicino a una porta finestra e ad un'altra finestra che recano luce naturale.

Inoltre è sempre adibito con una tovaglia di plastica e con materiali per attività di disegno e pittura.

I bambini lungo degenti quindi sanno che quella è la parte dell'aula in cui possono svolgere attività creative, libere o guidate dalle educatrici e si avvicinano autonomamente quando vogliono fare questo tipo di lavori.

Il piano d'appoggio è rettangolare e ottenuto grazie all'unione di due tavoli più piccoli. È abbastanza ampio da accogliere sia i bambini che i loro genitori o parenti, quindi con sedie di due diverse altezze anche in base all'età del bambino e alla sua comodità personale durante le attività. Inoltre un tavolo è leggermente più alto per poter far avvicinare comodamente anche i bambini sulla sedia a rotelle.

In base alla disposizione al tavolo dei bambini, dispongo il materiale in modo sparso sul tavolo in modo che ognuno di essi possa raggiungerlo autonomamente.

Metodologie utilizzate:

- Metodo laboratoriale (vedi nota F. TESSARO)
- Brain-storming
- Esplorazione e manipolazione dei guanti
- Utilizzo della propria immaginazione e creatività

Ruolo adulto e interventi:

Per questa attività ho voluto introdurre una metodologia nuova, quella del "Brain storming". Ho scelto di guidare i bambini verso un ragionamento più graduale e concreto. Nelle altre attività infatti introducevo una discussione sul materiale scelto, facendo domande ai bambini per condurli a ragionare sull'utilità dell'oggetto e su quello che suscitava in loro.

Con questa nuova metodologia invece ho lasciato esprimere liberamente ai bambini le loro idee, emozioni e pensieri attraverso parole che venivano in mente a loro vedendo il guanto del medico. Data l'età dei bambini, il mio ruolo è quello di annotare tutto quello che emerge, oltre a guidare le seguenti azioni:

1. la produzione di molte idee, diversificate e spontanee
2. l'interazione fra le persone
3. l'interazione dello sforzo di ciascuno con quello di un altro

Successivamente, durante la fase creativa, il mio ruolo è quello di osservatore che interviene su richiesta dei bambini per aiutarli a completare il lavoro.

In AZIONE:

Descrizione di quanto è accaduto:

Osservo la situazione nell'aula della scuola: ci sono quattro bambini ricoverati in ospedale e Chiara, paziente del Day Hospital di cinque anni. Riconosco Bohdan, bambino bulgaro di quattro anni che ho conosciuto ieri; è insieme alla sua nonna e sta disegnando. Poi c'è Stefano, cinque anni e Sara, quattro anni.

Decido di iniziare l'attività proponendo ai bambini un gioco: osservare, manipolare e esplorare un oggetto per farlo diventare uno strumento con cui poterci giocare o come decorazione per abbellire disegni o luoghi.

I bambini mi guardano inizialmente perplessi e annuiscono con la testa. Li faccio avvicinare al tavolo, aiutando Bohdan a inserirsi con la sedia a rotelle. Accanto a lui si siede anche la nonna.

Prendo la mia scatola dove contengo gli oggetti utilizzati per ogni attività e tiro fuori alcuni guanti. I bambini iniziano a entusiasmarsi, alzano le braccia, sorridono e Chiara incuriosita mi chiede: "Cosa dobbiamo fare?"; Stefano: "Sono dei guanti!".

Io: "Bravissimo Stefano, sono proprio dei guanti. Ora ognuno di voi ne può prendere

uno, lo può toccare, tirare e giocarci un po', intanto chi vuole può dirmi che cosa gli viene in mente mentre lo guarda: tutto quello che sentite, emozioni, paure, ricordi, va bene?"

I bambini prendono in mano i guanti e mi rispondono: "Siii!".

Iniziano a manipolarli ed esplorarli. Bohdan prova a gonfiarlo; Stefano lo tira, provando ad allungarlo; Chiara lo appoggia sul tavolo e ci passa sopra la mano, come per sentire al tatto se è liscio o ruvido; Sara intanto prova a infilarlo.

La nonna di Bohdan gli è seduta accanto, non interviene, lui ogni tanto cerca il suo sguardo senza però chiederle aiuto.

Li lascio liberi di esplorare i guanti osservandoli senza intervenire. Loro mi guardano e sorridono. Spontaneamente Chiara mi dice: "È liscio... e freddo!". La guardo e dico: "È vero Chiara". Mi rivolgo a tutti e chiedo: "Vi è venuto in mente qualcosa toccando il guanto?". Iniziano a parlare insieme, quindi annoto ciò che sento per non bloccare le loro idee e i loro interventi. Poco dopo però, per esser sicura che ognuno di loro sia riuscito a dirmi qualcosa li fermo. Leggo ad alta voce quello che è emerso con la parola "GUANTI" (brain-storming). Per ogni parola guardo i bambini chiedendo se hanno voglia di spiegare la loro scelta:

- DOTTORE, Stefano: "Perché li usa lui"
- INFERMIERE, Chiara: "Anche le infermiere li usano"
- POLIPO, Sara: "A me fa venire in mente un polipo"
- MANO, Stefano: "Sembra una mano"
- FREDDO, Chiara: "Io l'ho toccato ed è freddo"
- PALLONCINO, Bohdan: "Ho provato a gonfiarlo come i palloncini"
- SPORCO, Chiara: Sembra sporco"
- SUPEREROE, Stefano: "Perché loro li mettono per non farsi riconoscere"
- DITA, Bohdan: "Serve per metterci le dita"
- MORBIDO, Chiara: "È morbido"
- PULITO, Sara: "Secondo me è pulito"
- LISCIO, Chiara: "Se lo tocchi è liscio"
- FACCIA, Stefano: "A me sembra una faccia"

- BURATTINO, Stefano: "Io voglio fare un burattino perché mi viene in mente così"
- SANGUE, Sara: "Non mi piace perché lo usano quando c'è il sangue"

In questo modo sono emerse molte idee, che con bambini di età superiore porterebbero a ragionamenti più ampi. Ho voluto comunque sperimentare questa metodologia di lavoro con bambini di quattro e cinque anni perché mi sembra un'alternativa di ragionamento creativa e efficace per stimolarli e motivarli ad attività successive di manipolazione. Partendo quindi da una discussione e un ragionamento esclusivamente orale, per poi mettere in atto le idee attraverso la manipolazione del materiale.
Inoltre ognuno di loro, nella fase di lettura, ha potuto ascoltare ciò che l'altro ha detto e motivato. Si sono quindi sforzati di interagire tra di loro, ascoltandosi. Il brain storming ha infatti come finalità quella di favorire nei bambini l'abitudine a lavorare in gruppo (che rafforza le potenzialità di ognuno) e migliorare la creatività (perché fa in modo che emerga un maggior numero di idee su un determinato argomento-parola dato/a).
Mi rivolgo nuovamente ai bambini: "Avete detto tantissime cose, e sono tutte vere! A qualcuno fa venire in mente il sangue, ad altri ricorda il dottore e l'infermiera perché li usano, quindi .. proviamo a prendere un guanto e trasformarlo in qualcosa di bello, in qualcosa che vi faccia ridere, divertire, anche in quello che vi è venuto in mente prima e che vi piaceva. Oppure potete inserirlo in un disegno, o arrotolarlo tutto.. quello che desiderate! Qui sul tavolo ci sono tutti i materiali che potete utilizzare: pennarelli, fogli, cartoncini. Prendete pure quello che vi serve".
Bambini: "Siiii!".

Azioni realizzate:

I bambini osservano i materiali disposti sul tavolo. Stefano mi dice di voler fare un burattino, ma non sa gonfiare il guanto. Provo a gonfiarlo io e poi lo chiudo bene con un nodo e un nastrino e glielo ridò. Stefano mi ringrazia, prende i pennarelli e inizia a colorare il suo guanto. Sara e Chiara vedono il guanto gonfiato, spalancano gli occhi entusiaste e mi dicono di voler anche loro un guanto così. Ne preparo svariati, in modo da lasciarli a disposizione dei bambini. Spesso infatti entrano ed escono bambini, sia del Day Hospital che del reparto, nella scuola, quindi lascio sempre a disposizione e in vista il materiale, in modo tale che ogni bambino che entra può liberamente unirsi al tavolo delle attività e giocare anche lui alla trasformazione del materiale sanitario.

Intanto Sara sta riempiendo con tutti i colori il suo guanto, mentre Chiara sta disegnando piccole facce sorridenti su ogni dito del guanto. Stefano invece ha creato un vero personaggio sul suo guanto, disegnando una faccia a cui ha dato anche un nome: Signor Bombolone. Entusiasti dei risultati, i bambini decidono di realizzare altri personaggi sui guanti, in modo da ottenere più burattini. Bohdan invece si sta facendo aiutare dalla nonna: ha incollato il guanto su un foglio come se fosse una nuvola (mi spiega) e ha disegnato lo sfondo sul resto del foglio. Ha scelto una trasformazione diversa rispetto agli altri bambini e mi ha reso molto felice e stupita della grandezza della loro fantasia e immaginazione. Dopo aver creato diversi personaggi, lascio i bambini liberi di portarli a casa (Chiara, del Day Hospital) o in stanza, o di regalarli ai loro famigliari. Bohdan mi regala il suo disegno e mi chiede di poter portare in stanza un burattino fatto da un altro bambino, dopo averne scelto uno, comincia a giocarci parlottando da solo, per poi salutarmi e tornare con la nonna in camera. Stefano e Sara ne hanno fatto diversi. Ne prendono uno a testa e lo portano in stanza.

DOPO:

Anche questo lavoro, come tutti quelli relativi alla trasformazione del materiale sanitario, rientra nelle "attività di familiarizzazione", che consentono ai bambini di esplorare, maneggiare e giocare con il materiale dell'ospedale in un contesto piacevole e sereno, per ridurre la paura nei confronti dell'ospedale e delle apparecchiature mediche e farli sentire più a loro agio durante le procedure.

Ho voluto introdurre questa attività come una proposta di gioco.

Freud fu il primo a riconoscere le possibilità terapeutiche del gioco. Inizialmente considerava il gioco come una manifestazione dei problemi e dei conflitti inconsci. Più tardi la sua concezione si fece più amplia: "Il gioco permette al bambino di evadere dalla realtà e di esplorare nuove possibilità in un contesto sicuro. Egli distingue il gioco dalla realtà e, servendosi di oggetti e situazioni prese al mondo reale, ne crea uno suo, nel quale può ripetere le esperienze piacevoli quanto vuole, ordinando e alterando gli eventi come preferisce".

Anche Susan Knell parla del gioco, sostenendo che: "Il gioco di un bambino è la manifestazione dei suoi sentimenti, conflitti, pensieri e della sua percezione della realtà. Nel bambino ospedalizzato è attraverso il gioco che emergono sentimenti legati allo stato di salute psichico del bambino. Quindi: ha una funzione terapeutica, perché attraverso il gioco, terapeuta e bambino, comunicano.

Infine Piaget afferma che il bambino, oltre a trarre piacere dalle attività ludiche, giocando raggiunge nuove acquisizioni. La natura poliedrica del gioco e il suo significato, lo rendono uno strumento terapeutico d'inestimabile valore. Il gioco è il tentativo, da parte del bambino, di esplorare, ottenere la padronanza e sviluppare la comprensione.

Dall'insieme di queste teorie, mi è sembrato necessario svolgere e proporre ogni attività come un gioco. I bambini in questo modo hanno potuto evadere dalla realtà, trasformando i materiali sanitari in oggetti fantastici; hanno manifestato sentimenti e emozioni su come percepiscono l'ospedale e la loro realtà; infine hanno potuto esplorare, attraverso il gioco, gli oggetti da me proposti, traendo piacere e raggiungendo comprensione e nuove acquisizioni.

Nelle metodologie utilizzate per questa attività ho inserito il "metodo laboratoriale", perchè il laboratorio si caratterizza per l'oggetto della sua azione, cioè per l'attività che

vi si svolge, che investe il soggetto operante. Lavorando in laboratorio, il bambino produce, opera concretamente verso la realizzazione di qualcosa.
A. Munari (1994) indica alcune caratteristiche per un laboratorio di epistemologia operativa(cioè di conoscere attraverso l'azione), dove quindi l'attività proposta deve:

- prestarsi ad una manipolazione concreta.
- non deve avere una soluzione unica, ma deve dare la possibilità di scegliere.
- comportare diversi livelli di interpretazione

È stata un'attività intensa e molto bella. I punti di forza sono stati sicuramente la grande disponibilità dei bambini di giocare e di ragionare soprattutto attraverso una metodologia nuova (brain storming). Le attività che progetto e preparo per i bambini, diventano "sperimentali" nel momento in cui le propongo perché in ospedale non posso sapere a quali bambini andrò a proporre l'attività. La complessità di lavorare in questo ambiente, consiste proprio nell'essere capaci ad adattarsi alle situazioni dell'ospedale:

- Possibilità di avere bambini nella scuola in ospedale, solamente per qualche ora e solo un giorno (Day Hospital), o per più giorni, o per un lungo periodo. La quotidianità comunque è il passaggio rapido nella scuola, di molti bambini ogni giorno.

- Dover svolgere attività programmate per una determinata fascia d'età e avere la capacità di modificare il lavoro o le metodologie per adattarle ai bambini che ci sono quel giorno in ospedale.

- Lasciare libertà ai bambini senza forzare lavori o attività. Loro devono già sopportare il peso della malattia, quindi non hanno bisogno di avere un ulteriore dovere. La scuola in ospedale svolge attività di gioco, creative, artistiche e di teatro, che permettono al bambino di ridere, e di crescere acquisendo competenze.

I bambini sono stati molto disponibili durante l'attività, si sono inseriti bene nel gioco e la trasformazione dei guanti li ha coinvolti in modo positivo. Non mi aspetto mai grandi

risultati perché non voglio forzare i bambini a lavorare se non hanno voglia e perché la presenza dei parenti a volte è "opprimente" verso i bambini, che quindi non si aprono totalmente allo svolgimento dell'attività. Invece ogni volta rimango stupita perché otteniamo insieme risultati sorprendenti, evidenti sia dalle loro reazioni positive, sia dagli oggetti che realizzano concretamente.

5.2.4 Dipingo con uno Strumento nuovo: La Siringa

- **Date:** 5 Novembre 2012
- **Inizio attività didattica:** ore 16.00
- **Fine attività didattica:** ore 17.30

Quanti bambini partecipano:

Partecipano due bambini di quattro e cinque anni; Bohdan e Elisa.

Materiali:

Per questa attività ho scelto come materiali: siringhe di diversa misura (svuotate dell'ago), cartoncini bianchi grandi, contenitori con acqua, i quattro colori primari delle tempere e piatti di plastica.

Marisa mi ha anche fornito due grembiulini di plastica da far indossare ai bambini per non sporcarsi troppo.

Spazio:

Ho utilizzato il solito spazio dell'aula adibito per le attività artistiche.

Essendo due soli bambini, tra cui Bohdan che ha la sedia a rotelle, utilizzo il tavolo più alto per agevolarlo e per lavorare in uno spazio più raccolto.

Metodologie utilizzate:

- Metodo laboratoriale
- Brain storming
- Utilizzo della propria immaginazione e creatività per la trasformazione del materiale sanitario in strumento artistico

Ruolo adulto e interventi:

Come prima cosa, il mio ruolo è quello di adibire lo spazio che utilizzeremo per svolgere l'attività. Ho creato quindi uno spazio di laboratorio, organizzato e pronto per l'avvio dell'attività, con tutti i materiali già posizionati.

Utilizzo poi anche per questa attività la metodologia del "Brain storming": essendo due soli bambini posso riuscire a gestire bene la relazione con entrambi, cercando di cogliere le loro idee, paure, emozioni e pensieri relativi allo strumento sanitario scelto.

Parto da questa attività di ragionamento (in cui guido i bambini), per giungere poi alla concreta trasformazione del materiale sanitario in strumento artistico.
Durante tutta l'attività il mio ruolo è quello di conduttrice e di guida. Sono aiutata anche da Marisa e dalla nonna di Bohdan.

In AZIONE:

Descrizione di quanto è accaduto:

Arrivo in ospedale e entrando nella scuola vedo Bohdan sulla sua sedia a rotelle, sempre insieme alla nonna. Vado a salutarlo, lui mi abbraccia. Parlo insieme alla nonna e mi dice che dovrà essere operato alla spina dorsale e poi proveranno a mettergli degli adduttori per farlo camminare pian piano. Sono contenta di vedere che mi riconosce e che sia sorridente. Penso subito di poter svolgere quindi l'attività di trasformazione del materiale sanitario con lui. Nella scuola c'è anche Elisa, di cinque anni. Chiedo ad entrambi se hanno voglia di divertirsi pitturando con uno strumento nuovo. Bohdan sorride, alza le braccia e dice: "Siiiiii". Elisa è più intimidita e rimane a giocare nel suo angolo con il Lego.
Inizio a preparare il "Laboratorio Artistico", chiedendo aiuto a Marisa per la ricerca del materiale nell'aula. Decido di voler utilizzare solo i colori primari (giallo, rosso, blu), aggiungendo il colore verde. Per la scelta mi consulto anche con Marisa e approva il fatto di avere sul tavolo solo quattro colori, così i bambini possono esprimersi senza aver troppa confusione per la scelta dei colori da utilizzare. Inoltre i colori si mescoleranno quindi creeranno autonomamente altri colori.
Preparo quindi quattro piatti di plastica versando in ognuno di essi un colore. Li dispongo al centro del tavolo. Accanto ad essi metto due contenitori con dell'acqua, che serviranno a risciacquare la siringa dal colore. Infine prendo alcune siringhe di diversa grandezza donate gentilmente dalle infermiere: le apro, tolgo l'ago e le dispongo sparpagliate sul tavolo tra i contenitori e i piatti di colore.
Marisa prende dall'armadio due grembiulini in plastica, da far indossare ai bambini.
Intanto Bohdan è andato nella sua stanza per una visita. Elisa non la vedo nell'aula.
Preparato il laboratorio artistico, vado a cercare Bohdan insieme a Marisa. È nella sua stanza con la nonna, che ci dice che ha terminato gli esami. Gli chiedo se vuole venire a scuola con me. È entusiasta mi segue autonomamente con la sua sedia a rotelle. Viene

anche la nonna. Intanto Elisa è tornata. Gli dico che ora noi iniziamo un'attività bellissima e divertente, se ha voglia di unirsi noi lo aspettiamo. Risponde: "Va bene" e si avvicina al tavolo. Bohdan aiutato dalla nonna si accosta bene al tavolo dove ho disposto il materiale, quindi faccio sedere Elisa di fronte a lui e la nonna si siede vicino al nipote.

Protocollo osservativo:

Iniziano a toccare subito le siringhe dicendo: "Queste sono le punture", sostiene Elisa.
Io: "Si chiamano SIRINGHE e servono per fare le punture, come ha detto bene Elisa!".
Bohdan annuisce su e giù con la testa.
Io: "Guardando queste siringhe cosa vi viene in mente?"
Bohdan: "Fa male"
Elisa: "Le punture te l'ho detto!"
Io: "È vero, hai ragione me l'hai già detto", sorrido mentre scrivo ciò che mi dicono.
Bohdan viene incoraggiato dalla nonna e poi mi dice: "Fanno i buchi e poi prendono anche il sangue".
Elisa: "Si, per chi ha le malattie serve e fa paura anche perché fa male"
Io: "Ma di chi sono queste siringhe, chi è che le usa?"
Insieme mi dicono: "I dottoriiii!"
Bohdan aggiunge: "È come una medicina"
Elisa: "Non è vero prende il sangue non è una medicina"
Io: "Elisa ha ragione, la siringa prende il sangue, ma il dottore lo fa per poter poi guarire il bambino con una medicina giusta. E ha ragione anche Bohdan, perché a volte non prendono il sangue le siringhe, ma hanno qui dentro una medicina (indico il contenitore della siringa mostrandolo ai bambini) che mandano nel corpo dei bambini, per farli guarire".
Bohdan: "È vero"
Elisa: "Si".
Mi annoto le parole e i concetti emersi da questo ragionamento guidato svolto con i bambini, ottenendo un "Brain Storming".
Io: "Adesso però faremo un gioco, così scopriremo che la siringa può trasformarsi in qualcos'altro... in qualcosa che non fa male e che non fa paura".

Faccio indossare i grembiuli ai bambini, dicendo loro che servono per non sporcarsi.

Azioni realizzate:

Prendo due cartoncini grandi e li dispongo davanti ad ogni bambino. Insieme a Marisa mostro come utilizzare la siringa per "raccogliere" il colore desiderato. Spiego ai bambini che possono poi risciacquare la siringa immergendola leggermente nell'acqua e facendo pressione come per prendere il colore, però svuotandola spingendo l'acqua fuori. Mi osservano e mi dicono che hanno capito. Dico loro che possono utilizzare i colori disposti sul tavolo, spargendoli a loro piacimento sul foglio. Inoltre ci sono alcune siringhe più grandi e alcune più piccole. Spiego ai bambini che quella più grande raccoglie più colore e quindi anche il getto sarà più ampio rispetto a quelle piccole. Ora li lascio divertire, aiutandoli solo a non lanciare il colore per tutta l'aula, direzionando quindi la siringa verso il foglio.

Comprendono subito il movimento per raccogliere colore, che ricorda un aspiratore e quello per rilasciarlo sul foglio, che si ottiene semplicemente spingendo il tappino della siringa verso il basso. Divertiti ridono e riempiono il foglio con macchie di colore.

Li fermo quando il colore sul foglio è sufficiente. A questo punto faccio posare la siringa. Prendendo il cartoncino di Bohdan, gli mostro la fase successiva: prendendo il cartoncino alle due estremità più corte, lo si muove delicatamente, facendo andare il colore sparso per tutto il foglio. In questo modo i colori si mischiano e formano una o più figure. Aiutati da me e Marisa riescono a terminare anche questa fase. Infine chiedo loro di dirmi quello che vedono sul loro cartoncino. Bohdan mi dice: "Spiderman", Elisa: "Una tartaruga". Metto i loro disegni ad asciugare sopra al calorifero e entusiasti mi dicono di volerne fare un altro. Do loro un altro cartoncino e ripetono l'attività.

DOPO:

L'attività è stata molto divertente, sia per i bambini che per me.

Utilizzare e trasformare il materiale sanitario in "strumento artistico", nel laboratorio d'arte, è stato importante per sdrammatizzare il momento terapeutico e la degenza in ospedale.

Il bambino stesso, manipolando e smontando l'oggetto, lo ricompone con una nuova funzione ludica creativa. Successivamente l'interpretazione personale e il titolo che ogni bambino ha indicato per la propria opera, le conferisce originalità.

Ho iniziato l'attività con un ragionamento guidato insieme ai bambini, semplice ma costruttivo. È servito per capire l'idea dei bambini rispetto a questo materiale sanitario. È emersa la loro conoscenza rispetto all'oggetto, dovuta all'ospedalizzazione che stanno vivendo. Inoltre sono emerse anche emozioni come la paura e il dolore fisico rispetto alla siringa. In questo modo, passare alla trasformazione di questo materiale, ha avuto un senso reale per sdrammatizzare il momento di degenza.

Utilizzare loro stessi lo strumento trasformandolo e creando un disegno, ha prodotto soddisfazione e entusiasmo. Per questo erano stupiti e ansiosi di crearne subito uno nuovo.

Mi aspettavo che avessero più difficoltà nell'utilizzo delle siringhe, invece hanno capito subito il movimento da fare.

La nonna di Bohdan non ha interferito con l'attività, anzi, ha lo ha tranquillizzato con la sua voglia di muoversi in continuazione. Svolgendo poi un'attività creativa non è stato frustrante per lui rimanere seduto, perché è stato un gioco divertente e d'immaginazione.

Sono molto contenta del risultato ottenuto!

BONDAN
DIPINGO CON
LA SIRINGA

5.3 Il Riconoscimento delle emozioni

5.3.1 La Paura È…

- **Date:** 14, 16 e 26 Novembre 2012
- **Inizio attività didattica:** ore 15.00
- **Fine attività didattica:** ore 17.00

PRIMA:

Che attività ho pensato:

Ho pensato ad un'attività sul significato che la "paura" ha per il bambini: in particolare sul riconoscimento della paura stessa da parte dei bambini ospedalizzati, la sua analisi e il superamento di essa grazie all'affronto del tema. L'attività consiste nel leggere insieme ai bambini, sia singolarmente che a piccoli gruppi (in base alla possibilità che ho in ospedale), il libro intitolato "La paura è fatta di niente" di Rosa Tiziana Bruno. Successivamente chiedo ai bambini di rappresentare sotto forma di disegno o frase quello che la paura suscita e quindi che cosa è per loro la paura.

Perché:

È importante far tirare fuori ai bambini le paure che provano, soprattutto in ospedale. Qui i bambini hanno un carico emotivo molto forte e non hanno bisogno di ulteriori paure ad ostacolarli.

Che cosa mi aspetto:

Mi aspetto che i bambini riescano ad esprimere attraverso il disegno le loro paure, incoraggiati dalla lettura del libro "La paura è fatta di niente". Inoltre mi aspetto che affrontando il tema in gruppo, possano riuscire a comprendere questa emozioni e superarla pian piano.

Come si collega al percorso:

Nella programmazione pedagogico didattica della scuola sono presenti attività relative allo sviluppo e alla comprensione delle emozioni. Spesso questo avviene attraverso la drammatizzazione di brevi spettacoli prodotti dai volontari dell'Ansabbio.

Incipit:

Inizio l'attività con la lettura del libro:
"La paura È fatta di niente".

"C'era una volta e ogni volta che vuoi tu, un bosco di alberi all'ingiù…
Conosco un bosco tinto di fosco, ogni tanto ci passo attraverso.
Ha sentirei bui e neri, che gran fifa, fuggirei volentieri.

C'è qualcuno che mi tocca, la paura è proprio sciocca.
C'è qualcuno che mi prende, la paura è fatta di niente.
Nel letto son da solo, ma vorrei spiccare il volo.

Il mio sonno ha scordato l'indirizzo che gli ho dato.
Ecco il bosco è qui con me, non so dirti poi il perché.
Le lenzuola sono piene di pensieri e cantilene.

Che cos'è quel gran rumore? Lo spavento mi ruba il cuore.
Vorrei trovarmi altrove, ma davvero non so dove.
Ho paura della morte, il dolore è troppo forte.

Ma ho deciso, faccio il furbo, scaccerò questo disturbo.
Se la notte è troppo scura io imbroglio la paura.
La spedisco tra le stelle, poi abbasso le tapparelle".

Quanti bambini partecipano:

Partecipano quindici bambini in totale, a fine delle tre date di attività, tutti compresi nella fascia d'età: tre-sette anni.

Materiali:

Per l'attività ho utilizzato:

- Libro: "La paura è fatta di niente"
- Fogli bianchi rettangolari già ritagliati da me
- Matite e pennarelli

Spazio:

Ho utilizzato sia l'aula della scuola sia le camere dei bambini. A volte per la lettura i bambini sono rimasti nell'aula e poi per disegnare tornavano in stanza. Per l'attività di lettura del libro ho raccolto i bambini per terra o sul tavolino piccolo centrale all'aula. Per l'attività di disegno abbiamo utilizzato il tavolo delle attività artistiche. In stanza i bambini ascoltano la storia nel letto e disegnano poi a letto o seduti al tavolino posto accanto. La preparazione dello spazio è avvenuta sempre improvvisando, in base all'interesse e alla voglia dei bambini di posizionarsi sul pavimento o sulle sedie durante la lettura. Il momento di discussione del libro avviene dove si è svolta la lettura: pavimento, tavolino, camera.

Metodologie utilizzate:

- Cooperazione con adulti
- Discussione in gruppo
- Lavoro individuale

Ruolo adulto e interventi:

In questa attività ho svolto il ruolo di guida. Ho proposto ai bambini un 'attività e li ho guidati, leggendo loro la storia e discutendone insieme. Ho ascoltato i loro pensieri senza giudicare, lasciandoli liberi di esprimersi verbalmente, cercando solo di mantenere la discussione sul tema delle paure. Successivamente, durante l'attività di disegno individuale, ho osservato i bambini senza intervenire.

In AZIONE:

Descrizione di quanto è accaduto nella scuola:

Arrivo a scuola e aspetto che i bambini delle camere vengano a trovarci nella scuola. Qui intanto, ci sono due bambini del Day Hospital che giocano liberamente: Antony e Tommaso (3 anni). Più tardi arrivano quattro bambini ricoverati: Sara (7 anni), Giulia (3anni), Christian (4anni) e Gaia (3 anni). Approfitto della situazione per richiamare l'attenzione dei bambini. Prendo il libro che voglio leggere ai bambini e gli chiedo se hanno voglia di sedersi vicino a me per ascoltare una storia molto breve. Mi rispondono in modo positivo, quindi mi siedo per terra, tra il tavolo centrale e i giochi e loro mi seguono. I bambini si sono seduti molto vicino a me. Per iniziare, mostro ai bambini la copertina del libro e leggo: "La Paura è fatta di niente".Tutti gli sguardi dei bambini sono rivolti verso di me, incuriositi e in attesa della storia. Apro il libro e inizio a leggerlo tenendolo bene aperto, in alto, in modo che tutti possano vedere bene le figure che riempiono tutta la pagina del libro e che lo illustrano.

Le immagini hanno toni scuri e cupi, con molte sfumature. Continuo la lettura fino alla fine, senza interruzioni dei bambini. Al termine, chiudo il libro, lo appoggio per terra e dico ai bambini di prenderlo uno per volta se hanno voglia di vedere meglio le figure. Intanto cerco di capire le loro emozioni e pensieri.

Io: "Vi è piaciuto?"

Tommaso: "Si però quel bambino come si chiama?"

Io: "Non ci dice il suo nome, possiamo dargliene uno noi se vogliamo!"

Giulia: "Per me si chiama Matteo come mio fratello"

Tommaso: "No invece si chiama Andrea"

Io: " Ognuno può dargli il nome che gli piace di più! Ma questo bambino cosa ci sta dicendo?"

Christian: "Ha paura del buio"

Sara: "Sì ha paura, anche del bosco, e delle cose buie e della foresta e del suo letto"

Christian: "E però non è tanto intelligente perché ha paura ma prende il monopattino e se ne va nella foresta con il buio! Anch'io ce l'ho il monopattino lo sai?"

Io: "Davvero? Come quello di questo bambino?"

Christian: "Si eh.. ma la mia mamma non me lo fa prendere con la notte".

Io: "È giusto, perché è pericoloso. Ma tu vorresti andarci lo stesso di notte sul

monopattino?"

Christian: "NOOOO".

Gaia: "E non vuole perché c'ha paura ahahah. Anche io ma poi lo scaccio".

Io: "Cosa scacci Gaia?"

Gaia: "La pauraa!"

Io: "Ah si? E come fai?"

Gaia: "Beh chiamo i miei amici animali e poi mi trasformo in un mostro più grande e quel mostro va via".

Antony: "Ma non ti puoi trasformare".

Gaia: "Si invece".

Io: "Gaia manda via la paura del buio e dei mostri in questo modo. Ognuno di noi ha paura in qualche cosa vero?"

Bambini: "È sì!"

Io: "Anche io ho paura dei ragni, di tutti gli insetti e anche dell'ago. Sapete quando il dottore deve fare una puntura o deve prenderci un po' di sangue?"

Bambini: "Sì".

Io: "Ecco, a me fa moltissima paura".

Gaia: "A me no, vedi anche qui mi hanno fatto un buchino ma prima o pianto ma ora no".

Io: "Sei stata molto brava!".

Giulia: "Io anche ho paura".

Bambini: "Anche io".

Io: "Tutti hanno qualche paura, anche i vostri genitori, fratelli, i vostri amici. Però il bambino di questo libro cosa ci dice?"

I bambini mi guardano aspettando una risposta.

Sara: "Ah si, tira giù la tapparella della sua camera così non ha più paura".

Io: "Bravissima Sara. Lui ci dice che possiamo imbrogliare le nostre paure, che possiamo mandarle via. È difficile ma se ci impegniamo pian piano le scacciamo via tutte. Dobbiamo provarci è, va bene? Anche io, almeno non avrò più paura di fare le punture e nemmeno degli insetti!"

I bambini annuiscono e ridono.

Antony: "E ma io non ci riesco a volte però"

Io: " Non è facile è. Infatti dobbiamo dire cosa ci fa paura, così un po' ci proviamo noi a mandarla via e per il resto ci aiutano la mamma, il papà o i fratelli. Capito?"
Antony: "Va bene".
Gaia: "Si è vero guarda che così le mandi via è!"
Io: "Allora adesso chi ha voglia, può fare un disegno della sua paura".
Bambini: "Siiiiii va bene, evviva!"

Azioni realizzate:

I bambini si siedono dividendosi tra il tavolo centrale e quello delle attività artistiche. Sono presenti anche alcuni genitori, seduti accanto ai figli e li osservano. Consegno ad ogni bambino un foglio bianco, rettangolare, che ho ritagliato in precedenza per non farli annoiare dovendo riempire un foglio troppo grande. Come materiale per disegnare, metto a disposizione matite, pennarelli e pastelli. Lascio i bambini liberi di realizzare le loro paure, senza intervenire, ma facendoli lavorare in modo autonomo. Terminato il disegno, ogni bambino viene da me, insieme scriviamo il suo nome e la paura che ha disegnato. Chiedo ad ogni bambino se ora proverà a cacciare via queste paure, dicendole però anche ai genitori, perché è normale che tutti abbiamo delle paure e non dobbiamo nasconderle dentro di noi.

È stata un'attività molto bella. La lettura del libro è piaciuta molto e, grazie alla presenza di bambini di età diverse, sono riusciti ad arrivare a comprendere il messaggio che io e il libro volevamo trasmettere. Volevo guidare i bambini a comprendere l'importanza delle paure: ognuno di noi le ha e non bisogna nasconderle o sopprimere. Anzi, bisogna esprimerle a chi ci vuole bene affinchè ci aiuti a superarle. Ed è possibile cacciarle via perché anche il bambino del libro ha dimostrato di esserci riuscito.

Guidando i bambini attraverso una discussione, sono riusciti a comprendere questo messaggio. Nessuno infatti ha avuto difficoltà a disegnare la sua paura e a descrivermela successivamente. L'attività si è svolta in modo davvero positivo e ne sono rimasta stupita e entusiasta. Riuscire a lavorare con bambini di diverse età non sempre è svantaggiante. In questo ambiente è una sorta di tutoraggio, che i bambini più grandi fanno verso i più piccoli. Si prendono cura di loro, cercano di fargli capire alcune cose, di spiegare e di aiutarli standogli semplicemente vicino.

Nella consegna dei disegni e nella descrizione della paura di ognuno, ho cercato un piccolo riscontro rispetto alla comprensione dell'attività. I risultati sono stati soddisfacenti. Perché i bambini mi hanno parlato della loro paura e di come provano a mandarla via e che magari ora dicendola alla mamma o al fratello più grande, riusciranno a scacciarla completamente. Non hanno mostrato timidezza o paura nell'esprimerla e nell'aprirsi. È stata una bella attività.

5.3.2 Il Libro dei Sogni

- **Date:** 17 e 19 Dicembre 2012
- **Inizio attività didattica:** ore 15.00
- **Fine attività didattica:** ore 17.00

PRIMA:

Che attività ho pensato:

Come conclusione del mio progetto, ho pensato ad un'attività sulla percezione delle emozioni proprie e di chi ci circonda. Ho utilizzato il libro "Sogni senza né capo né coda" di Maria Giuliana Soletta, come punto di partenza e come strumento di lavoro. È un libro che nasce per aiutare ogni bambino a riflettere sulle proprie emozioni, mostrando loro le emozioni di tutta la famiglia, in modo che non si senta l'unico "alieno" che le prova. Inoltre dà al bambino anche la possibilità di descrivere da solo le sue emozioni.

Perché:

Ho pensato a questa attività perché: soprattutto nell'ambiente ospedaliero è importante aiutare i bambini a riconoscere le proprie emozioni dando loro un nome, in modo da imparare gradualmente a saperle esprimere ai grandi. Questo libro mi ha colpito perché vuole aiutare i bambini a raccontarsi attraverso delle frasi o con un disegno e a descrivere come sono i loro sogni. Inoltre, la creazione di un libro finale che raccoglie tutti i sogni dei bambini che hanno partecipato, è motivante e può essere anche uno strumento da cui partire per creare altre attività in futuro.

Che cosa mi aspetto:

Mi aspetto di riuscire a coinvolgere i bambini attraverso la lettura molto breve del libro. Inoltre spero di riuscire ad attirare la loro attenzione, attraverso il tema di fondo del "sogno", facendoli partecipare attivamente ad una discussione relativa alle emozioni che le persone accanto a noi provano. In questo modo mi aspetto che i bambini possano sentirsi meno "soli" nel provare emozioni negative e senza sensi di colpa nel sognare

qualcosa di meraviglioso. Spero infine di riuscire a creare insieme a loro il libro dei sogni.

Come si collega al percorso:

Nella programmazione pedagogico didattica della scuola sono presenti attività relative allo sviluppo e alla comprensione delle emozioni. Spesso questo avviene attraverso la drammatizzazione di brevi spettacoli prodotti dai volontari dell'Ansabbio.

Titolo:

"IL LIBRO DEI SOGNI"

Incipit:

L'attività viene introdotta proponendo la lettura del libro "Sogni senza né capo né coda", fattibile sia nell'aula della scuola in ospedale, sia all'interno delle singole stanze dei bambini. Successivamente cerco di discutere con i bambini sulla lettura fatta e sulla comprensione avvenuta.

Quanti bambini partecipano:

Partecipano diciassette bambini in totale, a fine delle due date di attività, tutti compresi nella fascia d'età: tre-sei anni. Ho scelto appositamente solo bambini dell'infanzia per creare un libro legato alla loro fascia d'età e relativo quindi ai sogni durante questo periodo di vita.

Materiali:

Per l'attività ho utilizzato:

- Libro: "Sogni se né capo né coda"
- Fogli bianchi rettangolari già ritagliati da me
- Matite e pennarelli
- Fogli colorati su cui incollare i disegni
- Colla

Spazio:

Ho utilizzato sia l'aula della scuola sia le camere dei bambini. A volte per la lettura i bambini sono rimasti nell'aula e poi per disegnare tornavano in stanza. Per l'attività di lettura del libro ho raccolto i bambini per terra o sul tavolino piccolo centrale all'aula. Per l'attività di disegno abbiamo utilizzato il tavolo delle attività artistiche. In stanza i bambini ascoltano la storia nel letto e disegnano poi a letto o seduti al tavolino posto accanto. La preparazione dello spazio è avvenuta sempre improvvisando, in base all'interesse e alla voglia dei bambini di posizionarsi sul pavimento o sulle sedie durante la lettura. Il momento di discussione del libro avviene dove si è svolta la lettura: pavimento, tavolino, camera.

Metodologie utilizzate:

- Cooperazione con adulti
- Discussione in gruppo
- Lavoro individuale

Ruolo adulto e interventi:

In questa attività ho svolto il ruolo di guida. Ho proposto ai bambini un 'attività e li ho guidati, leggendo loro la storia e discutendone insieme. Ho ascoltato i loro pensieri senza giudicare, lasciandoli liberi di esprimersi verbalmente, cercando solo di mantenere la discussione sul tema delle emozioni e dei sogni. Successivamente, durante l'attività di disegno individuale, ho osservato i bambini senza intervenire. Quando mi hanno consegnato i disegni, mi sono fatta dire da ognuno il proprio sogno e insieme abbiamo incollato il disegno su un cartoncino e ho scritto ciò che mi avevano detto. Durante l'attività quindi sono stata presente ma senza invadere lo spazio del bambino e la sua libertà nell'esprimersi.

In AZIONE:

Descrizione di quanto è accaduto nella scuola:

Arrivata in ospedale, faccio una visita tra le camere per vedere i bambini presenti. Ci sono sette bambini di età compresa tra i tre e i sei anni. Chiedo loro se hanno voglia di raggiungermi a scuola più tardi: mi rispondono tutti : "Sì". Torno nell'aula e trovo

quattro bambini della stessa età. Inizio a chiacchierare con loro e a chiedere se han voglia di fare un'attività insieme. Alcuni rimangono a giocare, altri mi guardano in attesa della mia proposta. Attendo che i bambini delle camere vengano in aula. Passa una mezz'ora e arrivano. Con i bambini rimasti nell'aula propongo l'attività.

Io: "Vorrei leggervi una storia molto breve, dove preferite sedervi?"

I bambini si siedono per terra, alcuni più intimiditi rimangono sulle sedie.

Io: "Allora io mi siedo per terra, ognuno si sieda dove è più comodo, basta che stiamo tutti vicini così sentite bene la storia".

Per prima cosa mostro ai bambini la copertina del libro e la sua particolarità: si può leggere da entrambi i lati! I bambini sono entusiasti, mi guardano affascinati e incuriositi.

Prendo un lato del libro, lo apro e lo inizio a leggere tenendo il libro aperto, in alto, in modo che tutti possano vedere bene le figure che riempiono la pagina del libro e che lo illustrano. In ogni pagina del libro c'è un personaggio (animale, bambini o familiari) che esprime il suo sogno, con l'illustrazione inerente. Leggo il primo lato del libro fino ad arrivare ad una pagina bianca e dico ai bambini: "E il tuo sogno qual è Gaia? E il tuo Emma? E il tuo Giorgio? .." e così via fino a chiederlo a tutti i bambini. Loro mi guardano all'inizio in silenzio, ridono guardando le figure e quando qualche sogno strano li diverte. Poi intervenendo un po' tutti insieme mi dicono: "io vorrei essere una principessa; il mio sogno è essere l'autista; io sogno di fare il mago". Li ascolto cercando di guardare ogni bambino mentre esprime il suo desiderio. Dopo qualche minuto di libertà li interrompo. Propongo un'altra domanda: "Ma secondo voi, come mai questi personaggi fanno sogni così diversi e strani?". Intanto continuo a mostrare le figure del libro, voltando le pagine piano piano.

Emma: "E perché vedi li c'è il Nonno che vuole andare veloce e vuole delle ruote sennò va piano come la tartaruga ahahah".

Giorgio: "Io anche a mia sorella le vorrei dare un cerotto sulla bocca così non la sento più urlare!" dice indicando l'immagine del libro apparsa.

Jacopo: "Il mio cane non dorme mai sul divano" vedendo l'illustrazione di un cane che sogna di dormire su un divano.

Io: "È proprio vero. Ognuno di noi a volte magari si sente triste, o arrabbiato e quindi ha dei desideri, sogna qualcosa che lo faccia stare meglio, è vero?"

Bambini: "Siìì".

Gaia: "Si infatti io piango quando la mamma mi sgrida e voglio che lei mi da tanti baci invece"

Io: "Vedi Gaia, questo è il tuo sogno di quando la mamma si arrabbia con te"

Matteo: "Io invece quando fa buio e ho paura voglio che divento un cavaliere e ammazzo tutti i mostri".

Giulia: "Io voglio andare a casa dal mio papà e dalla mia sorella"

Si rivolgono a me e chiedono quale sia il mio sogno: "Il mio sogno è avere sempre il sole, il caldo e l'estate"

Bambini: "Sii anche iooo"

Io: "Ognuno di noi ha dei bellissimi sogni e desideri. Il libro vi è piaciuto?"

Daniele: "Si ma è troppo corto è già finito!"

Io: "È corto così non ci addormentiamo e ora possiamo fare un'ultima cosa"

Daniele: "Cosa?" mi guarda insieme a tutti gli altri bambini ancora seduti.

Io: "Ora vi sedete ai tavoli se avete voglia, per fare il disegno di un vostro sogno, desiderio, qualcosa che vorreste che accadesse. Vi va bene?"

Bambini: "Siiii". Si alzano e si siedono tra il tavolo piccolo e quello delle attività artistiche. Prendo i fogli bianchi che ho ritagliato e ne do uno ad ogni bambino, appoggiandolo sul tavolo, al posto in cui si è seduto. Dispongo matite e pennarelli sui due tavoli e li lascio disegnare liberamente. Nell'aula della scuola è piacevole lavorare perché c'è sempre la radio in sottofondo che mantiene un bel clima allegro e vivace. I bambini disegnano. Io rimango seduta lontana da loro per non farli sentire osservati o valutati. Preparo i fogli colorati sui cui incollare i disegni dei bambini.

Azioni realizzate:

Man mano che ogni bambino finisce il suo disegno, viene da me e insieme scegliamo un foglio colorato e incolliamo il disegno. Poi chiedo ad ognuno di dirmi il suo sogno e lo scrivo. Durante questa fase alcuni bambini del Day Hospital vengono chiamati dalle infermiere per svolgere gli ultimi controlli e esser dimessi. Mi consegnano il foglio e lo incollo senza di loro. Presi tutti i disegni, dico ai bambini che domani torno, faccio insieme a qualche altro bambino questo gioco sui sogni così poi posso chiudere il libro. mi guardano annuendo con la testa. Qualcuno mi dice: "Va bene, domani allora lo

vediamo tanto io sono ancora qui è" . Sorrido e dico loro che appena il Libro è pronto lo porto a tutti in stanza per farglielo vedere.

DOPO:

I disegni dei bambini sono una forma di comunicazione ed uno strumento di conoscenza spesso incompresi dall'adulto, perché portatori di una diversa visione e di un diverso approccio alla realtà. Sono le risposte "grafiche" e le soluzioni tecniche alle molte domande, spesso difficili, che il bambino si pone quando vuole rappresentare, nel segno e nel colore, il mondo che sta scoprendo ed i propri sentimenti.

È stata un'attività bellissima per me. È andata molto bene perché i bambini hanno partecipato attivamente e, come in ogni attività svolta, mi hanno stupito. Non mi aspettavo che mantenessero l'attenzione così a lungo. Avevo paura di non riuscire a gestire un gruppo più ampio del solito, invece è andata molto bene. Durante la discussione ho cercato di lasciare ai bambini un momento di sfogo libero dei proprio pensieri, senza interromperli. Successivamente ho voluto provare a far sentire loro ciò che ogni bambino esprimeva, quindi ho cercato un po' il silenzio. Mi sembra che abbiamo ragionato in modo graduale, comprendendo le emozioni proprie e dei familiari. Mi è dispiaciuto solo non riuscire a far vedere a tutto i bambini il libro realizzato e finito, perché alcuni erano pazienti del Day Hospital e altri fortunatamente sono stati dimessi.

Ogni attività mi riempie di gioia e di soddisfazione e allo stesso tempo di tristezza. Vorrei poter fare un percorso più lungo e continuativo con questi bambini, vederli più spesso, rimanere in contatto con ognuno di loro. La realtà ospedaliera mi ha insegnato l'importanza di lasciare delle tracce in questi piccoli pazienti, dei sassolini utili al bambino per affrontare e ricordare in futuro l'esperienza dell'ospedale con un ricordo anche positivo.

6

CONCLUSIONI

La stesura della mia relazione finale, è il prodotto di un lungo percorso di tirocinio che ho svolto in ospedale. La forte motivazione nel riuscire a creare un percorso pedagogico didattico in un contesto ospedaliero, mi ha accompagnata per tutta l'esperienza, stimolandomi a cercare continuamente strategie e nuove soluzioni. Fare esperienza nella scuola in ospedale, è stata una grande opportunità che mi ha permesso di crescere sia come persona, sia a livello formativo. È una realtà completamente diversa da quella che troviamo nelle scuole tradizionali, dove non è sufficiente essere insegnanti per poter operare: è un contesto che necessita preparazione, informazione, formazione e esperienza sul campo prima di potervi accedere. Quello che mi aspettavo di trovare era una realtà scolastica, trasportata in uno spazio dell'ospedale, inserita in un ambiente in stile "Patch Adams". Ho trovato invece un contesto differente, nel quale è difficile muoversi e agire, in cui ho trovato molte difficoltà, accompagnate dalla sensazione di sentirmi invadente nei confronti dei piccoli pazienti e delle loro famiglie. Per questo motivo ho ritenuto importante dedicare diversi paragrafi teorici della relazione, a temi che ho riscontrato fondamentali conoscere e approfondire. In chiave teorica ho inserito le strategie per mettere in atto percorsi e attività didattiche partendo dalla creazione di relazioni d'aiuto mettendo al centro il piccolo paziente e considerando la triade operatore sanitario-genitore-bambino. In questo modo, nel concreto del mio tirocinio, ho sperimentato diverse strategie per superare le difficoltà che incontravo: volevo creare un percorso cognitivo, emotivo e sociale, un progetto che fosse in grado di coinvolgere i

bambini, di stimolarli, di trasformare l'esperienza dolorosa dell'ospedalizzazione, in una situazione momentanea di crescita, fatta di ricordi anche positivi e da cui bambino e famiglia possono uscire vincitori. Ho così realizzato il progetto partendo dalle paure dei bambini, lavorando su un uso creativo del materiale ospedaliero e svolgendo infine due attività utilizzando i libri, per far emergere paure e sogni di ogni bambino; ho concretizzato le attività insieme ai piccoli pazienti, grazie agli stimoli che ricevevo ogni giorno da questo contesto e dalle figure che ne facevano parte. Ho imparato a cogliere l'attimo e ad essere flessibile nel mio operato. Al termine del percorso di tirocinio, ho potuto osservare i risultati del progetto. Ho riflettuto sull'esperienza svolta e sulle singole attività proposte ai piccoli pazienti: sono riuscita a stimolare i bambini instaurando con loro una relazione positiva e produttiva, abbiamo svolto attività creative e ludiche, in grado di stimolare il bambino ospedalizzato nella sua totalità. Sono riuscita a entrare in contatto con genitori e medici, osservando relazioni d'aiuto concrete e ottenendo l'obiettivo di lasciare delle tracce in ogni paziente pediatrico che ho potuto conoscere durante l'anno.

Ho acquisito competenze attraverso un'esperienza carica di emozioni, ostacoli e traguardi raggiunti: è stata soprattutto un'esperienza di vita!

7

ALLEGATI

Allegato N° 1

"Carta dei Diritti dei Bambini e della Bambine in Ospedale[56]"

"Uno dei diritti fondamentali, soprattutto nei bambini,
è il diritto alle migliori cure mediche possibili".
(U.N.E.S.C.O)

1. Un bambino o una bambina saranno ricoverati in ospedale solo se le cure di cui hanno bisogno non possono essere assicurate, con la stessa efficacia, a casa o in regime di day hospital.

2. Un bambino o una bambina ricoverati in ospedale avranno diritto alla vicinanza dei propri genitori o di altre persone amiche in ogni momento della giornata.

3. I genitori verranno accolti all'interno del reparto e saranno aiutati e incoraggiati a rimanervi. Essi saranno messi in condizioni di non dover affrontare spese aggiuntive o subire perdite economiche. Per partecipare alla cura del proprio

[56] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino", pag. 170; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano

figlio, i genitori saranno informati riguardo ai tempi e ai ritmi della vita del reparto e la loro attiva collaborazione sarà incoraggiata.

4. Bambini e genitori hanno diritto a ricevere informazioni in modo adeguato alle proprie conoscenze e capacità di comprensione. Il personale cercherà di minimizzare lo stress fisico ed emotivo conseguente al ricovero e alla lunga ospedalizzazione.

5. Bambini e genitori hanno diritto a partecipare consapevolmente alle decisioni sanitarie che li riguardano. Ad ogni bambino o bambina saranno evitate cure mediche ed esami superflui.

6. Un bambino o una bambina ricoverati saranno curati assieme ad altri bambini che hanno le stesse esigenze di crescita e sviluppo e non saranno inseriti in reparti per adulti. Non viene posto nessun limite all'età dei visitatori dei bambini ricoverati.

7. Un bambino o una bambina ricoverati avranno la possibilità di giocare, divertirsi e lavorare in maniera adeguata alla loro età e condizione medica. Avranno la possibilità di vivere in un ambiente pensato e attrezzato per le loro esigenze in questo senso.

8. Bambini o bambine saranno seguiti da uno staff adeguatamente preparato, in grado di affrontare i bisogni fisici, emotivi e di crescita dell'intero nucleo famigliare.

9. Continuità e costanza nelle cure sarà assicurata dall'equipe del reparto.

10. Bambini e bambine ricoverati, saranno trattati con tatto e comprensione: la loro privacy sarà rispettata in ogni momento

Tratto da:
"E.A.C.H. - European Association for Children in Hospital"
www.each-for-sick-children.org

Allegato N° 2

ABIO: Associazione per il Bambino in Ospedale[57]

L'ABIO è un'associazione di volontari nata nel 1978, con lo scopo principale di "umanizzare" l'ospedale, aiutando i bambini a sdrammatizzare il ricovero e la malattia. L'attività dei volontari è rivolta sia al bambino che ai suoi genitori.

Nei confronti del bambino, il volontario ABIO:

- Lo accoglie al momento del ricovero e facilita il suo inserimento in reparto
- Lo intrattiene durante la degenza con attività ricreative adatte alla sua età e situazione, valorizzando la sua parte sana.
- Lo assiste durante le visite ambulatoriali, intrattenendolo e distraendolo durante l'attesa.
- Collabora con il personale sanitario a prepararlo alle varie procedure terapeutiche cui verrà sottoposto, utilizzando appropriate tecniche psicologiche e materiali appositamente predisposti.
- Rende più accoglienti e allegri i reparti con decorazioni e accorgimenti adatti all'età infantile.
- Garantisce, accanto al bambino, una presenza rassicurante in assenza della mamma o di altri familiari.

Nei confronti dei genitori, il volontario ABIO:

- Contribuisce a sdrammatizzare la malattia del bambino, ascoltando i loro problemi e offrendosi come tramite in un ambiente sconosciuto
- Fornisce informazioni sul comportamento da tenere e le norme da rispettare nell'interesse di tutti.
- Li informa su servizi, supporti e agevolazioni di cui possono usufruire in ospedale.

[57] Giuliana Filippazzi: "Un Ospedale a Misura di Bambino", pag. 185; Ed. Franco Angeli; 2004, Milano

- Garantisce una presenza amica accanto al bambino, consentendo al genitore di assentarsi serenamente per provvedere ad altre incombenze.

Oltre a questo, ABIO collabora con la scuola dell'obbligo per informare correttamente i bambini sulla realtà ospedaliera, e si prefigge di sensibilizzare l'opinione pubblica e le autorità responsabili alle problematiche del bambino in ospedale, secondo quanto espresso dalla Carta di EACH (vedi allegato n.1).

Tratto da:
"ABIO – Associazione per il Bambino in Ospedale"
http://www.abio.org

8

BIBLIOGRAFIA

[1] BENINI E., 2004, *Bambini in pigiama,* Edizioni Magi, Roma

[2] CANEVARO A., 1995, *I bambini che si perdono nel bosco,* La Nuova Italia, Firenze

[3] CAPURSO M. (a cura di), 2001, *Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*, Edizioni Erikson, Trento

[4] CAPURSO M., TRAPPA M., 2005, *La casa delle punture. La paura dell'ospedale nell'immaginario del bambino,* Edizioni Magi, Roma

[5] CAPURSO M., 2004, *Relazioni educative e apprendimento,*Edizioni Erikson, Trento

[6] CAPURSO M., DI CASTELBIANCO F.B., DI RENZO M., 2007, *Ti racconto il mio ospedale – Esprimere e comprendere il vissuto di malattia,* Edizioni Magi, Roma

[7] CAVIEZEL-HIDBER, 2000, *Prevenire il trauma del ricovero. L'incontro del bambino con l'ospedale,* Franco Angeli, Milano

[8] FILIPPAZZI G., 2004, *Un ospedale a misura di bambino. Esperienze e proposte,* Franco Angeli, Milano

[9] FREUD S., 2002, *Progetto di una psicologia e altri scritti 1892-1899,* Bollati Boringhieri, Torino

[10] KANIZSA S., DOSSO B., 1994, *L'ascolto del malato,* Edizioni Angelo Guerini, Milano

[11] KANIZSA S., 2013, *La paura del lupo cattivo,* Raffaello Cortina Editore, Milano

[12] KANIZSA S., LUCIANO E., 2006, *La scuola in ospedale,* Carocci, Roma

[13] LOIODICE I., 2002, *Bambini in ospedale. Tra cura e formazione,* Mario Adda Editore, Bari

[14] LUCIANI R., 2002, *Che ci faccio in ospedale?,* Giunti progetti educativi, Firenze

[15] MANTEGAZZA R., (a cura di), 2005, *Im…pazienti di crescere. I bambini in ospedale: ricerche e riflessioni,* Franco Angeli, Milano

[16] NIGRIS E., 2003, *Didattica Generale. Quali metodologie per quale apprendimento?,* Guerini Scientifica, Milano

[17] PETRILLO M., RANGER S., 1993, *Assistenza psicologica del bambino ospedalizzato,* Casa Editrice Ambrosiana, Milano

[18] RICCI GIOVANNI F., (a cura di), 2003, *Dal "curare" al "prendersi cura". Bisogni e servizi educativi per un bambino ospedalizzato,* Armando Editore, Roma

[19] Bambini in Ospedale - http://www.psicolab.net/
[20] Bambino e Malattia - http://www.venturinipsicologa.it/
[21] Come vive la malattia - http://www.gliaquiloni.it/
[22] E.A.C.H. - htto://www.each-for-sick-children.org
[23] A Scuola con Coriandolino - http://www.coriandolino.it
[24] ABIO - http://www.abio.it/
[25] AGESO - http://www.giocoestudio.it/
[26] Ospedale Niguarda - http://www.ospedaleniguarda.it
[27] Progetto Pupazzi - http://www.ospedaledeipupazzitorino.it

9

INDICE ALLEGATI ESTERNI

- Il libro dei sogni
- Raccolta delle paure dei piccoli pazienti
- La siringa è il mio pennello
- Burattini con gli alzalingua

10

RINGRAZIAMENTI

Terminata la scrittura della tesi, voglio dedicare uno spazio a ciò che desideravo scrivere sin dall'inizio: un ringraziamento a tutte le persone che in questi anni mi sono state accanto.

L'esperienza universitaria ha arricchito la mia persona e la mia formazione, ma non è stato facile raggiungere questo obiettivo a cui tenevo fortemente. Infinite giornate trascorse in biblioteca a leggere, poi riassumere e infine ripetere i programmi d'esame, esami che sembravano non terminare mai! Ci sono stati tanti momenti di smarrimento e di debolezza, in cui gestire le mie emozioni risultava talmente impossibile dal voler rinunciare a tutto questo. Per questo ritengo fondamentale ringraziare tutte le persone che mi hanno dato la forza di arrivare alla fine. Il primo pensiero va alla mia famiglia: ai miei genitori, che mi hanno dato la possibilità di proseguire gli studi, sostenendomi economicamente e moralmente. Mi hanno sempre incoraggiato durante gli esami e nei momenti di difficoltà, stando al mio fianco e sopportando ogni mio malumore. Un grazie speciale a mia Mamma, che mi ha trasmesso la passione per i bambini e che con taciturna dolcezza mi ha stimolato a intraprendere questo percorso. A mio Padre, che in modo silenzioso mi ha trasmesso la sua presenza costante e la sua gioia nel vedere i miei risultati. Ingrid, sorella maggiore e amica, con cui sono cresciuta e grazie alla quale ho imparato a migliorare e comprendere le priorità della vita, diventando ogni giorno sempre più preziosa per me. Le auguro tanta felicità perché ne ha bisogno. Mille volte

grazie a Jacopo, il mio "fratellino" anche se più grande di me, mi ha sempre spronato ad andare avanti, con sensibilità e comprensione, aiutandomi a maturare senza dipendere da lui in tutto. Sono felice che abbia trovato la sua strada, anche se lontano da me per ora mancandomi terribilmente, e gli auguro di proseguire al meglio perché se lo merita davvero! Un grazie enorme alla mia Famiglia per tutte quelle volte che presa dai libri, dagli esami e da questa tesi, mi hanno incoraggiato e sopportato con quell'aiuto tacito e esplicito che è venuto dal loro cuore.

Ringrazio la Prof.ssa Silvia Kanizsa, relatrice, per la fiducia e la disponibilità dimostrata nei miei confronti, per la rilettura critica dei capitoli di tesi e per avermi permesso di concludere questo percorso. Un ringraziamento va inoltre alla correlatrice, Prof.ssa Stefania Bussini, per avermi guidato con i suoi suggerimenti e con la sua presenza costante verso la definizione di un progetto concreto. Un grazie speciale è per Elisabetta Turano (Betty), insegnante a Niguarda e tutor, nonché splendida persona che ho avuto la fortuna di incontrare. Mi è stata accanto durante tutto il periodo di tirocinio e ancora oggi, con incoraggiamenti e consigli, accompagnati da una sensibilità particolare. In Lei ho trovato una guida, un modello da seguire, una confidente e un'amica: se non fosse stato per lei questo lavoro non sarebbe mai esistito! Ringrazio anche Marisa, collega di Betty, che mi ha sostenuto durante le attività con i bambini ospedalizzati, con estrema dolcezza e sensibilità. Ringrazio tutti i piccoli pazienti dell'Ospedale Niguarda e le loro famiglie, che mi hanno insegnato a sorridere e a cercare la forza anche nei momenti di dolore: ognuno di loro mi ha lasciato un ricordo che porterò sempre nel cuore.

Un immenso grazie a Fulvio, il mio fidanzato, che con estrema pazienza ha sopportato i miei sbalzi d'umore, le mie ansie, le mie paranoie e i miei sfoghi durante gli esami e in questo periodo difficile. La sua presenza costante mi aiuta a crescere e rafforzarmi di giorno in giorno: lui rappresenta un punto di riferimento che non smetterò mai di ringraziare perchè ha creduto in me e nelle mie capacità completamente. Grazie per la capacità che ha di farmi sorridere in ogni momento, di essere maledettamente simpatico e divertente, di portare buon umore, di essere mio complice, di comprendermi e amarmi incondizionatamente. Se ho raggiunto questo traguardo lo devo anche alla sua continua presenza, alla sua grinta, alla sua maturità, alla sua dolcezza, ai suoi abbracci, che mi

hanno fatto capire che potevo farcela, incoraggiandomi a non mollare mai!

Sento necessario ringraziare tutte le Amiche, soprattutto quelle che in questo ultimo difficile periodo mi sono state accanto, anche semplicemente con la loro presenza fisica, dimostrandosi persone su cui ho potuto, posso e potrò sempre contare. Un pensiero particolare va alla Simi, nuova amica e Regina del Ghetto, che mi ha spronato in quest'ultimo anno a non cedere ad ansie e debolezze durante lo studio, gli esami, ma soprattutto durante i momenti tristi che mi hanno accompagnato. Con la sua forza è riuscita a darmi carica, a farmi reagire sostenendomi quotidianamente. Spero di continuare ad avere con lei quella complicità unica che ha caratterizzato la nostra amicizia. Ringrazio Fra, compagna di pianti e di ansie pre-esame, che con dolcezza mi ha tirato su ogni volta. Ringrazio Mary, con cui ho passato serate intere in biblioteca a farci compagnia sui libri. Un pensiero speciale va a tutte le nuove amicizie trovate proprio grazie alla biblioteca: Chiara, Isa, Ale, Fede, Ste, Marta, e molti altri ancora. Ringrazio la mia piccola Sari, che mi ha permesso di incontrare una persona speciale ed è sempre presente nei momenti di sfogo. Grazie a Federica, compagna di università e amica preziosa, con cui ho iniziato e sto per concludere quest'avventura: senza di Lei forse non avrei avuto la forza per sostenere gli ultimissimi esami. Un grazie alla Tony, che è riuscita a laurearsi prima di me, ma mi è stata accanto per tutti gli anni universitari: compagna di studio, di angosce, di arrabbiature, ma anche di coraggio! Ringrazio inoltre tutte le compagne conosciute durante questo percorso, che mi hanno stimolato a non arrendermi mai, con le quali ho scambiato qualche pensiero, sfogo, idea e risata all'interno dell'Università. Ringrazio di cuore la mia più cara amica Ersy, compagna di Liceo e sorellina, amica preziosa e irripetibile. Un grazie va anche alla Mary, amica d'infanzia, con cui sono cresciuta e continuo a farlo, grazie per la sua discreta presenza che col trascorrere del tempo si è rivelata sempre più importante.

Rimarranno indelebili nella memoria questi anni, le esperienze di tirocinio che mi hanno formato maggiormente e tutte le persone che in un modo o nell'altro hanno contribuito alla realizzazione di questo traguardo!

Grazie di Cuore a tutti Voi.

Tu Sei il Vincitore

"... che sai custodire smeraldi di vita
nei giorni più spenti
e regali rubini ai mendicanti d'amore.
Tu vedi sbocciare verdi risvegli
su selve ombrose di gioie un po' acerbe,
e sorvoli valanghe di giorni spietati,
di notti rase in un buio accigliato
che sembra infinito
ma così non è.
Tu, avventato, sai inseguire
i voli mai decollati
e sai dissetare chi ancor piange
per l'empietà di deserti che vede senza oasi.
Tu sei l'eletto e il risveglio,
la realtà e il sogno,
il cielo e il mare,
il sole
la vita
la libertà"

Elisabetta Turano