

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>RINGRAZIAMENTI</b> .....   | 3  |
| <b>PREMESSA</b> .....   | 4  |
| <b>INTRODUZIONE</b> .....   | 5  |
| <br>  |    |
| <b>CAPITOLO 1</b>   |    |
| <b>Breve cenno storico</b>  |    |
| 1.1- Il sorriso: un fenomeno culturale .....  | 8  |
| 1.2- Un'emozione che ha inizio con la vita .....  | 10 |
| <br>  |    |
| <b>CAPITOLO 2</b>   |    |
| <b>Cosa succede al nostro organismo durante un sorriso?</b>                                     |    |
| 2.1- L'origine del sorriso a livello anatomo-fisiologico.....                                   | 13 |
| 2.2- I cambiamenti che incontra il nostro organismo .....                                       | 17 |
| <br>  |    |
| <b>CAPITOLO 3</b>   |    |
| <b>La Clown-Terapia: una medicina alternativa</b>   |    |
| 3.1- La nascita e l'evoluzione della clown-terapia.....   | 20 |
| 3.2- Il Clown-Dottore: un professionista serio.....   | 23 |
| 3.3- L'organizzazione dei “ nasi rossi “ all'interno<br>di un reparto di degenza sanitario..... | 25 |
| 3.4- Le principali Associazioni che svolgono questa<br>attività in Italia.....                  | 28 |

## **CAPITOLO 4**

### **Un personaggio semplicemente coinvolgente!**

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 4.1- Patch Adams .....                | 32 |
| 4.2- Il “ Gesundheit Istitute “ ..... | 35 |

## **CAPITOLO 5**

### **L'infermiere clown: una vera utopia**

|  |    |
|--|----|
| 5.1- Ruolo della figura infermieristica in un reparto di<br>degenza sanitario in relazione alla qualità di vita..... | 40 |
| 5.2- La relazione di aiuto che l'infermiere può attuare<br>con il sorriso.....                                       | 48 |
| 5.3- Il “ Naso Rosso “ : un accessorio non indispensabile.....   | 54 |

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| <b>CONCLUSIONI.....</b> | <b>62</b> |
|-------------------------|-----------|

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| <b>TABELLE.....</b> | <b>65</b> |
|---------------------|-----------|

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b> | <b>69</b> |
|--------------------------|-----------|

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| <b>SITOGRAFIA .....</b> | <b>71</b> |
|-------------------------|-----------|

## **ALLEGATI**

## **Ringraziamenti**

Durante la stesura della mia tesi ho avuto l'opportunità di fare una piccola esperienza a fianco di clown-dottori, facenti parte del Progetto "M'illumino d'immenso", a cura dell'Associazione Castellinaria di Prato (Fi), che vorrei ringraziare per la disponibilità dimostratami.

Un ringraziamento particolare va al Dott. Ferdinando Paternostro per il grande interesse dimostrato riguardo all'argomento scelto, per il sostegno morale e per la fiducia accordatami sin dalla prima stretta di mano.

Vorrei, inoltre, ringraziare tutti coloro che mi hanno voltato le spalle e chiuso porte in faccia perché, così facendo, hanno reso il mio percorso molto più bello ed emozionante da interpretare, anche se più difficile da intraprendere.

Un grazie di cuore, invece, a tutte le persone che mi hanno accompagnato nel mio percorso formativo.

Grazie per averci sempre creduto, per avermi sempre sostenuto, per esserci stati nei momenti "migliori" e nei momenti "peggiori".

Grazie per avermi dato la forza di diventare quella che sono.

## **PREMESSA**

Le strutture sanitarie, da sempre, vengono percepite, dalle persone che vi affluiscono, come sistemi in cui regna dolore e sofferenza.

Così viene percepita sia dalle persone bisognose di cure sia dagli operatori sanitari, che si adagiano ad avere atteggiamenti austeri e distaccati.

Così facendo riescono a trovare il modo per non essere travolti dalle molteplici situazioni che si trovano ad affrontare di giorno in giorno, convincendosi, così, di arginare il problema burn-out e di attuare la loro professionalità in un modo più consono.

Questo offre non solo un servizio sanitario scadente per i degenti, ma dà l'opportunità di rimanere ai margini di quelle che possono essere le competenze infermieristiche.

La perdita di obiettivi infermieristici rilevanti, come l'utilizzazione di modelli concettuali idonei per il mantenimento di una qualità di vita dignitosa, porta l'infermiere ad avere un atteggiamento troppo distaccato nei confronti dell'utente.

Ciò comporta una deludente esperienza sanitaria sia per il degente sia per l'operatore sanitario.

## INTRODUZIONE

Il sorriso è uno di quei meccanismi fisiologici innati che fanno parte della nostra vita e che, sovente, ci dimentichiamo come facenti parte di noi.

Il contatto quotidiano con la sofferenza, però, fa riscoprire una forza irrefrenabile e inspiegabile che ci spinge a ricercare quegli elementi, all'interno di noi stessi, che possano favorire il benessere.

Molto spesso non è semplice trovare aperture verso sensazioni ed emozioni che ci possano portare, almeno per un po' di tempo, lontano dalla nostra sofferenza, qualunque essa sia.

Forse può sembrare sin troppo semplice e riduttivo il ricondurre il tutto allo sfociare di un semplice sorriso.

L'atteggiamento positivo può condurre a un sollievo fisico, psichico e sociale, indispensabili per alleviare la sofferenza e migliorare la qualità di vita individuale.

La professione infermieristica persegue la migliore qualità di vita possibile, soprattutto di persone ospedalizzate.

Infatti, sia nel Codice Deontologico<sup>1</sup> dell'infermiere che nel Patto Infermiere Cittadino<sup>2</sup> si legge che il professionista si impegna in tal senso.

Ma troppo spesso, specialmente nei reparti affollati, ci si dimentica di tali propositi o si è costretti a metterli da parte a

---

1 Codice Deontologico approvato dal Comitato Centrale della Federazione IPAVSI (1999) rif. 1.3 -2.1 -2.2

2 Patto Infermiere Cittadino 1996

causa di svariate ragioni, come ad esempio garantire un turno che è rimasto scoperto, provvedere al rifornimento di farmaci o altro materiale sanitario, gestire situazioni di emergenza e/o di urgenza.

Insomma molti sono i casi in cui l'infermiere non può stare vicino al paziente come dovrebbe, per espletare la sua professione.

Con la nascita di Associazioni, volte a effettuare interventi di Clown-Terapia, parte delle tensioni e ansie che si sviluppavano nei reparti, sia nei degenti sia negli operatori sanitari, è diminuita.

La vista di personale qualificato, che sa unire le capacità del teatro da strada con il saper ridere di se stessi, porta una scia di allegria che per un attimo ci fa scordare di essere sofferenti, preoccupati, ansiosi, intolleranti e impazienti.

Ciò riguarda sia i pazienti, che con la presenza di questi personaggi riescono spesso a incanalare sensazioni negative trasformandole in positive, sia il personale sanitario, specie infermieristico, che considera questi interventi importanti, talvolta fondamentali, mediazioni che supportano altre terapie.

E' giusto allora tralasciare un intervento di così rilevante importanza? Non sarebbe più "terapeutico" per la persona assistita poter convertire le emozioni negative in positive con colui che provvederà al suo piano di assistenza?

Tempo addietro le Associazioni di Clown-Dottori presenziavano solo in reparti di Pediatria, oggi il campo di

intervento si è ampliato anche a degenti più adulti.

Sorridere e far sorridere può dunque diventare un intervento assistenziale che promuove il miglioramento della qualità di vita del soggetto e del suo benessere psichico, fisico e sociale.

## **CAPITOLO 1**

### **Breve cenno storico**

#### **1.1- Il sorriso: un fenomeno culturale**

L'uomo, sin dalla preistoria, usava i muscoli mimici, i gesti e le posture per interagire, evolvere e completare le relazioni con i suoi simili. Ma anche il sorriso subisce un processo di evoluzione. Le espressioni mimiche e i gesti si modificano, diventando sempre più affinate. Si trasformano in secondarie, alternative rispetto alla parola, poiché tutto ciò che non può essere espresso con gesti e mimi viene sostituito con il linguaggio.

Possiamo allora definire il sorriso un fenomeno culturale e sociale dinamico, che ci ha aiutato a delineare la nostra storia, il percorso della nostra società, dalle credenze popolari agli studi scientifici. I nostri antenati ci hanno tramandato, di secolo in secolo, la loro cultura, che col passare degli anni è arrivata a generare individui stereotipati verso tutte quelle situazioni della vita che possono far nascere un sorriso.

Nel medioevo il sorriso era qualcosa da cui sfuggire: si riteneva, infatti, che fosse in grado di risvegliare le passioni e annebbiare la ragione. A dare forza a queste credenze ci pensavano, solo per citarne alcune, le interpretazioni apocrife dei Vangeli, secondo le quali Gesù, durante la sua vita terrena, non avrebbe mai sorriso<sup>3</sup>. Nelle Sacre Scritture, inoltre, si

---

<sup>3</sup> "I riti, il tempo, il riso. Cinque saggi di storia medievale" J. Le Goff, Ed. Laterza 2003-  
Rif. Pag. 161

sostiene che saranno “Beati coloro che piangono, perché rideranno nel Regno dei cieli...”.

I Monaci dell'epoca, considerati “vicini alla divinità” tenevano fede a questo modello, trascorrendo tutta la vita nel silenzio più assoluto. Il silenzio era indice di vicinanza a Dio ma, soprattutto, di controllo sul proprio corpo, in modo da non rendere manifeste emozioni come, ad esempio, il sorriso.

E' noto che le persone che in quell'epoca erano di “risata facile” venivano allontanate dalla comunità, perché ritenute diaboliche, o in preda a pazzia, comunque non degne di restare membri di quel contesto sociale.

Con la nascita di figure, come lo sciamano e il giullare, possiamo affermare che il sorriso inizia ad avere un significato diverso. A loro, infatti, veniva permesso di prendersi gioco della realtà e di far sbocciare sui volti degli ascoltatori sorrisi e risate, senza per questo apparire pazzi. Ricordiamo la storia del famoso “Gobbo di Notre Dame”, un brutto e goffo signore a cui viene affidato il potere per un giorno.

Nel corso dei secoli, soprattutto durante l'epoca del Romanticismo, il sorriso diviene un mezzo per manifestare le emozioni.

L'interesse per questa terapeutica emozione, però, avviene all'inizio del '900, quando nascono le prime scienze umanistiche e sociali che centrano la loro attenzione sull'uomo e su tutto ciò che lo caratterizza. Basti ricordare che Sigmund Freud, con le sue sconvolgenti scoperte psicoanalitiche, fa dei

motti di spirito cosa tanto rilevante da dedicarci un libro<sup>4</sup>.

Dagli inizi degli anni '60 le virtù terapeutiche della risata iniziano a essere studiate in modo sistematico.

Nell'epoca odierna essere sorridenti o far sorridere può innescare meccanismi limitanti di chiusura verso gli altri, conducendoci verso situazioni non costruttive.

La sofferenza, il dolore, le corsie di un ospedale, la paura di morire innescano in noi meccanismi di ansia, pianto, rabbia, angoscia di morte imminente.

Queste condizioni, profondamente condivise da tutti, sono limitanti per la qualità di vita individuale e accompagnano la persona verso la solitudine.

## **1.2- Un'emozione che inizia con la vita**

Molte ricerche hanno dimostrato che con il sorriso il bambino intraprende il suo tentativo di interazione con il mondo esterno.

Si distinguono due tipi di sorriso nello sviluppo sociale del bambino. Il primo è il sorriso "innato" che è, insieme al pianto, la risposta emotiva che permette al neonato, sin dalle prime settimane di vita, di interagire con l'ambiente circostante.

Si sviluppa, così, il rapporto con chi si prende cura di lui,

---

<sup>4</sup> "Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio", Sigmund Freud, Ed Boringhieri S.p.a. Torino, 1980

con la madre da cui riesce, in questo modo, a ottenere ciò che desidera.

Il “sorriso” e il “pianto” sono entrambi meccanismi che consentono al bimbo di convogliare le attenzioni della madre su di sé per raggiungere sia il soddisfacimento dei suoi bisogni primari sia l'oggetto “primo” dei suoi desideri: il seno materno.

Si può osservare che, nel periodo che va dalla terza alla sesta settimana di vita, toni di voce elevati provocano in lui il sorriso come risposta riflessa.

Dalla sesta settimana in poi il sorriso è evocato alla visione di specifici tratti del volto umano, in primo luogo occhi e bocca che sorridono.

Solo successivamente il neonato svilupperà la capacità di distinguere, in forma completa, un volto umano e di reagire ad esso.

Il sorriso “sociale”, invece, inizia a svilupparsi nei quattro-cinque mesi dopo la nascita, cioè quando il neonato avrà sviluppato le proprie capacità fisiologiche, tanto da renderlo in grado di discriminare i volti familiari (in particolare quello della madre) dai volti sconosciuti, in modo sempre più netto e distinto.

Con la comparsa del sorriso “sociale”, ovvero intenzionale, provocato alla vista di persone che evocano in lui piacere, il neonato si avvierà verso quel processo, definito “attaccamento”, che lo condurrà ad ulteriori fasi dello sviluppo.

Il sorriso, dunque, pur avendo una base anatomo-

fisiologica ancestrale, evolve anche grazie al nostro interesse e alla nostra motivazione per il mondo esterno.

Con il sorriso, infatti, iniziamo il nostro percorso di interazione sociale che ci permetterà di rendere più gratificanti e piacevoli i momenti con le persone con cui interagiamo, creando un ambiente stimolante e accogliente.

Sarà con noi in tutti quei processi di socializzazione pre-scolare e scolare che ci aiuteranno a diventare adulti.

## **CAPITOLO 2**

### **Cosa succede al nostro organismo durante un sorriso?**

#### **2.1- L'origine del sorriso a livello anatomo-fisiologico**

Il sorriso viene definito come “meccanismo fisiologico innato”, cioè è proprio del nostro essere sin dalla nascita e si sviluppa insieme con noi, diventando parte integrante della personalità.

Il sorriso è un'emozione e, come tale, scatena risposte visibili nel nostro organismo: si estrinseca grazie alla contrazione dei muscoli mimici, che si intrecciano con le fibre della fascia superficiale del derma, determinandone, con la contrazione, il conseguente movimento.

Le espressioni emozionali si definiscono come segnali facciali rapidi e sono il risultato dei movimenti della pelle del viso e del tessuto connettivo in concomitanza con una contrazione di uno o più dei 44 muscoli bilaterali simmetrici che costituiscono i muscoli mimici o facciali.

Questi muscoli striati si suddividono in due gruppi principali. Il primo gruppo formato da quattro elementi innervati dal nervo trigemino sono inseriti e muovono la struttura scheletrica della mandibola durante la masticazione. L'altro gruppo è formato dai 40 muscoli rimasti e innervati dal nervo facciale. Essi non operano direttamente muovendo le strutture dello scheletro, ma piuttosto combinano i tratti facciali in configurazioni significative.

I primi a subire alterazioni sono i muscoli mimici che con la loro azione determinano cambiamenti dell'espressione facciale. Essi, nell'essere umano, sono situati quasi esclusivamente nel cranio.

Si ricordano infatti:

- **ORBICOLARE DELL'OCCHIO:** muscolo sottile e appiattito formato da fasci che costituiscono un anello ellittico intorno alla rima palpebrale che comprende una parte palpebrale e orbicolare. La parte palpebrale serve ad avvicinare le palpebre e a chiudere a rima palpebrale. La parte orbicolare porta alla chiusura forzata delle palpebre ed è molto più spessa. Le due metà (inferiore e superiore) si contraggono. Se la metà superiore si contrae, il sopracciglio si abbassa, creando un'espressione di riflessione. Se la metà inferiore si contrae, rende più marcato il solco che separa questa dalla guancia dando un'espressione di felicità.
- **CORRUGATORE DEL SOPRACCIGLIO:** muscolo di dimensioni ridotte, situato sotto l'orbicolare dell'occhio e del frontale. Sorge dall'arcata sopraccigliare. Serve a ravvicinare le sopracciglia e a innalzarle creando un'espressione di dolore.
- **MUSCOLO FRONTALE:** eleva le sopracciglia.
- **MUSCOLO DILATATORE DELLE NARICI:** muscolo piccolo e pallido, triangolare, che serve per fiutare, inspirare e crea un'espressione d'ira.

- MUSCOLO ZIGOMATICO: prende origine dall'osso zigomatico, porta in alto, lateralmente e indietro la commessura della bocca, dando un'espressione allegra, così la guancia sporge in avanti, determinando le rughe all'occhio e permettendo un sorriso molto accentuato.
- MUSCOLO QUADRATO DEL LABBRO SUPERIORE: è situato fra il muscolo zigomatico e la faccia laterale del naso. E' composto da tre parti: zigomatico, sottorbicolare e angolare. Lo zigomatico nasce dall'osso zigomatico e si inserisce alla pelle del labbro superiore. Il sottorbitale nasce dal sottorbitale e si inserisce nella cute del labbro inferiore. Il quadrato del labbro superiore porta in alto e lateralmente il labbro superiore e dilata le narici, creando un'espressione di disgusto.
- MUSCOLO RISORIO: muscolo appiattito e triangolare che sorge presso la mandibola e s'inserisce nella commessura delle labbra. Tale muscolo porta la commessura delle labbra indietro e lateralmente, creando, così, un'espressione di riso forzato.
- MUSCOLO TRIANGOLARE: questo è situato al di sotto della commessura delle labbra. Sorge dalla mandibola e s'inserisce nell'orbicolare della bocca. Determina, portando in basso la commessura delle labbra, un'espressione di tristezza.
- MUSCOLO QUADRATO DEL LABBRO INFERIORE: situato medialmente al muscolo triangolo, prende origine

dalla mandibola e s'inserisce nel labbro inferiore. Questo muscolo porta in basso il labbro inferiore e, quando si contrae, si porta in avanti generando l'espressione del disgusto.

- **MUSCOLO MENTALE:** risiede nel mento ed è a forma conica. S'inserisce nel mento e sollevando la cute dello stesso, produce delle pieghe, dando l'espressione del broncio.
- **MUSCOLO ORBICOLARE DELLA BOCCA:** è un muscolo impari, costituito dalle fibre dei muscoli cutanei che convergono verso le labbra e può essere distinto in due parti: centrale e periferica. Questo muscolo ha la facoltà di restringere e chiudere la rima buccale creando una protrusione delle labbra, come nel fischiare o nello schiacciare baci.

Il nervo facciale è principalmente motorio, infatti regola la motilità di metà faccia. Inoltre ha altre funzioni secondarie, quali il controllo della lacrimazione e di parte della salivazione.

Oltre a questo, attraverso il nervo facciale, raggiungono il sistema nervoso centrale, le sensazioni gustative dei 2/3 anteriori della lingua.

Dal punto di vista anatomico il nervo è composto da circa 7000 fibre nervose e ha un decorso molto complesso, che lo porta dal tronco dell'encefalo fino ai muscoli del volto. Tale

può codificare e interpretare le emozioni che vi arrivano: il sistema limbico, un insieme di strutture corticali volte a dirigere vari centri funzionali. L'impulso del riso ha inizio dal talamo e dai nuclei lenticolari e caudali del cervello che lo propagano ai nervi facciali i quali stimolano, a loro volta, i muscoli risorio e zigomatico.

Più l'impulso del riso è forte e più arriva lontano, fino al diaframma e ai muscoli dell'addome.

Nel momento in cui la risata cessa, l'individuo si troverà in una sensazione di benefico rilassamento che lo porta ad avere cambiamenti nel suo organismo e nel suo stato mentale.

## **2.2- I cambiamenti che incontra il nostro organismo durante un sorriso.**

Durante il sorriso non avvengono solo contrazioni dei muscoli mimici, parte della muscolatura toracica, insieme a quella degli arti superiori, si contrae e si rilassa alternativamente realizzando una "ginnastica addominale" che tonifica le pareti dei quadranti addominali in modo da avere un effetto benefico sulla prevenzione della stipsi.

La risata incrementa la secrezione di ormoni, adrenalina, dopamina, endorfine, encefaline, catecolamine.

Le encefaline intervengono sul sistema immunitario, pare con effetto benefico.

Il rilascio di catecolamine migliora sia il micro che il macro circolo, produce un effetto rilassante sulla muscolatura liscia dell'apparato respiratorio e digerente, provoca un abbassamento del glicogeno e un innalzamento di ormoni, quali insulina e glucagone.

La secrezione del cortisolo diminuisce durante una risata e questo contribuisce alla non formazione di placche aterosclerotiche.

Quando avviene la risata, lo scambio tra anidride carbonica e ossigeno, a livello degli alveoli polmonari, ci permette di avere una respirazione più profonda, incrementando la perfusione e l'ossigenazione di organi e tessuti.

Tutto questo contribuisce ad accelerare la rigenerazione cellulare e a mantenere l'omeostasi.

Gli effetti benefici del sorriso si possono osservare anche nel contrastare stati di stress che portano a indebolimento fisico e mentale: diminuisce infatti l'ormone dello stress.<sup>5</sup>

Alcuni scienziati americani hanno dimostrato il potere terapeutico della risata.

William F. Fry<sup>6</sup> della Stanford University ha dimostrato che la risata incrementa l'apporto di ossigeno ai polmoni,

---

5 CORTISOLO:ormone prodotto dalle cellule del surrene in risposta all' ormone ipofisari ACTH (Adreno Cortico Tropic Hormone )

6 " Humor and wellness in Clinical Intervention" Waleed A.Salameh-William F. Fry-William F. Fry jr Ed.Greenwood Press-Westport CT-United States 2001

aumentando la resistenza cardio polmonare e rilassando sia la muscolatura scheletrica sia quella liscia dei visceri.

Secondo William Fry la risata aiuta ad avere un miglioramento a livello circolatorio e favorisce il riposo notturno.

Lee S. Berk<sup>7</sup> dell'Università di Loma Linda in California, attraverso i suoi studi, è arrivato a dimostrare che il sorriso aumenta il livello delle globuline A nella mucosa respiratoria con conseguente rinforzo del sistema immunitario e portando, a chi soffre di patologie come asma e bronchiti, un notevole sollievo.

Il sorriso e il divertimento portano anche a migliorare uno di quei parametri vitali che può condizionare la nostra qualità di vita: il dolore.

Quest'ultimo, infatti, durante la risata, diminuisce in modo progressivo, in quanto si riesce a ottimizzare le risorse della persona attraverso la distrazione e a condurla a uno stato di benessere temporaneo o durevole nel tempo.

---

<sup>7</sup> Ricercatore universitario che ha presentato nel Convegno " Experimental Biology 2006" a San Francisco un articolo sul suo gruppo di ricerca. In questo studio sono stati monitorati soggetti prima, durante e dopo la proiezione di un film comico ed è stato riscontrato un aumento di beta-endorfine e dell'ormone della crescita nel circolo sanguigno dopo e durante la visione del film.

## **CAPITOLO 3**

### **La Clown-Terapia: una medicina alternativa**

#### **3.1 - La nascita e l'evoluzione della CLOWN-TERAPIA**

Con il termine “Clown-terapia” viene definita una “terapia medica alternativa” che applica un insieme di tecniche derivate dal circo e dai teatri di strada, adattandole a contesti disagiati sociali e/o fisici come ospedali, case di riposo, centri di accoglienza, centri diurni, case famiglia...

La figura del clown è legata alla storia e al mondo circense che, a sua volta, ha origini molto più antiche. Tali radici si possono ritrovare in tutti quei personaggi che nella loro vita hanno avuto l'arduo compito di far ridere, esorcizzando la realtà contemporanea.

Ricordiamo, a questo proposito, la figura del giullare e dello sciamano.

Durante i primi anni del 1980 un clown professionista di nome Michael Christensen, che lavorava presso il “BIG APPLE CIRCUS”, decise di entrare in un reparto pediatrico di New York per portarci il suo sorriso e la sua fantasia.

Che qualcuno “osasse” entrare in un reparto di ospedale, per offrire le proprie capacità professionali creative e teatrali, per cercare di alleviare la sofferenza, non era cosa ben vista, specie dal personale medico, in quel periodo concentrato a comprendere le cause delle varie patologie che insorgevano in

quei corpi in cui "l'essere persona" si spegneva nel momento in cui si distendevano su di un letto in ospedale.

Michael Christensen, insieme a Paul Birder, riuscì a fondare, nel 1986, "The Clown Care Unit".

Questa fondazione opera, ancora oggi, senza scopo di lucro, e si è estesa non solo a New York, ma anche a Seattle, Atlanta, Bostun, Baltimora, Chicago, Miami, New Haven e Washington.

Ad oggi, solo a New York ,opera in ben 7 ospedali, grazie al lavoro di 35 Dottori Clown.

Il noto Dottor Adams, in California, intraprende la strada del travestimento e della risata, dell'amicizia e dell'amore verso il prossimo, sin dalle sue prime esperienze universitarie, sviluppando il progetto di costruire una vera e propria casa, attiva ancora oggi, in cui vengono offerte, oltre alle cure, anche amicizia, ascolto, amore: il Gesundheit Istitute.

Nella metà degli anni '80, l'Università della California conferisce al giornalista scientifico Norman Cousins<sup>8</sup> la laurea ad HONORIS CAUSA.

La sua storia è conosciuta in tutto il mondo, in quanto guarisce miracolosamente dalla spondilite anchilosante.

Quest'ultima è una malattia reumatica molto dolorosa e deturpante dalla quale il Signor Cousins riesce a guarire con l'impiego di massicce dosi di vitamina C e con sane e grasse risate.

---

<sup>8</sup> "La volontà di guarire" Norman Cousins, Ed. Armando-Roma, 1980

Nasce così una nuova area di ricerca, una disciplina che si dedica allo studio del buon umore e del pensiero positivo in funzione terapeutica: la Gelotologia.

Il termine “Gelotologia” nasce dal greco Ghelos, che significa RISO, e da Logos che significa SCIENZA: “ Scienza del sorriso”. Questa disciplina si dedica allo studio sistematico del riso, del buon umore e del pensiero positivo.

Essa getta le sue basi sulla PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA (P.N.E.I), che sostiene la tesi dell'influenza degli stati mentali e delle emozioni sul Sistema Immunitario. Questo rapporto, però, non è univoco, bensì circolare.

L'interazione che avviene tra lo stato fisico e lo stato mentale fanno tramontare tutte le ipotesi organicistiche, con le quali si attribuisce ai fattori fisici l'insorgenza di una malattia e le ipotesi psicosomatiche che privilegiano la componente psicologica.

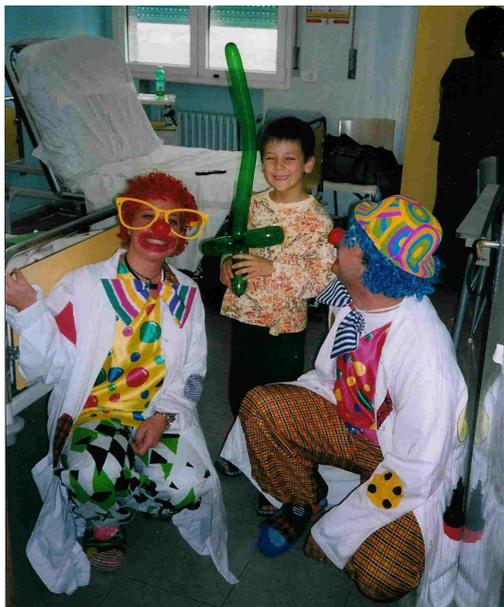
Come abbiamo accennato, le “emozioni” agiscono direttamente sul Sistema Immunitario, tramite canali neuroendocrini, e, viceversa, il Sistema Immunitario riflette il suo stato sulle emozioni.

Molte ricerche hanno dimostrato che stati negativi dell'organismo umano come stress, rabbia, tristezza, paura, dolore, conducono, se persistono per un lungo periodo, all'insorgenza di malattie.

La P.N.E.I postula che psiche, corpo e anima sono

inscindibili ed essi rappresentano quella che viene chiamata la visione olistica dell'uomo; il buon umore, il pensiero positivo, il sorriso possono incidere in modo inequivocabile sul percorso della malattia e del disagio in maniera positiva, cambiando, talvolta, anche il decorso della malattia.

### **3.2 - Il clown-dottore: un professionista serio**



**Dr. Clown - Rimini**

La figura del clown-dottore può rientrare in quella che viene definita “figura professionale socio-sanitaria” che applica le conoscenze della Gelotologia e della Psiconeuroendocrinoimmunologia in contesti disagiati.

Egli applica la sua professionalità in vari contesti, come

ospedali, case di riposo, centri diurni, case di accoglienza e in tutte quelle situazioni in cui l'individuo si trova a vivere un disagio di salute, sia esso di natura sociale, fisico o psicologico.

E', dunque, un operatore capace di canalizzare le proprie competenze e conoscenze, in modo da cambiare le emozioni negative delle persone disagiate, in positive.

Per questo motivo utilizza le arti del clown (umorismo, musica, improvvisazione teatrale, prestidigitazione, marionette, arte della distrazione) con l'intento di migliorare la qualità di vita del soggetto, tutelandone la riservatezza e la dignità.

In questo modo conduce sia bambini che adulti e persone anziane a vivere l'esperienza traumatica in modo meno frustrante, alleviando l'ansia, la paura e, talvolta, anche il dolore.

L'entrata dei clown-dottori nei reparti di degenza sanitaria ha portato una ventata di allegria e di benessere, riconosciuto sempre di più dai responsabili delle strutture in cui essi operano.

E' nota, infatti, la grande stima e attenzione che tutto il personale sanitario riveste in loro.

In questo modo la fiducia e la collaborazione divengono reciproche tra le varie figure professionali, ottenendo, di conseguenza, risultati molto più efficienti e gratificanti.

La nostra attenzione nell'approfondimento di questo tema sarà centrata su come opera questa figura professionale e sulla relazione che riesce a instaurare con il paziente.

### **3.3- L'organizzazione dei “ nasi rossi “ all'interno di un reparto di degenza sanitario**

La visione di questa figura professionale all'interno degli ospedali è ad oggi, ben conosciuta. Spesso possiamo trovarci di fronte a personaggi buffi e camuffati che si aggirano per i corridoi ospedalieri catturando la nostra attenzione. Possiamo vederli indossare casacche dei più svariati colori da cui si può scorgere un abbigliamento stravagante, scarpe di misure enormi, capelli cotonati che escono fuori da grandi cappelli, da cui si intravede un elastico quasi invisibile che conduce a un improbabile naso rosso.

Questi personaggi si accingono a girare nei reparti muniti di fantasiose valigette che portano i nomi più bizzarri come Dottor Nuvola, Dottor Formaggino, Dottoressa Melina, Dottoressa Luna e tanti altri e dalle quali escono semplici oggetti come palline colorate, mani che si allungano fino a toccare il capezzale del paziente, palloncini che, una volta gonfiati, possono diventare cigni bellissimi o spade dei più famosi guerrieri o dei semplici, ma non per questo banali, fiori colorati che possono rendere un po' più leggera e spensierata una seduta di dialisi.

E così, la fantasia, unita all'arte e alla tecnica, può essere semplicemente sorprendente!

L'arte di un Dottore clown, però, non si limita solo a un

uso divertente di questi oggetti. A volte anche una semplice conversazione, in cui clown e paziente si rivelano l'uno all'altro, può condurre verso la nascita di un rapporto autentico, basato sulla fiducia e sulla stima reciproca.

Ciò può divenire determinante per far emergere frustrazioni, paure, ansie, lutti non elaborati, e il parlarne con qualcuno, che mostra, oltre a un ascolto attivo e sincero, un interesse motivato, porta la persona a prendere coscienza dei suoi problemi.

Per riuscire a valorizzare il lavoro di questi operatori sanitari dovremmo soffermarci sulla difficile visione che ogni persona ha nel momento del suo ingresso in una camera di degenza, che sia in un ospedale, in una casa di riposo, in un centro di accoglienza. In tutti quei casi, cioè, in cui ognuno di noi non si trova a casa sua, con i suoi familiari, con i suoi amici, con i suoi animali e con gli oggetti che più lo rappresentano.

Entrare in un luogo di cura, che sia un ricovero ospedaliero o un luogo di cura di lunga degenza, è per l'essere umano, quasi sempre, causa di forte stress o comunque di disagio.

La persona, infatti, perde la maggior parte dei suoi punti di riferimento, e lo spazio, in cui si trova costretto a vivere, è ben lontano dalla sua realtà, dalle sue abitudini, dai suoi orari. Per di più deve condividere non solo la camera di degenza, ma anche la tristezza, il dolore e le terapie che deve “subire” (anche se necessarie) con persone che non ha scelto.

La figura del clown dottore migliora la qualità di degenza di tutte le persone: bambini, adulti o anziani.

Il miglioramento della qualità di degenza implica un miglioramento anche della qualità di vita individuale, permettendo allo staff medico e paramedico di somministrare meglio le cure e le terapie.

Ad oggi sono attive molte Associazioni che offrono questo tipo di servizio.

I clown dottori che arrivano in un reparto ospedaliero si incontrano in primo luogo con il personale del reparto, quindi con medici, con infermieri e con operatori socio sanitari.

Questo consente loro, innanzitutto, una conoscenza reciproca volta a determinare un rispetto condiviso tra le professioni e i ruoli svolti; inoltre, consente ai clown professionisti di informarsi sulle persone ricoverate, per organizzare piani di intervento individuali.

Il loro percorso all'interno dell'ospedale si svolge come un vero e proprio "giro visita" nel corso del quale formano sempre coppie con un clown dottore "anziano".

Questo consente di evitare di trovarsi sprovvisti di improvvisazione nelle situazioni più delicate.

Il supporto di operatori con esperienza consente di far fronte alle situazioni più svariate e di reagire nel modo più consono. Nel contempo gli operatori più giovani si confrontano e crescono a livello professionale e individuale.

I clown dottori si possono inserire negli ambienti sanitari

dopo aver frequentato un corso di formazione che rilascia attestati riconosciuti a livello regionale. Tali corsi si suddividono in lezioni formative, teoriche e pratiche che durano molti mesi. Le ore di formazione possono essere più o meno elevate; ciò dipende dall'Associazione a cui si intende aderire e che consente di attuare la clown terapia.

Il ruolo di questi operatori, oltre a essere riconosciuto a livello sociale, sarà riconosciuto anche, e soprattutto, a livello “sanitario”, poiché entrano a far parte di un’equipe di professionisti, seguendo, oltre che il proprio modo di essere, anche la propria professionalità e rispettando il “Codice Deontologico” che ogni Associazione individua e si impegna a rispettare.

### **3.4- Le principali Associazioni che svolgono questa attività in Italia**



**Gruppo di Clown Vip davanti all'Ospedale "Molinette" di Torino**

Ad oggi, nel nostro Paese, sono ormai presenti svariate Associazioni, nate sotto l'impronta plasmata e sviluppata da Patch Adams, che hanno come obiettivo comune quello di portare un sorriso a chi soffre.

Primo fra tutti è l'Ospedale Pediatrico MEYER di Firenze che ad oggi vanta di Professionisti Sanitari Clown che operano presso questa struttura ospedaliera a tempo pieno. I turni dei clown-dottori, infatti, vengono coperti 24 ore su 24. La loro presenza sta diventando sempre più importante non solo nelle camere di degenza, ma anche durante le procedure terapeutiche o diagnostiche.

Grazie alle tecniche di distrazione, pertanto, con l'aiuto e il sostegno di questi professionisti, i bambini riescono a superare momenti terapeutici e diagnostici stressanti o dolorosi.

Possiamo ricordare, inoltre:

- la “Fondazione Theodora” che opera nei reparti dell'Ospedale San Raffaele di Milano;
- i “Clown di corsia” della Croce Rossa italiana presenti in Emilia Romagna e Abruzzo;
- “La Tribù dei Nasi Rossi”, Associazione di volontari clown-dottori che operano nel reparto pediatrico dell'Ospedale San Donato di Arezzo (Fi);
- i “Dottori Clown” di Rimini (Rn) che operano in vari reparti pediatrici e con persone diversamente abili e con malattie neurologiche e psichiatriche gravi dell'Istituto “Luce Sul Mare” di Igea Marina (Rn);
- la fondazione VIP- Viviamo In Positivo - Italia ONLUS<sup>9</sup>, che offre molti servizi nel nostro Paese in svariate realtà sanitarie come ospedali, case di riposo e in strutture dove si vive un disagio psico-sociale (ad oggi sono circa 1600 i Dottori-Clown che fanno parte di tale Associazione);
- la cooperativa “Ridere per Vivere”, emanazione dell'omonima ONLUS, che porta avanti il progetto “Dottori Clown e piccolo Pigiama” che organizza visite di clown-dottori nei reparti pediatrici e onco-ematologici degli Ospedali “Lotti” di Pontedera e “Santa Chiara” di Pisa (Fi);
- la Fondazione Aldo Garavaglia “Dottor Sorriso” ONLUS, dove gli operatori portano la loro professionalità in reparti pediatrici e istituti di riabilitazione di molteplici città: Milano, Como, Varese, Novara, Padova, Modena, Roma e Napoli;

---

<sup>9</sup> ONLUS-Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale

- l'Associazione artistica Castellinaria, affiliata F.I.T.A.<sup>10</sup>, nata nel 1998, anche se i suoi componenti svolgevano già attività ludico-artistiche sin dal 1993. Essi, infatti, vantavano già esperienze positive, fatte sia singolarmente che in gruppo con altri, tra cui teatro di strada e da palcoscenico, cabaret, spettacoli di conduzione radiotelevisiva, laboratori di drammatizzazione teatrale, esperienze letterarie<sup>11</sup>. Il loro è un continuo impegno teorico e pratico rappresentato da aggiornamenti costanti, corsi di perfezionamento, turni in ospedale, riunioni realizzate per confrontarsi sulle varie esperienze vissute nei reparti, per conoscersi, criticarsi e autocriticarsi. Questa è una modalità introspettiva che dà la possibilità di guardarsi da fuori in modo obbiettivo e sereno, prendendo consapevolezza degli errori e delle capacità per giungere a un arricchimento personale e, soprattutto, professionale. La versatilità di questa Associazione, non solo nell'effettuare interventi in reparti pediatrici, ma anche cercando di coinvolgere persone di altri reparti, mi ha persuaso a effettuare un'esperienza da clown con il personale che lavora all'interno di questo Progetto <sup>12</sup>.

—

---

10 F.I.T.A. Federazione Italiana Teatro Amatori

11 "Certe incertezze" Poesie di Federico Magherini-

"Non si vive di solo pancreas -il primo anno di un giovane diabetico" Volume umoristico di Mirko Gianformaggio ed. T.R. Firenze

12 Il Progetto "M'illumino d'Immenso" è nato grazie a un gruppo di studenti della Facoltà di Medicina di Fi.

Oggi molti studenti dell'area sanitaria scelgono di effettuare un'esperienza all'interno di questo progetto.

## **CAPITOLO 4**

### **Un personaggio semplicemente coinvolgente!**

#### **4.1- PATCH ADAMS**

Hunter Patch Adams nasce il 28 maggio del 1945 a Washington. Trasferitosi con la famiglia nella Virginia del Nord, frequenta la George Wash University, laureandosi in medicina nel 1973.

Conosciuto a livello mondiale, viene spesso considerato un personaggio rivoluzionario a livello sociale, ideatore della terapia del sorriso.

La nostra attenzione sarà rivolta all'esperienza personale di questo personaggio che ha fatto del "sorriso" un metodo multidisciplinare innovativo per entrare in relazione con la persona da assistere, per comprenderne i bisogni di salute e attuare successivamente i relativi interventi, rendendo la

persona partecipe ad essi.

Durante la sua adolescenza sperimenta come paziente il Reparto Psichiatrico dell'Ospedale di Fairfax.

Questo episodio lo rende consapevole che l'amore, la vicinanza e l'affetto dei suoi familiari e dei suoi amici è stata l'unica vera terapia che lo ha reso in grado di uscire da quel reparto.

Inoltre, l'incontro con il compagno di stanza "Rudy" dà inizio a ciò che sarà la sua vera potenzialità, infatti, durante il suo ricovero, aiuterà l'amico a superare i suoi momenti di delirio, grazie all'improvvisazione di un "gioco divertente".

Durante i tirocini effettuati nel corso della sua esperienza universitaria, egli vive in modo molto combattuto la "distanza" imposta dal medico al capezzale del paziente.

Una distanza volta a imporre una scarsa comunicazione verbale e non verbale che consente solo una ristretta visione dei segni e dei sintomi che possono generare una diagnosi e una possibile cura del paziente.

In questo modo viene resa impersonale, univoca e superficiale la professionalità sanitaria: il paziente viene conosciuto solo per il nome della sua malattia o per il numero della sua stanza di degenza, rendendo il medico sempre meno coinvolto in quella sofferenza di cui, invece, dovrebbe essere partecipe. L'attenzione di questo personaggio viene rivolta al rapporto inesistente creato con il paziente, che viene spogliato, osservato, visitato in modo frettoloso, senza nessuna parola di

conforto. Il medico si confronta con i colleghi presenti, lasciando, infine, la stanza senza commenti, senza risposte o frasi di circostanza.

Il professionista ideale, secondo Patch Adams, è colui che promuove l'amicizia con il paziente. La persona assistita deve essere vista in modo globale, non in modo frammentato: solo così saremo in grado di vedere il paziente come una risorsa e non come un pericolo da evitare. Trascorrere maggior tempo con i pazienti è il primo passo per arrivare alla conoscenza, non solo delle loro malattie, ma anche della loro personalità, del loro modo di essere, di vivere, di pensare, di credere.

La comunicazione verbale e non verbale ci rende partecipi delle loro risorse e dei loro limiti e permette l'instaurarsi di un rapporto di fiducia che è essenziale per la pianificazione del trattamento terapeutico.

Il rapporto con le persone da assistere non deve essere effimero, ma autentico, vero, basato sull'amicizia, sulla fiducia e sulla comprensione reciproca. Questo tipo di rapporto lo si raggiunge non solo trascorrendo del tempo insieme, ma anche condividendo esperienze, emozioni, idee: lo si raggiunge solo con l'abbattimento delle barriere personali.

Questa ideologia, che ricorre spesso nelle opere e nelle interviste di Patch Adams, ha fatto da traino per la nascita del progetto Gesundheit Institute, di cui parleremo in seguito, e ha causato in buona parte del personale sanitario, un vero e proprio risveglio.

Infatti, la paura del burn-out, da parte degli operatori sanitari, ha influito sul loro atteggiamento lavorativo, rendendoli sempre più distaccati di fronte alle circostanze e sempre meno coinvolti da esse. Patch Adams sostiene che il vero burn-out del professionista avviene proprio quando viene perso il contatto con il paziente, che è la vera e unica risorsa per continuare a fare bene il proprio mestiere.



**Patch Adams a Fairfax, Virginia (Ali Hadjarian)**

## **4.2 - GESUNDHEIT ISTITUTE**

Il Gesundheit Institute è un progetto di struttura sanitaria volto a promuovere un rinnovamento nell'erogazione del servizio sanitario. La sua nascita, nel Nord della Virginia, lo si deve proprio alla volontà di Patch Adams, che ha saputo portare avanti, in modo consapevole e responsabile, la sua ideologia di operatore sanitario, superando ostacoli e critiche molto forti.

Questo Istituto, infatti, nasce, grazie a Patch Adams, seguito da pochi colleghi, nel 1971 e rimane quasi sconosciuto nei dodici anni successivi.

All'interno di questo Istituto tutti i professionisti possono finalmente seguire il profilo professionale in cui credono. La loro attenzione sarà rivolta, infatti, su ciò che fino ad allora negli ospedali tradizionali era stato ignorato.

Viene attuata, infatti, la “ presa in carico “ della persona assistita, non solo localizzando un progetto terapeutico indirizzato alla cura del singolo bisogno, ma concretizzando anche un'assistenza globale e completa che comprende, oltre alla terapia farmacologica e alle indagini diagnostiche, il prendersi cura, la prevenzione, il cambio dello stile di vita, il miglioramento della qualità di vita e una morte dignitosa.

Lo stesso Patch Adams definisce questo progetto come

un “sogno”, ovvero una struttura “ completa “ che non seziona la persona sin dalla porta di entrata, catalogandola in base ai problemi emergenti e assistendola di conseguenza .

Le persone che arrivano in questo Istituto vengono accolte come in una grande famiglia, dove i bisogni fisici non vengono divisi dai bisogni mentali o dai bisogni morali o di fede e dove le loro famiglie, insieme al personale sanitario, non entrano solo all'orario di visita previsto e stabilito o al suono di un campanello.

In questo modo il percorso terapeutico diviene un percorso capace di mettere in gioco tutti quelli che vi entrano.

Riportare la vita della persona assistita a un livello ottimale è un altro degli obiettivi che il Gesundheit Istitute si pone di raggiungere: all'interno di esso, infatti, si promuovono attività che l'individuo vive nel quotidiano, in modo che possa raggiungere una qualità di vita dignitosa e soddisfacente.

Il non distacco dalle persone care, inoltre, implica il mantenimento del ruolo sociale del soggetto, rendendo partecipe tutto l'organismo familiare al progetto terapeutico più idoneo e condiviso, permettendo, così, all'operatore di entrare in contatto con la famiglia. Ciò gli permette di rafforzare il rapporto di fiducia instaurato precedentemente con l'assistito.

Per ottenere un quadro completo e approfondito della persona in modo da poter individuare i suoi reali o presunti bisogni, l'operatore sanitario del Gesundheit Istitute dovrà tenere presenti alcuni dati da rilevare nel corso della sua

conoscenza con il paziente :

- episodi vissuti a livello fisico o mentale al momento della nascita e nei primi anni di vita;
- storia aggiornata delle sue vaccinazioni;
- ricoveri ospedalieri con date e motivazioni;
- conoscenza sul consumo di droghe legali e illegali;
- storia delle credenze spirituali attuali e passate;
- storia di tutte le malattie avute in passato;
- storia della vita sentimentale passata e attuale;
- storia degli eventi significativi della loro vita;
- storie delle maggiori delusioni passate e presenti, compresi i modi con cui sono stati risolti e superati;
- un albero familiare dettagliato che comprende anche informazioni inerenti la salute;
- pensieri su come è stata la propria crescita con descrizione di ciò che ne ha fatto parte e di tutto ciò che ne fa parte attualmente (casa, scuola, animali, viaggi, amori, hobby...);
- storia della dieta alimentare attuale e remota;
- sogni per il futuro;
- abitudini quotidiane relative ai bisogni fisiologici, all'esercizio fisico, all'igiene personale, alle condizioni attuali dei propri organi di senso;
- prospettive e idee sulla morte propria e degli altri;
- consapevolezza sul proprio stato di salute ed eventuali risorse per ripristinarlo.

Quest'insieme di "dati" implica, come sostenuto in precedenza, una conoscenza approfondita della persona assistita, che consente un lavoro multidisciplinare nell'individuare i bisogni, pianificare e attuare interventi personalizzati, che permettono di ripristinare l'omeostasi individuale.

L'assistito e i suoi bisogni di salute si trovano sempre al centro del team operativo, che ha come unico obiettivo il benessere della persona collaborante e non .

Inoltre, lavorare in equipe conduce gli operatori, oltre allo scambio di idee e di conoscenze non sterili, a una collaborazione e a un lavoro motivato non solo da cause personali, ma da risultati scientifici.



Tratto dal sito: <http://www.chy.com.au>

## **CAPITOLO 5**

### **L' infermiere clown: una vera utopia**

#### **5.1- Ruolo della figura infermieristica in un reparto sanitario in relazione alla qualità di vita**

La figura dell'infermiere e il suo ruolo nell'ambito sanitario sono stati spesso sottovalutati e lasciati, proprio per questo motivo, ai margini di quelli che erano i bisogni assistenziali delle

persone. Il percorso di crescita effettuato da questa professione è da ricercare maggiormente nei secoli passati, grazie al lavoro di personaggi che gettarono le basi per l'identificazione della figura infermieristica odierna.

Si ricordano, tra le tante, Florence Nightgale<sup>13</sup>, Virginia Henderson<sup>14</sup>, Dorothea Orem<sup>15</sup> e tante altre che hanno contribuito a far sì che l'infermiere ottenesse un ruolo ben definito nella Sanità.

Inoltre, l'abolizione del mansionario<sup>16</sup> porta al raggiungimento di un'indipendenza sempre più riconosciuta e profonda che porta l'infermiere a essere una figura distaccata sempre di più dalle altre figure sanitarie, rendendolo un professionista capace, in base alle proprie conoscenze e competenze, di prendere decisioni autonome e responsabili che hanno come ultimo fine il miglioramento della qualità di vita del soggetto.

L'infermiere, rispetto alle altre figure sanitarie, è da sempre considerato il professionista più empaticamente<sup>17</sup> vicino

13 Florence Nightgale : ( 1820/ 1910 ) infermiera britannica nota come “ la Signora con la lampada “. Considerata la fondatrice del Nursing moderno in quanto fu la prima ad applicare il metodo scientifico all'assistenza infermieristica.

14 Virginia Henderson : ( 1897-1996 ) infermiera di Washington che elabora la teoria del Nursing, rifacendosi alla teoria dei bisogni di A. Maslow , sviluppando i 14 “ bisogni fondamentali“ che l'individuo deve soddisfare per il raggiungimento di un'indipendenza psico-fisico-sociale. E' di rilevante importanza la sua interpretazione della relazione infermiere-paziente che essa vede come processo dinamico che tende a modificarsi in base alle esigenze della persona assistita.

15 Dorothea Orem :( 1914-2007 ) infermiera nata a Baltimora, e' ritenuta una delle più grandi teoriche del Nursing. Secondo lei l'assistenza infermieristica doveva essere rivolta principalmente a soddisfare i bisogni umani che, a loro volta, si relazionano con la “cura di sé “ del soggetto.

16 D.L. 42/99

17 Empatia: capacità di condividere le emozioni e gli stati d'animo altrui, per comprendere il significato e lo scopo di un suo possibile comportamento. La persona empatica è colei che sa entrare nello stato emotivo di un'altra persona pur rimanendo

al paziente, che ne comprende i bisogni, pianificando, di conseguenza, il ripristino della sua autonomia.

Per raggiungere tale scopo è indispensabile, ancora prima di espletare un ascolto attivo e una comunicazione verbale e non verbale efficiente, avere un “primo impatto” positivo con l’utente.

Per “primo impatto” intendo tutto l'insieme di sensazioni che si innescano nel momento in cui due persone si incontrano.

Infatti, nel momento in cui un paziente vede per la prima volta un infermiere, la prima cosa che percepisce è “una persona” con una divisa e con un cartellino che servono a indicare il ruolo che svolge.

Nel momento in cui un individuo si trova ad aver bisogno di assistenza, la sua qualità di vita cambia in modo immediato.

La richiesta di aiuto avviene da parte dei familiari, o da parte della persona stessa, per bisogni assistenziali ben focalizzati come dolore (localizzato o diffuso), ansia relativa alla situazione presente e all’incertezza di quello che può accadere nel futuro imminente, paura di morte imminente, conoscenza inappropriata, incompleta o errata di ciò che le sta succedendo e dei relativi interventi terapeutici e/o diagnostici.

Le diagnosi infermieristiche<sup>18</sup> sopra citate si rilevano in

---

obbiettiva e decisamente separata.

18 N.A.N.D.A 1990 ( North American Nursing Diagnosis Association ) “La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali. La diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a conseguire degli esiti di cui l'infermiere è responsabile.” Lynda Juall Carpenito-Diagnosi Infermieristiche- Pag.4

tutti i bisogni di assistenza per qualunque intervento quale esso sia: di urgenza, di emergenza, pre e post chirurgico, cronico o psichiatrico.

Sicuramente un individuo che si trova a far fronte a problemi che minacciano la sua salute o la salute dei suoi cari, si troverà a vivere sensazioni come ansia, paura di morte imminente, paura del dolore, stress psico-fisico.

Queste emozioni sono inequivocabilmente presenti in ciascun essere umano.

L'infermiere, molto spesso, è la prima figura professionale che l'individuo si trova di fronte quando è in tali circostanze. Proprio per questo motivo è indispensabile un intervento immediato da parte di questa figura professionale.

Mantenere una qualità di vita dignitosa è uno degli obiettivi principali dell'essere infermieri.

La freneticità e la celerità che si riscontra frequentemente negli ambienti sanitari, portano solo a uno stato d'insieme di ansia e di agitazione che sicuramente non allevia quella già presente nel paziente.

Le competenze infermieristiche si esplicano non solo nel sapere e nel saper fare, ma anche nel saper essere e nel saper divenire. Il sapere, il saper fare e il saper divenire sono sicuramente indispensabili per questa figura professionale.

Il saper essere, però, è ciò su cui vorrei porre maggiore attenzione in quanto contraddistingue un professionista dagli altri operatori sanitari. E' tutto ciò che va al di là delle

conoscenze scientifiche, delle procedure terapeutiche e del proseguimento di studi e di ricerche.

L'essere infermiere nasce con la consapevolezza del proprio fare e del proprio sapere, racchiuso in quell'etica professionale che cresce e si sviluppa in ogni persona che decide di diventare infermiere.

La professionalità di colui che sceglie questo mestiere sta nel vagliare le varie situazioni che si pongono di volta in volta e nell'intervenire di conseguenza, tenendo ben presente che la persona nel suo essere unica e irripetibile, ha bisogno di interventi mirati alle sue esigenze.

Sovente gli infermieri che lavorano nei reparti ospedalieri perdono tale consapevolezza.

Nel momento in cui una persona decide di essere un infermiere deve avere la consapevolezza del ruolo che riveste all'interno di un reparto di degenza, qualunque esso sia. In primo luogo di ciò che può o non può suscitare negli utenti.

Il benessere della persona deve essere l'obiettivo principale per arrivare a identificare e a ottenere risultati dei piani di assistenza infermieristica, elaborati e concordati, quando possibile, con la persona stessa o con chi gli è più vicino, quando la sua collaborazione non è possibile.

La formulazione di diagnosi infermieristiche per identificare i reali o presunti bisogni assistenziali e per l'accertamento di risorse individuali reali o potenziali, può avvenire solo dopo l'essere entrati in contatto con il degente.

Dobbiamo tenere sempre ben presente che la persona entra in un luogo in cui la sofferenza regna quotidianamente e che la sua individualità e le sue abitudini, per quanto ci si possa impegnare, vengono offuscate e messe in secondo piano da quella che in gergo viene definita come la “routine di reparto”.

La figura infermieristica rappresenta quel volto e quell'immagine che l'utente percepisce in modo immediato, perché fin da subito presente, sia visivamente che mentalmente.

L'infermiere è presente quando la persona arriva spaventata e dolorante nella sezione sanitaria, durante le procedure terapeutiche e diagnostiche effettuate dal medico o da lui stesso, nella preparazione, nell'assistenza e nel momento in cui si renda necessario un intervento chirurgico.

La sua presenza la si può osservare, in egual modo, sia quando il ripristino delle attività quotidiane è stato raggiunto e la persona è pronta a tornare a casa, sia quando il ritorno a casa non è possibile, facendo raggiungere alla persona un “exitus” dignitoso e sereno.

Inoltre, la figura infermieristica, essendo inequivocabilmente onnipresente, diviene per la persona assistita un punto di riferimento essenziale nel suo percorso di degenza.

Ma il riconoscimento dell'infermiere avviene non solo grazie a quello che è stato sopra descritto. L'essere infermiere, infatti, entra in gioco fin dal primo approccio che abbiamo con la

persona da assistere, delineando un primo “scheletro” su cui poggeranno tutti gli interventi assistenziali che si renderanno necessari al fine di ripristinare il benessere della persona.

La professione infermieristica è un'unione tra scienza (quindi dati scientifici che suggellano procedure e protocolli basati su prove di efficacia <sup>19</sup>che vengono valutate in modo critico per provare la loro validità e successivamente, la loro universalità, grazie alla ricerca) ed arte, che possiamo definire in modo semplice e sintetico come quella potenzialità che rende l'infermiere capace di modellare le proprie conoscenze scientifiche, plasmandole in base alla persona alla quale si trova di fronte, per attuare interventi e porsi obiettivi personalizzati più idonei all'individuo.

Entrare in relazione con la persona assistita è, da parte dell'infermiere, fondamentale e implica un atteggiamento, oltre che empatico, anche disponibile all'ascolto.

Risulta non meno importante avere una buona capacità di comunicazione sia verbale che non verbale, per creare un legame di fiducia che risulterà indispensabile nel momento in cui verrà attuato il piano di assistenza concordato.

Come sappiamo, anche il non comunicare riesce a comunicare qualcosa, ed è proprio di questo che si deve avvalere un infermiere. Infatti, già il modo in cui entra in una stanza di degenza, l'espressione del suo volto, la sua postura e

---

<sup>19</sup> EBN Evidence-Based-Nursing (1998 ) “L'assistenza Infermieristica è basata su prove di efficacia che garantiscono un aggiornamento continuo di linee guida e protocolli utilizzati in base al grado di raccomandazione delle stesse.”

il modo di toccare il degente costituiscono il primo passo per entrare in relazione con lui.



Infermiera addetta ad un ospedale inglese che guarisce un bimbo camuffandosi in modo bizzarro per farlo ridere e viene licenziata. Immagine tratta da "La Domenica del Corriere" 7-14 Luglio 1912. Tratto dalla tesi di Paolo Scannavino "Clownterapia tra Teoria e Pratica".

## **5.2 - La relazione di aiuto che l'infermiere può attuare con il sorriso**

Abbiamo rivolto la nostra attenzione a personaggi e istituzioni che hanno fatto della “ Terapia del Sorriso “ un modo di essere in un reparto sanitario.

Molto spesso questi professionisti vengono considerati come soggetti poco rilevanti.

L' ambiente sanitario è in genere visto come un ambiente austero e lontano dalla quotidianità.

Gli infermieri, che sono le prime persone con cui i degenti entrano in contatto, si aggirano nei reparti portando le loro divise bianche e il loro cartellino di riconoscimento in modo dignitoso e onorevole. Spesso capita, però, di vederli dietro una scrivania intenti a compilare moduli cartacei ed elettronici, portandoli lontano da quello che è il loro vero obiettivo: il benessere e la presa in carico della persona.

Siamo a conoscenza che l'assistenza infermieristica è una pratica basata sulla scienza, per questo motivo l'infermiere sa avvalersi di tecniche professionali fondate su principi scientifici che portano a raggiungere un livello di relazione adeguato con il paziente.

La relazione che riesce a instaurare l'infermiere con il degente è costituita anche da un processo interpersonale che caratterizza innanzitutto l'essere infermiere e contribuisce in modo notevole al raggiungimento di risultati positivi nei piani di assistenza.

Sicuramente le numerose attività che svolge un infermiere in un reparto, sia ospedaliero che di lunga degenza, lo tengono lontano dall'attuare tali tecniche, che peraltro gli consentirebbero una conoscenza più approfondita della persona a cui sta erogando assistenza.

Possiamo dunque definire la relazione che si innesta tra infermiere e paziente come una relazione di aiuto fondamentale per rilevare i bisogni della persona e per attuare un piano di assistenza il più possibile condiviso dalla persona stessa e dai familiari.

Tutto questo è volto a individuare le risorse dell'assistito per giungere a definire degli obiettivi personalizzati, che consentiranno al degente di vivere in modo sereno il suo problema, attuando quel processo che viene definito come l'accettazione del nuovo stato di salute per raggiungere un nuovo stato di omeostasi.

Hildegard Peplau<sup>20</sup> afferma che le competenze interpersonali degli infermieri siano determinanti per arrivare al raggiungimento di un piano di assistenza adeguato.

Per arrivare a tale scopo l'infermiere può utilizzare quelli che sono i mezzi utili a entrare in relazione con la persona, e volti a instaurare, prima di tutto, un rapporto di fiducia vero, autentico e reciproco, in modo da poter individuare i problemi assistenziali della stessa e ottenere, così, una collaborazione attiva. Il processo di comunicazione è quel metodo che ci

---

20 Hildegard Peplau: infermiera psichiatrica e teorica del Nursing

permette di trasmettere informazioni, di scambiare opinioni con i nostri simili, di esprimere noi stessi e di farci conoscere dagli altri, permettendoci di stabilire relazioni interpersonali.

Tale processo implica una forma di interazione dinamica e bilaterale.

L'emittente, cioè la fonte da cui arriva l'informazione, e il ricevente, colui che decodifica il messaggio e lo interpreta, entrano in quella situazione definita come "Situazione di feedback"<sup>21</sup>.

La comunicazione può essere suddivisa in comunicazione verbale, non verbale e metacomunicazione.

La comunicazione verbale comprende tutto il linguaggio costituito da segni, simboli ed espressioni e può aver luogo sia con la parola che con segni e immagini.

La comunicazione non verbale, invece, comprende tutti i gesti, le posture, le espressioni mimiche, i movimenti del corpo, i toni di voce, che completano, enfatizzano e, a volte, sostituiscono la comunicazione verbale.

La metacomunicazione, invece, è il cosiddetto messaggio nel messaggio. Comprende, infatti, tutto quello che si considera nel momento in cui avviene la comunicazione, come interpretazione del messaggio, del contesto in cui si verifica la comunicazione, del ruolo che riveste il comunicatore e dei messaggi non verbali inviati.

Sicuramente queste sono capacità che ognuno di noi

---

<sup>21</sup> Feedback: processo attraverso il quale l'emittente e il ricevente usano delle reazioni di ritorno per produrre ulteriori messaggi.

sviluppa nella propria quotidianità, ma di cui l'infermiere deve saper disporre nel momento in cui esplica la sua professione.

Le conoscenze scientifiche, insieme alle competenze infermieristiche, devono poter dar luogo a una interpretazione della situazione in maniera globale.

Questo equivale, per esempio, al saper valutare il procedimento più congruo per entrare in contatto con la persona da assistere.

Attivare un buon metodo di comunicazione con il paziente è il primo passo fondamentale per creare un rapporto di fiducia basato su stima e rispetto reciproci, basilari per l'identificazione dei bisogni assistenziali della persona.

Sappiamo bene che, oltre alla comunicazione, ci sono altre tecniche che permettono all'infermiere di instaurare un buon rapporto con l'utente, come l'ascolto attivo, l'empatia, la capacità di osservazione, tutti elementi che intercorrono nel buon raggiungimento dello scopo.

La mia attenzione, però, sarà volta a enunciare il primo contatto che l'infermiere instaura con l'assistito, in quanto capace di generare da entrambe le parti, il cosiddetto "scheletro" su cui poggerà tutta l'assistenza infermieristica.

Un infermiere che sorride durante l'accoglienza alla persona mette la stessa in una condizione di positività immotivata che sicuramente porta al raggiungimento di un rilassamento muscolare fisico che consentirà una diminuzione del livello di ansia e stress. Inoltre, la porterà a raggiungere un

livello di rilassamento e di benessere anche a livello mentale, conducendola in una realtà che l'allontana, per un periodo più o meno lungo, dalla situazione che si trova a vivere. Oltre a questo, possiamo affermare che è un buon metodo che consente di stabilire rapporti esterni più sereni sia coi familiari che con le persone circostanti, che siano operatori sanitari o no.

Con quanto sopra detto, non voglio affermare che con il sorriso o la risata si arrivi a una guarigione certa, come del resto non viene stabilito da nessuna ricerca scientifica. Sicuramente il sorriso non è la pozione magica che ci farà guarire, ma rappresenta quella chiave nella porta che, se girata al momento giusto, ce la può far aprire, mostrando altri modi per vivere la sofferenza che possono aiutare a superare in un modo migliore la malattia e il dolore.

Accogliere un paziente in modo sorridente può essere fondamentale per individuare i possibili problemi della persona e può offrire occasione per discuterne e trovare le soluzioni.

Quando parlo di sorriso non mi voglio soffermare solo a una distensione del volto di chi fa assistenza. I modi per presentarsi alla persona da assistere possono essere molteplici e tutti professionali. Accogliere infatti un degente facendo una battuta ironica può essere un buon modo per avviare un processo di assistenza con esito positivo. Questo intervento, per esempio, può portare la persona verso una risata che lo aiuterà ad allentare tutta quella tensione accumulata fino a quel momento e porterà il soggetto all'enunciazione del suo

problema e del suo malessere, dandoci, così, l'opportunità di procedere con l'accertamento, che è la prima fase del processo di Nursing<sup>22</sup>.

Oltre a quanto detto, la persona tenderà a richiamare “l'infermiere che lo fa ridere “ nei suoi momenti di necessità e ciò porta a sviluppare quel rapporto di fiducia descritto sopra, che consente una completa presa in carico della persona.

Il divertimento, inteso come un modello concettuale, può essere un ottimo mezzo per raggiungere gli obiettivi previsti.

Uno dei principali obiettivi infermieristici è, come abbiamo detto più volte, il benessere della persona assistita, che non viene elargito soltanto con il sapere scientifico e con una buona capacità tecnica, ma anche con il modo di essere.

Il divertimento dunque, non deve essere vissuto come una non competenza, come una modalità per arginare e sottovalutare il sapere e il saper fare dell'infermiere, ma, anzi, deve essere visto come un metodo che conduce l'infermiere a un essere infermiere e a un saper divenire sempre più responsabile e competente.

---

22 Accertamento, Diagnosi Infermieristica, Pianificazione, Attuazione e Valutazione

### **5-3 Il “ NASO ROSSO “ : un accessorio non indispensabile**

Nella mia breve, ma emozionante, esperienza da Clown, effettuata con il progetto “M'illumino d'Immenso“ dell'Associazione Castellinaria di Prato, Firenze, ho avuto l'opportunità di imparare a mettermi in gioco come persona e come futura professionista, e a condividere piacevolmente il mio modo di essere con gli altri.

La ragione che mi ha spinto a scegliere questa Associazione, rispetto ad altre, magari anche più conosciute, per effettuare la mia piccola esperienza, è stata la loro modalità nel condurre tale attività.

Infatti questa è una Associazione che non esercita la sua attività solo ed esclusivamente nei reparti di Pediatria, ma estende il campo anche con persone adulte.

Gli spazi in cui ho potuto esercitare questa esperienza, insieme a Clown-Dottori anziani, sono situati nel Presidio Ospedaliero S. Maria Annunziata di Ponte a Niccheri di Firenze, nei reparti di Pediatria, dove ho potuto constatare l'importanza di tali interventi sui bambini e nel reparto di Dialisi, dove ho potuto accertare il potere terapeutico della risata in pazienti con patologie croniche e dove mi è stato insegnato che è possibile utilizzare l'arte del gioco e del divertimento non solo con persone in età infantile, ma anche con persone in età avanzata.

Oltre a questi due reparti che possono sembrare antagonisti, ho avuto l'opportunità di fare la mia esperienza anche nel Centro Prelievi e nei reparti ambulatoriali di questo

presidio, dove mi è stata data l'opportunità di osservare la reazione delle persone comuni di fronte alla clown-terapia.

La mia modalità di intervento, sia con le persone adulte che con i bambini in età evolutiva, è stata pianificata e concordata insieme con gli operatori sanitari che mi hanno accompagnato in questo mio percorso formativo.

Tale esperienza è stata il mezzo che ho utilizzato per giungere a risposte più concrete a quesiti che mi ero posta e che riporterò di seguito.

### **L'infermiere è infermiere solo ed esclusivamente nel momento in cui indossa la sua divisa?**

L'essere infermiere di cui ho discusso nei paragrafi precedenti un po' porta alla completezza di questo concetto.

L'essere infermiere è un modo di esplicitare la propria professionalità nella maniera che ci appare più consona, in base alle singole persone e alle singole situazioni.

La divisa serve a stereotiparlo a un comportamento conforme alle regole.

### **Ma siamo davvero sicuri che ciò basti a convalidare la professionalità infermieristica?**

### **E' possibile creare una relazione di aiuto con un paziente senza indossare un vestito da clown?**

Durante la mia pratica ho cercato di sperimentare questa forma di relazione, volta a diminuire stress, ansia e paura, con forme di distrazione, anche improvvisate, senza indossare nessun tipo di travestimento.

Quando ho partecipato alle attività dei Clown-Dottori nel Centro Prelievi e nei reparti ambulatoriali, ho potuto osservare che il confondermi in mezzo alle persone comuni che stavano aspettando il proprio turno di attesa, è stato molto positivo sia per una valutazione primaria sull'importanza del travestimento e del costume, sia per fare una valutazione delle reazioni delle persone che, non vedendomi travestita, mi giudicavano come una persona non facente parte del gruppo della clown-terapia.

Quindi, anche le persone che guardavano il clown con aria un po' sospetta e che si scostavano increduli e un po' infastiditi, non hanno preso le distanze da me che, pur essendo una persona con la stessa finalità del clown professionista, venivo percepita come una donna, forse a volte un po' esuberante, che interagiva con domande, battute ironiche, continuando i discorsi iniziati dal clown, o magari semplicemente prendendo come spunto l'ultima parola detta dal dottor-clown, per iniziare a cantare una canzone popolare che piano piano si concludeva con un coro di voci.

Solo nella fase del saluto le persone comprendevano che i miei erano interventi mirati, dandomi conferma della positività degli stessi.

**Dunque che cosa è che spinge un degente a entrare in relazione con un clown?**

Semplicemente il fatto che un clown riesca a parlargli per un tempo maggiore, un tempo che sorpassa di gran lunga quello necessario per effettuare un prelievo!

Questa dichiarazione non vuole essere provocatoria, ma credo sia necessaria per prendere consapevolezza del problema e cercare le risorse opportune per risolverlo, almeno in parte. E' vero che l'infermiere nei reparti è sempre preso da mille impegni di routine, ma perché non si riesce a ritagliare anche un piccolo lasso di tempo che potrebbe trascorrere con la persona da assistere?

**Nel momento in cui un infermiere perde il contatto con la persona da assistere, viene considerato e si considera lui stesso sempre un infermiere?**

**Perché una delle nostre competenze che più ci completano e ci appagano, come conoscere il paziente, devono essere delegate a figure di supporto?**

**Gli infermieri in che modo interagiscono con i clown-dottori dei vari reparti?**

I professionisti, che ho osservato in questo periodo di tempo, hanno un buon rapporto di collaborazione con questo personale sanitario, infatti informano gli stessi sull'andamento del reparto, sia per quel che riguarda l'organizzazione e le abitudini della sezione sia per quel che riguarda i pazienti che lo occupano, definendone le caratteristiche personali, soprattutto per quello che si riferisce alla patologia.

Ma durante gli interventi di clown-terapia raramente gli infermieri hanno assistito la persona che lo riceveva. Probabilmente è un problema di tempi che gli infermieri occupano per portare avanti il reparto, e di spazi che gli

infermieri non vogliono e non si sentono di prendere ad altri.

**Ma è veramente così difficile entrare in relazione con il paziente senza travestirsi da clown?**

Sicuramente il “mascherarsi” può essere un mezzo efficace attraverso il quale instaurare un primo contatto con la persona.

Consiglierei, dunque, di tener nascosto un “naso rosso” in tutti i reparti. Da poter utilizzare nei momenti opportuni.

Durante la mia esperienza non ho usato nessun travestimento, in quanto desideravo confrontare la relazione che instaurava un clown, quindi una persona travestita, e una persona che non lo era. In questo modo ho potuto confrontare le reazioni dei pazienti. Sicuramente non ci sono risposte diverse alla relazione che viene instaurata.

Dunque, il mettersi un “naso rosso” non indica il modo principale per raggiungere un obiettivo.

Il travestimento, infatti, può facilitare sicuramente la comunicazione e il contatto sia con i bambini sia con le persone adulte, ma non deve risultare come l'unico mezzo per entrare in relazione con le persone da assistere.

Certamente la consapevolezza che determinati interventi possono offrire un miglioramento dell'assistenza porterebbe gli infermieri a un interesse maggiore sull'argomento, conducendoli non solo a un interesse motivato, ma a un risveglio della qualità dell'assistenza infermieristica.

Infatti, portare avanti questo modello concettuale

consentirà di ottenere risultati positivi a determinati interventi infermieristici, migliorando, di conseguenza, sia la qualità dell'assistenza che la soddisfazione dei pazienti.

I tipi di intervento che si potrebbero effettuare per arrivare a questo possono essere svariati e tutti attuabili.

Per prima cosa si potrebbero cercare divise un po' diverse da indossare in un reparto, senza stravolgerle completamente, ma credo che indossare divise e calzature disegnate con colori tenui, ma vivaci, possa essere un ottimo modo per trasmettere al paziente una tranquillità e una serenità emotiva che possono aiutarlo ad abbassare i livelli di ansia e di stress psico-fisico che può avere in quel momento. Questo non significa venir meno alla professionalità dell'operatore. Indossare una divisa allegra non deve servire per sottovalutare le patologie e le sofferenze del paziente, ma può essere utile per avvicinarsi a lui e creare un primo contatto.

La divisa bianca può essere vista in modo troppo formale e questo potrebbe comportare un allontanamento da parte dei pazienti e dei loro familiari.

Inoltre l'inserimento di luci soffuse accompagnate da musiche piacevoli aiuterebbero ad abbassare i livelli di stress psico-fisico.

Potrebbe essere rilevante allestire in ogni reparto un luogo di "divertimento", dove i pazienti e il personale sanitario possono trascorrervi del tempo.

Naturalmente non basteranno vecchi televisori e riviste

per far sì che ciò abbia la sua funzionalità, certi giochi da tavolo, ad esempio, come dama, scacchi e carte da gioco, possono avere un effetto benefico sulla persona che ne fa uso.

Il cambiamento delle divise dovrebbe andare di pari passo con tutto l'iter terapeutico dell'accoglienza infermieristica, infatti presentarsi con un sorriso sul volto faciliterebbe l'inizio di un buon rapporto di fiducia con il paziente.

Molte volte il sorriso durante l'accoglienza alla persona viene messo in secondo piano.

Il sorriso inteso come gentilezza, comprensione, empatia, competenza, apertura, fa parte di quel mettersi in gioco che è compito infermieristico.

Nei vari e importanti corsi di aggiornamento, che ogni giorno gli infermieri si affrettano a seguire, si potrebbe valutare l'idea di un approfondimento per apprendere le arti della clown-terapia, come l'improvvisazione teatrale, le tecniche con i palloncini, l'arte di comunicare con poesie e musica, tecniche di improvvisazione di mimica e posture.

Tutto ciò, oltre ad arricchire le competenze dell'infermiere, volge il professionista verso una visione dinamica e diversa della relazione infermiere-paziente, che non può essere ristretta solo a un questionario-intervista.

Inoltre potrebbe essere valutata l'idea di unire clown-dottori e infermieri nei vari interventi. Questo potrebbe dar luogo a quello che in gergo viene chiamata "continuità terapeutica".

Sicuramente passare più tempo con le persone da

assistere, come abbiamo detto in precedenza, aiuta ad instaurare un rapporto di fiducia con esse.

Sarebbe di aiuto una valutazione di alcuni modelli cartacei e elettronici che potrebbero essere delegati a figure di supporto. E' vero che le valutazioni scritte devono essere effettuate e firmate dal personale responsabile dell'assistenza, ma l'inserimento di dati personali di solito rilevati dall'infermiere, o sotto la sua stretta sorveglianza, può essere effettuato dal personale di supporto. In tal modo il tempo da trascorrere con i pazienti aumenterebbe e così non verrebbe perso di vista il vero obiettivo dell'infermiere che è la presa in carico della persona.



**Associazione Artistica Castellinaria – Prato (Fi)**

## CONCLUSIONI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) definisce nella sua Costituzione il concetto di Salute come “Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non come semplice assenza di malattia”.

Da ciò possiamo asserire che l'individuo deve essere concepito come un organismo complesso e articolato in cui il benessere fisico non è scindibile dal benessere mentale e sociale e in cui qualsiasi variazione di tali stati può portare uno squilibrio nella sua omeostasi.

Il ruolo dell'operatore sanitario, in special modo quello dell'infermiere, deve volgere a un ripristino dei problemi di salute dell'individuo, di qualunque natura essi siano.

La sofferenza negli ospedali è un dramma che coinvolge tutti gli operatori sanitari.

Ma l'errore più grande che si può fare è quello di pensare solo ai segni e ai sintomi che può dare una malattia.

Quando una persona entra in ospedale o durante la sua degenza, spesso scordiamo il suo essere persona.

Troppo spesso ci accontentiamo di somministrare terapie farmacologiche per tenere sotto controllo dolore, ansia, stati di agitazione, senza soffermarsi sull'origine del vero problema.

Da sempre i reparti ospedalieri sono fonte di dolore e sofferenza, ma gli operatori sanitari, ad oggi, possono avere gli strumenti idonei per far sì che diminuiscano.

Tutti gli operatori sanitari devono essere consapevoli che

esistono risorse tecniche per combatterla, arrivando ad esiti positivi, laddove la medicina tradizionale si ferma.

Portare il sorriso dove regna la sofferenza è terapeutico per i pazienti, in quanto viene offerto loro un servizio più efficiente e per gli stessi operatori che hanno modo di ritrovare e/o mantenere una buona motivazione professionale evitando, così, il problema burn-out.

La sottovalutazione della terapia del sorriso è dovuta, sovente, alla non conoscenza dei suoi risultati in tale ambito.

Per questo motivo ritengo che il primo vero intervento debba nascere proprio da qui.

Partecipare a corsi mirati dove si possono fare esperienze concrete in tale ambito, può far ravvedere sulla positività di tali interventi.

Sicuramente le conoscenze in tale ambito stanno crescendo sempre di più.

La “Pagella del Sorriso”(Allegato 1) attuata dal Ministro della Sanità Alan Johnson, ci dimostra oltre all'interesse sull'argomento, un ottimo metodo per valutare il “Sorriso Infermieristico”.

Tale strumento può essere attuato per identificare la soddisfazione dell'utenza nei vari reparti di degenza sanitaria e può servire come strumento di autovalutazione e autocritica per gli stessi infermieri.

Questo permette di attuare interventi per iniziare a modificare ambienti fisici e atteggiamenti mentali non consoni,

che portano l'individuo a vivere l'esperienza ospedaliera in modo negativo.

Dall'immagine tratta dalla "Domenica del Corriere" del 7-14 luglio 1912, si può percepire che considerare la persona in maniera globale, non sottovalutando nessun bisogno di salute dell'utente, è parte integrante dell'essere infermiere.

Ad oggi l'infermiere è una figura che gode della sua autonomia professionale in un modo che è sempre più competente e sempre più in crescita.

Infatti, grazie all'abolizione del Mansionario e alla nascita del Codice Deontologico, l'infermiere ha acquisito una autonomia sempre più riconosciuta.

Grazie a strumenti di valutazione come la Cartella Infermieristica, il professionista può essere in grado di pianificare interventi individuali che volgono ad uno stato di completo benessere della persona.

## TABELLE

| INNOVAZIONI AMBIENTALI  |
|---|
| ➤ Cambiare colore delle divise con colori più vivaci, fantasie colorate tenue   |
| ➤ Adattare stanze adeguate per il divertimento dei pazienti allestite con <ul style="list-style-type: none"><li>○ televisori adattati alla visione di film anche non in visione e stereo per l'eventuale ascolto dei cd preferiti;</li><li>○ giochi da tavolo: dama, scacchi, carte...;</li><li>○ oggetti e costumi da travestimento che possono essere indossati dai pazienti e dagli operatori sanitari</li></ul> |
| ➤ Camere di degenza allestite con luci regolabili e musica in sottofondo facoltativa  |

| ORGANIZZAZIONE<br>INFERMIERISTICA  | OBBIETTIVI   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corsi di clownterapia</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conoscere e sviluppare le tecniche e l'approccio con la persona assistita</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stabilire 1 ora al giorno in cui l'infermiere partecipa con i clown dottori ai vari interventi di reparto.</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non perdere la continuità terapeutica</li> <li>▪ Confrontarsi e mettersi in gioco a livello personale e professionale.</li> </ul>       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stabilire interventi e moduli (cartacei e elettronici) che possono essere delegati a figure di supporto.</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ottimizzare tempo e risorse</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abolire l'orario delle visite dei parenti, salvo emergenze.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rendere partecipi familiari e amici del piano di assistenza.</li> <li>▪ Continuità dei contatti sociali</li> </ul>                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introdurre nella cartella infermieristica l'accertamento di hobby e interessi della persona</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Individuare e pianificare interventi volti al ripristino delle attività e della qualità di vita.</li> </ul>                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programmare momenti durante ogni turno in cui l'infermiere possa soffermarsi nelle stanze dei degenti per ascoltare i suoi bisogni</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valutazione e rivalutazione dei piani di assistenza.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programmare commedie teatrali con l'aiuto e la partecipazione di clown dottori all'interno del reparto ospedaliero.</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promuovere abbassamento di stress e ansia.</li> <li>▪ Facilitare la socializzazione</li> <li>▪ Migliorare la qualità di vita</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valutare giornalmente lo stato di ansia, dolore e depressione, tramite apposite scale di valutazione</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pianificare interventi mirati e personalizzati</li> </ul>   |

| A C C E R T A M E N T O                     |  |
|---|--|
| <i>Argomenti di conversazione preferiti</i> | <i>Cosa gli piace?</i>   |
| ○ Politica                                  | ○ Ascoltare musica<br><i>Che genere?</i>                           |
| ○ Sport                                     | ○ Fare musica<br><i>Cantare o suonare?</i>                         |
| ○ Famiglia                                  | ○ Guardare la televisione<br><i>Qual e il programma preferito?</i> |
| ○ Amori                                     | ○ Leggere libri<br><i>Di quale argomento?</i>                      |
| ○ Salute                                    | ○ Leggere riviste<br><i>Quali?</i>                                 |
| ○ Lavoro                                    | ○ Bricolage<br><i>Qual è l'ultimo capolavoro fatto?</i>            |
| ○ Passato (Infanzia / gioventù)             | ○ Disegnare  |
| ○ Alimentazione                             | ○ Scrivere   |
| ○ Amici                                     | ○ Giardinaggio/ Orto   |
| ○ Cronaca rosa                              | ○ Sport  |
| ○ Cronaca Nera                              | ○ Andare al cinema   |
| ○ Altro                                     | ○ Ballare  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

| VALUTAZIONE GIORNALIERA   |             |
|---|-------------|
| <i>Come si sente oggi?</i>  |             |
| <input type="radio"/> Allegro<br><input type="radio"/> Felice           | 0 1 2 3 4 5 |
| <input type="radio"/> Pensieroso<br><input type="radio"/> Preoccupato   | 0 1 2 3 4 5 |
| <input type="radio"/> Ansioso<br><input type="radio"/> Agitato          | 0 1 2 3 4 5 |
| <input type="radio"/> Nervoso   | 0 1 2 3 4 5 |
| <input type="radio"/> Infastidito<br><input type="radio"/> Intollerante | 0 1 2 3 4 5 |
| <input type="radio"/> Arrabbiato  | 0 1 2 3 4 5 |
| <input type="radio"/> Triste  | 0 1 2 3 4 5 |
| <input type="radio"/> Indifferente                                      | 0 1 2 3 4 5 |
| <input type="radio"/> Disperato   | 0 1 2 3 4 5 |

## BIBLIOGRAFIA

Gianni Ferrario, *"Ridere di cuore - Il potere terapeutico della risata"*, Milano, Ed. Tecniche Nuove, 2006

Luigi Pirandello, *"L'umorismo"*, 2°Ed. Garzanti libri S.p.a, 2001

Patch Adams con Maureen Mylander, *"Salute!"*, Rochester-Vermont, Ed. Healing Arts Press, 1999

Patch Adams, *"House Calls"*, San Francisco-California, Robert D. Reed Publishers, 1998

Patch Adams with Maureen Mylander *"Gesuntheit! Bringing good health to you, the medical sistem and society throuh physician service, complementary therapies, humor and joy "*, Rochester Vermont Ed. Healing Arts Press, 1992

Stefano Fusi, *"Immaginazione creativa per il benessere"*, Milano Ed. Tecniche Nuove, 2007

J. Le Goff, *"I riti,il tempo,il riso. Cinque saggi di storia medievale"*, Ed. 2° GLF Laterza, 2003

Cecilia Sirioni e Giliola Baccin, *"Procedure per l'assistenza infermieristica"*, Milano, Ed. Natalia Marone-Masson S.P.A, 2006-

*"Codice deontologico dell'infermiere",1999"*

Helen Bee, "*Lo sviluppo del bambino*", Bologna, Ed. Zanichelli, 1999

Martini-Timmons-Tallitsch, "*Anatomia umana*", Napoli, Ed. Edises, 2004, da pag. 381 a 442

Norman Cousins, "*La volontà di guarire: anatomia di una malattia*", Roma, Ed. A. Armando, 1982

Piccin, "*Dizionario medico enciclopedico*", Padova, Ed. Nuova Libreria S.p.A, 2004

## **SITOGRAFIA**

Abstract: A pilot project with clowns in psychiatric clinics  
<<http://www.ncbi.nlm.gov/sites/entrez?db=pubmed&itool=toolbar/>>

Abstract: Impact of laughter on air trapping in severe chronic obstructive lung disease  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>

Abstract -Progetto Regionale "Accogliere con un sorriso"  
<[http://85.33.211.156/index.php?option=com\\_content&task=view&id=126&Itemid=15](http://85.33.211.156/index.php?option=com_content&task=view&id=126&Itemid=15)>

Arianna -Proposta di legge N°440  
<<http://arianna.consiglioregionale.piemonte.it/ariaint/jsp/ricerca/>>

[Associazione Dottor Clown Padova-](http://dottorclownpadova.org/site/pages/come-opera-un-dottore-clown)  
<<http://dottorclownpadova.org/site/pages/come-opera-un-dottore-clown>>

I Clown in Corsia VIP  
<<http://clownincorsia.splinder.com/>>

Clownterapia Intervista di Scintilla  
<<http://www.clownterapia.it/riso/progetto/articoli/scintilla-intervista.htm>>

Clownterapia-sorridere-index  
<<http://www.clownterapia.it/sorridere/index.htm>>

Dottor Clown Gallery: Spettacoli  
<<http://www.drclown.it/gallery/inde.php?mode=album&album=spettacoli&dispsize=500>>

Dottor Clown Rimini - Home Page  
<<http://www.drclown.it/>>

Federico Spanò - Le ultime notizie della scienza  
<[http://www.psicoanalisi.it/psicoanalisi/scienza\\_news/news/scienza\\_news\\_1114.htm](http://www.psicoanalisi.it/psicoanalisi/scienza_news/news/scienza_news_1114.htm)>

Fondazione Aldo Garavaglia -Dottor Sorriso Onlus  
<[http://www.dottorsorriso.it/fondazione/comico\\_terapia.htm](http://www.dottorsorriso.it/fondazione/comico_terapia.htm)>

Fundaciòn Doctora Clown  
<<http://www.doctoraclown.org/>>

La neuroanatomia dei movimenti facciali  
[http://galileo.cincom.unical.it/Pubblicazioni/editoria/libri/HCI-ele/Cap7.html\\_anchor252794](http://galileo.cincom.unical.it/Pubblicazioni/editoria/libri/HCI-ele/Cap7.html_anchor252794)

Ridere <<http://www.infermierionline.net/specialistiche/clownterapia.htm>>

Ridere per vivere meglio di Beatrice Bardelli  
<<http://www.ouverture.it/nuovoconsumo/articolo6.htm>>

Ridere per Vivere - Un'intervista con il Dott. William Fry  
[http://www.riderepervivere.it/pagina.phtml?\\_id\\_articolo=324-unintervista-con-il-dott.-William-Fry.html](http://www.riderepervivere.it/pagina.phtml?_id_articolo=324-unintervista-con-il-dott.-William-Fry.html)

Soccorso Clown - Il primo servizio di clown in corsia  
<<http://www.soccorsoclown.it/>>

Meyer  
<[http://www.ao-meyer.toscana.it/notizia\\_2.php?IDNotizia=1346&IDCategoria=468/](http://www.ao-meyer.toscana.it/notizia_2.php?IDNotizia=1346&IDCategoria=468/)>

VP Viviamo in Positivo - Studi e Ricerche - La Clownterapia nel mondo  
<[http://www.clownterapia.it/documentazione/clownterapia\\_mondo.htm](http://www.clownterapia.it/documentazione/clownterapia_mondo.htm)>

## **ALLEGATI**

*Allegato #1*

***Il servizio sanitario giudicherà il personale degli ospedali anche dal comportamento  
Perchè la gentilezza può curare come un'operazione chirurgica. E i sindacati apprezzano***

## **Una pagella del sorriso per le infermiere inglesi**

**In rete un "indice della compassione" sulla base dei voti assegnati dagli stessi malati  
dal nostro corrispondente ENRICO FRANCESCHINI**



**LONDRA** - Un sorriso, una carezza e una parola gentile possono curare come e più di un'operazione chirurgica ben riuscita o di fantastici medicinali. Così pensa il ministro della Sanità britannico, Alan Johnson, e per dimostrarlo ha deciso di giudicare il rendimento di infermieri e infermiere sulla base di quanto sorridono e di quanto calore trasmettono ai malati. Il governo istituirà perciò un "indice della compassione", compilato sulla base di sondaggi condotti tra i pazienti e sul parere di ispettori ministeriali, per misurare i migliori reparti da un capo all'altro del Regno Unito.

I risultati saranno pubblicati su Internet, in modo che i pazienti possano scegliere in quale ospedale farsi ricoverare anche sulla base del "voto" che gli infermieri

dell'ospedale ricevono sull'indice. Ed è possibile che la squadra "migliore", quella che per così dire sorride di più, riceva un premio dal ministero, incoraggiando i reparti a competere tra loro per chi offre le cure più compassionevoli ai pazienti. Anticipata ieri dallo stesso ministro Johnson in un'intervista al Guardian, l'iniziativa fa parte di una serie di riforme che saranno lanciate dal National Health Service, il servizio sanitario nazionale del Regno Unito, in occasione del sessantesimo anniversario della sua esistenza, ed ha il pieno appoggio dei sindacati di categoria. "Pensiamo che misurare la qualità di infermieri e infermiere sia un'ottima idea", afferma Peter Carter, segretario generale della Royal College of Nursing Union, la maggiore confederazione sindacale. "È importante sottolineare il valore che questi lavoratori hanno nell'ambito delle cure ospedaliere. Se l'infermiere è arcigno, rude o non c'è mai quando il malato ha bisogno di loro, questo rovinerà l'intera esperienza". Dice il ministro Johnson: "In un ospedale puoi avere il miglior chirurgo del mondo, ma un paziente non sarà soddisfatto se non riceve un alto livello di attenzione da parte degli infermieri". Il ministro ha precisato che ogni reparto sarà giudicato solo collettivamente: non ci saranno classifiche individuali. E non ci sono piani per usare "l'indice della compassione" per decidere chi riceverà un aumento di stipendio.

*(19 giugno 2008)*

*Allegato #2*

## **Abstract Progetto Regionale "Accogliere con un Sorriso"**

### **SCHEMA SINTETICO PROGETTO SERVIZIO CIVILE IN ITALIA**

Ente proponente il progetto: Azienda Ospedaliera di Siacca

Codice di accreditamento: NZ01502

Albo e classe di iscrizione: Nazionale 2a

### **CARATTERISTICHE PROGETTO**

**Titolo del progetto:** Accogliere con un sorriso

Settore ed area di intervento del progetto con relativa codifica: A 16 Salute

#### **Obiettivi del progetto:**

La finalità del progetto è creare un moderno sistema di accoglienza e di orientamento degli assistiti negli ospedali della regione.

Destinatari principali del progetto sono coloro che fruiscono delle prestazioni sanitarie ospedaliere, sia in regime di ricovero che ambulatoriale e ai destinatari principali, meglio descritti al punto 6, vanno aggiunti i familiari, che accompagnano i pazienti o che si recano in ospedale per rendere visita a un proprio caro. Da dati scientifici di settore risulta che ogni paziente ricoverato, con una degenza media di 4 giorni, riceve in media la visita di 6 persone per cui, nel nostro caso, si può stimare in circa 3 milioni per anno il numero di cittadini che si recano in ospedale e che pertanto diventano anch'essi destinatari del progetto.

#### **Obiettivo principale :**

Garantire un'adeguata accoglienza ai cittadini che accedono ai presidi ospedalieri.

Obiettivi specifici vs i cittadini:

1. Fornire informazioni corrette ai cittadini che accedono alle strutture ospedaliere per prestazioni di ricovero e ambulatoriali.

Tale obiettivo è riferito agli oltre 500.000 cittadini che accedono agli ospedali coinvolti nel progetto ed ai familiari che vi transitano.

Gli indicatori di riferimento sono:

- Il decremento del 50% del numero delle segnalazione e dei reclami sull'accoglienza rispetto alla situazione attuale;
- La riduzione del 25% degli accessi impropri ai servizi ospedalieri, evidentemente esclusa l'area di emergenza;
- Il raggiungimento del 75% di giudizi positivi (valore soglia minimo) della qualità percepita nell'area dell'accoglienza e della comunicazione;

Gli indicatori suddetti sono stati già utilizzati per la valutazione del progetto che è attivo nella sede di Sciacca dal 2002 (vedi report allegati).

2. Accompagnare tutti gli assistiti con difficoltà di deambulazione.

Dai dati rilevati dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale nell'anno 2004, negli ospedali dove sono allocate UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia, Neuro-riabilitazione, Nefrologia e Dialisi, Geriatria e lungo degenze, i pazienti che necessitano di assistenza per gli spostamenti interni alla struttura rappresentano - circa il 30% della popolazione complessiva che vi accede.

Il servizio di accompagnamento verrà garantito al 100% dei I suddetti pazienti che ne fanno richiesta ai volontari che presidiano i desk-accoglienza.

3. Intrattenere gli assistiti nei momenti non dedicati alle cure, in contesti qualificati e dedicati alle attività di socializzazione ed allo svago.

Per tali linee di attività negli ospedali coinvolti si prevede una partecipazione di almeno il 10% dei pazienti ricoverati (pazienti in grado di allontanarsi dalla stanza di degenza) rispetto al numero dei ricoverati e del 30% dei familiari che assistono i pazienti ricoverati.

Le percentuali suddette sono riferite ai dati di ogni singolo ospedale, meglio descritti nelle schede riportate al punto 6 del presente progetto.

### **Obiettivo specifico vs i volontari :**

1. Motivare i giovani del servizio civile all'adesione e alla partecipazione attiva ad attività volontariato.

Dall'esperienza maturata presso l'ospedale di Sciacca se ne deduce che dei 250 volontari, che hanno effettuato il servizio civile negli anni precedenti, oltre il 20% ha continuato ad operare presso associazioni di volontariato che svolgono la loro attività nell'area dei servizi alla persona e nel sociale in genere. Tra questi più del 50% ha continuato a prestare servizio volontario presso l'ospedale di Sciacca. I dati suddetti vengono rilevati dalla consulta giovanile del comune di Sciacca che perio-

dicamente effettua delle indagini sull'adesione dei giovani alle attività nel settore onlus

**Obiettivo specifico vs gli operatori sanitari:**

1. Avviare un costante confronto tra gli operatori sanitari e i volontari sulle aree di intervento del progetto attraverso riunioni periodiche a cui partecipano oltre ai volontari e alle figure professionali del servizio civile anche i capisala e i rappresentanti delle associazioni di volontariato accreditate e tutti gli stakeholders del progetto. Gli indicatori riferiti al suddetto obiettivo specifico sono:

-Il numero di riunioni, almeno una al mese

-Il mantenimento del numero dei partecipanti dall'inizio alla fine del progetto

I dati relativi agli indicatori specifici vengono rilevati attraverso appositi questionari, griglie e check list pubblicati periodicamente sul sito dell'ente accreditato. Descrizione del progetto e tipologia dell'intervento che definisca dal punto di vista sia qualitativo che quantitativo le modalità di impiego delle risorse umane con particolare riferimento al ruolo dei volontari in servizio civile:

Scopo del progetto è favorire lo sviluppo di attività innovative e di sostegno all'assistenza sanitaria ospedaliera in alcune aree di particolare interesse per gli assistiti: l'informazione, l'orientamento, l'intrattenimento e l'accompagnamento per la fruizione dei servizi. Il progetto si sviluppa su due principali linee di attività:

1. L'area dell'Accoglienza, che comprende l'informazione, il front-office, e l'accompagnamento, è sicuramente l'area a più forte impatto per il cittadino che accede ai presidi ospedalieri.

2. L'area dell'intrattenimento e delle attività culturale e di socializzazione si propone invece per migliorare la qualità della vita degli assistiti.

Per sostenere l'attività dei volontari del servizio civile, oltre alle figure accreditate presso l'UNSC è prevista la presenza, per ogni turno di nr. 5 volontari delle associazioni che operano negli ospedali e che vengono di seguito elencate:

AVULSS, Tribunale per i Diritti del Malato, Volontariato Vincenziano, AVIS, Lega italiana lotta tumori, associazione parole e segni, associazione dializzati, ADMO, ADMICO, FRATRES.

I volontari del Servizio Civile, inoltre, nell'assolvere ai diversi compiti e nell'espletare le varie funzioni, avranno dei contatti quotidiani con tutto il personale sanitario (medici, infermieri e tecnici) delle diverse Unità Operative di ricovero.

L'integrazione e la collaborazione con il personale suddetto, viene sostenuto attraverso delle riunioni mensili di verifica e programmazione delle attività alle quali partecipano oltre i volontari del servizio civile i medici referenti per l'area accoglienza, i direttori delle UU.OO. i capisala, i tutor e gli OLP.

I volontari del servizio civile sono inoltre, costantemente a contatto con il team del servizio civile (OLP, tutor, RLEA, Formatori, Responsabile amministrativo, Responsabile per l'informatica) per tutte le incombenze istituzionali e per un costante monitoraggio di processo sui risultati attesi.

Trimestralmente inoltre, tutte le figure professionali accreditate effettuano una riunione con il responsabile del progetto sullo stato di attuazione del progetto per l'implementazione delle attività e la valutazione del clima tra i volontari oltre che del livello di soddisfazione degli assistiti, in quanto destinatari del progetto. Dal punto di vista organizzativo, all'inizio di ogni turno di servizio i volontari appongono la loro firma sul registro presenze all'interno della segreteria appositamente allestita per i progetti di servizio civile, in presenza delle figure professionali accreditate.

Il contesto operativo dei volontari impegnati nel progetto rappresenta una realtà dove il disagio assume una valenza fondamentale, infatti, per chi si ricovera in Ospedale oltre che l'impatto con la struttura nosocomiale di perse destrutturante, l'ansia e il timore provocate da tutto ciò che comporta il nuovo "status" di ammalato, un ulteriore elemento negativo e fattore di crisi è la noia.

Con il presente progetto ai pazienti che non si ritrovano in una particolare situazione di gravità ed ai loro familiari, che non sanno come occupare il tempo tra una visita e un esame diagnostico, si offrono spazi culturali e ludici-ricreativi qualificati per far vivere l'ospedale non come luogo di sofferenza, ma come luogo di vita e di crescita sociale. Tali spazi sono stati chiamati appositamente PUNTO INCONTRO dotati di alcuni ateliers all'interno dei quali operano i volontari del servizio civile che avranno il compito di far dimenticare o almeno di alleviare lo stato di disagio e di malessere degli assistiti, dando loro la possibilità di trascorrere qualche ora di serenità e tranquillità in un contesto qualificato e idoneo per lo svago e la socializzazione.

L'ospedale, luogo deputato alla cura dei malati, è vissuto quasi esclusivamente come luogo di dolore per coloro che vivono l'esperienza del ricovero, direttamente o indirettamente. Ecco dunque che l'offerta metodica di attività culturali e ludico-ricreativi e, per certi aspetti terapeutici, può aiutare il paziente a superare il difficile momento della ospedalizzazione promuovendo anche la crescita psicologica e aumentando la sicurezza, soprattutto nei bambini.

Dal punto di vista qualitativo il ruolo dei volontari del Servizio Civile che saranno impegnati nel progetto viene esercitato nelle funzioni e nelle attività di seguito descritte:

a. Ricevimento e accompagnamento degli assistiti e dei loro familiari sia all'ingresso dell'ospedale che nelle diverse Unità Operative. In quest'area di attività i volontari assumono un ruolo di interfaccia tra gli operatori sanitari e gli assistiti, forniscono informazioni, orientano correttamente il cittadino, lo accompagnano quando necessario contribuendo pertanto sul piano qualitativo ad eliminare ogni forma di disagio per l'accesso alle prestazioni ospedaliere e dall'altra, sul piano quantitativo, riducendo il numero di accessi impropri degli utenti alle unità operative, i cui professionisti potranno dedicarsi full time alla cura e all'assistenza dei ricoverati.

b. Intrattenimento, ascolto e sostegno alle persone sole che si trovano ricoverate e che spesso sono segnalati dal Servizio Sociale Territoriale e/o dalle associazioni di volontariato. In questa area compito dei volontari è quello di tenere loro compagnia nei momenti particolari come per esempio quando si è in attesa del consulto medico. I volontari saranno impegnati pertanto nel condividere le ansie dei pazienti e, quando necessario, sdrammatizzarle per permettere all'assistito di sentirsi ascoltato e valorizzato come persona e rispettato nella sua individualità. Azioni queste che creano valore aggiunto alle prestazioni sanitarie che offre l'ospedale e soprattutto che hanno lo scopo di soddisfare i bisogni della persona che si ritrova nella particolare condizione di ricoverato.

c. Informazione e tutela dei cittadini in attuazione delle normative vigenti e in collaborazione con l'Urp e le associazioni di tutela dei diritti dell'utenza, i volontari avranno anche il compito di diffondere la cultura di diritto-dovere dei cittadini nei confronti della Sanità Pubblica, informando correttamente i cittadini che ne fanno

richiesta sulle procedure relative ai suggerimenti, alle segnalazioni e ai reclami, così come previsto dal regolamento aziendale.

d. Animazione dei Laboratori ludico-ricreativo per minori ospedalizzati aperti giornalmente in appositi spazi con lo scopo da una parte di offrire ai pazienti in età evolutiva momenti di socializzazione e sviluppo delle creatività e dall'altro di rendere

alcuni spazi interni dell'ospedale pieni di colore e di "vitalità".

e. Animazione dei Laboratori ricreativo-culturale per pazienti adulti e familiari che possono impegnare il tempo in appositi spazi con attività finalizzate alla socializzazione e all'occupazione del tempo in maniera stimolante e qualificata .

Ruolo dei volontari che operano all'interno degli Ateliers di PUNTO INCONTRO è quello di: giocare a carte o con altri giochi da tavolo con i pazienti, programmare e gestire le proiezioni della sala cinema, guidare nella lettura di riviste e quotidiani agli assistiti, proporre e gestire attività grafico pittoriche e di ceramica, animare con attività e giochi

l'atelier Fantasilandia dedicato ai più piccoli.

Negli Ateliers Punto Incontro i volontari alla fine delle attività si curano di riaccompagnare i pazienti che ne fanno richiesta nelle loro camere di degenza.

Un'ora prima della fine del turno i volontari incaricati procederanno alla stesura del "diario di bordo", dove verranno annotati tutti i fatti più importanti accaduti durante il turno in modo da avere una memoria per i colleghi del turno successivo e per il futuro. Alla fine del turno si procederà alla firma in uscita del registro presenze.

Si riporta di seguito un quadro sinottico in cui gli obiettivi specifici riportati al punto 7 della presente scheda progetto vengono declinati in :

- piani di attuazione previsti per il raggiungimento degli obiettivi
- complesso delle attività previste per la realizzazione dei piani di attuazione
- risorse umane complessive necessarie per l'espletamento delle attività previste specificando se volontari o dipendenti a qualunque titolo dell'ente.

- Ruolo ed attività previste per i volontari nell'ambito del progetto

I dati relativi agli indicatori specifici vengono rilevati attraverso appositi questionari, griglie e check list pubblicati periodicamente sul sito dell'ente accreditato

**Numero ore diservizio settimanali dei volontari, ovvero monte ore annuo: 36**

**Giorni di servizio a settimana dei volontari (minimo 5, massimo 6) : 6**

*Allegato #3*

Proposta di legge regionale n. 440 presentata il 26 Aprile 2007  
Disposizioni sulle terapie complementari: Terapia del sorriso e pet therapy.

Primo firmatario:

COTTO MARIANGELA

BURZI ANGELO CAVALLERA UGO CIRIO ALBERTO

FERRERO CATERINA LEO GIAMPIERO NASTRI GAETANO

PEDRALE LUCA PICHETTO FRATIN GILBERTO TOSELLI PIETRO

FRANCESCO

[Apri Sommario](#)

[Chiudi Sommario](#)

**Art. 1**

*(Finalità)*

**1.**

La Regione Piemonte, con la presente legge intende promuovere la conoscenza lo studio e l'utilizzo di nuovi trattamenti di supporto e integrazione delle cure clinico-terapeutiche, quali la terapia del sorriso o gelotologia e la terapia assistita dagli animali o pet therapy.

**2.**

Ai fini della presente legge si intende per:

**a)**

terapia del sorriso, gelotologia o clown terapia, la possibilità di utilizzare, attraverso l'opera di personale medico, non medico e di volontari appositamente formati, il sorriso e il pensiero positivo in funzione terapeutica, in modo da integrare le cure medico/farmacologiche;

**b)**

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

## **Art. 2**

*(Formazione degli operatori)*

### **1.**

Per il conseguimento delle finalità di cui all'articolo 1, la Regione Piemonte promuove la formazione professionale del personale medico e non medico, delle unità operative dipendente delle aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere del servizio sanitario regionale o con esso operanti in regime di convenzione, ovvero del personale delle organizzazioni del privato sociale e dei volontari delle organizzazioni di volontariato iscritte al registro regionale del volontariato, di cui alla [legge regionale 29 agosto 1994, n. 38](#) (Valorizzazione e promozione del volontariato) e successive modificazioni e, provvede al rilascio dell'autorizzazione ai corsi e all'effettuazione dell'attività didattica formativa.

### **2.**

I corsi di formazione di cui al comma 1 sono organizzati e gestiti dalla Regione.

### **3.**

I programmi dei corsi di cui al comma 2 sono definiti dalla Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, d'intesa con le organizzazioni del privato sociale e quelle di volontariato, che abbiano una comprovata esperienza nel settore, gli ordini dei medici, degli psicologi e dei veterinari.

## **Art. 3**

*(Modalità di applicazione)*

### **1.**

La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare definisce, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge:

#### **a)**

le modalità per l'introduzione, a seguito della sperimentazione di cui all'articolo 5, presso le strutture ospedaliere, dell'attività di gelotologia prioritariamente negli ambiti pediatrici, neurologici ed oncologici;

**b)**

le caratteristiche degli spazi e degli arredi destinati all'attività di gelotologia;

**c)**

l'ambito e le modalità di applicazione dell'utilizzo degli animali a fini terapeutici;

**d)**

le procedure ed i protocolli per la progettazione, realizzazione e valutazione di programmi di studio e ricerca dell'utilizzo di animali a fini terapeutici.

#### **Art. 4**

*(Centro di studio e ricerca in materia di pet therapy)*

**1.**

La Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, predispone un progetto pilota per l'attivazione di un centro di studio e ricerca in materia di pet therapy presso un'azienda sanitaria locale o un'azienda ospedaliera del servizio sanitario regionale appositamente individuata.

**2.**

Il Centro di studio e ricerca prevede:

**a)**

la realizzazione di una struttura attrezzata all'accoglienza, durante il giorno, di bambini in situazione di disagio psicologico, vittime di maltrattamenti, abbandoni, abusi, o disagio fisico causato da handicap o da malattia e adulti con disabilità fisiche o psichiche, in cui il rapporto continuativo con animali attui un supporto terapeutico che produca benessere alla persona;

**b)**

la costituzione di una équipe multidisciplinare, composta da figure professionali mediche e non mediche appartenenti a profili professionali del ruolo sanitario e che assume la responsabilità del progetto e ne monitora e documenta la sua attuazione.

## **Art. 5**

*(Fase sperimentale)*

**1.**

La Giunta regionale, su proposta delle direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, e sentita la competente Commissione consiliare, individua le strutture ospedaliere in cui introdurre, in via sperimentale, le attività di gelotologia e/o di pet therapy.

**2.**

Terminata la fase di sperimentazione, di durata non inferiore a dodici mesi, i direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, ove è stata introdotta l'attività di gelotologia e/o di pet therapy, presentano alla Giunta una relazione sull'andamento dell'attività con particolare riferimento ai risultati conseguiti e ai costi sostenuti.

**3.**

Conclusa la fase di sperimentazione di cui ai commi 1 e 2, spetta alla Giunta regionale stabilire, sentita la Commissione consiliare competente e sulla base delle relazioni prodotte, se introdurre l'attività di gelotologia e/o di pet therapy presso le strutture ospedaliere del territorio della Regione Piemonte.

## **Art. 6**

*(Norma finanziaria)*

**1.**

Per l'attuazione della presente legge, nell'esercizio finanziario 2007, è previsto uno stanziamento di 550.000,00 euro, in termini di competenza e di cassa, iscritto nell'unità previsionale di base (UPB) 28011 (Programmazione sanitaria Programmazione sanitaria Tit. I spese correnti) e uno stanziamento di 200.000,00 euro, in termini di competenza e di cassa, iscritto nell'unità previsionale di base (UPB) 28012 (Programmazione sanitaria Programmazione sanitaria Tit. Il spese in conto capitale) del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2007, alla cui copertura si fa fronte con le risorse delle unità previsionali di base (UPB) 09011 (Bilanci e finanze Bilanci Tit. I spese correnti) e

09012 (Bilanci e finanze Bilanci Tit. Il spese in conto capitale) del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2007.

**2.**

Per il biennio 2008-2009, agli oneri annui pari a 750.000,00 euro, in termini di competenza, ripartiti come al comma 1 e iscritti nelle UPB 28011 e 28012 del bilancio pluriennale 2007-2009 si provvede secondo le modalità dell' [articolo 8 della legge regionale 11 aprile 2001, n. 7](#) (Ordinamento contabile della Regione Piemonte) e dall' [articolo 30 della legge regionale 4 marzo 2003, n. 2](#) (Legge finanziaria per l'anno 2003).

**Art. 7**

*(Dichiarazione d'urgenza)*

**1.**

La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'articolo 47 dello Statuto ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.

*Allegato #4*

## **studio randomizzato controllato**

Animazione Emozionale

Abbiamo pensato di applicare la terapia del sorriso sul neonato per alcuni giorni consecutivi e di osservarne le reazioni. E' quindi iniziato uno studio randomizzato controllato su un gruppo di neonati, dividendoli in due gruppi di età inferiori e superiori alle 28 settimane di età gestazionale di nascita. La metà di questi neonati sono stati trattati con l'animazione terapeutica, gli altri hanno avuto soltanto le cure medico-infermieristiche.

Lo studio è stato effettuato allo scopo di valutare l'efficacia di tale trattamento sulle crisi di desaturazione del neonato pretermine.

Il risultato di questo studio è risultato positivo e riportato in alcune tabelle che troverete di seguito. Naturalmente, trattandosi di un numero esiguo di casi, non si può parlare di scientificità del metodo, ma in ogni caso i risultati sono stati ottimi.

Non vorrei rendere superficiale questo lavoro durato dei mesi con la collaborazione preziosa di molti operatori sanitari, omettendo alcune precisazioni:

Lo studio randomizzato non è stato svolto con lo scopo di produrre dei risultati da catalogare, ma per rendere testimonianza dell'amore e delle emozioni che costituiscono la parte principale dell'essere, dando luogo ad un processo di guarigione.

Il lavoro è stato svolto nel rispetto del neonato, tenendo conto dei suoi bisogni, dei suoi ritmi sonno-veglia e delle sue emozioni.

Gli operatori sanitari che si sono prestati ad applicare il metodo sul neonato hanno seguito alcuni corsi sull'animazione emozionale. Il metodo è stato applicato a seconda delle emozioni al momento, tenendo conto dei diversi fattori che interagivano con il neonato (ambientali e relazionali).

La valutazione finale non comprende soltanto le tabelle riportate qui sopra, ma in primo luogo una serie di fattori emozionali

che si riscontravano nel bambino, quali : la maggior serenità, il rilassamento, il sorriso interiore ecc... tutti fattori non valutabili tecnicamente e scientificamente, ma comunque rilevati dalle persone che hanno applicato il metodo e che quindi sapevano leggere il linguaggio delle emozioni, nonché dai genitori dei bambini.

Oltre al fatto che i bambini si mostravano più sereni e meno stressati e di conseguenza reagivano meglio alle cure mediche , i genitori ci riportavano che mangiavano con più “voglia”, crescevano più rapidamente e che il loro stimolo vitale aumentava. Sicuramente il fatto che si sentissero compresi a livello emozionale permetteva loro di sentirsi a proprio agio e di non percepire nemico il mondo .

Tutto questo influiva positivamente sulla loro crescita. Accettare il cibo è generalmente buon sintomo di accettazione della vita, in un neonato pretermine questa è una tappa veramente importante.

Come per il cibo, anche la respirazione autonoma acquisisce un'importanza vitale, di consenso alla vita e di approvazione ad una nuova tappa : l'autonomia. Anche in questo caso se il neonato è sereno, l'autonomia avviene in un tempo minore e con minor stress sia per il neonato stesso che per i genitori.

# RISULTATI

## GRUPPO DI EG £ 28 w (14 SOGGETTI)

|                         | CASI<br>N= 6 | CONTROLLI<br>N= 8 | P  |
|-------------------------|--------------|-------------------|----|
| EG<br>NASCITA           | 27           | 26,5              | NS |
| DOSAGGIO<br>CAFFEINA    | 3,3<br>mg/kg | 3,7<br>mg/kg      | NS |
| SURFACTANTE             | 100%         | 87,5%             | NS |
| PATOLOGIA<br>ECOGRAFICA | 66,7%        | 66,7%             | NS |

# RISULTATI

## GRUPPO DI EG > 28 w (9 SOGGETTI)

|                             | CASI<br>N= 6 | CONTROLLI<br>N= 3 | P          |
|-----------------------------|--------------|-------------------|------------|
| EG                          | 30,3         | 29,3              | NS         |
| DOSAGGIO<br>CAFFEINA        | 1,5<br>mg/kg | 3<br>mg/kg        | NS         |
| SURFACTANTE                 | 66,7%        | 66,7%             | NS         |
| EG A INIZIO<br>OSSERVAZIONE | 31           | 29,7              | P<br><0,05 |

## CONCLUSIONI

GRUPPO CON EG ≤ 28 SETTIMANE

Trattamento efficace, sia nella prima che nella seconda settima-

na

Nonostante una minor età gestazionale all'inizio dell'osservazione

Aumento delle crisi alla sospensione del trattamento

GRUPPO CON EG > 28 SETTIMANE

Stessi risultati, ma casistica esigua e maggior età gestazionale dei casi, all'inizio del trattamento

*Allegato #5*

codici deontologici  
di  
VOLONTARIO DEL SORRISO E DI CLOWN DOTTORE

della  
FEDERAZIONE INTERNAZIONALE ! RIDERE PER VIVERE !

PREMESSA

Quello che qui si propone e' una possibilita', un riferimento sicuro, uno spunto d'affetto cui fare ritorno ogni qual volta ci si sentisse troppo coinvolti, troppo indaffarati, troppo impulsivi o solo troppo stanchi per regalare al mondo il proprio io migliore. Per questo vogliamo condividere le nostre intenzioni, i nostri obiettivi comuni, quello che ci proponiamo tenacemente di essere tentando di gettare il cuore oltre l'ostacolo, sempre. Il volontario del sorriso ed il Clown Dottore di ! Ridere per Vivere ! nutrono dentro di se' AMORE che donano e dedicano agli altri con delicatezza e semplicita'...  
...sentono di appartenere ad un gruppo nel quale mettono a disposizione il loro sapere per farne tesoro ed uso collettivo e per poter crescere insieme...  
...lavorano con il gruppo e per il gruppo con umilta', empatia e tolleranza comunicando serenamente le proprie opinioni e trovando soddisfazione personale nelle attivita' che sono frutto di lavoro collettivo...  
...l'importanza delle attivita' che svolgono permettono loro di riuscire a distinguere e scindere le dinamiche di gruppo da quelle personali...  
...si sentono veicolo di emozioni positive che distribuiscono con naturalezza ed equilibrio...  
...si sentono liberi da condizionamenti, dalla paura del giudizio degli altri, dal bisogno di essere perfetti e di essere approvati...  
...ascoltano e "sentono" il contesto che volta per volta gli si presenta e adottano l'atteggiamento migliore di fronte ad esso...  
...il volontario del sorriso ed il clown dottore sono sorriso e operano per mezzo del buonumore in ambienti disagiati.  
...il volontario del sorriso ed il clown dottore offrono la propria disponibilita' pratica che si impegnano a rispettare...  
...il volontario del sorriso ed il clown dottore si innamorano ine-

vitabilmente di un reparto in particolare, ma hanno la generosità di andare là dove serve...  
...il volontario del sorriso ed il clown dottore si innamorano inevitabilmente di un compagno in particolare, ma lavorano con tutti e favoriscono un circolo d'amore allargato...  
...il volontario del sorriso ed il clown dottore in fase di tirocinio si affidano all'esperienza di chi gli si propone come "riferimento"...  
...il volontario del sorriso ed il clown dottore sono liberi di proporre idee che saranno valutate insieme alla commissione volontari per l'uno o all'assemblea per l'altro.  
...il volontario del sorriso ed il clown dottore capiscono il valore della divulgazione di un ideale: per questo aderiscono ad attività collaterali (stand, manifestazioni, conferenze, eventi) con la stessa tenacia con cui vanno in ospedale...  
...il volontario del sorriso ed il clown dottore sono disponibili a lasciare traccia del loro operato aderendo alla proposta di compilare delle "schede" che saranno memoria e testimonianza del loro impegno, intervento per intervento...  
...il volontario del sorriso ed il clown dottore rispettano gli appuntamenti associativi mensili ritenuti un forte momento di condivisione e confronto...

## CODICE DEONTOLOGICO DEL VOLONTARIO DEL SORRISO

Articolo 1  
Il Volontario del sorriso è un operatore volontario di "Ridere Per Vivere". Egli riceve da "Ridere Per Vivere" una formazione specifica mirata all'intervento nell'ambiente socio-sanitario, per arricchire le proprie potenzialità ed esprimerle al meglio nel rispetto di tale ambiente e di chi a vario titolo vi si trova. Tale formazione prevede nozioni teoriche (gelotologia, psicologia dell'età evolutiva, psicologia relazionale, intercultura, sociologia dell'ospedale) nonché, naturalmente, una parte artistica ("morbida" sculture di palloncini, improvvisazione teatrale, ecc..).

Articolo 2

In ospedale il Volontario del sorriso compie interventi relativi alle sue competenze gelotologiche. E' presente in reparto per aiutare ad alleviare il disagio fisico e psicologico del bambino e dei suoi cari, a migliorare l'atmosfera dei reparti e dell'ospedale stesso, considerati come comunità.

Il Volontario del sorriso agisce sempre nel rispetto del lavoro dei medici e dei paramedici.

Articolo 3

Il Volontario del sorriso non opera mai da solo, ma rigorosamente in piccoli gruppi. In contesti socio-sanitari (che per proprie caratteristiche lo consentono) agisce con gruppi di persone, mediante l'animazione: favorisce, cioè, l'espressione della comicità e dell'umorismo delle persone del gruppo.

Articolo 4

Il Volontario del sorriso è responsabile delle sue azioni in ospedale. Esegue i suoi interventi nel rispetto della dignità, della personalità e dell'intimità del bambino e della sua famiglia. Effettua tutti gli interventi con la stessa coscienza morale, indipendentemente da quali possano essere l'origine della persona, il sesso, la nazionalità, la religione, le abitudini, la situazione familiare, l'ambiente sociale, l'educazione, la malattia. Anche se viene richiesta la sua opinione, si astiene da qualunque osservazione che potrebbe essere inadeguata e presta attenzione a non fare allusioni destabilizzanti sulle proprie origini, abitudini, convinzioni religiose e politiche.

Articolo 5

Il Volontario del sorriso deve rispettare il diritto alla discrezione delle persone che incontra. Deve saper essere discreto rispetto a ciò che gli è stato eventualmente confidato, ma anche a quello che ha visto, letto, sentito, constatato o capito sull'identità e

lo stato di salute dei bambini. La discrezione si impone dentro e fuori dell'ospedale.

Articolo 6

Il volontario del sorriso, durante tutto il suo percorso, ha costantemente la possibilità di far riferimento alla commissione volontari.

Articolo 7

Il volontario del sorriso propone un'immagine di sé delicata e colorata: per il suo costume preferisce colori pastello alle tinte forti, non utilizza materiale industriale (parrucche, maschere, occhialoni, cappelli giganti...) e anche il suo trucco sottolinea in lui la dolcezza dei tratti del viso ma non ne appesantisce l'immagine. Infatti il suo principale strumento di approccio è la dolcezza.

Articolo 8

Il volontario del sorriso ha una sua specifica identità che lo rende altro rispetto al clown dottore. Condivide col clown la maschera più piccola del mondo (il naso rosso) perché ad unirlo al clown è un ideale comune: il valore della risata.

Articolo 9

Per garantire la qualità degli interventi, il Volontario del sorriso aggiorna e perfeziona le proprie conoscenze artistiche e teoriche attraverso incontri di "ritorno in formazione" che "Ridere Per Vivere" organizza con cadenza periodica per tutti i suoi volontari, nonché mediante libere iniziative di gruppo.

Articolo 10

Il volontario del sorriso è sempre attento alla sicurezza del bambino. Non deve metterlo in posizione di pericolo con le proprie azioni.

- Articolo 11  
Il volontario del sorriso rispetta il regolamento interno, le norme di igiene e di sicurezza del reparto e dell'ospedale.
- Articolo 12  
Il volontario del sorriso rimane neutrale riguardo a disservizi nell'ospedale, proteste riguardanti il reparto, problemi del personale o di gestione, fatti salvi i casi in cui questi fatti siano moralmente esecrabili e/o assumano una dimensione penale.
- Articolo 13  
Il volontario del sorriso non accetta né chiede mai un compenso o una mancia in denaro per gli interventi in ospedale. Sempre nello stesso non può dedicarsi né partecipare a operazioni promozionali o a distribuzioni di oggetti a fini di lucro.
- Articolo 14  
Il volontario del sorriso, anche in virtù della sua continua formazione ed evoluzione, può operare, pur mantenendo e perseguendo le stesse identiche finalità, in qualunque altra realtà sanitaria (o non) diversa dall'ospedale e con persone di qualsiasi età e condizione. Perciò quanto esposto negli articoli precedenti circa l'operato del volontario del sorriso in Ospedale è da intendersi valido ed adattabile per ogni altro contesto a Lui affine, come Centri Diurni, Residenze Protette, contesti sociali, scuole.

### ***CODICE DEONTOLOGICO DEL CLOWN DOTTORE***

- Articolo 1  
Il Clown Dottore è un professionista retribuito da "Ridere Per Vivere". In occasioni specifiche opera anche in regime di volontariato. Egli riceve da "Ridere Per Vivere" una formazione specifica mirata al lavoro nell'ambiente socio-sanitario, per arricchire le proprie potenzialità ed esprimerle al meglio nel rispetto di tale ambiente e di chi a vario titolo vi si trova. Tale formazione preve-

de nozioni teoriche (gelotologia, psicologia dell'età evolutiva, psicologia relazionale, psicologia dell'ospedale, igiene e procedure ospedaliere, intercultura, sociologia dell'ospedale) nonché, naturalmente, una parte artistica ("morbida" clowneria, micro-prestidigitazione, micro-giocoleria, improvvisazione teatrale, uso del burattino, elementi di musicoterapia ecc..).

Articolo 2

In ospedale il Clown Dottore compie interventi relativi alle sue competenze gelotologiche. E' presente in reparto per aiutare a gestire meglio il disagio fisico e psicologico del bambino e dei suoi cari, a migliorare l'atmosfera dei reparti e dell'ospedale stesso, considerati come comunità. In questo, e sulla scorta della letteratura scientifica che attesta le potenzialità salutari delle emozioni positive, il suo è un intervento terapeutico, complementare agli altri già in atto. Il Clown Dottore agisce sempre nel rispetto del lavoro dei medici e dei paramedici.

Articolo 3

Il Clown Dottore non interviene mai da solo, ma rigorosamente in coppia.

Articolo 4

Il Clown Dottore è responsabile delle sue azioni in ospedale. Esegue i suoi interventi nel rispetto della dignità, della personalità e dell'intimità del bambino e della sua famiglia. Effettua tutti gli interventi con la stessa coscienza professionale, indipendentemente da quali possano essere l'origine della persona, il sesso, la nazionalità, la religione, le abitudini, la situazione familiare, l'ambiente sociale, l'educazione, la malattia. Anche se viene richiesta la sua opinione, si astiene da qualunque osservazione che potrebbe essere inadeguata e presta attenzione a non fare allusioni destabilizzanti sulle proprie origini, abitudini, convinzioni religiose e politiche.

Articolo 5

Il Clown Dottore deve rispettare il segreto professionale e le informazioni confidenziali. Il segreto riguarda ciò che gli è stato confidato, ma anche quello che ha visto, letto, sentito, constatato o capito sull'identità e lo stato di salute dei bambini. La discrezione si impone dentro e fuori dell'ospedale.

Articolo 6

Il Clown Dottore deve conoscere di volta in volta, sempre nel rispetto del segreto professionale, l'evolversi delle degenze. Deve essere adeguatamente informato circa lo stato clinico ed emotivo in cui trovano i piccoli pazienti, con particolare attenzione a casi distinti che potrebbero non giovare del suo intervento o addirittura richiederlo con maggior impegno e concentrazione. Tutto questo può avvenire solo tramite uno stretto contatto del Clown Dottore con l'équipe sanitaria e, se presenti, le componenti scolastiche, in brevi momenti informativi che necessariamente precedono l'intervento in corsia e che lo mettono in grado di scegliere in maniera flessibile e rapida, quale può essere il tipo di intervento da mettere in campo con i singoli bambini.

Articolo 7

Il Clown Dottore in contesti socio-sanitari (che per proprie caratteristiche lo consentono) agisce anche con gruppi di persone, mediante la comicità attiva: favorisce, cioè, l'espressione della comicità e dell'umorismo delle persone del gruppo.

Articolo 8

Se gli viene richiesto, l'artista può intrattenere relazioni professionali ed amicali con il bambino e la famiglia fuori dall'ospedale, presso il domicilio, per un'eventuale continuità metodologica, consultandosi con il supervisore psicologico dell'Associazione ed informando i responsabili del reparto della continuazione dell'intervento in altra sede.

Articolo 9

Per garantire la qualità degli interventi, il Clown Dottore aggiorna e perfeziona le proprie conoscenze artistiche e teoriche attraverso incontri di “ritorno in formazione” che “Ridere Per Vivere” organizza con cadenza bimestrale per tutti i suoi Clown Dottori, nonché mediante libere iniziative personali. Allo stesso fine, e per tutelare il proprio equilibrio psico-fisico, il Clown Dottore è tenuto a frequentare incontri, supervisionati da uno psicoterapeuta perfettamente a conoscenza della realtà e delle dinamiche in questione, con gli altri Clown Dottori di “Ridere Per Vivere” operanti nello stesso micro-territorio.

Articolo 10

Il Clown Dottore è sempre attento alla sicurezza del bambino. Non deve metterlo in posizione di pericolo con le proprie azioni.

Articolo 11

Il Clown Dottore rispetta il regolamento interno, le norme di igiene e di sicurezza del reparto e dell'ospedale.

Articolo 12

Il Clown Dottore rimane neutrale riguardo a disservizi nell'ospedale, proteste riguardanti il reparto, problemi del personale o di gestione, fatti salvi i casi in cui questi fatti siano moralmente esecrabili e/o assumano una dimensione penale.

Articolo 13

Il Clown Dottore non accetta né chiede mai un compenso o una mancia in denaro per gli interventi in ospedale. Sempre nello stesso non può dedicarsi né partecipare a operazioni promozionali o a distribuzioni di oggetti a fini di lucro.

Articolo 14

Il Clown Dottore, anche in virtù della sua continua formazione ed evoluzione, può lavorare, pur mantenendo e perseguendo le stesse identiche finalità, in qualunque altra realtà sanitaria (o non) diversa dall'ospedale e con persone di qualsiasi età e con-

dizione.

Perciò quanto esposto negli articoli precedenti circa il lavoro del Clown Dottore in Ospedale è da intendersi valido ed adattabile per ogni altro contesto a Lui affine, come Centri Diurni, Residenze Protette, contesti sociali, scuole, corsi per formatori ecc...

*Allegato #6*

### **Codice deontologico per l'attività di clown-terapia adottato dall'Associazione Artistica Castellinaria**

#### **Premessa**

L'Associazione Artistica Castellinaria persegue lo scopo di promuovere l'umanità e la gioia di vivere, tramite l'esercizio della clown-terapia, del teatro tradizionale e di strada e dei laboratori per l'infanzia, nel rispetto della libertà

e della dignità della persona e senza discriminazioni di età, etnia, sesso, religione, lingua, nazionalità, condizione sociale, ideologia o qualsiasi altra diversità, ivi comprese quella fisica e quella mentale (proprie di ogni individuo e dall'associazione stessa rispettate nella loro completezza) in tempo di pace

come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

## **DOVERI GENERALI DEL DOTTORE-CLOWN**

Art. 1 - Il dottore-clown (di seguito indicato con il termine di clown) ha il dovere di rispettare pienamente quanto descritto nella premessa, sia con il suo comportamento, sia con le sue parole, e si impegna a trasmettere tale spirito a chiunque incontri, ispirando gli altri attraverso le azioni ed il modo di affrontare le problematiche inerenti al proprio lavoro, tanto all'interno quanto all'esterno dell'ospedale.

Art. 2 - Il clown non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura e deve impegnarsi a denunciare ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa venga. Inoltre, il clown che riveste cariche pubbliche non può avvalersi del proprio ruolo a scopo di vantaggio professionale.

Art. 3 - Il clown si impegna, nei confronti del paziente, a riconoscerne l'identità e a chiamarlo per nome e cognome. Si impegna inoltre a farsi identificare a propria volta attraverso la divisa, il cartellino di riconoscimento ed il naso rosso.

Art. 4 - Il clown ha il dovere di rispettare ciascun lavoratore del reparto ospedaliero e deve impegnarsi a non intralciare il normale svolgimento lavorativo proprio del reparto stesso, deve anzi armonizzare la propria azione con tale lavoro per aiutare a renderlo più agevole, sicuro ed efficace possibile.

Art. 5 - Il clown ha il dovere di lasciare libero ogni paziente,

indipendentemente dall'età, di scegliere di volta in volta se farlo entrare nella sua camera oppure no.

Art. 6 - Il clown ha il dovere di informarsi sempre, prima di iniziare il suo lavoro in reparto, circa le patologie che incontrerà e di realizzare un diverso lavoro ed approccio in base alle differenti esigenze di ciascun paziente.

Art. 7 - Il clown ha il dovere di rispettare, come fa il medico, gli obblighi peculiari inerenti il segreto professionale (la documentazione e tutela dei dati e la loro comunicazione e diffusione come da Deontologia medica capo III artt. 9,10 e 11) poiché lavorando in ospedale e collaborando con i medici può venire a conoscenza di tali informazioni (vedi art. 6 della Deontologia del clown).

Art. 8 - Il clown ha il dovere di non dare ai pazienti consigli medici, tenendo sempre presente il proprio ruolo, che è quello di clown e non di medico.

Art. 9 - Il clown deve mirare ad attenuare, tramite il suo lavoro, la tensione dei pazienti che sono o saranno sottoposti ad esami invasivi o particolarmente fastidiosi, facilitando così il lavoro del personale medico e paramedico.

Art. 10 - Il clown deve adoperarsi per alleviare la tensione emotiva alla quale possono essere soggetti parenti o amici del malato, aiutandoli a superare eventuali momenti di crisi tramite il suo potere di sdrammatizzazione, sia dei locali che degli strumenti medici.

Art. 11 - Il clown deve ascoltare con attenzione e disponibilità chiunque abbia bisogno di lui e si impegna a stare vicino alle persone quando soffrono e quando hanno paura, rispettando la dignità e l'insicurezza altrui, garantendo riservatezza, competenza, abilità e umanità durante lo svolgimento del suo lavoro anche quando la medicina e la tecnica non bastano (vedi art. 14 della Deontologia del clown).

Art. 12 - il clown deve agire con la consapevolezza che il suo lavoro non è stato concepito per stupire o creare consensi nell'opinione pubblica, ma dev'essere semplicemente guidato dal divertimento, dall'amore per l'umanità e dallo spirito altruistico, che in un dottore-clown dovrebbero essere innati.

Art. 13 - Il clown deve, in casi particolarmente difficili, consigliarsi con il personale di reparto e, nei casi psichiatrici, con lo psichiatra addetto alla cura, per approntare assieme a questi un programma dettagliato e preciso degli interventi di clown-terapia. Deve inoltre valutare progressivamente i risultati ed aggiornare o modificare, se necessario, tipologia di intervento in base ai risultati ottenuti.

Art. 14 - Il clown ha il dovere di ricercare un rapporto sereno ed attivo anche con il tema della morte, adoperandosi a comprenderne in prima persona la vera essenza. Nei riguardi del paziente, inoltre, dovrebbe diventare capace di un comportamento carico di rispetto, nella consapevolezza che anche un solo giorno di vita in più ha maggior valore di tutti i tesori dell'universo, ed inoltre che "Morire è il processo che inizia pochi minuti prima della morte, quando il cervello viene privato dell'ossigeno; tutto il resto è vivere" (Patch Adams – "Salute!" – Ed. Apogeo – pag. 99).

Art. 15 - Il clown deve obbligatoriamente essere coperto da assicurazione per eventuali danni a terzi onde evitare di coinvolgere, in problematiche inerenti ad errori materiali, la struttura sanitaria che si avvale del suo lavoro.

Art. 16 - Il clown è responsabile del proprio aspetto e del proprio abbigliamento, che deve sempre essere decoroso.

Art. 17 - Il clown deve indossare, in particolari situazioni, protezioni (mascherine, camici e soprascarpe idonei) che evitino contagi da un paziente all'altro o problemi di contaminazione in camere sterili.

Art. 18 - Gli strumenti di lavoro del clown devono essere facilmente lavabili e sterilizzabili, onde evitare eventuali contagi.

Art. 19 - Il clown ha il dovere di perseguire il miglioramento e l'affinamento continuo della propria arte, soprattutto mediante l'attento ascolto e l'umile osservazione delle reazioni di pazienti e congiunti, ricordando sempre che "l'umorismo spontaneo può essere offensivo" (Patch Adams – "Salute!" – Ed.Apogeo – pag. 82)

Art. 20 - Il clown si impegna ad organizzare, insieme al personale medico, riunioni mensili di valutazione del proprio lavoro e a considerare eventuali cambiamenti da apportare ad esso, in base alle diverse esigenze di ciascun reparto.

Art. 21 - Il clown si impegna ad affiggere in reparto una programmazione mensile dei suoi interventi, in modo che siano noti ai medici, agli infermieri, ai pazienti ed ai parenti, i giorni e gli orari della sua presenza in reparto.

## **RAPPORTI CON LO SPONSOR**

L'Associazione Artististica Castellinaria, nel caso si avvalga di uno sponsor che sovvenzioni la sua attività in ospedale, deve attenersi alle regole di seguito elencate nella gestione di tale rapporto.

Art. 1 - Lo sponsor deve obbligatoriamente essere una ditta o una azienda eticamente corretta che non sovvenzioni sfruttamento del lavoro minorile o sfruttamento dell'uomo in generale, sfruttamento degli animali (ivi comprese anche la vivisezione e le sperimentazioni a carattere scientifico, farmacologico e cosmetico), che non sovvenzioni guerre o produca armi ed inoltre non deve essere coinvolta in processi o

procedimenti giuridici che possano mettere in discussione quanto sopra elencato o comunque non rispetti tutti gli obblighi a cui si riferisce la premessa della deontologia stessa.

Art. 2 - Lo sponsor, qualora sia produttore di medicine, accessori o macchinari inerenti l'ambito medico ed ospedaliero, non deve pretendere che il clown pubblicizzi il suo prodotto o costringa l'ospedale ed i dottori a prescrizioni pilotate, in virtù del rapporto di sovvenzione dell'attività di clownterapia.

Art. 3 - Il clown non deve distribuire in nessun caso materiale pubblicitario dello sponsor durante la sua attività in ospedale.

Art. 4 - Il rapporto economico che intercorre tra lo sponsor e l'associazione di clown deve essere noto alla direzione sanitaria dell'ospedale presso il quale il clown lavora.

Art. 5 - Qualora lo sponsor voglia fare pubblicità (manifesti, trasmissioni, radiotelevisive o telepromozioni) sfruttando il nome del clown e dell'ospedale, il clown è tenuto obbligatoriamente a chiedere il consenso scritto alla direzione sanitaria dell'ospedale presso il quale lavora, ed in caso di diniego è tenuto a rinunciare a tali iniziative coinvolgenti l'ospedale stesso.

Art. 6 - Tutte le altre attività che non riguardano direttamente l'ospedale (manifestazioni pubbliche o private a scopo pubblicitario) possono essere mediate direttamente tra lo sponsor ed il clown, sempre nel rispetto degli artt. 1, 2, 3, 4 e 5 di cui sopra.