



**INFLUENZA DEL *CLOWN DOTTORE*  
SULLA PERCEZIONE DEL DOLORE, LA  
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
ANALGESICI E  
LE COMPLICANZE POST OPERATORIE  
dei bambini ricoverati presso il reparto di chirurgia  
pediatrica**

*dell'ospedale San Camillo di Roma*

**Indice**

<i>Introduzione</i>	3
<i>Dalla promozione della salute all'ospedale senza dolore</i>	2
1.1 Il concetto di Salute	6
1.2 La Promozione della Salute	7
1.3 Qualità della vita e indicatori positivi di salute	10
1.4 Verso un "Ospedale Senza dolore"	14
1.5 Le fasi del progetto	17

1.6	Il gruppo italiano per lo svolgimento del progetto “Verso un Ospedale Senza Dolore”	18
1.7	Le cure palliative	23

### ***Umorismo ed analgesia***

*Errore. Il segnalibro non è definito.*

2.1	Lo Humour	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
2.2	Ridere e Benessere	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
2.3	Una visione d’insieme	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
2.4	Le ricerche scientifiche	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
2.5	I meccanismi fisiologici della risata	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
2.6	Riso e Analgesia	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
2.7	Gli ormoni del dolore e analgesia da stress	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
2.8	Ridere per rinforzare il sistema immunitario	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
2.9	La Psiconeuroendocrinoimmunologia.	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>

### ***La comicoterapia***

*Errore. Il segnalibro non è definito.*

3.1	Il clown: un po’ di storia	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
3.2	Il Bianco e l’Augusto, i due mondi del clown	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
3.3	La metamorfosi del Clown	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
3.4	I Clown in ospedale	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
3.5	Il Clown Dottore	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
3.6	Il lavoro dei clown dell’Associazione Ridere per Vivere in Pediatria	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
3.7	Le ricerche cliniche sull’efficacia della clownterapia	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>

### ***La ricerca***

**28**

4.1	Introduzione	29
4.2	Obiettivi della ricerca ed Ipotesi	30
4.3	Aspetti Metodologici	31
4.3.1	I soggetti della ricerca	33
4.3.2	Il protocollo ospedaliero	39
4.3.3	Gli strumenti	41
4.3.4	Le procedure di somministrazione degli strumenti	46

<b><i>I risultati della ricerca</i></b>	<b>48</b>
5.1    Distribuzione delle frequenze nei gruppi e chi quadro	49
5.2    Analisi della Varianza per misure ripetute	59
<b><i>Conclusioni</i></b>	<b>141</b>
<b><i>Report</i></b>	<b>151</b>
<b><i>Bibliografia</i></b>	<i>Errore. Il segnalibro non è definito.</i>
<b><i>Sitografia</i></b>	<i>Errore. Il segnalibro non è definito.</i>
<b><i>Appendice</i></b>	<i>Errore. Il segnalibro non è definito.</i>
Centri italiani di terapia del dolore	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
Intervista sull’Ospedale Senza Dolore	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
I test della ricerca	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>

## **Introduzione**

Lo studio dell’influenza dell’umorismo e della risata sulla salute ha radici molto lontane; esso risale, infatti, al pensiero di Ippocrate e Galeno, (V e IV secolo a.C.) che attribuivano a certi umori la potenzialità di peggiorarla o migliorarla, predisponendo anche alla malattia. La medicina ippocratica ha sempre sostenuto una concezione unitaria dell’organismo e del corpo per cui la malattia non è mai soltanto alterazione di una o più parti ma sempre un’alterazione complessiva

dell'equilibrio generale. La visione di un organismo considerato continuamente in connessione con un ambiente, che in larga parte ne promuove e ne condiziona lo sviluppo, è stata una linea di ricerca sostenuta da molti autori.

A differenza della lunga tradizione dell'analisi filosofica, la storia della scienza empirica dell'umorismo e della risata ha poco più di un secolo. Le ricerche in questo campo hanno fatto la loro comparsa nel corso degli anni Settanta e Ottanta del secolo scorso riuscendo a dimostrare, solo una decina di anni più tardi, che durante una sana risata il nostro organismo è sottoposto ad una cascata ormonale tale da potenziarne il sistema immunitario. Quando si ride si secernono sostanze come le betaendorfine (prodotte nell'encefalo) le quali hanno un potente effetto analgesico sul nostro organismo (*Farnè, 1995*). Le ricerche di Fry (*1994*) hanno poi aggiunto altre informazioni a questa, dimostrando che ridere di cuore provoca effetti simili a quelli dell'esercizio fisico ed è un'ottima misura contro lo stress, producendo sul nostro organismo degli effetti salutari molto importanti. Reiss (*2003*) ha scoperto che durante una risata si attivano le aree cerebrali del piacere e della ricompensa avendo una forte influenza sui circuiti delle emozioni, quindi anche sull'ansia e la frustrazione da stress (*Shurcliff 1995*).

Tutte queste ricerche hanno contribuito a far approdare i clown negli ambienti di cura; da qui è nato un filone di studi che ha inteso valutare gli effetti che la clownterapia ha sulla salute.

Nel lavoro qui presentato si intende partire da questi presupposti teorici e dalle ultime ricerche attestanti gli effetti salutari della clownterapia.

Tra di esse si è data particolare importanza agli studi attestanti i netti miglioramenti clinici e fisiologici dell'intervento dei clown in ospedale (*Isola, 2002; Longhi 2002*). Ulteriore presupposto è stato lo studio che ha dimostrato l'abbassamento dell'ansia pre-operatoria nei bambini sottoposti ad intervento chirurgico (*Vagnoli, et.al. 2005*).

La ricerca qui presentata intende indagare gli effetti analgesici dell'umorismo. Nello specifico si vuole analizzare se i bambini di un medesimo reparto, riscontrano delle differenze significative nella percezione del dolore e nel vissuto

emotivo; inoltre si intende valutare se esiste un'influenza, e nel tal caso di che tipo, sulle variabili fisiologiche di quei bimbi che hanno interagito con i clown dottori in ospedale.

Nel primo capitolo è contenuta una trattazione sul tema della salute e della sua promozione, su come si è evoluto tale concetto e sulle ultime direttive dell'Oms rispetto a tale argomento, con particolare attenzione alla normativa "Ospedale Senza Dolore".

Nel secondo capitolo è stato trattato l'umorismo e i suoi legami con la salute, in particolare con l'analgesia, e sono stata presentate le ultime ricerche scientifiche rispetto a tali argomenti.

Nel terzo capitolo è stata analizzata la figura del clown e quella del clown-dottore; è stata fatta una rassegna di ricerche sulla clownterapia ed è stato presentato il metodo dell'associazione di cui si è osservato il lavoro nella ricerca qui presentata.

Il quarto capitolo è stato interamente dedicato alla ricerca, alla presentazione dei soggetti, degli strumenti utilizzati e all'analisi del protocollo ospedaliero a cui si sono sottoposti i bambini da me osservati.

Nel quinto capitolo sono stati discussi i risultati della ricerca.

*Capitolo I*

**DALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE  
ALL'OSPEDALE SENZA DOLORE**

*“Se un solo individuo, una famiglia, un'organizzazione o una nazione soffre ed è nel dolore,  
l'umorismo è una parte necessaria del suo progetto di guarigione.”*

J. Marek

## 1.1 Il concetto di Salute

Quando si parla di salute, è opportuno fare riferimento alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), agenzia dell'ONU istituita nel 1948 con l'obiettivo di operare per far raggiungere a tutte le popolazioni il livello di salute più elevato possibile. La salute, definita nella Costituzione dell' OMS, come *“stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”*, viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone. Questo principio assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario, provocando un decisivo cambiamento di prospettive ed un netto spostamento d'asse: dalla cura alla prevenzione e alla riabilitazione. Gli Stati dovrebbero, inoltre, farsi carico di individuare e cercare, tramite opportune alleanze, di modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla salute, promuovendo al contempo quelli favorevoli.

Oggi la vera sfida della Sanità non è più quella di agire sull'organismo solo ed esclusivamente per riportarlo alla forma fisica iniziale, ma di promuovere azioni finalizzate al miglioramento del suo benessere, perché lo «stare bene» è legato anche e soprattutto alla qualità delle relazioni con l'ambiente circostante. Un paradigma, questo, che negli ultimi anni sembra essersi diffuso non solo tra gli addetti ai lavori, ma anche tra la gente.

In tale contesto, la salute viene considerata più un mezzo che un fine, e può essere definita come una risorsa di vita quotidiana che consente alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico.

La definizione di salute proposta dall' OMS è molto impegnativa; infatti la sua traduzione in termini operativi e soprattutto in azioni, ha sempre suscitato riflessioni, dubbi, discussioni.

Per dare un impulso significativo al perseguimento della salute da parte dei

governi, a diversi livelli, l'OMS ha cercato di rendere operative, a partire dagli anni ottanta, due strategie che vanno sotto il nome, rispettivamente, di “*promozione della salute*” e di “*strategia della salute per tutti*”. Ciò soprattutto nella consapevolezza che la salute è il risultato di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico e non il semplice prodotto di una organizzazione sanitaria.

## 1.2 La Promozione della Salute

La promozione della salute, pur essendo un concetto teorizzato in varie epoche storiche, è stato codificato solo nel 1986 dalla “*Carta di Ottawa per la promozione della salute*”; a distanza di più di vent' anni esso costituisce un importante, quanto attuale, documento di riferimento per lo sviluppo di politiche orientate al benessere.

La Carta di Ottawa (1986), sottoscritta dagli Stati appartenenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità, definisce la **promozione della salute** come “*il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla*”(ibidem).

Questa definizione implica:

- la creazione di ambienti che consentano di offrire un adeguato supporto alle persone per il perseguimento della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso condizioni di maggiore sicurezza e gratificazione
- il rafforzamento dell'azione delle comunità che devono essere adeguatamente sostenute per poter operare autonome scelte per quanto riguarda i problemi relativi alla salute dei cittadini che vi appartengono
- il ri-orientamento dei servizi sanitari nella logica di renderli più adeguati ad interagire con gli altri settori, in modo tale da svolgere un'azione comune per la salute della comunità di riferimento.

Essa, dunque, mira soprattutto a raggiungere l'eguaglianza nelle condizioni di benessere. Il suo intervento si prefigge di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della sanità, offrendo a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute possibile. Questo comprende: un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria condizione.

Non è possibile conquistare il massimo potenziale di salute se non si è in grado di controllare i fattori che la determinano.

La salute è un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale, ed è aspetto fondamentale della qualità della vita. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono lederla.

Anche gli individui e i gruppi possono diventare soggetti attivi nel perseguimento di uno stato di buona salute quando sono in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvi.

La promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, dovendo coinvolgere anche i settori che influiscono sulla salute stessa con un approccio definito "intersettoriale" che preveda, cioè, l'intervento, la collaborazione e il coordinamento di settori diversi dalla sanità (istruzione, cultura, trasporti, agricoltura, turismo, ecc.) per realizzare iniziative in grado di migliorare lo stato di salute della popolazione. Essa porta il problema all'attenzione dei responsabili delle scelte in tutti i settori, a tutti i livelli, invitandoli alla piena consapevolezza delle conseguenze sul piano della salute di ogni loro decisione, e a una precisa assunzione di responsabilità in merito (Ficarra M.G., 2004).

Accreditati studi internazionali (Marmot, MG. 1988; Mc Kie, RM. Hole, DJ. 1996; Kunst, AE. et coll. 1998; Markenbach, JP. et coll. 1997; Levin, LS. 1994) hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla

longevità delle comunità, utilizzata come proxy<sup>1</sup> della salute. I fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-33%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%.

Il gradiente socio-economico e gli stili di vita risultano essere il più rilevante fattore esplicativo della quantità di vita (e probabilmente della qualità) e di conseguenza più importante di altri fattori come, ad esempio, il contributo dei sistemi sanitari. Infatti, quando si valutano e si comparano i risultati dei sistemi sanitari in termini di longevità delle popolazioni di riferimento, si vede che, tra i paesi industrializzati avanzati che garantiscono un accesso equo ai servizi, non esiste praticamente nessuna correlazione tra la spesa (e quindi le disponibilità di servizi e operatori) e la speranza di vita. Questo fatto non deve in effetti sorprendere perché, come visto dagli studi precedentemente citati, altri fattori sono più atti a produrre "longevità" e quindi a spiegare tali differenze. La "cultura" mediterranea, per fare un esempio, legata essenzialmente a specifici fattori alimentari e climatici, concede una "rendita" di partenza in termini di speranza di vita ai popoli del Sud dell'Europa di circa 3-4 anni rispetto a quelli del Nord e ciò indipendentemente dall'efficienza e dall'efficacia dei servizi sanitari (*ibidem*).

In questa ottica il concetto di Qualità della Vita, quale *“percezione che una persona ha della propria posizione nella vita, nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vive, in relazione ai suoi obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni”* (Ricci P.; 2003), ci permette di focalizzare l'attenzione non più sulla assenza di malattia, o semplicemente sull'individuo, ma di estendere la nostra visione a tutto il suo contesto. Questo concetto multidimensionale comprende la salute fisica, lo stato psicologico, il livello di autonomia, le relazioni

---

<sup>1</sup> Le misure proxy, sono parametri che forniscono una misura indiretta del valore in questione. Ad esempio i costi evitati, nella gestione di una determinata malattia, sono una misura proxy dei benefici della malattia.

sociali e la relazione dell'individuo con le caratteristiche salienti del suo territorio. Gli strumenti per la misurazione dello stato di salute di una popolazione non possono non tenere conto di tale complessità; essi si basano sulla valutazione oggettiva dell'impatto che la malattia, o la disabilità ad essa associate, hanno rispetto allo svolgimento delle attività quotidiane o sul comportamento della persona ammalata (*Bergner, 1981*) o sulla percezione soggettiva dello stato di salute (*Hunt, 1989*). Accanto all'evoluzione di questo concetto, gli approcci metodologici per lo studio dello stato di salute e dei fattori di rischio si arricchiscono, innovando il tradizionale concetto d'epidemiologia. In particolare, si mira ad allargare non solo il concetto di stato di salute ma anche quelli di determinante, impatto e risposta, andando a indagare fattori cosiddetti "positivi". In tale ottica, sia per le indagini epidemiologiche, sia per l'allestimento di sistemi di sorveglianza della popolazione, lo stato di salute della popolazione e degli individui va connesso non solo alla presenza di fattori di rischio ma anche alla presenza di fattori che possono influenzare favorevolmente lo stato di salute complessivo.

### **1.3 Qualità della vita e indicatori positivi di salute**

Con il concetto di qualità della vita l'OMS pone l'accento sulla qualità del vivere e non sulla sola durata della vita. Il costrutto ha un ampio spettro e include cinque ambiti principali:

- ✓ lo stato fisico e le abilità funzionali
- ✓ lo stato psicologico ed il benessere soggettivo,
- ✓ le interazioni sociali
- ✓ stato e fattori economici e/o professionali
- ✓ fattori di ordine religioso e/o spirituale.

Dal momento in cui la salute non può essere più valutata semplicemente sulla base di criteri fisici, diviene essenziale l'identificazione di indicatori psicosociali e comportamentali di salute, utili ai fini della valutazione diagnostica e sul piano dell'intervento psicoeducativo.

Fra gli indicatori di salute, si possono ricordare:

- ✓ competenza sociale
- ✓ buona stima di sé
- ✓ problem solving
- ✓ percezione accurata (attribuzione, codifica), controllo e appropriata espressione delle emozioni.

Vanno citate, inoltre, le ricerche sulla *hardiness* – (robustezza psicologica) invulnerabilità allo stress (*Kobasa, 1979*) - termine che si definisce attraverso i suoi tre caratteristici tratti costitutivi:

- *controllo*: fiducia di poter controllare gli eventi (sicuro senso di controllo personale). Il controllo consiste nella ricognizione degli elementi esterni e delle risorse interne per affrontarli e si acquisisce nell'infanzia, se il bambino è posto di fronte a compiti difficili, ma realistici, cioè né impossibili, né troppo semplici e svalutanti.
- *impegno*: la sensazione di avere uno scopo nella vita; l'impegno consiste nell'affrontare un compito con naturalezza e con uno spirito positivo e risente dell'atteggiamento tenuto dai genitori nei confronti delle prime gaffe, fondamentali esperienze infantili dei figli. Il bambino crescerà motivato a mettersi in gioco nelle situazioni se le figure di accudimento incoraggiano i suoi sforzi e approvano i primi risultati.
- *sfida*: tendenza a vedere i cambiamenti come incentivi od opportunità di crescita, piuttosto che di minaccia alle proprie sicurezze; sono meccanismi di attribuzione di significato e chiamano in causa l'intera personalità, il

modo complessivo di rapportarsi alle cose.

Non meno importante rispetto al concetto di salute e di qualità della vita è il costrutto di *empowerment*, dall'inglese *to empower* che significa “*favorire l'acquisizione di potere, rendere in grado di*”.

È una parola che indica contemporaneamente un processo e un risultato, viene cioè riferita sia al percorso per raggiungere un certo risultato, sia al risultato stesso che caratterizza lo stato empowered dell'individuo (*Francescato, Tomai, Ghirelli, 2002*).

“ *...Nel settore medico e psicoterapeutico il costrutto è stato utilizzato con l'obiettivo di favorire processi riabilitativi brevi ed efficaci, aiutando l'individuo ad affrancarsi più rapidamente dalla dipendenza dalla figura medica e promuovendo la capacità di autodiagnosi e la cura della propria salute*”(Ibidem).

Questo costrutto va considerato come una “costruzione dinamica guidata dal contesto” e non come un tratto stabile della personalità.

Orford (*1996*) definisce il potere e la sensazione di controllo una risorsa fondamentale per lo sviluppo e il benessere dell'individuo.

Zimmerman (*2000*) definisce l' *empowerment* un costrutto multilivello che richiede di pensare in termini di promozione della salute, auto e mutuo aiuto e molteplici definizioni di competenza. È un costrutto di livello individuale quando riguarda variabili interpersonali e comportamentali; è un costrutto di livello organizzativo quando riguarda la mobilitazione di risorse e le opportunità di partecipazione, ed è un costrutto di livello comunitario quando riguarda le strutture socio politiche e il cambiamento sociale ( *Francescato, Tomai, Ghirelli, 2002*).

Esiste un gran numero di problemi la cui evoluzione positiva condiziona molto la qualità della vita delle persone ma la cui soluzione necessita di risorse diverse da quelle puramente mediche e che gli individui affrontano abitualmente da soli o all'interno delle loro reti informali. La comunità può essere concepita come un network che contiene al suo interno potenzialità di aiuto, da parte di appartenenti

alla rete formale (medici di base, insegnanti etc.), informale (familiari, amici, vicini di casa, colleghi, etc.), e semi formale (sacerdoti, volontari, obiettori di coscienza, gruppi di auto-aiuto), che possono essere attivate e utilizzate dai servizi territoriali nel raggiungimento dei propri obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione (Asioli, 1998; e Corlito 1998). Interventi così costruiti rendono le persone partecipi del processo di cura e anche *soggetti attivi* nella promozione e gestione del proprio benessere.

In questo vasto scenario l'intervento psicologico può apportare un sostegno concreto al superamento, nell'approccio al malato, del concetto strettamente riparativo della malattia, proprio della medicina organicistica, e operare per una "umanizzazione" dell'assistenza, prendendosi cura della persona sia sul piano fisico che su quello emotivo, psicologico e relazionale (Trabucco, 1998).

L'intervento dello psicologo in ospedale dovrebbe perciò caratterizzarsi, non soltanto come un'ulteriore consulenza specialistica tra le tante esistenti, ma rappresentare uno strumento a disposizione anche degli operatori per poter trasmettere conoscenze e competenze psicologiche per accrescere le capacità personali di rispondere adeguatamente ai bisogni relazionali e psicologici delle persone ricoverate e dei loro familiari (Francescato, Tomai, Ghirelli, 2002).

*" ... All'interno degli ospedali generali italiani sono in atto profondi cambiamenti che interessano l'organizzazione ospedaliera; concetti quali "consenso informato", "qualità dell'assistenza", "umanizzazione" (...) indicano che nella organizzazione sanitaria attuale non solo ci si sforza di portare in primo piano la persona intesa nella sua globalità ma che anche la partecipazione attiva e consapevole del malato nella gestione dei suoi problemi di salute è indispensabile." (Trabucco, 2001).*

In questo quadro generale si inserisce il più ampio programma degli "Ospedali per la promozione della salute" (Health Promoting Hospital – HPH), promosso dall'Ufficio Europeo dell'OMS, già negli anni '80.

La finalità generale del Programma HPH è quella di migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera incorporando nella struttura organizzativa

dell'ospedale e delle cure domiciliari, nella sua cultura e nei comportamenti quotidiani, i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute.

Nell'ambito di una comunità, come ad esempio un ospedale, dagli anni '80 in poi, si sono andati diffondendo anche altri approcci che in linea generale contribuiscono al miglioramento della degenza ospedaliera, tra questi vi è quello definito gelotologico (dal greco gelos = riso). Esso incide anche e profondamente sulle aspettative, sulle motivazioni e sui vissuti dei degenti/utenti e del personale, ed è così in grado di migliorare l'efficienza complessiva della struttura ed umanizzare la comunità (Lauria, A; 2005).

#### **1.4 Verso un “Ospedale Senza dolore”**

Una delle variabili che maggiormente influisce sulla qualità percepita e sui livelli di soddisfazione complessiva dei pazienti, affetti da patologie di varia natura e gravità, è il dolore. Nonostante i progressi che sono stati realizzati negli ultimi decenni anche in questo campo, il dolore viene sottostimato e trascurato.

Negli ospedali in modo particolare esso viene considerato ineluttabile, prevale un atteggiamento fatalistico ed è considerato quasi parte integrante delle cure.

Il Dott. Marco Visentin, responsabile dell' Unità Operativa di Terapia del Dolore e Cure Palliative dell' Ospedale S. Bortolo di Vicenza, afferma che *“per gli ospedalieri il dolore dei pazienti fa parte del “quotidiano” e come tale purtroppo tende a divenire “abituale”<sup>2</sup>.*

Finora in queste strutture il controllo del dolore non costituiva una priorità, al contrario è sempre stata forte la convinzione che la medicina dovesse per forza guarire ad ogni costo le malattie considerandolo solo come un sintomo pericoloso da occultare. Se un dolore non dipende da una causa evidente, non ci si sforza di comprenderlo, ma piuttosto lo si ignora (*ibidem*).

---

<sup>2</sup> <http://www.sans-douleur.ch/en/vhsditalie.php>

Il risultato è che anche negli anni più recenti il rapporto presenza/assenza del dolore negli ospedali è rimasta elevata; negli ultimi anni numerosi studi hanno monitorato i tassi percentuali di prevalenza del dolore negli ospedali:

- ✓ Donovan et al., 1987 : 79%
- ✓ Abbott et al., 1992 : 50-67%
- ✓ Visentin et al., 1999 : 44%
- ✓ Costantini et al., 2000 : 43-56%
- ✓ Gruppo italiano, 2001 : 46-91%

In dettaglio, dall'indagine multicentrica curata dal prof. Marco Visentin (dell'Unità di terapia del dolore e cure palliative dell'ASL 6 di Vicenza), che ha coinvolto circa 4 mila pazienti di 20 ospedali italiani, è emerso che:

- il 91% dei ricoverati oncologici confessa di avvertire dolore
- il 46% lo accusa in maniera particolarmente intensa
- il 23% in modo moderato
- il 22% in modo lieve
- solo nel 9% dei casi il dolore è assente.

Entrando nel dettaglio dei risultati di questa ricerca è possibile vedere come il dolore raggiunga livelli più elevati nei reparti medici rispetto a quelli chirurgici, con i picchi maggiori nei pazienti di età inferiore ai 14 anni e superiore ai 75; nel 15% dei ricoverati questa condizione persiste oltre i 3 mesi.

Ma il dato più sconcertante è che il 90% dei ricoverati soffre di un dolore risolvibile, ma solo nel 28% dei casi è trattato con oppiacei (in particolare morfina), con FANS o con entrambi. Solamente nel 6,2% dei malati il dolore risulta controllato con analgesici (*Boldrini, M; Smerrieri, S; Ceccone, S; Tomasini G.; 2005*).

Poiché si stima che al giorno d'oggi il dolore possa essere controllato

efficacemente nel 90% dei casi, ne risulta che una percentuale rilevante di pazienti soffre di un dolore che potrebbe essere evitato. Negli Ospedali, il dolore "inutile" (cioè non finalizzato ad allertare l'organismo verso stimoli pericolosi) viene trattato soddisfacentemente solo per il 40-45 % dei doloranti (*ibidem*).

Sulla base di queste osservazione, già a partire dal 1992 presso l'ospedale St- Luc di Montreal (Canada) fu avviato un progetto innovativo, finalizzato a modificare le attitudini e il comportamento dei professionisti sanitari e nello stesso tempo dei malati ricoverati (*Besner 1993*), con lo scopo di rilevare e quantificare il problema, identificare gli ostacoli che si frappongono all'adozione di misure efficaci, quali la creazione di linee guida, promuovere campagne di sensibilizzazione degli operatori sanitari, dei pazienti e della popolazione. Questo progetto, denominato "*Verso un Ospedale senza Dolore*", ha ricevuto l'appoggio ufficiale della divisione panamericana dell'OMS e, dopo essere stato condotto all'ospedale di Montreal, è stato "esportato" in altri Paesi: attualmente è in corso di realizzazione in Francia, Svizzera, Belgio, Spagna, Stati Uniti, Congo ed in Italia, con la coordinazione dall'associazione internazionale "*Ensemble contre la douleur*".

I principi di questa campagna internazionale sono i seguenti :

- ✓ Il dolore è un problema trasversale a tutte le specialità presenti negli ospedali
- ✓ La campagna deve coinvolgere tutto l'ospedale
- ✓ Occorre dare sollievo ad ogni tipo di dolore all'interno dell'ospedale
- ✓ È essenziale che alla campagna partecipi anche la cittadinanza.

Anche lo Stato Italiano ha fatto propri questi principi: nel settembre 2000 il Ministero della Salute ha istituito una Commissione di studio "*Ospedale Senza Dolore*" che ha elaborato un progetto specifico le cui linee-guida sono state approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 24 maggio e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale il 29 giugno 2001. Tali linee-guida, affidate alle Regioni perché

vengano applicate, sono in perfetta sintonia con i principi della campagna internazionale.

Lo svolgimento del progetto “Verso un Ospedale Senza Dolore” necessita di una fase di attenta preparazione.

## **1.5 Le fasi del progetto**

Come indicato nella Gazzetta Ufficiale il 29 giugno 2001, il primo gradino per la realizzazione di tale progetto consiste nel fatto che esso debba essere “condiviso”: a tale scopo deve essere costituito, in seno ad ogni Azienda ospedaliera od ASL, un Comitato Organizzatore; la denominazione proposta dalle linee-guida ministeriali di quest’ultimo è “C.O.S.D. (Comitato Ospedale Senza Dolore).

La sua composizione deve prevedere :

- ✓ la presenza di un referente della Direzione Sanitaria
- ✓ esperti nella terapia del dolore
- ✓ esperti nel dolore post operatorio
- ✓ rappresentanti delle diverse aree ospedaliere con particolare riferimento al personale infermieristico
- ✓ è auspicabile il coinvolgimento di altre figure professionali, in particolare di Psicologi, Assistenti Sociali, Farmacisti ospedalieri.

E’ essenziale che vengano effettuate delle rilevazioni di base :

- ✓ rilevazione della prevalenza del dolore, al fine di dare concretezza e quantizzare l’entità del problema
- ✓ rilevazione delle modalità attuali di trattamento del dolore, per poter giudicare criticamente le prassi in atto ed elaborare le modifiche da proporre

- ✓ rilevazione delle attitudini e conoscenze di medici ed infermieri, per poter pianificare gli interventi formativi in base alle carenze riscontrate.

Alle rilevazioni devono seguire gli interventi formativi. Questi devono vedere la partecipazione congiunta di infermieri e medici in modo da prefigurare la formazione di un'équipe multiprofessionale, necessaria per la presa in carico del malato con dolore.

Una volta assicurata una formazione di base omogenea ed i principi del lavoro d'équipe, all'interno delle singole Unità Operative dovranno essere elaborate linee di comportamento e protocolli condivisi per l'approccio al malato con dolore.

I cittadini devono venire coinvolti nel progetto con un'adeguata informazione. Parimenti vanno informati i malati all'entrata in ospedale sulle modalità e gli obiettivi dell'iniziativa. Occorre prevedere la preparazione di un opuscolo da consegnare ai pazienti all'ingresso in ospedale e la divulgazione dell'iniziativa tramite i mezzi di informazione.

L'andamento del progetto deve essere monitorizzato mediante rilevazioni periodiche della prevalenza del dolore, delle attitudini e conoscenze del personale sanitario, della soddisfazione dei malati, del consumo di farmaci analgesici ecc.

La campagna "Verso un Ospedale Senza Dolore" va comunque considerata un progetto a lungo termine, dato che mira a modificare atteggiamenti e convinzioni radicate da lungo tempo. Non deve essere quindi un'iniziativa estemporanea ma va continuamente rinvigorita ed ampliata.

## **1.6 Il gruppo italiano per lo svolgimento del progetto "Verso un Ospedale Senza Dolore"**

Il progetto internazionale mira a costituire un programma federativo che interessa diversi Paesi. In Italia il progetto è stato condotto per la prima volta presso l'ospedale di Vicenza nel 1998. Nel corso dell'anno 2000 si è costituito un gruppo

di altri venti ospedali che hanno condotto la fase iniziale del progetto, consistente nelle rilevazioni di base e nella sensibilizzazione della cittadinanza e degli operatori sanitari, in diverse regioni italiane. Si tratta della prima indagine multicentrica che rispecchia, pur con limiti numerici, l'intero territorio nazionale. I dati ottenuti<sup>3</sup> tratteggiano un quadro di prevalenza sorprendentemente elevata e di non ottimale controllo del dolore. In particolare viene dimostrato che troppo spesso il dolore viene trascurato ed il mancato trattamento analgesico è causa di persistenza di dolore grave con una frequenza decisamente insostenibile. Inoltre si evidenzia come la terapia del dolore non segua regole razionali, che pure sono state codificate in modo semplice e lineare da alcuni decenni. La deduzione che deriva dall'analisi di questi dati è che molta strada debba essere ancora percorsa per avvicinarci ad un ospedale senza dolore (che deve essere inteso non nel senso velleitario dell'assoluta assenza di dolore, ma in quello realistico di abolizione del dolore evitabile).

Sul modello francese del comitato "*Ensemble Contre La Douleur*", in Italia si è costituito un organo, con le stesse finalità e competenze, il quale si aspetta che questi dati possano sensibilizzare l'opinione pubblica, gli addetti ai lavori, gli amministratori e i programmatori che è necessario adoperarsi ed investire impegno e risorse per il miglioramento dell'assistenza offerta al malato con dolore.

Il progetto "Verso un Ospedale Senza Dolore" dovrà venire applicato in tutti gli ospedali italiani, come richiedono le linee-guida ministeriali. Il gruppo italiano si rende disponibile per supportare, con la propria esperienza e con gli strumenti messi a punto, tutti gli ospedali che vorranno intraprendere questa strada. Già un discreto numero di centri sta lavorando alla realizzazione di queste unità operative all'interno delle Aziende Ospedaliere e, là dove si riesce, ciò avviene con buoni risultati; un esempio è dato dalla Regione Calabria che ha aderito al progetto OSD con il Piano Sanitario Regionale per la Salute 2004-2006 ed ha trovato

---

<sup>3</sup> <http://www.againstpain.org>

nell'azienda Ospedaliera di Cosenza un terreno fertile ed operativo.

Nell'Ospedale di Cosenza, infatti, al contrario di quanto è avvenuto in genere in altre strutture italiane, in cui hanno aderito al progetto soltanto alcuni reparti, vi è stato il coinvolgimento di tutte le Unità Operative.

Prima dell'introduzione del progetto OSD più della metà dei ricoverati (65%) avvertiva dolore ai limiti della sopportabilità, mentre solo il 28,5%, riceveva trattamento adeguato.

L'indagine condotta dall'Unical<sup>4</sup> (2005) è stata rivolta soprattutto alla verifica dei livelli di comprensione degli obiettivi del progetto e del grado di coinvolgimento nella realizzazione dello stesso da parte degli operatori sanitari.

I risultati dell'indagine svolta mostrano come, pur non conoscendo il progetto prima della sua introduzione a Cosenza, l'84.1% degli intervistati lo reputa necessario, mentre solo l'8.7% lo giudica fonte di maggior lavoro.

Dall'indagine risulta che il personale ritiene, inoltre, che le iniziative intraprese dagli operatori sanitari nell'ambito del Progetto abbiano portato ad un importante miglioramento dei rapporti con i pazienti (è stato valutato, in media, pari a 5,23 su 7). Il miglioramento riscontrato è attribuito principalmente al sollievo dal dolore fisico dei pazienti (23.4%) ed alla riduzione del dolore acuto (16.3%) e del dolore persistente (17.5%).

In secondo luogo, il miglioramento è attribuito ad un più corretto processo di comunicazione tra personale e paziente (14.7%) e ad una minore sofferenza psicologica per i pazienti (13.9%).

I risultati dell'indagine, più analitici rispetto a quanto detto, sono incoraggianti e positivi. Mostrano, infatti, un buon livello di coinvolgimento, di conoscenza e di interesse verso le problematiche del dolore, pur individuando possibili aree di miglioramento per il futuro.

*“Alla luce dell'indagine svolta - ha evidenziato la prof.ssa Sonia Ferrari - si può senz'altro affermare come il lavoro dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza*

---

<sup>4</sup> Istituto di Ricerca dell'Università della Calabria

*rappresenti un importante esempio di ricerca della customer satisfaction attraverso una operazione di valore etico e solidaristico nei confronti del paziente che, migliorando la struttura organizzativa dell'Ospedale, ne migliora anche l'immagine, grazie ai crescenti livelli di qualità percepita da parte dei pazienti e dei loro familiari”<sup>5</sup>.*

Ci sono altri ospedali, in varie regioni (vedi appendice), in cui si sono costituiti dei “centri di terapia del dolore”, ma difficilmente si è riusciti a portare avanti questi progetti data la complessità, le poche risorse a disposizione e altri problemi differenti da luogo a luogo. A tal proposito sul giornale di scienze e problemi globali “Galileo”, il 5 novembre 2004, la giornalista Roberta Pizzolante ha scritto un articolo intitolato: “*Terapia del dolore, la geografia della sofferenza*”. In esso vi è la denuncia di come a più di tre anni di distanza, e con una legge in vigore, l'Italia rimane in forte ritardo nel settore della terapia del dolore e delle cure palliative. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della sanità (Oms), il nostro paese è agli ultimi posti per il consumo di farmaci oppioidi contro il dolore severo e lo dimostra anche la scarsa presenza sul territorio dei "Centri di terapia del dolore".

*“Attualmente in Italia i farmaci per il dolore moderato-severo vengono forniti in regime di esenzione solo in tre regioni, la Toscana, il Friuli e il Veneto”,* spiega Domenico Gioffrè, rappresentante di Cittadinanzattiva Toscana e direttore del convegno "Ai confini del dolore" che ha riunito a Pisa il 14 e 15 ottobre 2004 oltre 350 tra medici, infermieri, psicologi ed altri operatori sanitari per discutere le iniziative da intraprendere nella lotta al dolore inutile. *“Nel resto del paese questo livello essenziale di assistenza non viene riconosciuto”.* L'Italia è in forte ritardo anche nella medicina delle cure palliative per i malati terminali. Gli hospices, strutture che possono offrire approcci personalizzati al paziente, sono molto pochi e per lo più concentrati al nord; continua Gioffrè: *“Solo 184 quelli previsti con l'ultimo stanziamento per un totale di 2000 posti letto pari a 3,5 posti letto per*

---

<sup>5</sup> [www.unical.it](http://www.unical.it)

*100.000 abitanti. Totalmente insufficienti se si considera che il Ministero della salute stima tra i 20.000 e 50.000 i pazienti bisognosi di ricovero”.*

Inoltre, le linee guida del 2001 sull'“Ospedale senza dolore”, volute da Umberto Veronesi ai tempi in cui era Ministro della Sanità, prevedevano la costituzione in ogni ospedale di un Comitato Ospedale senza Dolore (Cosd), con l'obiettivo di monitorare l'uso di oppioidi e di inserire nella cartella dei pazienti la “misura” del dolore, spiega Gioffrè: *“Ai malati ricoverati infatti non viene chiesto se hanno dolore e di quale intensità, sia quando si tratta di patologie croniche sia nel periodo post operatorio. Questo perché si ritiene che il dolore sia un prezzo da pagare alla malattia, e gli stessi pazienti non sanno che è un loro diritto invece ricevere la giusta assistenza”.*

Ma in circa il 75% degli ospedali italiani i Comitati non sono stati costituiti e tranne alcune eccezioni la “misura” del dolore, al pari di altri parametri, non è stata ancora inserita in cartella clinica. Cittadinanzattiva ne fece richiesta entro sei mesi dall'uscita dell'articolo al Ministro della Sanità di allora, Sirchia e a tutte le Regioni italiane, al termine dei quali si era annunciata la pubblicazione dell'elenco degli ospedali in cui il dolore non veniva misurato (ad oggi questo elenco non è stato mai pubblicato). Fra le altre proposte, quella di abolire il ricettario speciale per la prescrizione di farmaci oppiacei: *“E' il residuo di una vecchia cultura che associa ancora la morfina alla droga”*, dice Gioffrè, *“se viene usata contro il dolore non è uno stupefacente e dovrebbe essere prescritta come ogni altro farmaco”*<sup>6</sup>.

Il problema va affrontato soprattutto sul piano della formazione, conclude Gioffrè. Nelle facoltà di Medicina e Scienze Infermieristiche, ma non solo, dovrebbe essere obbligatorio un corso di terapia del dolore e l'istituzione, post laurea, di una Scuola di Cure Palliative; inoltre, gli stessi ordini professionali e le associazioni di categoria dovrebbero organizzare corsi di aggiornamento per i medici di base.

---

<sup>6</sup> Legge 12 dell'8 febbraio 2001 che ha lo scopo di favorire la disponibilità dei farmaci per curare il dolore severo nei malati oncologici, ma non ancora in completa applicazione.

## 1.7 Le cure palliative

Le cure palliative possono essere definite come *“il trattamento del paziente affetto da patologie evolutive ed irreversibili, attraverso il controllo dei suoi sintomi e delle alterazioni psicofisiche, più della patologia che ne è la causa”*. Lo scopo principale delle cure palliative è quello di migliorare anzitutto la qualità di vita piuttosto che la sopravvivenza, assicurando ai pazienti e alle loro famiglie un’assistenza continua e globale (Ventafridda, 1990).

La consapevolezza della morte induce un’attenzione più acuta alla qualità della vita ed alla sofferenza di chi sta per morire. Come riporta Spinsanti *“la medicina delle cure palliative è e rimane un servizio alla salute. Non dunque una medicina per il morente e per aiutare a morire, ma una medicina per l’uomo, che rimane un vivente fino alla morte”* (Spinsanti, 1988).

Alla base di questa filosofia resta sempre il rispetto dell’essere umano sofferente, l’attenzione al dettaglio, a tutto quello che si può e si deve fare quando "non c’è più niente da fare"; vi è l’attenzione alla vita del paziente, anche se brevissima, privilegiandone gli aspetti qualitativi e arricchendo ogni suo istante di significati e di senso; la capacità di ascoltare, dare presenza, restaurare i rapporti umani ed entrare in rapporto emotivo con pazienti e familiari. Infine, una corretta "filosofia" nell’approccio palliativo deve comprendere la capacità di saper riconoscere i propri limiti come curanti e terapisti, recuperando il senso profondo della medicina come scienza ed arte per la salute psicofisica dell’essere umano. Cure palliative non vogliono dire eutanasia, ma sono l’espressione di un approccio medico basato su conoscenze scientifiche e sull’attenzione continua nella loro applicazione.

Queste nozioni richiedono un nuovo tipo di educazione accademica a livello universitario e post-universitario (Hillier, 1998; Kearney, 1992). La preparazione di questi medici è più che mai necessaria. Non si intende medicalizzare la morte, ma offrire un aspetto umano a situazioni disumane finora trascurate e viste con indifferenza. Parlare invece di curare, di qualità di vita, di impatto della malattia

e/o dei trattamenti, di controllo dei sintomi, significa richiamarsi ad un modo diverso di intendere la realtà. La malattia non è soltanto il fenomeno morboso in quanto tale, ma anche e particolarmente l'esperienza che il soggetto ha di questo fenomeno ed in particolare i vissuti di sofferenza, dolore, stanchezza, le paure, gli aspetti psicologici e relazionali. Da queste considerazioni è nata l'esigenza di proporre un'assistenza peculiare soprattutto per i malati di cancro in fase avanzata che presentino dolori o altri sintomi; ma non solo, se bisogna prendere in considerazione anche gli aspetti psicologici e relazionali, il concetto strettamente medico di cura palliativa, comincia ad essere stretto ed inappropriato.

Esso diventa: cura attiva, globale e multidisciplinare dei pazienti affetti da malattia che non rispondono più a trattamenti specifici e di cui la morte è la diretta conseguenza. Il controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza.

Lo scopo delle Cure Palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie.

Esse secondo l'OMS (1990):

- ✓ Affermano la vita e considerano il morire come evento naturale
- ✓ Non accelerano né ritardano la morte
- ✓ Provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi
- ✓ Integrano gli aspetti psicologici, sociali e spirituali dell'assistenza
- ✓ Offrono un sistema di supporto per aiutare i pazienti a vivere il più attivamente possibile fino alla morte
- ✓ Offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia durante la malattia e il lutto

L'ambito di applicazione delle cure palliative così concepite riguarda la fase terminale di patologie evolutive e irreversibili. Esse sono state sperimentate da più tempo nei tumori, nell'AIDS e, in misura minore, nelle malattie neurologiche.

Ad oggi si sono costituite molte associazioni per la ricerca e la loro diffusione; tra

le più importanti figura la Fondazione Lino Maestroni.

Essa è stata fondata il 25 Ottobre 2004 per iniziativa di alcune associazioni, da un gruppo di ricercatori e da due Istituzioni di Diritto Pubblico. Attualmente La Fondazione Lino Maestroni sta realizzando nuove ricerche che si concluderanno entro il 2005 e i primi mesi del 2006.

Questo gruppo di ricercatori non solo ha portato a termine, su tali cure, uno tra i più vasti ed importanti studi condotti in Italia (di cui, qui, tralasciamo), ma sta costruendo una serie di ipotesi di ricerca di grande interesse da attuarsi nel prossimo futuro<sup>7</sup>.

Se vogliamo analizzare ogni indicatore fornitoci dall' OMS a proposito di cure palliative, la comicità rientra senza compromessi tra questi tipi di "cure" in quanto "tecnica" che usa la comicità per rendere migliore la degenza dei pazienti, intrattenere, distrarre, proclamare l'affermazione della vita attraverso la positività, attraverso il riso e quant'altro ad essa associato.

È un sistema di supporto per famiglie e pazienti, migliora gli aspetti psicologici e sociali dei degenti, dona dignità e serenità anche ad alcuni momenti difficili di cui l'ospedalizzazione è piena, e tante altre cose che molte ricerche ad oggi tentano di continuo di dimostrare.

Inoltre all'interno delle linee guida per l'ospedale senza dolore al punto 3.3 Composizione del Comitato "Ospedale Senza Dolore" alla voce d troviamo: *"devono essere previste forme di partecipazione delle organizzazioni non profit, in particolare di volontariato, operanti nel settore"*; in tal ottica si può auspicare una collaborazione più strutturata anche in merito a questa normativa per quanto concerne l'utilizzazione dei clown in ospedale.

Oggi ci sono svariate ricerche che mirano a rafforzare le tesi sugli effetti benefici dell'umorismo, anche in campo analgesico.

Un esempio importante è dato dalla ricerca pubblicata sulla prestigiosa rivista statunitense "Pediatrics" (Vagnoli, L.; Caprilli, S.; Robiglio, A.; Messeri, A.;

---

<sup>7</sup> Per approfondimenti <http://www.istituto.org/>

2005; 116:e563-7); essa rappresenta il primo studio scientifico internazionale, realizzato all'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze, da un gruppo di ricercatori i quali hanno dimostrato che la risata riduce dolore, ansia e stress nei bambini sottoposti ad intervento chirurgico, grazie all'aiuto dei clown-dottori.

*"È risaputo che l'anestesia e l'intervento possono essere vissuti come paurosi e stressanti dai bambini - spiegano gli autori -: si stima che il 60% di questi soffra di ansia preoperatoria, considerata anche fattore predittivo di disturbi post-operatori".*

Nella ricerca condotta dal servizio Terapia del Dolore dell'Ospedale Pediatrico Meyer, sono stati studiati 40 bambini da 5 a 12 anni che dovevano sottoporsi ad intervento di chirurgia minore in day-surgery, di cui la metà (selezionata casualmente) era accompagnata in sala preoperatoria da 2 clown-dottori e da un genitore, mentre l'altra metà era portata soltanto da un genitore (come di routine). Nel "gruppo sperimentale" due clown conoscevano il bambino in reparto, trascorrendo insieme circa 15-20 minuti, per poi accompagnarlo fino dentro alla sala operatoria, dove il bambino veniva addormentato dagli anestesisti, mentre era distratto da giochi e magie dei clown.

Tramite specifici test psicologici è stata misurata l'ansia del bambino e del genitore e sono state fatte interviste a genitori, clown, nonché a medici e infermieri della sala operatoria.

I risultati indicano che l'ansia dei bambini accompagnati dai clown diminuisce quasi del 50% rispetto a quando sono senza clown. Inoltre i bambini con i clown non presentano un innalzamento della paura all'avvicinarsi dell'anestesia, come invece succede a quelli senza clown. (*Pediatrics*, 2005;116:e563-7).

*"Anche i genitori - proseguono gli autori della ricerca - hanno espresso nelle interviste parere positivo per l'iniziativa, poiché si sentono anche loro distratti e rilassati dalla allegra presenza dei clown. Tuttavia emerge un limite in questo studio, espresso proprio dal personale sanitario della sala operatoria che, pur trovando un grande aiuto dai dottori clown, vede in maniera un po' critica l'invasione delle sale operatorie da parte di personale che normalmente non ne fa*

*parte. Tuttavia anche anni fa c'era lo stesso problema con i genitori che non erano ammessi alla sala operatoria e che adesso invece vi entrano sempre con il proprio bambino”.*

Questa ricerca, tra le prime al mondo in questo ambito, ha quindi evidenziato l'importanza del gioco e del "ridere" per i bambini in ospedale, dimostrando scientificamente che ridere aiuta i piccoli pazienti ad affrontare il dolore e lo stress, agendo direttamente su ansia e paura.

La comicoterapia rappresenta senza dubbio un benefit, una grande risorsa all'interno degli ospedali e per il progetto della loro “umanizzazione”; è di grande aiuto ai pazienti ma è anche un buon collante sociale, in cui i rapporti da verticali si fanno orizzontali, in cui si ridà parte del potere ai degenti (*ibidem*).

Per quanto riguarda gli effetti benefici e analgesici dell'umorismo si rimanda al prossimo capitolo.

*Capitolo IV*

**LA RICERCA**

*“chi è musone, triste e depresso non riesce a tener lontane le malattie “*

*( Susumo Tonegawa, premio Nobel per la Medicina 1989 )*

## Introduzione

La presente ricerca intende valutare l'efficacia dell'umorismo sulla salute ed in particolare il suo effetto analgesico.

Partendo dai risultati di alcune delle ultime ricerche effettuate in tale campo, si vuole verificare nello specifico l'effetto dell'intervento dei clown dottori nella percezione e gestione del dolore nel contesto ospedaliero.

Questo lavoro nasce in particolare dall'interesse per il contributo scientifico di Vagnoli L. et al. (2005), la quale ha dimostrato che è possibile ridurre l'ansia pre-operatoria dei bambini sottoposti ad intervento chirurgico grazie all'aiuto dei clown-dottori, riducendo anche le complicazioni post-operatorie.

Esso è inoltre corroborato dalle ricerche che hanno dimostrato l'efficacia dell'umorismo nella gestione di eventi "impegnativi" o particolarmente stressanti. In essi si è osservato che il riso può fungere da tutela contro l'ansia in generale, come meccanismo di difesa; alla fine di un momento di tensione infatti spesso segue una risata come atto liberatorio. Il fenomeno del riso diventa quindi una manifestazione di sollievo come è dimostrato dalle ricerche sperimentali di Shurcliff (da Farnè, 1995) nelle quali si è evidenziato che la comicità dell'esperienza vissuta era tanto maggiore quanto maggiore era stata l'ansia; ne conseguiva che la sensazione di piacere, frutto della scarica di tensione accumulata, era direttamente proporzionale all'ansia provata (*ibidem*).

Un altro contributo importante di cui ci avvaliamo viene dagli studi in cui si dimostra che il senso dell'umorismo non è l'unica "difesa psicologica" personale contro lo stress. Ci sono molti altri comportamenti che aiutano ad affrontare in modo valido gli innumerevoli contrattempi della vita; per esempio, le ricerche di Francescato (2003) dimostrano che i contrattempi vengono dominati meglio da chi è ottimista, da chi ha un empowerment elevato e sente di avere in mano il controllo della situazione, da chi ha il «senso dell'impegno» e utilizza le proprie

capacità per resistere all'impatto dello stress.

Un ultimo contributo, non meno valido ma particolarmente utile ai fini della comprensione degli effetti fisiologici dell'umorismo sulla salute, è dato dalle ricerche di grande interesse fatte da Reiss (2003) il quale ha rilevato una considerevole secrezione di neurotrasmettitori ed ormoni, legati al piacere e al benessere psico-fisico, capaci di innalzare le difese immunitarie negli individui esposti a stimoli comici di vario genere.

### **Obiettivi della ricerca ed Ipotesi**

L'indagine qui presentata costituisce un contributo basato sull'uso di scale e questionari (autovalutativi e non) volto a cogliere il ruolo dell'umorismo sulla percezione e la gestione del dolore nei bambini, in relazione altresì all'ansia delle mamme e alla loro capacità di usare la comicità come risorsa nella gestione di situazioni stressanti.

L'obiettivo principale è stato andare ad esplorare l'esistenza di una relazione tra la presenza del clown dottore e il vissuto emotivo di quei piccoli pazienti che, accompagnati dalle loro mamme, devono affrontare un intervento chirurgico programmato.

Nella ricerca si è ipotizzato che la presenza del clown dottore possa stemperare l'emozione negativa dei bambini ricoverati, ed in particolare l'ansia delle loro mamme, attraverso l'uso della comicità.

Nello specifico si ipotizza che l'intervento del clown dottore possa influire positivamente sulle emozioni dei bambini, i quali esorcizzando insieme ai clown le pratiche mediche, distraendosi dal fatto di non poter mangiare e bere per un certo lasso di tempo e facendo passare con più velocità e leggerezza il periodo di attesa pre-operatoria, possano vivere con più tranquillità il periodo post-operatorio, il quale nella maggior parte dei casi è vissuto in maniera paurosa dai bambini che non vengono adeguatamente preparati a ciò che li aspetta: flebo,

aghi, cerotti, etc. I dati statistici della ricerca di Vignoli et al. (2005), parlano infatti di una diminuzione della degenza ospedaliera del 50% e dell'uso di anestetici del 20% nei bambini che interagiscono con i clown dottori (*dal Press Point dell'Ospedale Pediatrico Meyer; ottobre 2005*).

In questa indagine si ipotizza che i bambini che interagiscono con il clown dottore:

- ✓ abbiano una minore percezione del dolore
- ✓ richiedano, o abbiano la necessità, di un trattamento analgesico post-operatorio inferiore a quello routinario;
- ✓ presentino minori complicazioni ed un numero inferiore di giorni di degenza.
- ✓ abbiano un vissuto più sereno nel periodo dell'ospedalizzazione, ed in particolare in quello post-operatorio.

Si ipotizza inoltre che nelle mamme che incontrano i clown dottori:

- ✓ aumenti l'inclinazione all'umorismo, la capacità di apprezzarlo, di saperlo creare attivamente e di saperlo utilizzare in situazioni stressanti;
- ✓ diminuisca il livello di ansia;

### **Aspetti Metodologici**

E' difficile poter misurare il dolore dal momento che non vi è un rapporto diretto tra la malattia fisica e l'intensità dello stesso (*Keefe FJ, Williams DA; 1992*).

L'esperienza dolorosa è un'esperienza soggettiva difficile da comunicare, pertanto non è possibile studiarla tenendo presente soltanto le variabili sensitive, essa è un'esperienza totalizzante e come tale deve essere analizzata; ne segue che, la

valutazione del dolore di un paziente, dipende dalla sua espressa comunicazione sia verbale che comportamentale, tenendo sempre presente che il fulcro dell'indagine è che:

VA SEMPRE VALUTATO IL PAZIENTE CHE RIFERISCE DI AVERE DOLORE E NON IL DOLORE PER SÉ (*De Nicola A., 2005*).

A tale scopo ho cercato, tra gli strumenti ad oggi usati, quelli più vicini ad un modello olistico collegato all'idea dell'esperienza dolorosa come di un'esperienza totalizzante.

Tali strumenti di autovalutazione dello stato funzionale hanno lo scopo di quantificare, in maniera più precisa, sintomi, funzionalità e comportamento, fino ad arrivare a quelli più complessi usati per carpire il vissuto emotivo del paziente, il comportamento di doglianza, l'impatto del dolore sullo stato dell'individuo.

Partendo dal principio di Melzack e Casey (*1968*) il quale definisce il dolore come una variabile avente tre componenti:

- discriminativo-sensitiva
- motivazionale-affettiva
- cognitiva-valutativa

si è cercato di costruire uno strumento che permettesse di analizzare il dolore e l'esperienza dolorosa nella maniera più completa possibile.

Ai fini della nostra ricerca, incentrata sullo studio degli effetti analgesici dell'umorismo, è risultato di fondamentale importanza analizzare anche l'inclinazione umoristica dei soggetti, la capacità di apprezzare l'umorismo, di saperlo creare attivamente e di saperlo utilizzare per sdrammatizzare ed esorcizzare anche i momenti più difficili e stressanti; a tal fine si sono inseriti due test sull'uso della comicità. Si è inoltre utilizzato uno strumento per la misurazione dell'ansia.

## I soggetti della ricerca

La ricerca ha coinvolto 92 soggetti, di età compresa tra 0 e 14 anni scelti casualmente tra i bambini che, da agosto 2005 a maggio 2006, hanno subito un intervento chirurgico programmato nel reparto di Chirurgia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma.

Nel periodo che va da agosto a dicembre 2005 sono stati testati 46 bambini del gruppo di controllo, quindi che hanno affrontato l'intervento chirurgico in maniera routinaria.

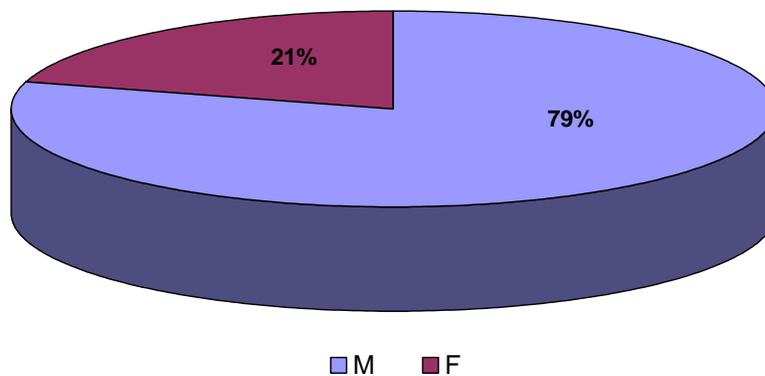
Da gennaio a maggio 2006 sono stati testati gli altri 46 bambini appartenenti al gruppo sperimentale, vale a dire a cui, oltre all'intervento chirurgico routinario, è stato dato modo di interagire con i Clown dottori dell'Associazione Nazionale Ridere per Vivere<sup>8</sup> di Roma.

Nella sua totalità il campione è formato da 73 maschi e 19 femmine; nel grafico che segue è possibile osservarne le rispettive percentuali.

### **Grafico 4.1 – I soggetti della ricerca suddivisi per sesso.**

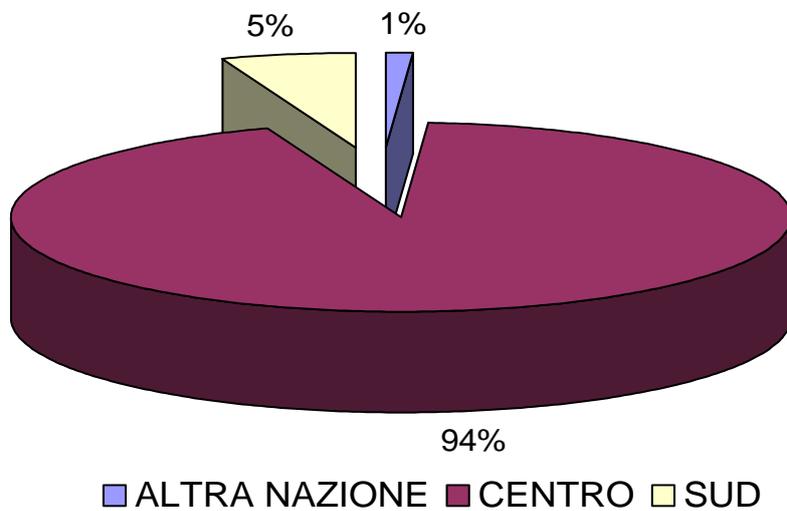
---

<sup>8</sup> I clown dottori di Ridere per Vivere svolgono il loro lavoro all'interno dell'Azienda Ospedaliera San Camillo grazie al "Progetto Sorridi in Ospedale", finanziato dal Comune di Roma e dall'Assessorato alle Politiche di Promozione dell'Infanzia e della Famiglia. Operano in suddetto Ospedale nei reparti di Pediatria, Chirurgia Pediatrica, Ambulatorio di Odontoiatria Pediatrica ed Ematologia.

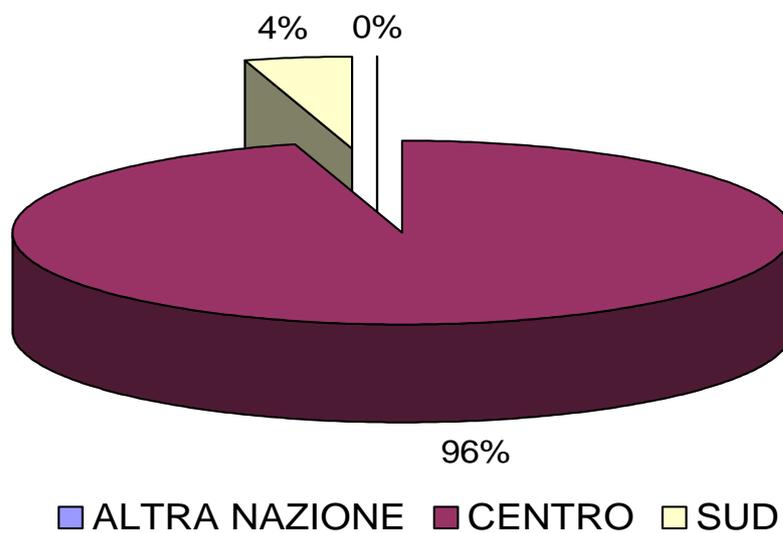


Nel gruppo di ricerca sono stati coinvolti bambini provenienti da diverse regioni italiane. Il 94% di essi è nato nel Centro Italia, il 5% nel Sud e solo 1% è nato in un'altra nazione. Anche per quanto riguarda il luogo di residenza il gruppo osservato si distribuisce per lo più allo stesso modo; il 96% risiede nel Centro Italia, il rimanente 4% al Sud come è possibile osservare dai grafici che seguono.

**Grafico 4.2 – I soggetti della ricerca suddivisi per luogo di nascita.**



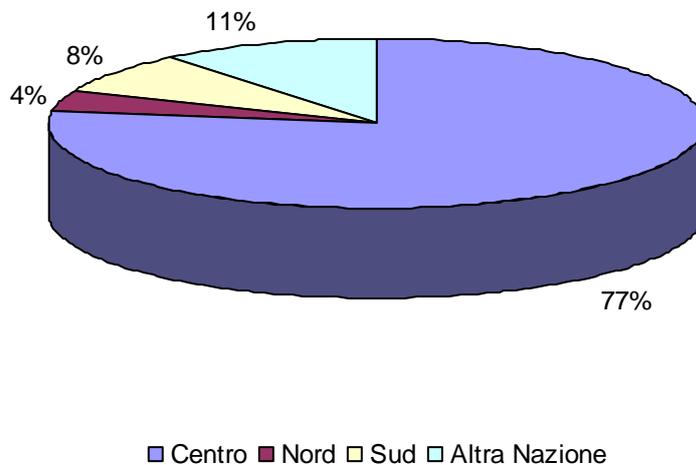
**Grafico 4.3 – I soggetti della ricerca per luogo di residenza.**



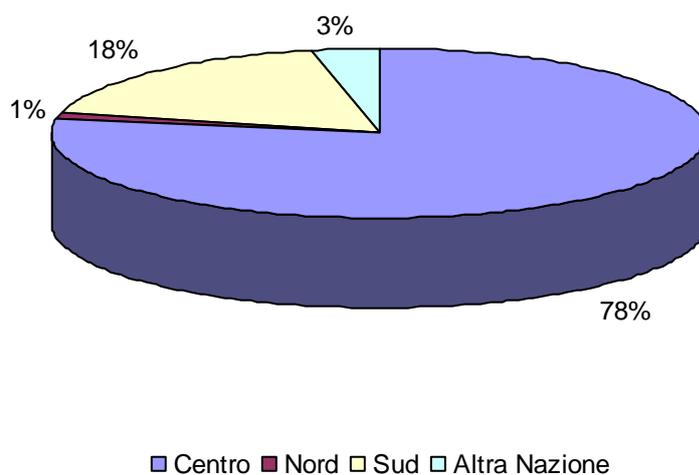
Alcuni di loro però non hanno origini italiane, questo dato è stato rilevato

prendendo in considerazione la variabile: *luogo di nascita dei genitori*. Anche se il 77% delle madri e il 78% dei padri è nato nel Centro Italia, rispettivamente l'11% e il 3% di essi è nato in un'altra Nazione.

**Grafico 4.4 – Luogo di nascita delle madri dei soggetti della ricerca.**



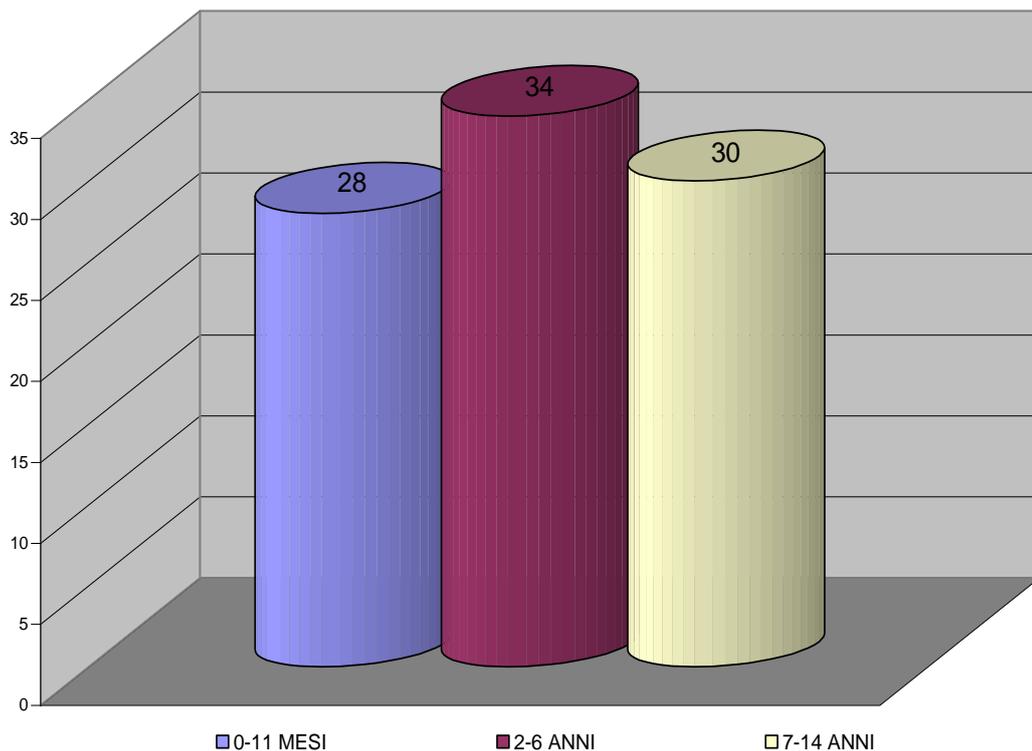
**Grafico 4.5 – Luogo di nascita dei padri dei soggetti della ricerca.**



Entrambi i gruppi -sperimentale e di controllo- sono stati a loro volta suddivisi

per fasce d'età, nello specifico al primo gruppo appartengono neonati compresi tra 0-11 mesi, al secondo i bambini tra 2-6 anni e al terzo gruppo appartengono quelli tra i 7-14 anni.

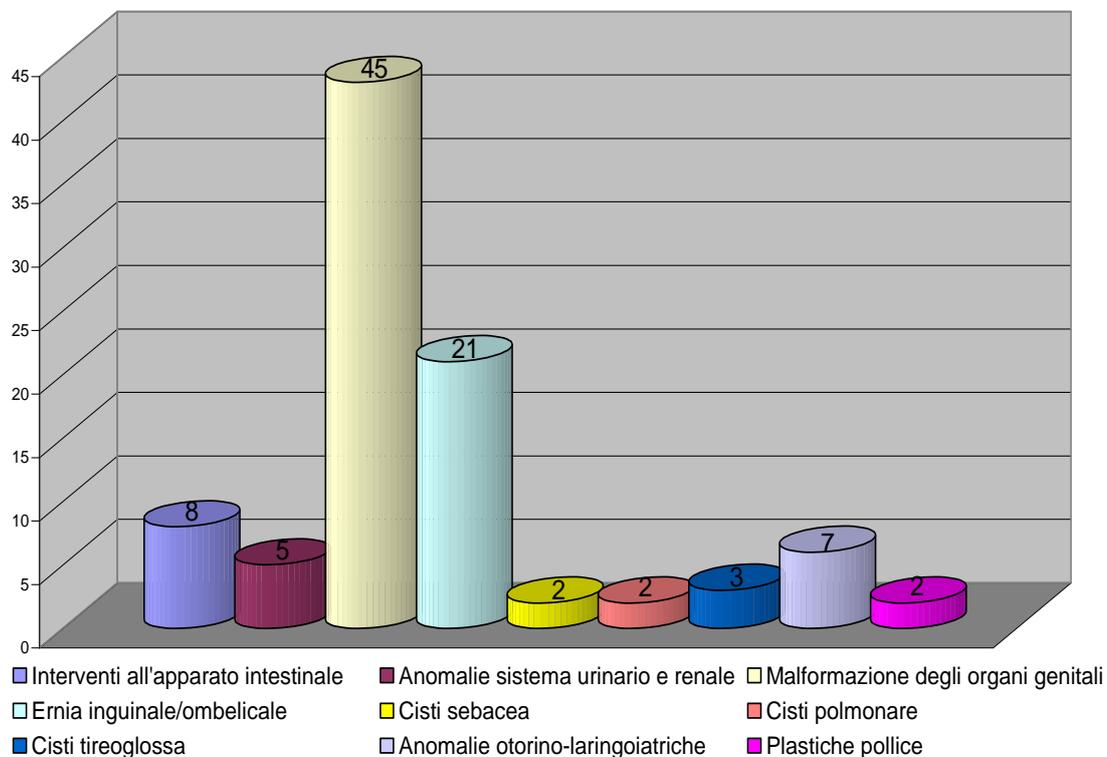
**Grafico 4.6 – I soggetti della ricerca suddivisi per fascia di età.**



Il gruppo più numeroso è risultato quello appartenente alla fascia 2-6 anni composto da un totale di 34 bambini, 17 del gruppo di controllo e 17 del quello sperimentale.

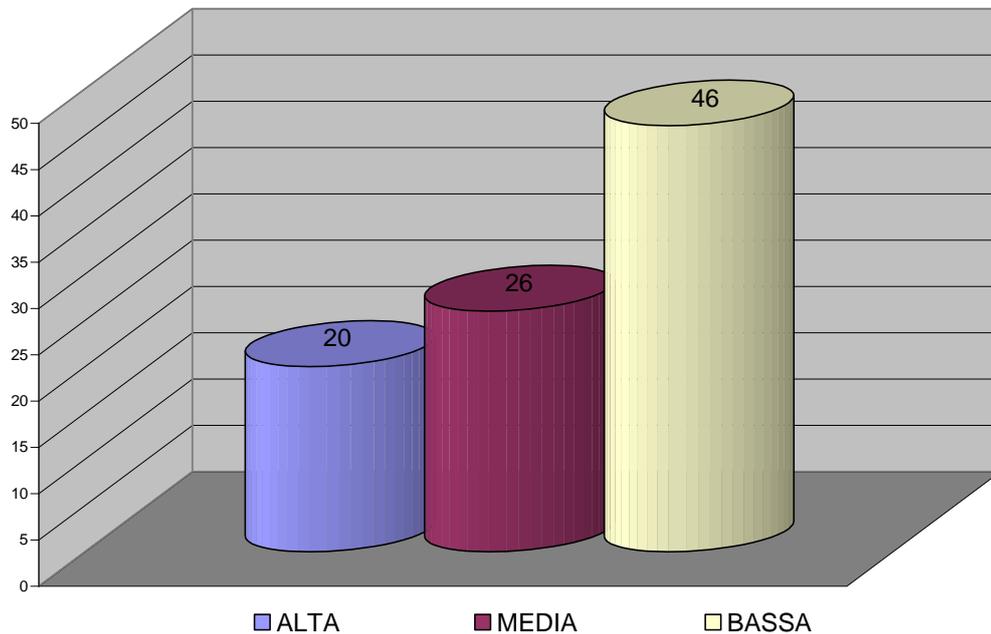
Il tipo di intervento chirurgico e il rispettivo protocollo operatorio sono stati seguiti indistintamente sia in presenza dei clown che non; vale a dire che per uno stesso tipo di intervento, di età e peso corporeo del bambino, è stata applicata la medesima terapia antalgica pre-operatoria ed intra-operatoria.

**Grafico 4.7 – I soggetti della ricerca suddivisi per diagnosi.**



Come è possibile vedere dal grafico precedente la maggior parte dei bambini da me osservati, in Chirurgia Pediatrica nel periodo di analisi interessato, ha subito interventi agli organi dell'apparato genitale (criptorchidia, fimosi, testicolo in ascensore, ipospadia, plastica della vulva, idocele, ecc.); di questi alcuni (insieme alle ernie ombelicali ed inguinali) erano definiti - nell'ambito ospedaliero - "interventi routinari" vale a dire di "bassa" difficoltà d'intervento. Per dare un'idea dell' "importanza" del tipo di operazione chirurgica osservata, rimandiamo al grafico seguente.

**Grafico 4.8 – I soggetti della ricerca suddivisi per importanza di intervento.**



## Il protocollo ospedaliero

Il protocollo ospedaliero prevede in media un ricovero di una durata complessiva di 72 ore (3 giorni) che si articola di norma in:

- Primo giorno: prelievi del sangue e compilazione della cartella clinica
- Secondo giorno: intervento chirurgico e decorso operatorio
- Terzo giorno: dimissioni

Nei 15-20 minuti prima dell'intervento chirurgico viene somministrata, nella maggior parte dei casi, una *pre-anestesia* che consiste nella somministrazione di un farmaco per via orale: *l'Ipnovel*; esso è un derivato della serie delle imidazobenzodiazepine.

L'Ipnovel svolge un effetto sedativo ed ipnoinducente molto rapido, intenso e di

breve durata. Il farmaco ha inoltre un effetto anticonvulsivante e leggermente miorilassante, ciò semplifica le procedure di preparazione in camera operatoria. Esso viene utilizzato per ottenere un effetto sedativo al momento di interventi in anestesia locale, per una sedazione in terapia intensiva, sia per l'induzione che per l'inalazione dell'anestesia generale; nei casi da me osservati si è utilizzata sempre questa modalità anestesiologicala. Dato che l'Ipnovel non possiede proprietà analgesiche, occorre utilizzarlo sempre in associazione ad analgesici sia intra-operatoriamente che come mantenimento dell'anestesia.

Questo farmaco viene ritenuto importante anche per un'altra motivazione prettamente psicologica; il bambino dopo l'assunzione del farmaco in reparto, arriva più tranquillo in camera operatoria e vive il distacco dai genitori in maniera meno traumatica; sono facilitate sia la procedura dell'incannulazione (posizionamento in vena dell'agocannula che risulta essere fonte di paura per il bambino) che quella dell'inalazione dei gas (in cui alcuni bambini vivono uno stato di costrizione dovuto alla mascherina). Il farmaco in questione per quanto sia un ipnoinducente (esilarante) ha effetti collaterali di vario tipo, per questo motivo si ritiene opportuno evitarne la somministrazione quando ciò risulta possibile.

In sala operatoria viene eseguito un protocollo anestesiologicalo specifico, basato sul tipo di intervento, sull'età e sul peso corporeo del bambino; ma in questa sede ne tralasciamo la spiegazione dato che esso risulta irrilevante ai fini della nostra ricerca.

In ambito medico è ritenuto opportuno che ogni servizio di anestesia elabori dei protocolli per il monitoraggio, la prevenzione e il trattamento del dolore differenziati in particolar modo sull'età dei pazienti, come abbiamo già sottolineato più volte, e sulla componente algica degli interventi (*Royal College of Surgeons of England and the College of Anaesthetists, 1990*). Per gli anestesisti è stato utile raggruppare più interventi chirurgici con componente algica simile (per es. lieve, di grado medio, maggiore) ed uniformare i protocolli di trattamento all'interno di ogni gruppo di intervento; questo permette loro, di poter avere una previsione del dolore ed avere indicazioni generali rispetto al tipo di protocollo

post operatorio da seguire:

**Tabella 4.1 – Previsione del dolore post-operatorio e rispettivi farmaci di somministrazione.**

Dolore forte	Dolore moderato	Dolore lieve
<b>a)</b> Oppioidi maggiori (es. morfina, fentanil)	<b>a)</b> Oppioidi minori (es. codeina, tarmadolo)	<b>a)</b> Paracetamolo, propacetamolo o FANS adiuvanti
<b>b)</b> Paracetamolo o FANS adiuvanti	<b>b)</b> Paracetamolo, propacetamolo o FANS adiuvanti	

Questo ci permette di capire che il protocollo post-operatorio non è costruito sulla persona e sul suo bisogno, ma bensì sul tipo di intervento; questo vuol dire che a volte esso può risultare inopportuno, sia in eccesso che in difetto.

Da qui è nata l'esigenza di monitorare il dolore e cercare, nel periodo post-operatorio un protocollo più vicino e sicuro non solo alle esigenze dei pazienti ma anche a quelle degli anestesisti (*ibidem*).

### Gli strumenti

La misurazione del dolore nei bambini è particolarmente difficile, essi infatti non hanno la competenza verbale e la comprensione concettuale degli adulti, né tanto meno sono in grado di compilare una scala analogica visiva (VAS) prima dei 7 anni. I metodi oggettivi di raccolta dei dati però risultano molto più attendibili che negli adulti dato che le esperienze passate, che permettono di gestire l'esperienza di doglianza, sono minori (*De Nicola A., 2005*).

A seconda degli items che comprendono, le scale si suddividono in: fisiologiche, comportamentali, di autovalutazione (self report); i primi due tipi di scale sono definite osservazionali in quanto si basano sull'osservazione diretta. E' evidente che nella scelta dello strumento da somministrare, l'età è l'elemento discriminante fondamentale. Nella presentazione che segue ho pertanto suddiviso gli strumenti in base all'età, dopo averli selezionati in funzione della consistenza delle caratteristiche psicometriche. Appena lo sviluppo cognitivo lo ha consentito sono state associate alle scale di osservazione, quelle di self report.

Nella pratica clinica il metodo di valutazione del dolore, oltre ai comuni parametri fisiologici (Frequenza Cardiaca, Frequenza Respiratoria, Saturazione dell'ossigeno, Pressione Arteriosa ecc.) prende in grande considerazione l'osservazione del comportamento, come raccomandato dall'OMS e dalle direttive della normativa "Ospedale senza Dolore".

### *Strumenti di eterovalutazione del dolore*

Per l'eterovalutazione del comportamento di doglianza viene fatto riferimento alle scale più comunemente usate tra quelle indicate dall' OMS, che valutano appunto il dolore in base alle variabili fisiologiche (quali ad esempio la saturazione dell'ossigeno che è un ottimo indicatore del dolore nel neonato) e quelle comportamentali (come pianto, agitazione corporea ecc.)<sup>9</sup>. Nei neonati e nei bambini in età prescolare, l'osservatore assegna un punteggio basandosi sui vari parametri di comportamento (pianto, posizione del paziente, espressione del viso...) e su parametri fisiologici ( F . C., P. A. ritmo respiratorio e sudorazione ). Le scale da me usate sono:

- ✓ CRIES (Crying Requires O2 Increased Visual Sign Expression Sleepness )  
per i neonati

---

<sup>9</sup> Per la consultazione degli strumenti utilizzati si rimanda all'appendice.

- ✓ CHEOPS (Children's Hospital of Ontario Pain Scale) per i bambini di età compresa tra i 2-6 anni.

Per i bambini di età compresa tra i 7 e i 14 anni la valutazione del dolore è stata fatta in gran parte in modo auto-valutativo. Quando questo non è stato possibile, ad esempio per i bambini più piccoli (7 o 8 anni), è stata somministrata ugualmente la CHEOPS allo scopo di avere, comunque una valutazione più attendibile dello stato di doglianza.

### *Strumenti di autovalutazione del dolore*

Per analizzare la percezione del dolore, nella sua componente discriminativo-sensitiva si è scelto di utilizzare un test di autovalutazione specifico per ogni fascia di età<sup>10</sup>:

- ✓ Per i bambini di età superiore ai 4 anni è stata utilizzata la *Scala delle espressioni facciali di McGrath*.
- ✓ Per quelli compresi tra i 7-14 anni abbiamo ad esse aggiunto la *NRS (Numeric Rating Scale)*.

La *Scala delle espressioni facciali* di McGrath (1985) è un metodo non verbale alternativo, definito una variante della VAS (Visual Analogic Scale) e della NRS; essa consiste generalmente in una serie di disegni raffiguranti diverse espressioni facciali che cambiano con le variazioni d'intensità del dolore. Esse vanno dalla raffigurazione di una risata piena ad un viso neutro, fino ad arrivare ad un pianto inconsolabile<sup>11</sup>. Il bambino è chiamato a valutare il suo dolore scegliendo il disegno che rappresenta meglio il livello della propria esperienza dolorosa. Il

---

<sup>10</sup> In questo caso questo tipo di misurazione ovviamente non è stato possibile per i neonati.

<sup>11</sup> Vedi appendice.

valore del punteggio varia in questo modo:

maggiore di 8 è definito grave, tra 6-8 moderato, sotto il 6 è lieve.

La *Numeric Rating Scale* è una semplice scala di valutazione del dolore, molto simile alla VAS. E' lineare e ha con quest'ultima una buona concordanza. La NRS viene facilmente compresa dal paziente che sceglie semplicemente un numero fra 0 e 10 per rappresentare il livello di dolore:

Nessun dolore ---0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ---Il peggiore dolore immaginabile

La NRS elimina la necessità della coordinazione visiva e motoria richiesta per eseguire altri tipi di misurazione, come ad esempio per la più usata VAS, e offre quindi maggiori possibilità di completamento. Sembra più utile della VAS per la misurazione nell'immediato periodo postoperatorio. L'insuccesso nel completare la scala è nell'ordine del 2% (De Nicola A., 2005).

La variabilità della percezione del dolore viene misurata prima e dopo l'intervento chirurgico sia per il gruppo di controllo che per quello sperimentale.

### *Questionario di autovalutazione per l'ansia di stato e di tratto.*

Alle mamme, all'entrata e all'uscita, è stato somministrato un test sull'ansia:

la State-Trait Anxiety Inventory - STAI (1970), nella versione italiana di Pedrabissi L. e Santinello M. (1989).

Esso è uno strumento di facile applicazione ed interpretazione, finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia, sia per finalità di tipo psicodiagnostico, sia per verificare l'efficacia e i benefici della psicoterapia (nel caso specifico si vuole valutare un possibile cambiamento provocato dalla comicoterapia), è quindi utile come misura generica dello stress; consta di due parti, una che analizza l'ansia di tratto (Y-T) e l'altra quella di stato (Y-S). In linea di massima si può dire che

l'ansia-tratto può essere considerata una caratteristica relativamente stabile della personalità, un atteggiamento comportamentale, che riflette la modalità con cui il soggetto tende a percepire come pericolosi o minacciosi stimoli e situazioni ambientali; l'ansia-stato può essere definita come un'interruzione temporanea del continuum emozionale che si esprime attraverso una sensazione soggettiva di tensione, apprensione, nervosismo, inquietudine, ed è associata ad attivazione del sistema nervoso autonomo.

Il questionario è formato da 40 item, ai quali il soggetto deve rispondere in termini di intensità (da “quasi mai” a “quasi sempre”) su una scala di quattro punti, dove alcuni item sono presentati con una domanda in forma diretta e altri in forma inversa.

Gli item sono raggruppati in due scale focalizzate su come i soggetti si sentono generalmente o su quello che invece provano in momenti particolari.

Mettendo a confronto i punteggi dell'ansia di stato e di tratto di uno stesso soggetto, ci si potrebbe aspettare che coloro che hanno A- Tratto alta, mostreranno elevazioni nell'ansia come Stato più frequentemente di coloro con un A-Tratto bassa poiché tendono a reagire ad una gamma più ampia di situazioni percepite come pericolose o minaccianti.

### *Test di Ziv sul senso dell'umorismo*

Il test di Ziv è uno dei primi strumenti elaborati per misurare specificamente il senso dell'umorismo, indagando sia l'apprezzamento che la creazione dell'umorismo. Il questionario è stato messo a punto da A. Ziv nel 1981. Esso è formato da 14 voci, di cui 7 miranti a valutare l'apprezzamento, le rimanenti 7 la creatività, la loro somma fornisce un punteggio globale di “inclinazione” all'umorismo; l'attribuzione di punteggio varia su una scala da 1 a 7 dove 1 corrisponde a “molto raramente” e 7 a “molto spesso”. Coerentemente con la diffusa osservazione che è più facile e frequente apprezzare che fare

dell'umorismo, i punteggi di apprezzamento risultano di norma più alti che non quelli di creatività.

I limiti di questo test risiedono nella sua brevità, che se da un canto costituisce una prerogativa per l'agilità dell'uso, dall'altro riduce sia la varietà dei fenomeni compresi che la precisazione misurativa.

### *Coping Humor Scale (CHS)*

La CHS valuta l'uso dell'umorismo nei riguardi di eventi potenzialmente stressanti della vita quotidiana. E' composta da 7 affermazioni per ognuna delle quali il soggetto deve indicare su una scala da 1 a 4 (forte disaccordo, moderato disaccordo, moderato accordo, forte accordo) quanto si sente d'accordo con ciò che viene affermato da ciascuna voce. Gli autori di tale test sono Lefcourt H.M. e Martin R.A., (1986).

## Le procedure di somministrazione degli strumenti

La procedura di somministrazione degli strumenti all'interno del reparto di Chirurgia Pediatrica è avvenuta seguendo, e affiancando nell'iter per il ricovero, i piccoli degenti con le loro mamme.

All'accoglienza è stata da me compilata la raccolta dei dati anagrafici del bambino e dei suoi genitori; alle mamme, dopo poco tempo, è stato somministrato un primo test della STAI, ZIV e la CHS. Al bambino è stata misurata (con gli appositi strumenti selezionati in base all'età, come presentato sopra) la percezione del dolore, quando possibile, sia in maniera etero valutativa che auto valutativa.

Dopo aver terminato le procedure per il ricovero, ai bambini viene fatta l'assegnazione del letto. Tale procedura iniziale di somministrazione dei test è stata da me eseguita nel medesimo modo sia per il gruppo di controllo che per

quello sperimentale.

La mattina seguente, quella dell'operazione chirurgica, i bambini del gruppo sperimentale interagiscono con i Clown dottori i quali svolgono il loro intervento - 2 clown dottori ed 1 bambino - secondo il loro metodo (descritto nel capitolo sulla clowterapia) in ogni stanza di degenza. A volte essi rimangono ancora un po' nell'androne del reparto dove è stata allestita la sala giochi per i bambini.

In base alla lista operatoria man mano ai piccoli pazienti, come da protocollo medico, viene fatta la *preanestesia in reparto*. Quando i bambini scendono in camera operatoria, con il loro stesso lettino, passano per la sala giochi dove, molto spesso a metà mattinata, sono riuniti tutti i bambini a giocare per cercare di snellire il tempo di attesa e la voglia/bisogno di bere o mangiare.

I clown si fermano, ancora per poco, in quel luogo con i bambini e le loro mamme cercando di stemperare con la loro comicità il facile processo dell'identificazione.

Di ritorno dalla camera operatoria, dopo un paio di ore, ho somministrato nuovamente il test dello STAI, ZIV e la CHS alle mamme. Ho misurato nuovamente, con le apposite scale, il dolore *postoperatorio*, in maniera etero valutativa e auto valutativa nei bambini.

È stato eseguito dagli infermieri di volta in volta il protocollo analgesico postoperatorio come di routine; solo quando è risultato opportuno è stata fatta un'analgesia di "soccorso".

Ho infine raccolto le variabili fisiologiche dei bambini e i dati delle cartelle operatorie per valutare i protocolli anestetici e analgesici eseguiti.

## Capitolo V

### I RISULTATI DELLA RICERCA

*“Il clown Dottore cambia segno alle emozioni negative che per lo più vengono vissute in un reparto, quindi paura, ansia, angoscia ecc, destrutturando quella che è la normale routine di un reparto, portano qualcosa di nuovo, di diverso, di gioioso in un ambiente che normalmente non lo è. E questo poi serve anche a facilitare il lavoro degli infermieri e dei dottori, serve a migliorare la qualità di risposta del bambino alla malattia e a migliorare il vissuto dei genitori che stanno accanto al bambino [...] l'intervento del Clown Dottore è rivolto a tutto il reparto, non solo al bambino: al bambino, ai genitori e agli infermieri.. “*

*( Dott. Broccolo<sup>12</sup>, Clown Dottore)*

---

<sup>12</sup> Alias Gabriele Sergiacomi, Clown Dottore dell'Associazione Ridere per Vivere.

## **Distribuzione delle frequenze nei gruppi e chi quadro**

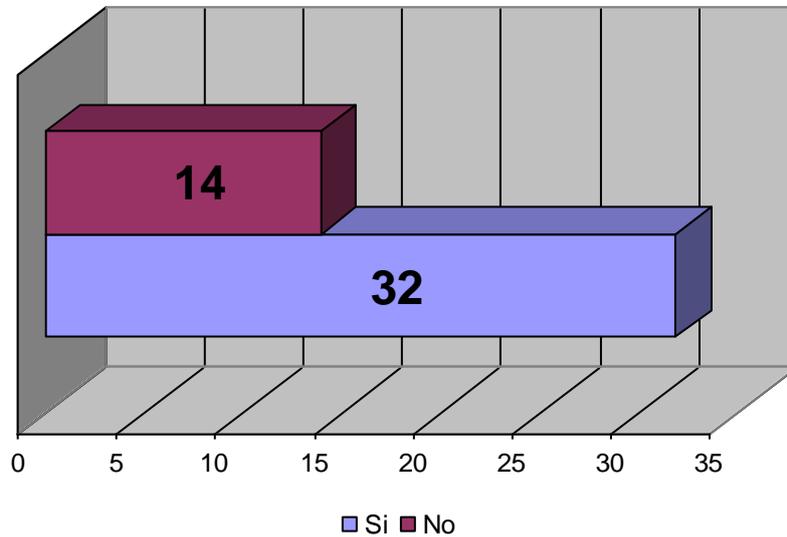
Una delle ipotesi della ricerca verteva sulla verifica dei cambiamenti nella percezione del dolore post-operatorio dei bambini ricoverati presso la Chirurgia Pediatrica del San Camillo-Forlanini di Roma.

A tal fine si è scelto di analizzare la distribuzione delle frequenze con cui i protocolli medici sono stati eseguiti nei due diversi gruppi da me osservati: quello sperimentale e quello di controllo.

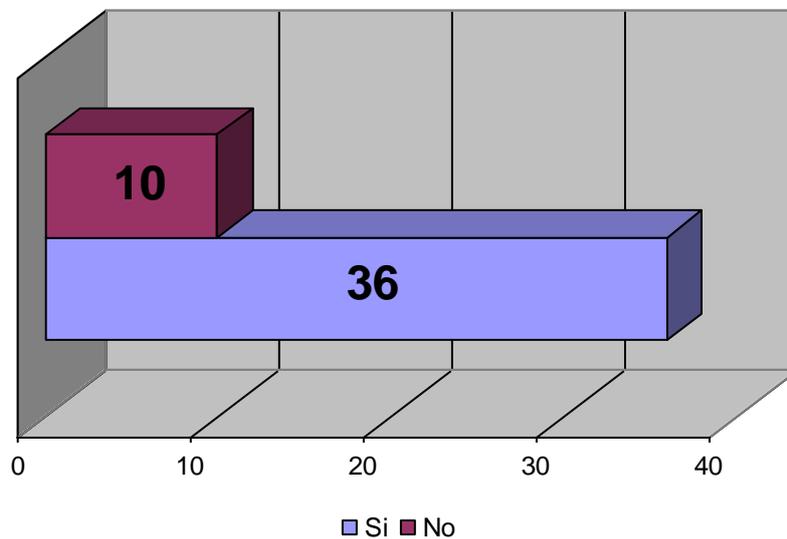
La preanestesia e l'anestesia intraoperatoria seguono di norma dei protocolli standardizzati per ogni tipo di intervento, per età e peso corporeo del bambino; il protocollo postoperatorio invece è condizionato anche dalle eventuali complicazioni intra-operatorie e dal bisogno, o richiesta, di analgesici da parte del piccolo paziente. Per gli anestesisti è stato utile raggruppare più interventi chirurgici con componente algica simile (per es. lieve, di grado medio, e maggiore) ed uniformare i protocolli di trattamento all'interno di ogni gruppo di intervento; questo permette loro, di poter avere una previsione del dolore ed avere indicazioni generali rispetto al tipo di protocollo post operatorio da seguire: "analgesia attesa". (*Royal College of Surgeons of England and the College of Anaesthetists, 1990*).

Il protocollo *pre-anestetico* seguito nell'esecuzione degli interventi chirurgici da me osservati nei due gruppi - controllo e sperimentale - è stato pressoché lo stesso, come è possibile osservare dai grafici seguenti:

**Grafico 5.1.1 – Gruppo di controllo: somministrazione della preanestesia.**



**Grafico 5.1.2 – Gruppo sperimentale: somministrazione della preanestesia.**



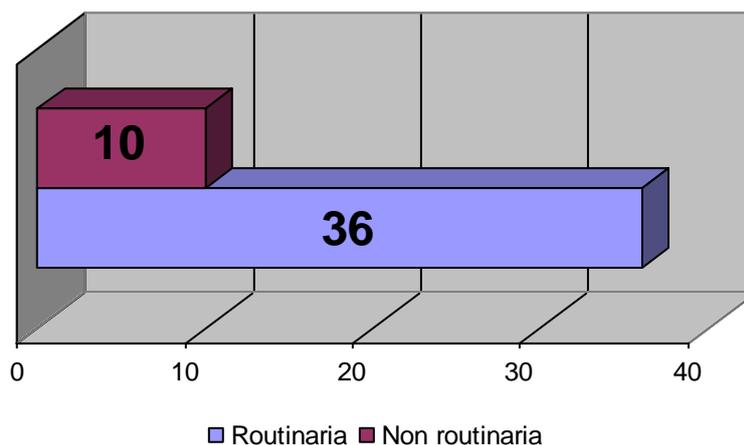
La somministrazione di preanestesia è, in linea di massima, eseguita sempre; le due eventualità in cui ciò non avviene è quando si hanno dei pazienti o troppo piccoli o abbastanza grandi. Nel primo caso l'anestesista può reputare inutile

sovraccaricare farmacologicamente un bimbo/a nato/a da pochi giorni; nel secondo caso, nei bambini tra 12-14 anni, l'anestesista può ritenere inutile somministrare la preanestesia quando si tratta di interventi di poca importanza; in questo caso nel colloquio preoperatorio l'anestesista, dopo aver informato come di routine su *cos'è* e a *cosa serve la preanestesia*, chiede esplicitamente al piccolo paziente (ovviamente insieme alla madre, dato che è lei a firmare il consenso) se desidera o meno essere preanestetizzato.

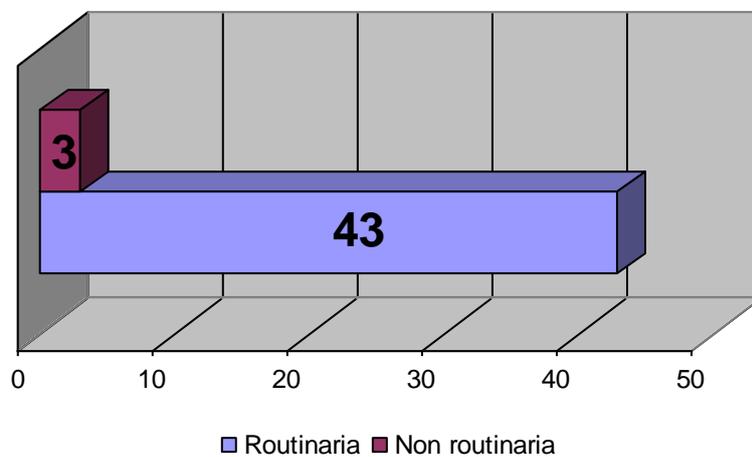
Questa è la motivazione della leggera differenza osservata nei grafici precedenti in cui nel gruppo sperimentale si ha una leggera diminuzione di frequenza di somministrazione di preanestesia: 10 bambini su 46 invece che 14 su 46 del gruppo di controllo.

Leggermente diversi sono i dati raccolti per il *protocollo intraoperatorio*, dove per *protocollo non routinario* si intende un tipo di protocollo in cui l'anestesista ha ritenuto opportuno aumentare l'analgesia intraoperatoria; nei grafici seguenti è possibile notare la frequenza con cui ciò è avvenuto.

**Grafico 5.1.3 – Gruppo di controllo: protocollo di analgesia intraoperatoria.**



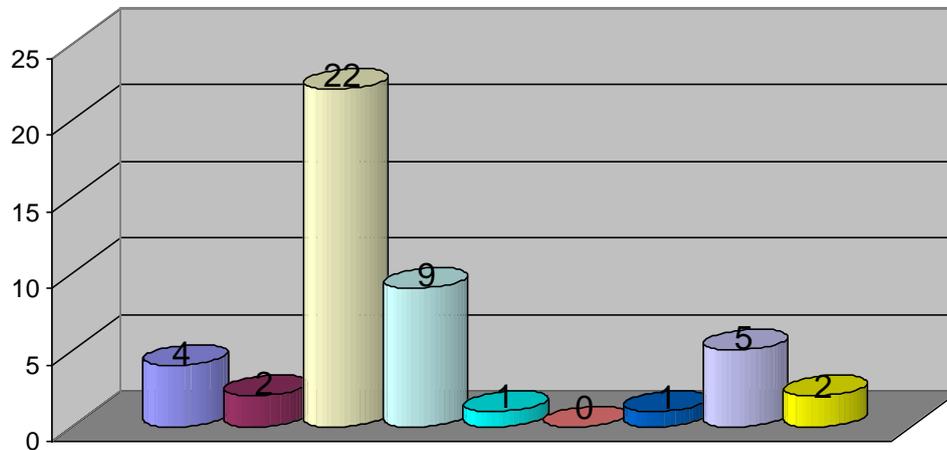
**Grafico 5.1.4 – Gruppo sperimentale: protocollo di analgesia intraoperatoria.**



In questo caso la differenza è maggiore, nel gruppo di controllo si è avuta l'esigenza di aumentare la somministrazione di analgesico intraoperatorio (*analgesico di mantenimento dell'anestesia*) con una frequenza di 10 bambini su 46 a differenza di soli 3 su 46 del gruppo sperimentale.

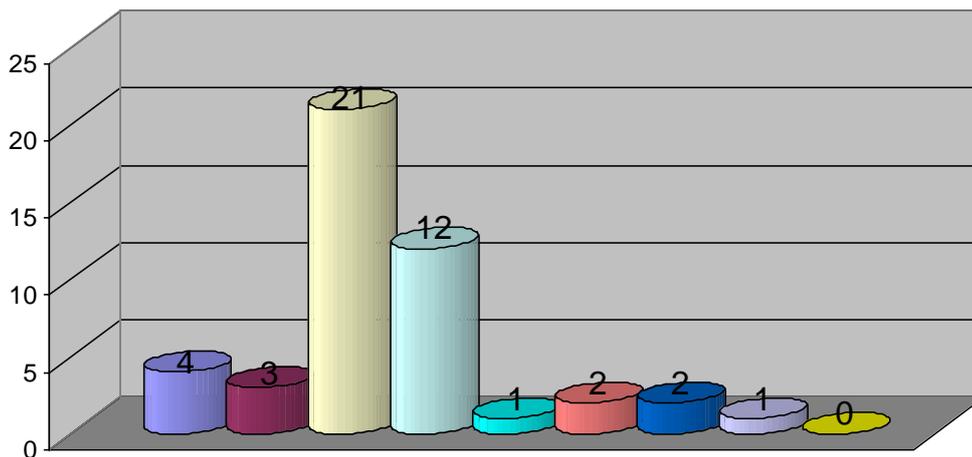
Prima di analizzare le eventuali differenze riscontrate per il protocollo postoperatorio, vengono di seguito descritte le distribuzioni di frequenze dei tipi di intervento osservati nei due gruppi appartenenti alla ricerca.

**Grafico 5.1.5 – Gruppo di controllo: tipo di intervento.**



- Interventi all'apparato intestinale
- Anomalie sistema urinario e renale
- Malformazione degli organi genitali
- Ernia inguinale/ ombellicale
- Cisti sebacea
- Cisti polmonare
- Cisti tireoglossa
- Anomalie otorino-laringoiatriche
- Plastiche pollice

**Grafico 5.1.6 – Gruppo sperimentale: tipo di intervento.**



- Interventi all'apparato intestinale
- Anomalie sistema urinario e renale
- Malformazione degli organi genitali
- Ernia inguinale/ ombellicale
- Cisti sebacea
- Cisti polmonare
- Cisti tireoglossa
- Anomalie otorino-laringoiatriche
- Plastiche pollice

Come è possibile notare dai grafici vi è una differenza minima di distribuzione del tipo di intervento chirurgico tra il gruppo sperimentale e quello di controllo; la distribuzione dei tipi di intervento, nei due gruppi, è complessivamente omogenea.

Per indagare la distribuzione delle frequenze del tipo di analgesia post-operatoria, adottata nei due gruppi osservati, si è scelto di utilizzare il test del chi-quadrato che viene comunemente impiegato in statistica per analizzare le variabili misurate su scale nominali o ordinali.

Nell'analisi che segue viene messo in evidenza come la variabile *analgesia post-operatoria* si distribuisce nei due gruppi, sperimentale e controllo.

**Tab. 5.2.1 – Analgesia post-operatoria**

		Analgesia post-operatoria			
		Nessuna	Lieve	Media	Alta
Gruppo di controllo	Conteggio	2	9	16	19
	% del totale	2,2%	9,8%	17,4%	20,7%
Gruppo sperimentale	Conteggio	0	27	8	11
	% del totale	0,0%	29,3%	8,7%	12,0%
Totale	Conteggio	2	36	24	30
	% del totale	2,2%	39,1%	26,1%	32,6%

Chi quadrato = 15,800

Gdl = 3

P < .001

Si rileva una differenza statisticamente significativa tra il gruppo sperimentale e quello di controllo per la variabile “analgesia post operatoria” (Chi quadrato=15,800; gdl=2; p<.001).

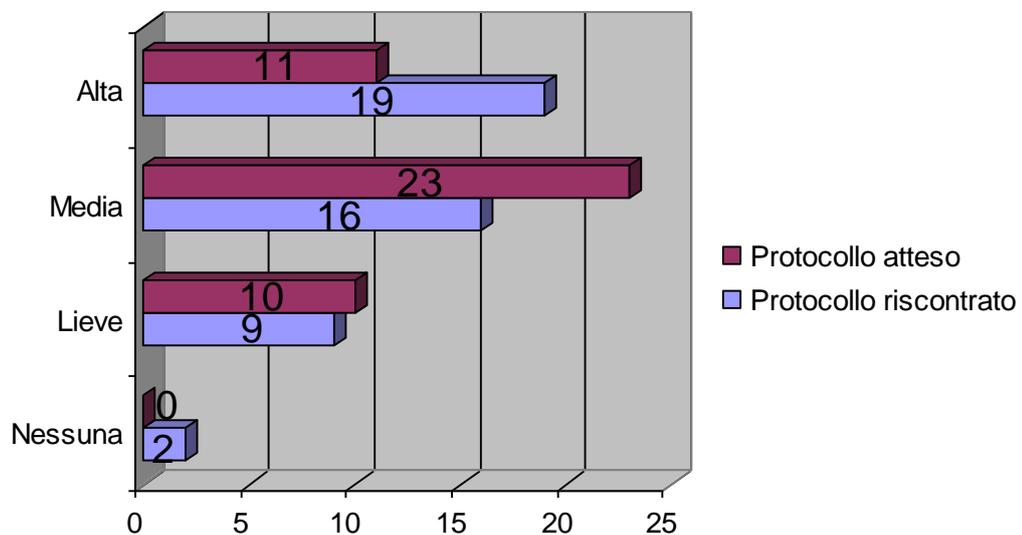
Nei due gruppi le percentuali più alte si concentrano maggiormente all'interno della categoria: *lieve* (29,3%) per il gruppo sperimentale e *alta* (20,7%) per il gruppo di controllo.

Esaminando attentamente il tipo di distribuzione si può osservare che c'è un raggruppamento di casi tra le categorie *media-alta* per il gruppo di controllo e

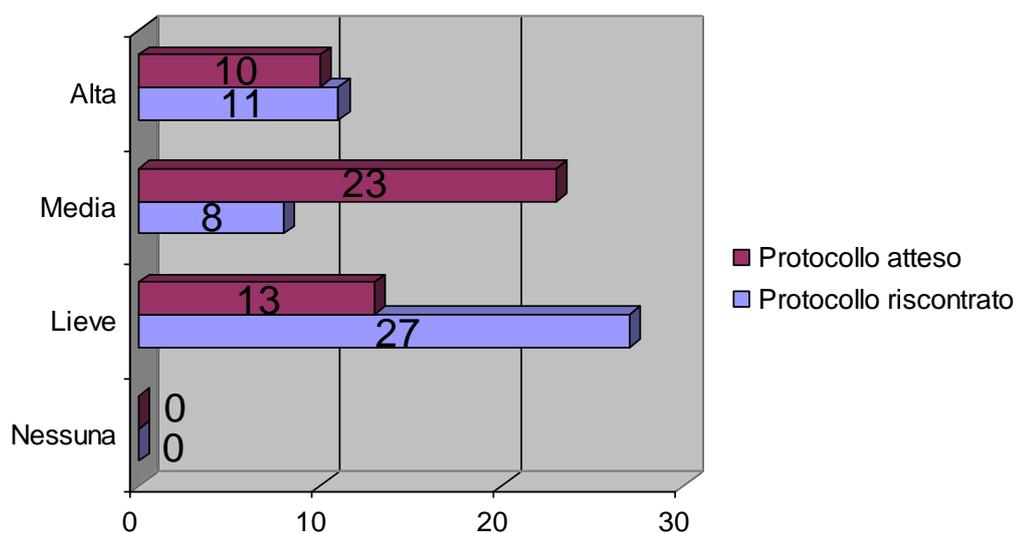
*lieve-nessuna* per quello sperimentale.

L'analgesia post-operatoria, come abbiamo già sottolineato, è decisa secondo un protocollo analgesico di "*dolore atteso*" definito in base al tipo di intervento e all'età del paziente; in base a queste variabili si decide inoltre il tipo di terapia antalgica da seguire ponendo attenzione, caso per caso, al bisogno, alla richiesta o alla eventuale presenza di complicazioni durante l'intervento chirurgico, che costituiscono, nel caso in cui si verificano, una variante importante da valutare. Nei grafici che seguono è possibile osservare come i registri analgesici post operatori si sono discostati da quelli attesi nei due differenti gruppi osservati.

**Grafico 5.2.1 – Gruppo di controllo: protocollo di analgesia postoperatoria.**



**Grafico 5.2.2 – Gruppo sperimentale: protocollo di analgesia postoperatoria.**



I risultati denotano come nel gruppo di controllo, non solo il *protocollo riscontrato* per la somministrazione di una *terapia antalgica alta* risulti superiore alle aspettative, ma che lo è del 42% rispetto a quello *atteso*.

Al contrario nel gruppo sperimentale i valori del *protocollo riscontrato* si discostano da quello *atteso* nella maniera inversa: vi è una diminuzione del *protocollo riscontrato* per la terapia algica *media* del 65% di quello *atteso*. Inoltre la maggiore distribuzione di terapia antalgica nel gruppo sperimentale è concentrata nella categoria *lieve*, in cui la percentuale del *protocollo riscontrato* è più grande del 52% di quella *attesa*.

L'analisi della variabile *complicazioni postoperatorie* ci fornisce un quadro più completo di come è differito il decorso postoperatorio nei due gruppi da me osservati.

Nella tabella che segue sono riportate le distribuzioni della variabile indicata, suddivise per complicazioni di tipo *importante, lieve e nessuna complicazione*,

suddivisione operata in base ai dati rilevati dalle cartelle cliniche.

**Tab. 5.2.2 – Complicazioni postoperatorie**

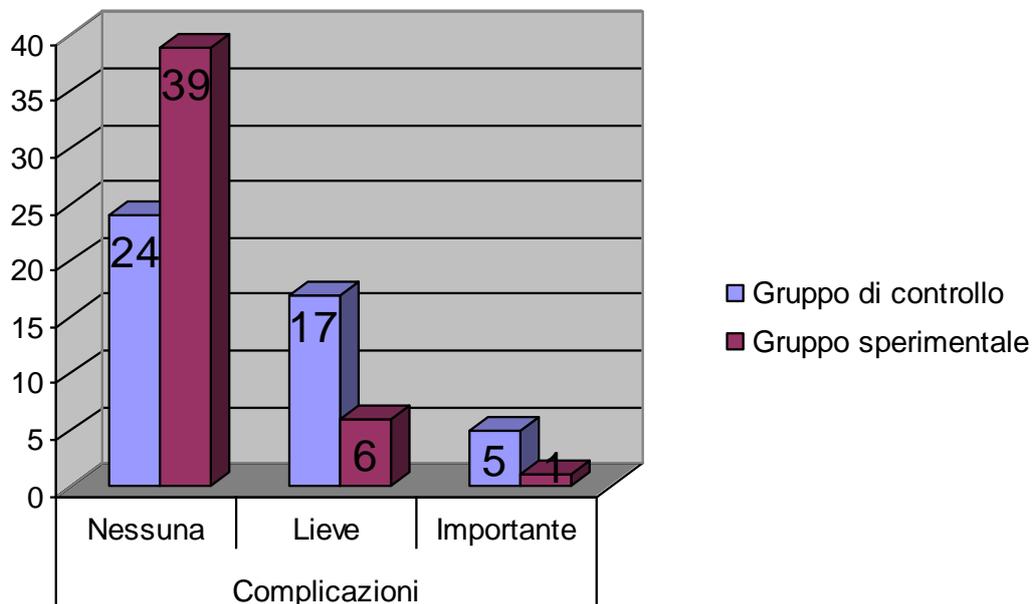
		Complicazioni		
		Nessuna	Lieve	Importante
Gruppo di controllo	Conteggio	24	17	5
	% del totale	26,1%	18,5%	5,4%
Gruppo sperimentale	Conteggio	39	6	1
	% del totale	42,4%	6,5%	1,1%
Totale	Conteggio	63	23	6
	% del totale	68,5%	25,0%	6,5%

Chi quadrato = 11,499

Gdl = 2

P < .01

**Grafico 5.2.3 – Complicazioni post-operatorie tra i due gruppi.**



Si osserva una differenza significativa tra i due gruppi per ciò che riguarda le complicazioni post operatorie (Chi quadrato=11,499, gdl=2; p<.01).

Nel gruppo sperimentale si è riscontrata la più alta percentuale di frequenze nella categoria *nessuna complicazione* pari al 42,4% dell'intero gruppo, a confronto di quello di controllo in cui la percentuale di complicazioni postoperatorie è concentrata sempre nella categoria *nessuna complicazione*, ma la percentuale è scesa al 26,1% dell'intero gruppo osservato.

È stata riscontrata nelle analisi una differenza significativa anche per la variabile *giorni di degenza* (Chi quadrato=9,843; gdl=2; p<.01).

Rispetto ai tipi di intervento programmati che si svolgono nel reparto in cui è stata effettuata questa ricerca, i giorni di degenza risultano essere, in media, pari a 3; per tale motivo vengono definiti giorni *routinari di degenza* tutti quei ricoveri che hanno questa durata.

Analizzando la tabella che segue, è interessante notare come si distribuiscono le percentuali nelle categorie diverse dai *giorni routinari*. Nello specifico nel gruppo di controllo la percentuale maggiore si concentra nella categoria *giorni superiori ai routinari* nel 10,9% dei casi, mentre nel gruppo sperimentale in quella *inferiore ai routinari* nel 14,1% dei casi.

**Tab. 5.2.3 – Periodo giorni di degenza**

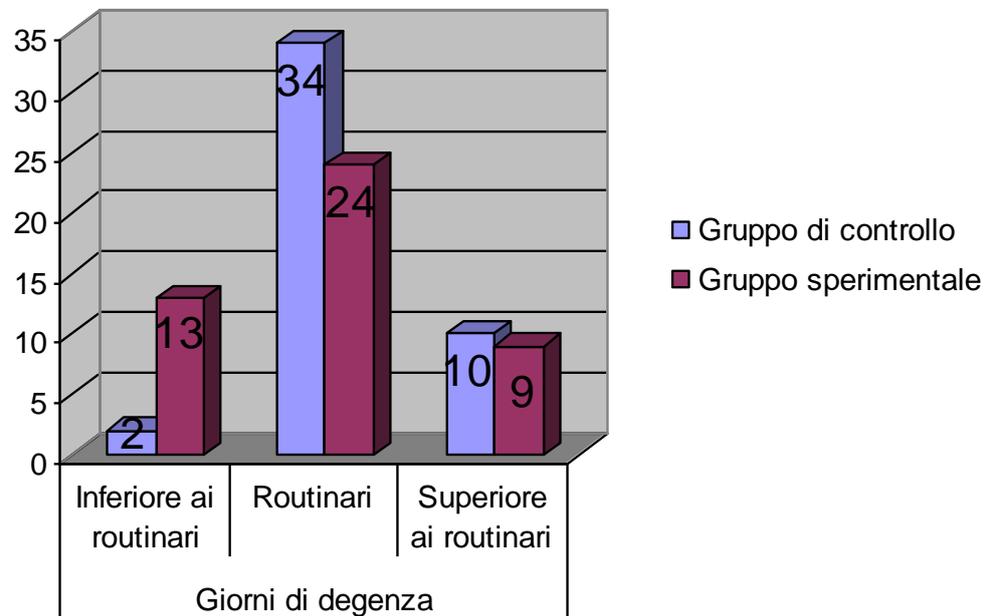
		Giorni di degenza		
		Inferiore ai routinari	Routinari	Superiore ai routinari
Gruppo di controllo	Conteggio	2	34	10
	% del totale	2,2%	37,0%	10,9%
Gruppo sperimentale	Conteggio	13	24	9
	% del totale	14,1%	26,1%	9,8%
Totale	Conteggio	15	58	19
	% del totale	16,3%	63,0%	20,7%

Chi quadrato = 9,843

Gdl = 2

P < .01

**Grafico 5.2.4 –Periodo giorni di degenza tra i due gruppi.**



### **Analisi della Varianza per misure ripetute**

Per effettuare le analisi statistiche che seguono, si userà la tecnica dell'ANOVA (Analysis Of Variance) che si basa essenzialmente sulla scomposizione della varianza della variabile dipendente (nel nostro caso i punteggi ottenuti ai test da noi utilizzati) al fine di capire gli effetti delle variabili indipendenti (nel nostro caso la variabile indipendente da indagare è il possibile effetto dei clown dottori nel gruppo sperimentale).

Per testare tale ipotesi l'analisi della varianza compie una scomposizione della varianza della variabile dipendente in due varianze distinte:

- ✓ varianza tra i gruppi (*Between*)
- ✓ varianza entro i gruppi (*Within*)

Nell'analisi della varianza per misure ripetute la variabile dipendente è rappresentata dalla variabile sulle cui medie vengono fatte le ipotesi, e le variabili indipendenti sono rappresentate dalle variabili che definiscono i gruppi (presenza/assenza dei clown nei gruppi osservati). L'Anova a misure ripetute rappresenta un'estensione del modello Anova, in quanto in questo caso gli stessi soggetti presentano diverse misure della stessa variabile; l'esempio classico di disegno sperimentale, lo stesso utilizzato nella nostra ricerca, analizzabile con l'Anova a misure ripetute, è il disegno *pre-test post-test* (Gallucci, M. et al. 1999). Nella nostra analisi non sono stati effettuati solo confronti di misure *pre-test post-test* (analisi entro i gruppi -within-) ma anche analisi incrociate tra i gruppi (queste analisi vengono definite a disegno misto) in cui ad esempio sono stati confrontati i pre-test del gruppo sperimentale con i pre-test del gruppo di controllo.

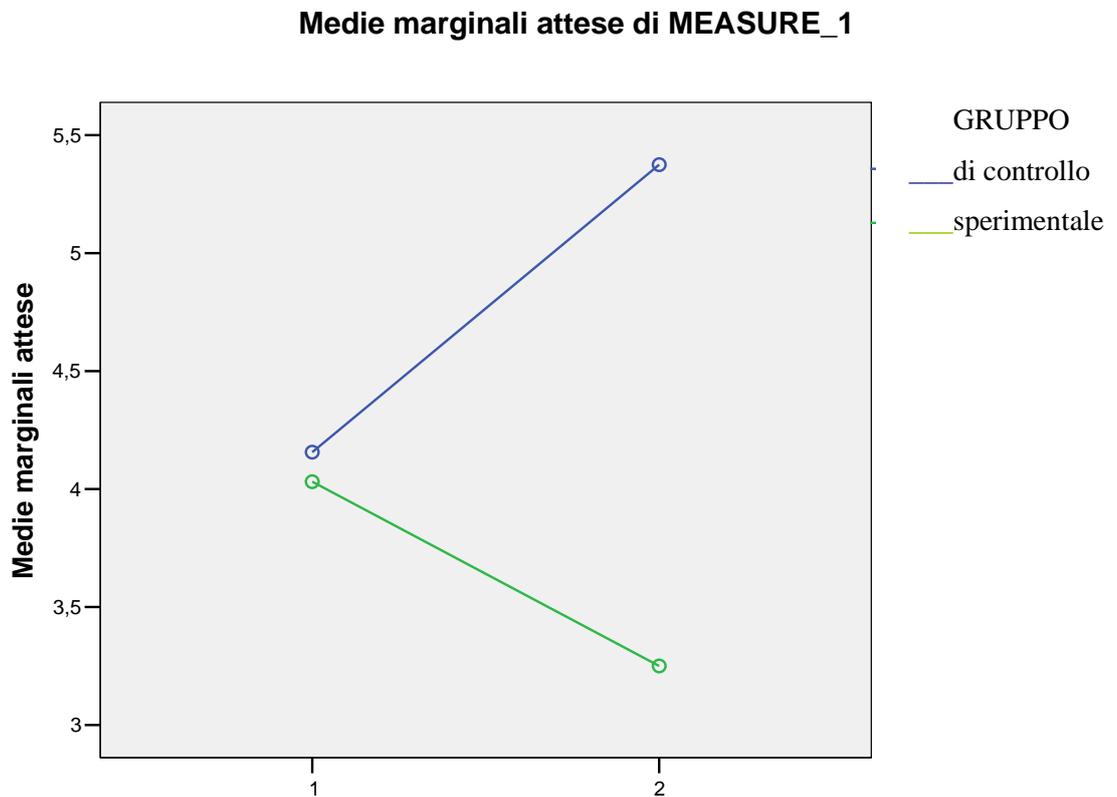
Il test di McGrath (1985) è una scala di misurazione delle espressioni facciali che stima, in modo autovalutativo, lo stato d'animo del bambino superiore ai 4 anni; essa si distribuisce da un valore 9, che corrisponde ad un pianto diretto, a un valore 1, che corrisponde al viso di un bimbo che ride gioioso.

Osservando il *grafico di profilo 5.3.1* è possibile notare come partendo da uno stato d'animo iniziale simile, nel periodo postoperatorio i bambini del gruppo sperimentale non solo non hanno un aumento di emozione negativa, ma rispetto al preoperatorio, il loro stato d'animo tende a migliorare in modo significativo come dimostrato dall'andamento del grafico. Nel gruppo di controllo invece lo stato d'animo dei bambini nel periodo postoperatorio aumenta significativamente rispetto al periodo preoperatorio.

**Tab. 5.3.1 – McGrath**

Test di McGrath				
Sorgente	df	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Fattore within	1	0,303	0,584	0,005
Fattore between	1	8,622	0,005	0,112
factor1 * GRUPPO	1	6,329	0,014	0,093

**Grafico di profilo 5.3.1**



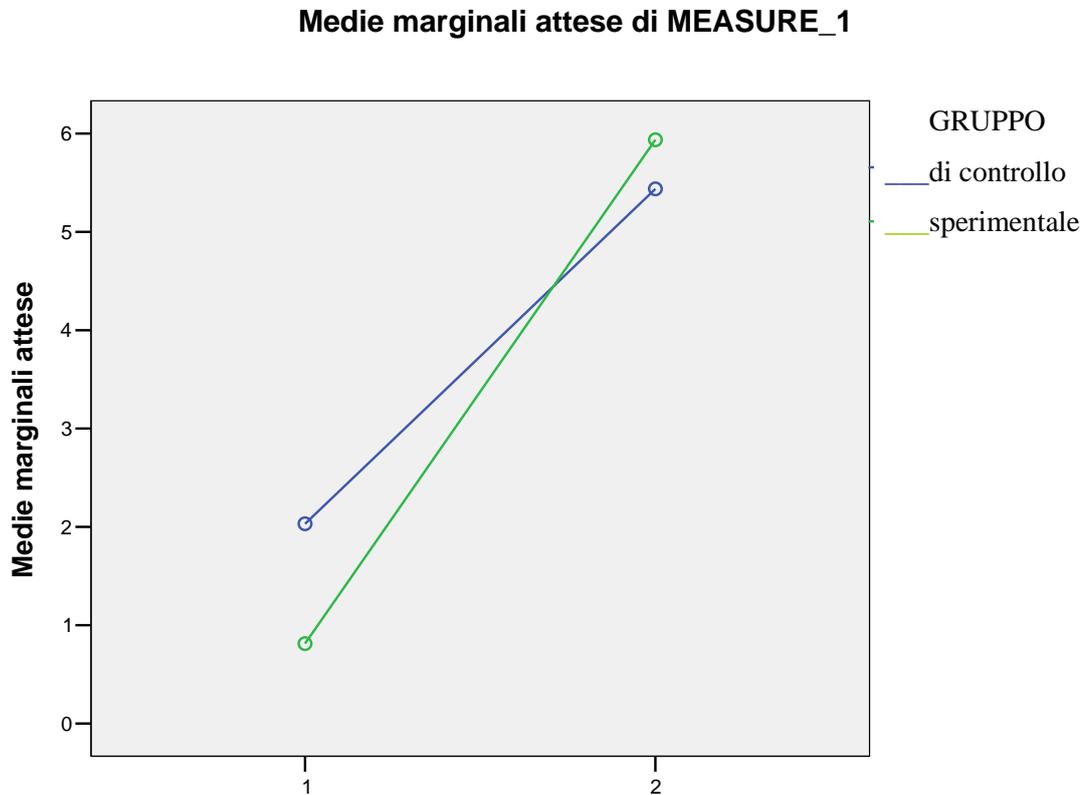
L'analisi della varianza per il test della CHEOPS (*Children's Hospital of Ontario Pain Scale*), che intende misurare il dolore nel bambino, ci fornisce un andamento di valori significativo entro i gruppi – within- in cui si denota un aumento del

dolore tra il periodo pre e post operatorio e una differenza non significativa della crescita del dolore tra i gruppi -between- osservati: sperimentale e di controllo.

**Tab. 5.3.2 – Cheops**

<b>Test Cheops</b>				
<b>Sorgente</b>	<b>df</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>	<b>Eta quadrato parziale</b>
Fattore within	1	54,318	0,000	0,467
Fattore between	1	0,406	0,526	0,007
factor1 * GRUPPO	1	2,205	0,143	0,34

Grafico di profilo 5.3.2

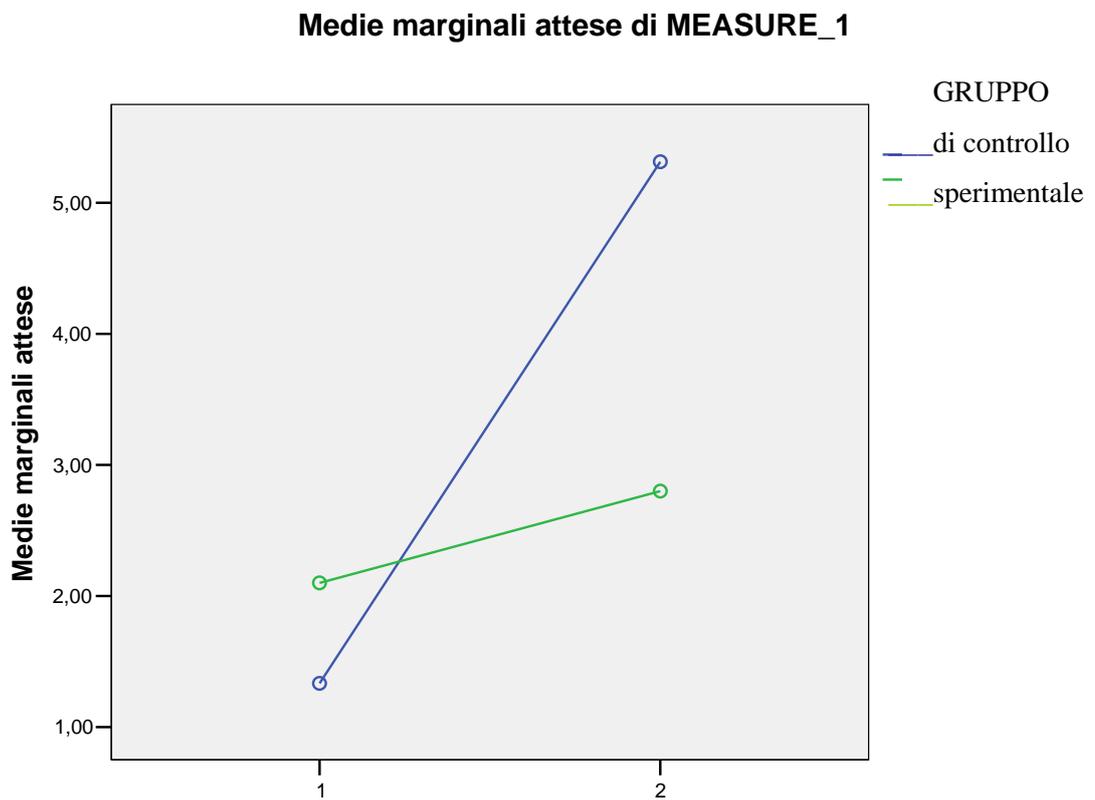


La NRS (Numeric Rating Scale) ci fornisce una variabilità del dolore misurato su una scala autovalutativa tra 0-10. Il grafico evidenzia come vi sia una differenza significativa entro i gruppi –within- in cui la valutazione del dolore aumenta in modo significativo tra il pre e post operatorio in particolar modo nel gruppo di controllo, come è possibile osservare dal grado di significatività corrispondente al factor1 \* GRUPPO (<.01) nella tabella 5.3.3; in questo caso il fattore between non è significativo, ciò vuol dire che i valori di percezione del dolore aumentano in tutte e due i gruppi osservati (vedi *grafico di profilo 5.3.3*).

**Tab. 5.3.3 – Nrs (Numeric Rating Scale)**

Test NRS				
Sorgente	df	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Fattore within	1	18,570	0,000	0,399
Fattore between	1	1,162	0,290	0,040
factor1 * GRUPPO	1	9,122	0,005	0,246

**Grafico di profilo 5.3.3**



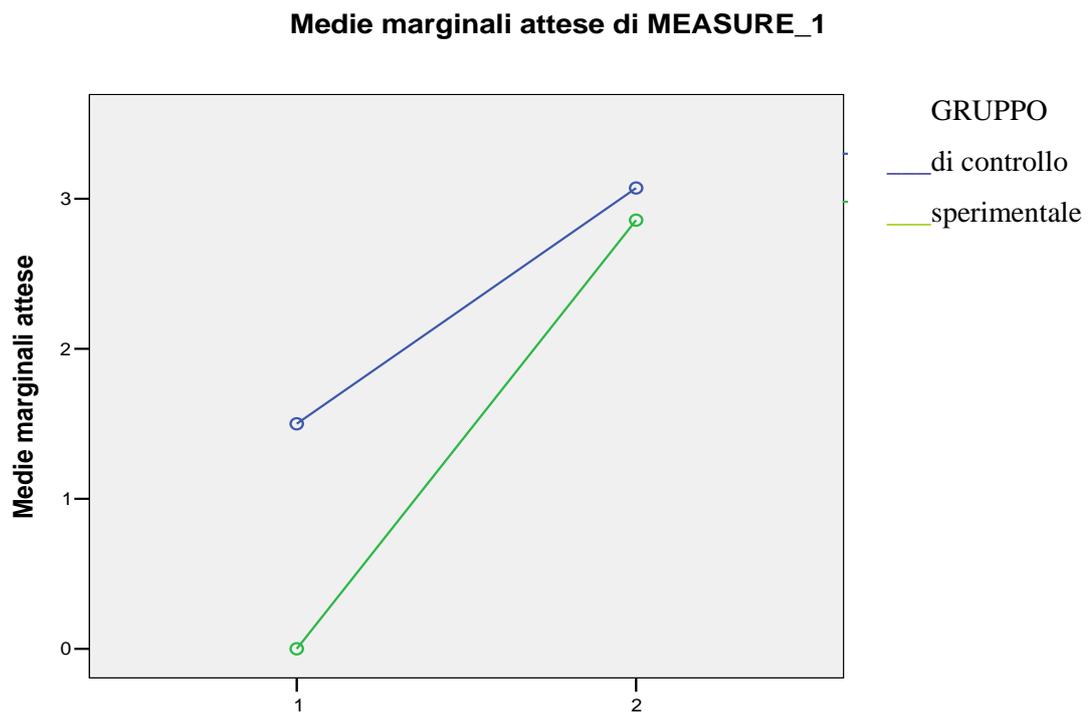
La CRIES (Crying Requires O2 Increased Visual Sign Expression Sleepness ) è lo strumento utilizzato per la misurazione del dolore nei neonati; in questo caso è possibile notare come la tabella 5.3.4 e il *grafico di profilo 5.3.4* evidenzino un

aumento significativo del dolore sia tra i gruppi che entro i gruppi osservati in maniera significativa.

**Tab. 5.3.4 - Cries**

Test CRIES				
Sorgente	df	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Fattore within	1	31,548	0,000	0,548
Fattore between	1	3,958	0,057	0,132
factor1 * GRUPPO	1	2,659	0,115	0,093

**Grafico di profilo 5.3.4**



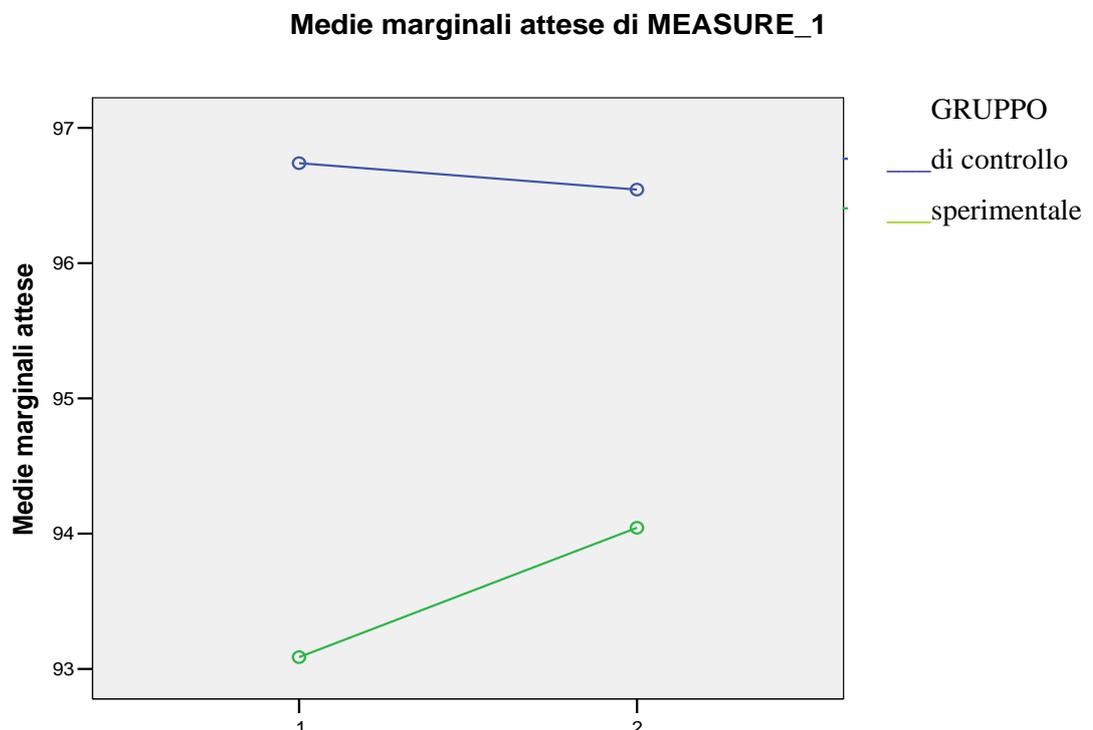
Le analisi della varianza per misure ripetute effettuata su l'ansia di stato e l'ansia di tratto delle mamme, nel periodo pre e post operatorio del gruppo di controllo e

del gruppo sperimentale, hanno mostrato un andamento di differenze significativo tra i gruppi e non significativo entro i gruppi (fattore within) per l'ansia di stato.

**Tab. 5.3.5 - Ansia di stato**

Test Y1S				
Sorgente	df	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Fattore within	1	0,158	0,692	0,065
Fattore between	1	11,696	0,001	0,160
factor1 * GRUPPO	1	0,363	0,549	0,040

**Grafico di profilo 5.3.5**



Come è possibile osservare dal *grafico di profilo* precedente il valore di ansia di stato dei due gruppi ha un valore iniziale leggermente differente (circa 4 punti) e

una varianza entro i gruppi (within) non significativa. Risulta invece significativa la differenza per l'ansia di stato entro i gruppi, in cui il fattore between -sig .001- indica che nel gruppo di controllo l'ansia di stato rimane più o meno la stessa e nel gruppo sperimentale tende a crescere comunque in maniera non significativa. Per quanto riguarda l'ansia di tratto delle mamme si riscontra una significatività alta sia per il fattore within che per quello between.

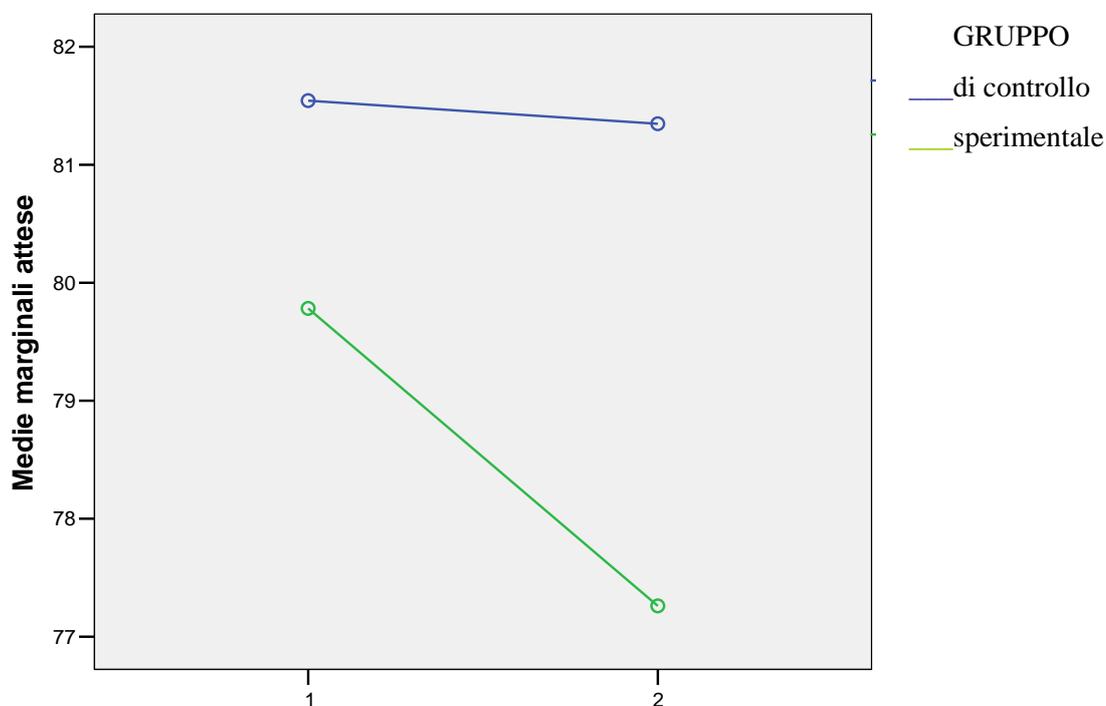
Inoltre, come è possibile osservare per il fattore *eta quadrato parziale*, che indica quanto sia forte l'effetto della variabile indipendente (nel nostro caso data dalla presenza del clown dottore), possiamo affermare che la differenza di ansia di tratto per le mamme del gruppo sperimentale, non solo non aumenta nel post operatorio, ma diminuisce significativamente; cosa che non avviene per le mamme del gruppo di controllo come è osservabile dalla tabella 5.3.6 e in particolare dal *grafico di profilo* 5.3.6.

**Tab. 5.3.6 – Ansia di tratto**

Test Y2T				
Sorgente	df	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Fattore within	1	6,207	0,015	0,065
Fattore between	1	17,105	0,000	0,160
factor1 * GRUPPO	1	4,548	0,036	0,048

### Grafico di profilo 5.3.6

**Medie marginali attese di MEASURE\_1**



Particolarmente interessanti appaiono essere anche i risultati ottenuti dalle analisi della varianza dei test sull'umorismo. Per quanto riguarda la variabile *apprezzamento dell'umorismo* del test di Ziv, osserviamo che non vi è una differenza significativa del punteggio tra pre e post test - fattore within – per ogni gruppo osservato, e tra il fattore between.

Risulta invece significativa la differenza della varianza del fattore *apprezzamento* rispetto al gruppo sperimentale e di controllo come è possibile osservare dalla tabella e dal grafico 5.3.7.

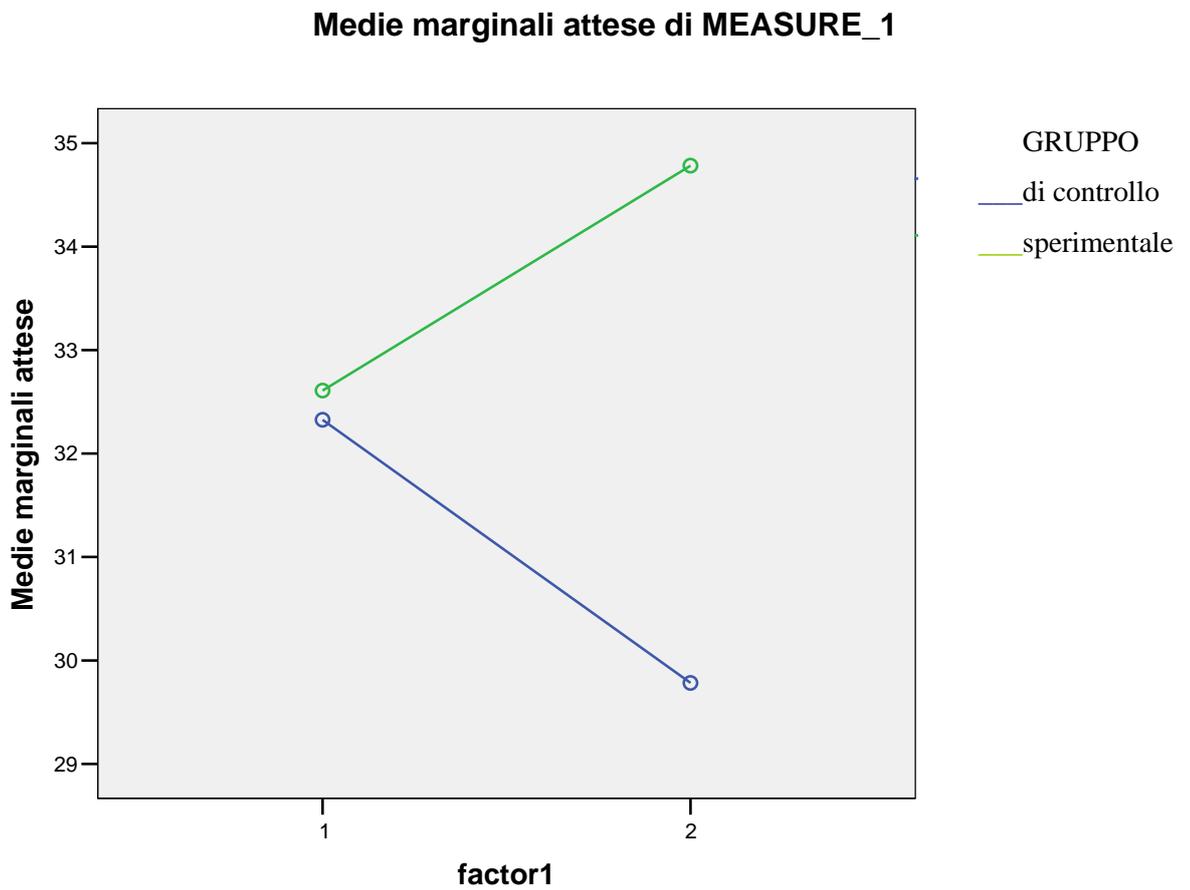
Ciò vuole dire che seppure i punteggi al test sull'apprezzamento dell'umorismo nel pre test non differiscono tra i gruppi, vi è una differenza significativa dei punteggi nel post test, dove le mamme del gruppo sperimentale, dopo aver

interagito con i clown dottori e dopo l'intervento chirurgico del proprio figlio, hanno un apprezzamento dell'umorismo significativamente maggiore delle mamme del gruppo di controllo.

**Tab. 5.3.7 – Apprezzamento dell'umorismo**

Apprezzamento dell'umorismo				
Sorgente	df	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Fattore within	1	.029	0,865	0,000
Fattore between	1	3,459	0,066	0,037
factor1 * GRUPPO	1	4,719	0,032	0,050

Grafico di profilo 5.3.7



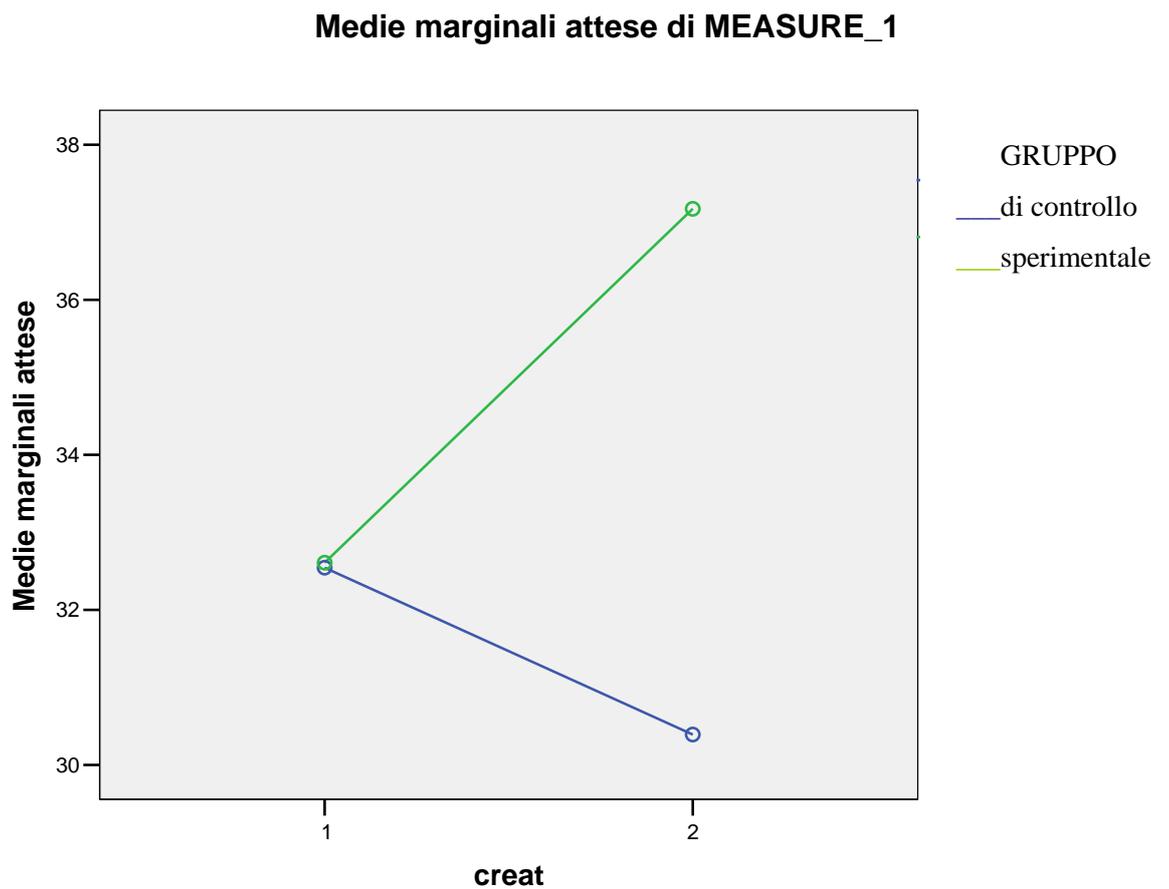
Il fattore *creazione dell'umorismo* fornisce una differenza non significativa dei punteggi – fattore within – tra il pre e il post test dei due gruppi, ma la differenza risulta invece essere significativa tra i gruppi – fattore between – e nell'incrocio tra: il fattore *creazione dell'umorismo* e il gruppo sperimentale e di controllo. Possiamo dedurre che le mamme del gruppo sperimentale hanno una creatività

umoristica significativamente più grande di quelle del gruppo di controllo nel periodo post operatorio, dunque dopo aver passato del tempo con i clown dottori.

**Tab. 5.3.8 – Creazione dell’umorismo**

Creazione dell’umorismo				
Sorgente	df	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Fattore within	1	2,025	0,158	0,022
Fattore between	1	4,789	0,031	0,051
factor1 * GRUPPO	1	15,690	0,000	0,148

**Grafico di profilo 5.3.8**

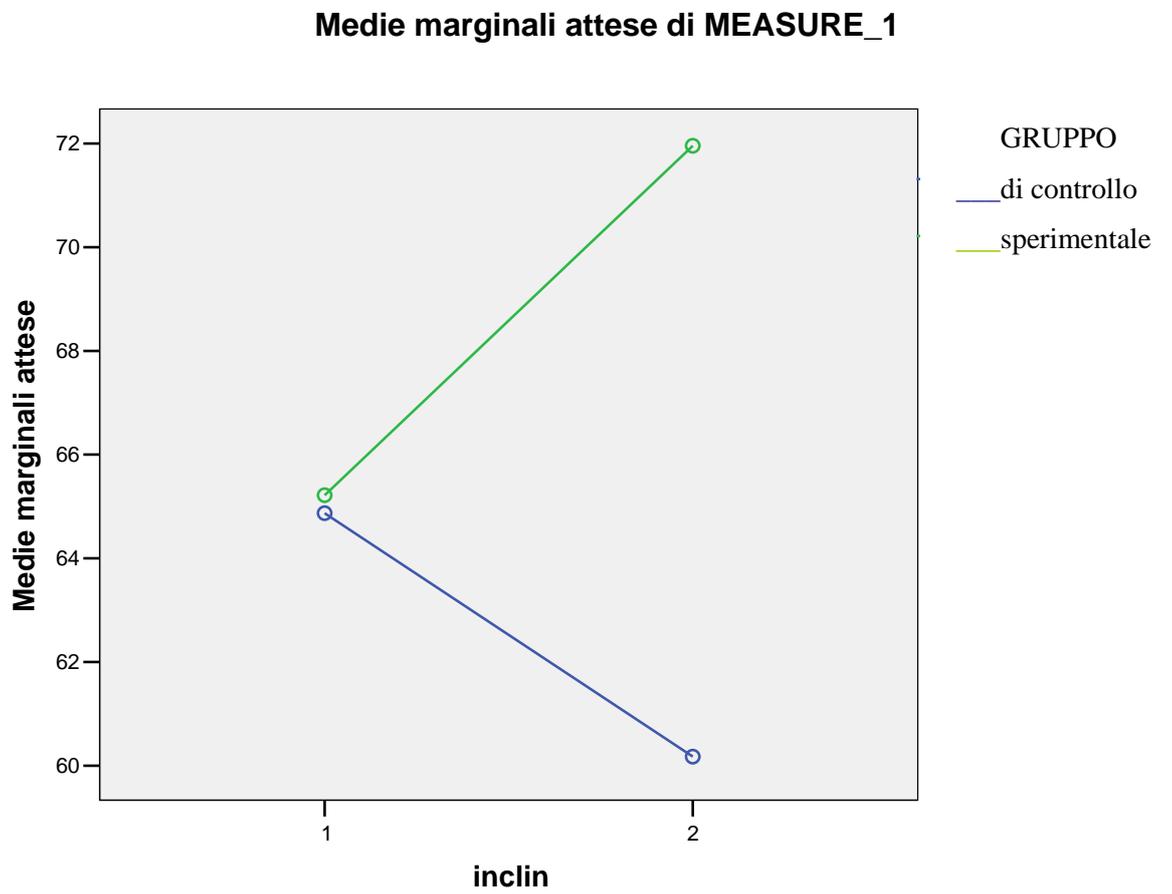


Il fattore *inclinazione all'umorismo* ci fornisce dati simili a quelli della *creatività all'umorismo*. Il fattore within infatti risulta essere non significativo, vale a dire che tra il pre e post test non vi è una differenza significativa dei punteggi avuti dai due gruppi. Risulta invece indicativo il fattore between, il quale evidenzia che c'è una differenza di punteggi ottenuti al test sull'inclinazione all'umorismo, significativa tra i due gruppi di mamme; inoltre si evidenzia una significatività grande tra: i due gruppi e il fattore inclinazione. Infatti le mamme del gruppo sperimentale risultano avere un'inclinazione all'umorismo, nel periodo post operatorio, maggiore come si evince dal grafico di profilo e la tabella 5.3.9

**Tab. 5.3.9 – Inclinazione all'umorismo**

Inclinazione all'umorismo				
Sorgente	df	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Fattore within	1	0,333	0,562	0,004
Fattore between	1	5,435	0,022	0,057
factor1 * GRUPPO	1	10,602	0,002	0,105

Grafico di profilo 5.3.9

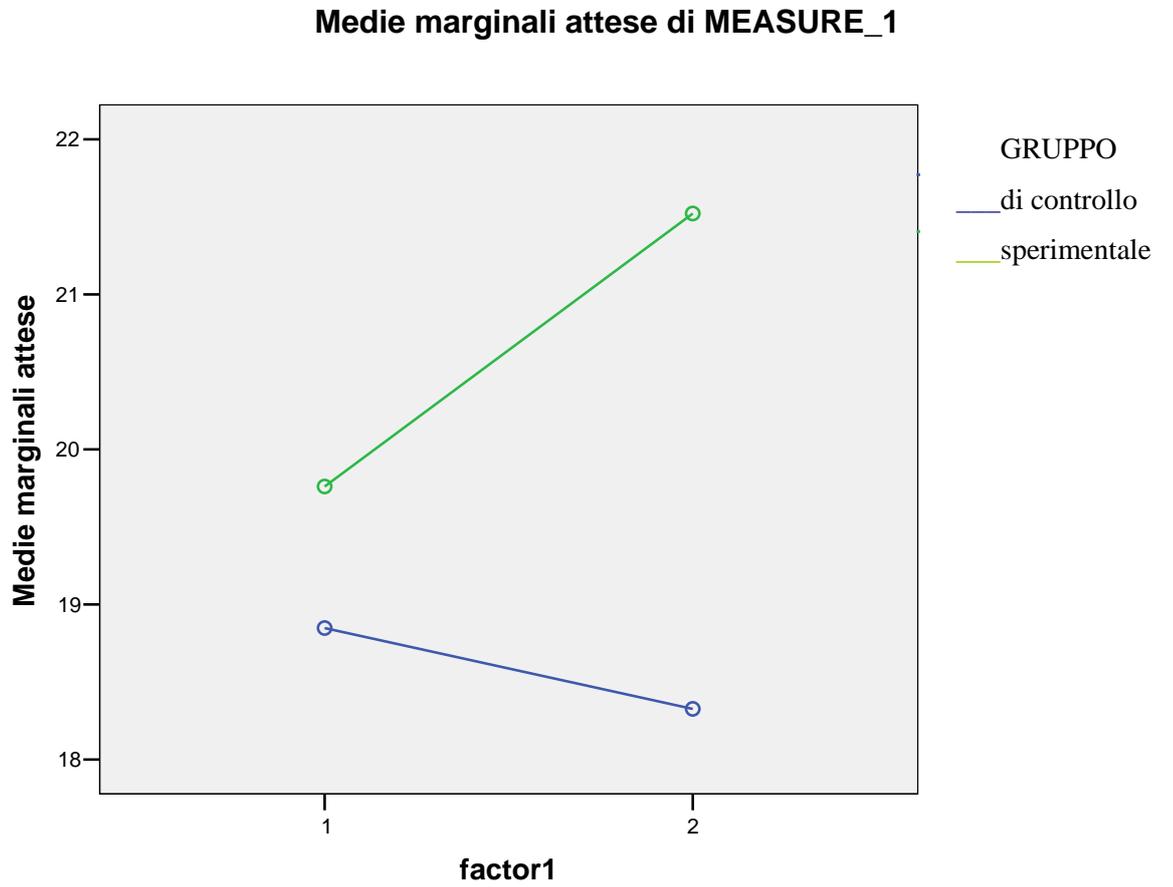


Infine è stata analizzata la varianza del test della *CHS (Coping Humor Scale)* che valuta l'uso dell'umorismo in situazioni potenzialmente stressanti. I punteggi within non risultano significativi, il fattore between, al contrario, risulta essere molto significativo (eta quadrato parziale pari a .092), come anche i punteggi ottenuti dall'incrocio tra: fattore "uso dell'umorismo" e i due gruppi osservati. Osservando il grafico di profilo 5.3.10, è possibile constatare che l'uso dell'umorismo, nel periodo post operatorio, per le mamme del gruppo sperimentale, aumenta significativamente, al contrario di quello delle mamme del gruppo di controllo che tende a diminuire.

**Tab. 5.3.10 – Coping Humor Scale**

<b>CHS</b>				
Sorgente	df	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Fattore within	1	2,468	0,120	0,027
Fattore between	1	9,091	0,003	0,092
factor1 * GRUPPO	1	8,375	0,005	0,085

Grafico di profilo 5.3.10



## **CONCLUSIONI**

La ricerca qui presentata ha indagato gli effetti analgesici dell'umorismo testando l'influenza dell'attività dei clown dottori sui bambini che si sono sottoposti ad un intervento chirurgico programmato nella Chirurgia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma.

Dalle osservazioni da me effettuate e dalle analisi dei test cui ho sottoposto i bambini e le loro mamme, è stato possibile avere un quadro abbastanza vasto di informazioni e di dati.

In maniera specifica si è osservato innanzitutto come sono variati i protocolli medici ed anestesiológicos nel gruppo di controllo e in quello sperimentale.

È stato osservato che, nonostante la preanestesia e l'anestesia intraoperatoria debbano, di norma, seguire dei protocolli standardizzati per ogni tipo di intervento, nel gruppo sperimentale, composto dai bambini che hanno avuto modo di interagire con i clown dottori, c'è stato un minor utilizzo di farmaci in entrambi i casi. Questo risultato è dovuto al fatto che i due tipi di protocollo presi in esame sono condizionati, comunque, dal comportamento del singolo bambino; un bimbo particolarmente agitato, magari perché impaurito, ha bisogno di un anestetico capace di sedarlo maggiormente; infatti i nostri dati mostrano che nel gruppo di controllo i bambini hanno avuto bisogno, intra-operatoriamente, di un'analgesia di mantenimento dell'anestesia più alta di quelli del gruppo sperimentale. Questo accade generalmente quando sorgono complicazioni o quando il bambino è particolarmente agitato

Ad oggi però, agli anestesisti non è dato modo di seguire un tipo di protocollo pre - intra e post-operatorio costruito ad personam; al contrario, essi sono obbligati a seguire, in linea di massima, il protocollo medico rischiando di sovraccaricare, o subdosare, di anestesia e di anestetico, un piccolo paziente dovendo ricorrere poi ad una terapia di urgenza.

Dalle ricerche di Vignoli L. et. al. (2005) e dai risultati di questa ricerca si è constatato che i bambini che interagiscono nella fase pre-operatoria con i clown dottori hanno una diminuzione dell'ansia pre-operatoria quasi del 50% rispetto a quelli che invece non incontrano i clown. Inoltre nella ricerca di Vignoli i

bambini, seguiti dai clown dottori, non presentano un innalzamento della paura all'avvicinarsi dell'anestesista, come invece succede a quelli che affrontano l'intervento senza clown dottori. Il clown dottore ha una grande influenza nella gestione delle emozioni e della paura nel bambino come è risultato dal test delle espressioni facciali di McGrath somministrato in questa ricerca.

Da essa è risultato che lo stato d'animo dei bambini che hanno avuto, in questo caso, modo di passare del tempo con i clown dottori, hanno riscontrato nel periodo post-operatorio un miglioramento del loro stato d'animo superiore addirittura a quello pre-operatorio, a confronto dei bambini del gruppo di controllo in cui, al contrario, lo stato d'animo del periodo post-operatorio è risultato chiaramente più negativo anche del pre-operatorio.

Questi dati ci mostrano che i clown riescono ad apportare dei cambiamenti significativi allo stato d'animo dei bimbi, riescono a tranquillizzarli e a far vivere emotivamente meglio il momento stressante dell'operazione chirurgica, imbattendosi in un numero minore di controindicazioni postoperatorie come dimostrato dai dati da me raccolti.

Si è osservato che nel gruppo sperimentale si ha una significativa diminuzione di complicazioni postoperatorie come si evince anche dalla ricerca di Vagnoli L. et al. (2005), evidenziando che i bambini che, prima di entrare in camera operatoria, hanno interagito con i clown dottori hanno, nel 42,4% dei casi, nessun tipo di complicazione post-operatoria, rispetto al 26,1% di quello di controllo.

Molto interessante è quello che accade anche per il protocollo post-operatorio; dai risultati ottenuti, per i bambini del gruppo sperimentale si è riscontrato un maggior ricorso ad un'analgia lieve nella maggior parte dei casi, mentre i bambini appartenenti al gruppo di controllo sono stati sottoposti ad un'analgia in genere alta.

Esaminando attentamente il tipo di distribuzione è risultato che c'è un raggruppamento di casi tra le categorie media-alta per il gruppo di controllo e lieve-nessuna per quello sperimentale.

L'analgia post-operatoria, come abbiamo già sottolineato, è decisa secondo un

protocollo analgesico di “dolore atteso” definito in base al tipo di intervento e all’età del paziente e al suo peso corporeo, alla quale poi seguono dei monitoraggi per valutare come proseguire nella somministrazione di analgesici. L’anestesista, non potendo valutare che tipo di risposta possa avere il piccolo paziente all’intervento chirurgico, deve basarsi su un protocollo che indica, in genere, che tipo di dolore (tra nessun dolore, dolore lieve, medio e alto) il bambino potrebbe avere al suo risveglio, prendendo in considerazione la “categoria di intervento” alla quale il bimbo appartiene, la sua età e il suo peso; questa la motivazione per cui si parla di dolore atteso. Dalla ricerca si è riscontrato che rispetto a questa variabile, nel periodo post-operatorio i bambini del gruppo sperimentale, hanno avuto bisogno di una terapia antalgica più bassa di quella attesa. I valori del protocollo riscontrato si discostano da quello atteso in questo modo: il gruppo sperimentale si concentra maggiormente nella categoria lieve, in cui la percentuale del protocollo riscontrato è più alta del 52% del valore del protocollo atteso. Di conseguenza vi è una diminuzione di concentrazione di casi per la categoria della terapia algica media, in cui il protocollo riscontrato è inferiore nella misura del 65% rispetto a quello atteso. Questo ci dimostra che i bambini che interagiscono con i clown, nel periodo post-operatorio hanno bisogno di un quantitativo di analgesico nettamente inferiore, non solo al gruppo di controllo, ma anche al tipo di protocollo atteso. Infatti da questa indagine è risultato che il gruppo di controllo si concentra maggiormente nella categoria della terapia antalgica alta; il protocollo riscontrato, per la somministrazione di una terapia antalgica alta, non solo risulta superiore alle aspettative, ma lo è del 42% rispetto a quelle attese.

Questo tipo di dato è completamente in linea con quello che abbiamo visto per la variabile complicazioni post-operatorie in cui i valori più alti nella categoria nessuna complicazione sono appunto riscontrabili dal gruppo sperimentale; vale a dire che vi è il 16,3% di bambini in più rispetto al gruppo di controllo che non hanno riscontrato nessun tipo di complicazione post-operatoria.

Una delle ipotesi di questa ricerca prevedeva che fossero riscontrati dei giorni di

degenza minori nei bambini che avessero incontrato i clown dottori durante il periodo dell'ospedalizzazione; anche in questo caso i dati hanno verificato questa ipotesi. Rispetto ai tipi di intervento programmati che si svolgono nel reparto, i giorni di degenza risultano essere, in media, pari a 3; per tale motivo definiamo giorni routinari di degenza tutti quei ricoveri che hanno questa durata di permanenza in ospedale.

È risultato interessante notare, al di là dei giorni routinari che sono la maggior parte dei casi riscontrati in entrambi i gruppi osservati, come si sono distribuite le percentuali per quei bambini che hanno avuto un numero diverso di giorni di degenza. Nel gruppo di bambini che hanno visto i clown dottori, c'è stata una maggiore concentrazione di casi nella categoria giorni inferiori ai routinari pari al 14,1%, mentre nel gruppo di controllo la percentuale maggiore si concentra nella categoria giorni superiori ai routinari nel 10,9% dei casi; anche in questo caso possiamo dire che i clown dottori hanno avuto un effetto positivo sui bambini osservati.

Un ulteriore aspetto indagato è stata la percezione del dolore post-operatorio nei bambini appartenenti ai due gruppi presi in esame; i dati analizzati non hanno mostrato una differenza significativa tra i due gruppi rispetto a questa variabile.

Questo dato risulta discordante da tutti gli altri, a mio avviso la spiegazione risiede in particolar modo nel tipo di strumento utilizzato per indagare la variabile percezione del dolore. Se esaminiamo gli item delle scale utilizzate, le stesse consigliate dall'OMS per questo tipo di valutazione, possiamo definire prevedibile il tipo di risultato ottenuto, infatti se prendiamo in considerazione anche la scala di McGrath che valuta le emozioni dei bambini, il significato dei risultati cambia.

La CHEOPS (Children's Hospital of Ontario Pain Scale) è costituita da item che valutano il pianto del bambino nel seguente modo: assente, vi sono gemiti e pianti, grida vigorose e singhiozzi; valuta la verbalizzazione (nessuna; parla ma di cose diverse, nessun lamento; si lamenta ma di cose diverse; si lamenta di soffrire); valuta, sempre in un modo simile, l'atteggiamento corporeo, il movimento degli arti inferiori, il desiderio di toccare la ferita e le espressioni del

volto. Questo tipo di test eterovalutativo è stato somministrato subito dopo l'intervento chirurgico fornendo come risultato valori alti; d'altronde attraverso l'osservazione da me effettuata è stato possibile constatare che il bambino, al risveglio dall'anestesia nella maggior parte delle volte, era solo impaurito dalla flebo e ancora intontito dall'anestesia stessa, per cui tali risultati sarebbero prevedibili. Infatti spesso accadeva che le infermiere, nonostante la CHEOPS avesse prodotto valori alti, decidevano, quando e se lo reputavano opportuno, di togliere la flebo al bambino il quale smetteva subito di piangere, si calmava e si addormentava.

Questa osservazione infatti, se messa a confronto con i risultati ottenuti dai soggetti alla scala di McGrath ci mostrano che il vissuto emotivo dei bambini, subito dopo l'intervento chirurgico, non è influenzato, nella maggior parte dei casi, dal un vissuto di doglianza (infatti il dato riguardante la scala delle espressioni facciali ci dà un risultato nel gruppo sperimentale, di un vissuto emotivo positivo che non sarebbe tale se il bambino avesse dolore), ma è influenzato ancora dall'effetto dell'anestesia e dalla paura che la fase post-operatoria crea nel bambino, paura che svanisce come sparisce la flebo.

Questi dati fanno pensare che sarebbe molto interessante in futuro analizzare, in un arco di tempo più vasto, come varia il vissuto del bambino nel periodo post-operatorio; partendo da queste osservazioni sarebbe interessante vedere se vi sia una differenza significativa anche nel test della CHEOPS, nei due gruppi, dopo un lasso di tempo maggiore.

Il test della Cries (Crying Requires O2 Increased Visual Sign Expression Sleepness ) valuta la percezione del dolore nel neonato basandosi su quasi tutte variabili fisiologiche che subito dopo l'intervento chirurgico ovviamente risultano alterate; sarebbe interessante fare una valutazione più approfondita anche in questo caso.

L'ipotesi che l'umorismo sia analgesico e che abbia quindi un'influenza sulla percezione del dolore, in questo caso, risulterebbe non verificata se valutata con questo tipo di strumenti subito dopo l'intervento chirurgico. In effetti queste scale

sono state costruite per dare una valutazione del dolore del bambino agli infermieri, e dovrebbero essere somministrate ogni 3 ore per un certo arco di tempo prima di avere una visione completa dello stato di doglianza del piccolo paziente. Questo tipo di eterovalutazione che l'infermiere dovrebbe fare, come descritto nella normativa Ospedale Senza Dolore (di cui abbiamo precedentemente parlato), purtroppo non è stata eseguita come si dovrebbe a causa dell'interruzione del Progetto all'interno dell'Azienda Ospedaliera entro la quale è stata effettuata questa ricerca, riducendo la somministrazione dello strumento ad una soltanto. Si auspica in futuro di poter effettuare delle valutazioni più accurate, quindi protratte in un arco di tempo più vasto, in modo tale da poter avere una visione, non solo più completa, ma anche più precisa per la variabile percezione del dolore e poter valutare se, e che tipo di influenza, l'umorismo ha sulla suddetta variabile.

La NRS (Numeric Rating Scale) ci fornisce una variabilità del dolore misurato su una scala autovalutativa tra 0-10; essa è stata somministrata a bambini di età superiore ai 7 anni e ha fornito, in questo caso, risultati che dimostrano una differenza significativa tra pre e post test. Questo dato è prevedibile nel momento in cui i bambini che arrivano in reparto non hanno nessun dolore iniziale, cosa che invece sentono subito dopo l'intervento chirurgico, anche se con un crescendo di valori significativamente maggiore nel gruppo di controllo; anche per questo caso sarebbe interessante vedere, come si è detto per la CHEOPS, cosa accade nella misurazione del dolore in un arco di tempo più grande di quello da me indagato.

Uno dei risultati più interessanti della ricerca è stato quello riguardante l'ansia delle mamme; si è indagata sia l'ansia di stato che quella di tratto nel periodo pre e post operatorio nei due gruppi.

L'ansia di stato ha fornito dei risultati particolari dato che, per quanto riguarda il valore tra pre e post test, non si è riscontrata una grande differenza di punteggi in entrambi i gruppi, pur magari aspettandoci una differenza tra il gruppo di mamme che ha interagito con i clown e quello che ha affrontato l'intervento chirurgico del proprio figlio senza la presenza dei clown; questo risultato viene chiarito quando

si analizzano anche i punteggi ottenuti dalle stesse mamme al test sull'ansia di tratto.

Esaminando i risultati del test sull'ansia di tratto è stata osservata una differenza significativa molto ampia tra il pre e il post dei due gruppi. In particolare il valore eta quadrato parziale molto alto raggiunto dalle mamme del gruppo sperimentale, ci fornisce un'indicazione di quanto forte sia la differenza tra i valori ottenuti nel post test delle mamme che hanno interagito con i clown dottori, rispetto a quelle che non li hanno incontrati.

Questi risultati trovano spiegazione con quanto dichiarato in letteratura.

La scala del test dello STAI (State-Trait Anxiety Inventory) è stata da me somministrata in condizioni di grande stress psicologico, ed essendo la scala di ansia di stato una scala che "...misura uno stato transitorio emotivo di livelli coscienti di tensione ed apprensione,... è prevedibile che i suoi valori rimangano più o meno inalterati (nel test retest) dato che essa è considerata una misura destinata ad essere influenzata da fattori situazionali" ( Spielberger et al.,1964; p. 6, 14 ). Nello specifico il test dell'ansia di stato quando somministrato, come nel caso della ricerca qui presentata, subito dopo il fattore situazionale stressante (quale appunto l'intervento chirurgico) ci fornisce valori non discostanti nel test retest.

Al contempo l'ansia come tratto si riferisce "...a differenze individuali relativamente stabili nella disposizione verso l'ansia, cioè a differenze tra le persone nella tendenza a rispondere con elevazioni della intensità A-Stato a situazioni percepite come minaccianti." ( Spielberger et al.,1964; p. 6 ); l'ansia di tratto è definibile come una "disposizione comportamentale acquisita" (Campbell, 1963) che cambia difficilmente, eppure nel nostro caso l'effetto clown determina un cambiamento molto grande nell'esperienza fatta dalle mamme, al punto tale da influenzare una "disposizione comportamentale acquisita", quale appunto l'ansia come tratto.

I test sull'umorismo hanno messo in evidenza un altro risultato interessante.

Le mamme del gruppo sperimentale, quelle che hanno interagito con i clown

dottori durante la degenza dei figli, hanno ottenuto nel periodo post operatorio, punteggi al test di Ziv e alla CHS significativamente più alti.

Nello specifico è risultato che, anche se non vi è stata una differenza significativa tra i punteggi ottenuti nel pre e post test (fattore within) dalle mamme appartenenti ai due gruppi, è risultata significativamente alta la differenza del fattore between sia per i punteggi sull'apprezzamento, che per la creatività, l'inclinazione e l'uso dell'umorismo in situazioni stressanti. Dall'analisi si è potuto constatare che tali variabili presentano, nel gruppo sperimentale un andamento crescente, in quello di controllo un andamento decrescente. Possiamo affermare quindi che la presenza del clown dottore ha influito su tali variabili, permettendone addirittura un aumento dei punteggi in una situazione che generalmente ne determina una diminuzione, condizione che infatti si è presentata nel gruppo di controllo.

Possiamo concludere dicendo che, in linea di massima, questa ricerca ha riscontrato che l'effetto dei clown dottori, in un reparto come la Chirurgia Pediatrica, risulta molto efficace al fine di ridurre l'ansia nelle mamme, di fornire loro una risorsa maggiore, quale l'uso dell'umorismo, per affrontare una situazione stressante come l'intervento chirurgico del proprio bambino. I clown dottori, inoltre, migliorano il vissuto emotivo nei bambini nel periodo pre e post operatorio, permettono la riduzione delle complicazioni post operatorie, dei giorni di degenza ospedaliera e infine la diminuzione della somministrazione di analgesico nel periodo post-operatorio.

Sarebbe molto interessante continuare questo tipo di ricerca indagando, in un arco di tempo maggiore, la variabilità dei fattori qui analizzati, al fine di osservare come la presenza del clown dottore possa modificare anche la percezione del dolore oltre che il vissuto emotivo, in particolare in quei pazienti costretti nei luoghi, quali ospedali e cliniche, in cui le degenze raggiungono anche mesi e mesi.

Inoltre avendo valutato la forte influenza che la presenza del clown dottore ha sull'ansia e sulla paura pre-operatoria, così come sulla variazione dei protocolli

delle cartelle anestesilogiche, risulterebbe molto interessante analizzare che tipo di influenza possa avere l'intervento dei clown dottori anche nel lavoro di equipe di cui si parla nella normativa "Ospedale senza Dolore"; permettendo loro di affiancare anestesisti e specialisti della terapia del dolore, ed essere un valido aiuto non solo per i pazienti, ma anche per gli stessi operatori sanitari sottoposti loro stessi ad un continuo stress e burn-out al fine di svolgere insieme il nobile lavoro che consiste nella diminuzione, ed eliminazione - quando questo sia possibile - della "sofferenza inutile".

# REPORT

*“La risata che apre le labbra e il cuore:  
essa mostra, allo stesso tempo, perle ed anima”.*

*V. Hugo*

Questi lunghi 10 mesi trascorsi in ospedale nel reparto di Chirurgia Pediatrica sono stati per me un'esperienza molto forte, ricca di emozioni e di avvenimenti.

Ho avuto modo di imparare molte cose, non solo di apprendere conoscenze mediche, ma anche di osservare come medici ed infermieri riescano a lavorare con amore, in un ambiente difficile come l'ospedale, nonostante i pianti e il dolore di molti bambini.

È stato molto bello soffermarmi ad osservare la curiosità di molti dottori nel vedere cosa accadeva tra le corsie, fra risate e corse dei clown tra i corridoi con i carrelli delle pulizie, o peggio ancora vederli sdraiati sui letti con i bimbi che scendevano in sala operatoria; vedere quei medici curiosare tra i palloncini, chiederne uno per loro ed incantarsi a guardare le bolle di sapone, o nell'ascoltare storie fantastiche che diventavano poi realtà grazie alla fantasia infinita dei clown dottori, è stato di una bontà infinita.

Era come avere una finestra aperta sulla loro anima, attraverso i loro occhi, in cui era possibile vedere quanto fosse salutare anche per loro "staccare la spina" di tanto in tanto; in particolare per i chirurghi, con le loro responsabilità, con le pressioni a cui sono sottoposti in un'intera giornata.

Nel periodo in cui sono stata in ospedale alcuni medici e chirurghi hanno cominciato a farmi domande sui clown, sulla ricerca che stavo facendo, sugli effetti della clown terapia; alcuni di loro poi mi hanno confessato che prima di vederli in azione erano molto scettici sull'efficacia del loro intervento, e che non avevano mai trovato il "coraggio" di interagire direttamente con i clown, anche se ne fossero molto incuriositi.

Mi hanno confessato che a volte avrebbero voluto chiedere loro il *perché* di certe cose che facevano, o come avevano fatto ad avvicinare un bambino tanto ostile e a convincerlo a farsi visitare, o magari farsi fare un'indagine anche invasiva; ma c'era imbarazzo! E a volte si dicevano: "va bè so clown, magari fanno per fare non c'è per forza un motivo"; ma credo che anche a loro stessi questa idea non li convinceva. Penso di essere stata per loro un po' una figura "di mezzo", una persona alla quale poter fare domande senza trovarsi in imbarazzo di fronte ad un clown che magari (...pensavano, ma non sarebbe mai successo!) avrebbe risposto loro in maniera poco seria o li avrebbe fatti sentire in imbarazzo.

Mi sono sentita accolta da tutti in quel reparto, dal primario ai medici, ai chirurghi e agli anestesisti, dai portantini alle splendide infermiere del reparto e della sala operatoria; da una caposala tanto efficiente e attenta, da farmi sentire sempre la sua presenza, ed essere pronta, nonostante i suoi mille impegni e responsabilità, a darmi tutte le delucidazioni possibili. Non mi sono mai sentita un' "intrusa", o una fuori luogo o fuori da quel gruppo di lavoro; anzi, in particolare Mangia (l'anestesista), Briganti (uno dei chirurghi), la Oriolo (una splendida e tenace chirurga), mi hanno coinvolta in alcune delle loro "imprese"; è stato gratificante non solo rendermi utile ai bambini, ma

sentire che il lavoro che stavo facendo e quello dei clown, veniva davvero apprezzato. Forse hanno cominciato a crederci di più, o forse solo a convincersi sempre di più che: *“La medicina non è divertente, ma c’è molta medicina nel divertimento”* (A. ed L. Cowan).

Era curioso poi vedere alcuni di *“quei pallidi camici bianchi”* cimentarsi in qualche timida battuta e cercare magari di concedersi a qualche sorriso in più ( il termine *pallido camice bianco* era stato coniato da un bambino per i dottori, *“quelli tristi! lo si vede dal camice! Li vedi? guarda quegli altri invece che camici belli e colorati che hanno!”*- Paolo 9 anni).

Diventava divertentissimo poi scoprire che alcuni di loro arrivavano con qualche pupazzo o un naso rosso, o anche solo con un po’ più di colore e armati di un semplice sorriso per rendersi le cose più semplici nell’interazione con i bambini.

È difficile fare il pediatra o l’infermiere quando si sta a contatto con bambini che urlano al solo vederti arrivare, credo bene che sia molto stressante! Per questo motivo, vedere come queste dinamiche cambiassero in presenza dei clown dottori rispetto al primo periodo in cui non c’erano, mi alleggeriva davvero l’anima! Ed in particolare mi faceva sorridere osservare questi medici lasciarsi andare, far diventare tutto un gioco solo perché avevano constatato che si semplificavano le cose. È stato per me entusiasmante!

I genitori che ho incontrato poi si sono rivelati così bisognosi di attenzioni, a volte anche solo di un semplice abbraccio in momenti di sconforto; rendermi conto di quanta sete di affetto e di attenzioni avevano, in alcuni momenti mi ha sbalordito, mi ha fatto vedere con gli occhi la fragilità umana. A volte mi chiedevo se quelle mamme e quei papà erano così anche fuori di lì o l’ospedale diventava solo un amplificatore di emozioni. Molti mi hanno lasciato una lettera andando via ringraziandomi per essergli stata vicino in quel momento, solo allora mi rendevo conto davvero di quello che accadeva oltre la corsia, oltre gli aghi, oltre i farmaci, in quel silenzio assordante di quei genitori confinati su una sedia a cui in quei momenti viene data poca importanza. A me sembrava di non aver fatto davvero nulla di speciale, poi ripensandoci, mi rendevo conto che a volte davvero basta poco e che forse capita di dimenticarsi che infondo, soprattutto per dei bimbi così piccoli, le mamme (come i papà del resto) vivono quei momenti come fortemente stressanti e dolorosi.

Vedere invece i clown dottori interagire, giocare, trascinare lontano da quello stato emotivo i genitori di quei piccoli (così come hanno dimostrato anche i test che ho somministrato) è diventato ai miei occhi un lavoro preziosissimo; vederli addirittura passare dalle lacrime alle risate è diventato poi un miracolo!

Osservare i bambini giocare, dimenticarsi di stare in un ospedale, vederli dimenticare quello per cui erano entrati in quel reparto, è molto nella gestione degli stati d’animo di tutti, soprattutto nel periodo pre-operatorio.

Mi ha stupita poi vederli giocare con me e farmi un soffio magico quando mi vedevano stanca dicendomi: *“io ho soffiato prima sulla mia ferita, è passato! Guarda che funziona ma ci devi credere!”*. È stato bello vederli non piangere quando al risveglio dall’anestesia, non ricordando assolutamente nulla dell’intervento grazie alla preanestesia, hanno solo ricordato le storie che i clown, prima di entrare in camera operatoria, avevano loro raccontato. La sala operatoria all’occorrenza era diventata una sala dove si misurava il grado di magia dei piccoli “henry potter” di turno, così quando hanno trovato “legata” alla loro manina un aghetto che portava su fino a quella bottiglia contenente il liquido magico (la flebo), non potevano che essere felici dato che essa dimostrava che erano bimbi magici e che quella bottiglia serviva ad aumentare il grado di magia.

I clown non raccontano loro delle bugie, non illudono i bambini di *poteri* che in realtà non hanno, semplicemente entrano nel mondo fantastico di quei bimbi, facendosi loro stessi piccoli piccoli e, usando la metafora del gioco, cercano di spiegare cose che ai “grandi” sembrano troppo difficili.

*“Stare calmo mi aiuta a non provare dolore perché quando sono rigido la pelle è più dura e l’ago fa fatica ad entrare!”* oppure *“io se penso che sono più forte del dolore lo sento di meno!”*.

Come ho spiegato precedentemente la dimensione della finzione e del gioco in generale offre notevoli spunti per riflettere sul potenziale terapeutico della dimensione del racconto e della narrazione (in particolar modo nelle situazioni di lungo degenza). Accompagnare il bambino nelle sue esplorazioni della realtà del gioco e della finzione, significa anche aiutarlo ad imparare che la Realtà, quella vera, è comunque sempre percepita e restituita – tanto agli altri quanto a se stessi – come racconto dei fatti, narrazione. La Realtà, che ci appare come oggettiva, è sempre percepita da un punto di vista che è anche punto di vista narrativo, poiché i fatti e gli eventi si legano tra loro solo in quanto io, interpretandoli dò loro un senso, un rapporto di causa-effetto ed uno sviluppo temporale. Dare un palloncino a forma di spada e lottare contro i mostri immaginari della fantasia di un bambino, che in quella occasione sono causa del suo male, nel periodo pre-operatorio, permettono al bimbo non solo di scaricare la sua “aggressività repressa” ma anche di dare un senso al suo star male; e attraverso la sua storia magari capire che con un po’ di pazienza, ed essendo un bravo guerriero, lui vincerà, magari non tutte le battaglie, ma la guerra!

E’ quindi proprio nella dimensione della finzione che il bambino – in quanto Soggetto – scopre ed inizia a conoscere il suo potere decisionale sugli eventi, non soltanto in quanto Soggetto dell’Azione, Attore, ma soprattutto in quanto narratore (narr-attore), tessitore di trame; ed è proprio su questo ‘ponte’ narrativo, che si viene a creare fra la Realtà e la Finzione, che egli può intravedere la possibilità di riannodare i fili della propria vita, della propria esperienza, della propria Storia, ed intravedere anche la possibilità di assegnare a tale trama un senso nuovo.

Riuscire a ridere in una situazione difficile o paurosa è la scintilla per capire che una persona non si

riduce alla sua malattia, che si ammala solo una parte di noi, e che impegnarsi in attività ludico-creative durante la malattia aiuta a camminare verso la guarigione. Il clown può diventare un oggetto transizionale che aiuta il bambino, e le figure a lui vicine, a distinguere fra se stesso e la malattia; è uno specchio di risorse interiori vitali che esistono sempre nell'essere umano, qualunque età abbia o condizione ogni persona si trovi a vivere; afferrare tale stimolo per risvegliare quella parte, è uno spontaneo meccanismo di sopravvivenza che una volta scoperto non viene più lasciato.

Concludo facendo un ringraziamento speciale a quei bambini che mi hanno dato la forza di sorridere, ridere e giocare in ogni situazione, che mi hanno fatta sentire speciale, che mi hanno riempito d'amore e di attenzioni dolcissime che non hanno prezzo!

Grazie infine a tutti i clown dottori di Ridere per Vivere, alla Dott. Bollicina, Girina, Ciccibù, Endorfina e a Lenticchia! Un grazie speciale a Massimiliano, al Dott. Solletico, al Dott. Broccolo e a Nanosecondo, che mi hanno sostenuta sempre in questo lungo e tortuoso percorso in Ospedale e durante il Corso di formazione per Clown Dottore.....grazie a Leo e a Sonia.