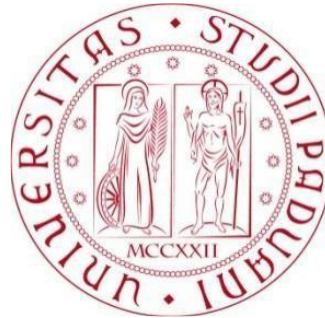


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Neuroscienze (DNS)
Direttore Prof. Edoardo Stellini

Corso di Laurea in
EDUCAZIONE PROFESSIONALE

PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

**Le emozioni come strumento educativo per i bambini e gli adolescenti in
pediatria. Una ricerca osservazionale**

Relatore: Prof.ssa Natascia Bobbo

Laureanda: Giulia Sinatora

Matricola: 2013611

Anno Accademico 2022/2023

Abstract

Introduzione:

Le emozioni sono molto importanti durante tutto l'arco della vita, in particolare hanno un'influenza considerevole nel periodo dello sviluppo di ciascun essere umano. Quando, un bambino o un adolescente viene ricoverato in ospedale e fa esperienza della malattia, ciò genera diversi vissuti in base alle caratteristiche del paziente, della famiglia, della patologia etc. Perciò, le emozioni che i diversi pazienti vivono sono molto diverse tra loro ed è anche a partire da queste emozioni e dalla loro elaborazione che si determina le modalità con cui il paziente vivrà la malattia e le prescrizioni del medico nel tempo. In questo elaborato si approfondirà il vissuto del ricovero e le emozioni ad esso correlate in due gruppi di pazienti, i partecipanti del primo gruppo hanno dai 6 agli 11 anni mentre quelli del secondo gruppo dai 12 ai 18 anni.

Obiettivi

Riconoscere le peculiarità del vissuto e dell'espressione delle emozioni nel bambino e nell'adolescente durante il ricovero;

Individuare se e come le peculiarità che si individuano possano risultare utili all'Educatore Professionale nel suo lavoro coi pazienti pediatrici di diverse età.

Comprendere quali possano essere gli strumenti più idonei che l'Educatore Professionale in Pediatria può usare per lavorare sull'area emotiva nelle diverse età.

Materiali e metodi

Sono state realizzate delle interviste semi strutturate utilizzando domande aperte e con l'ausilio delle immagini rappresentate sulle carte del gioco da tavolo *Dixit*. In particolare, sono stati intervistati 10 pazienti con un'età compresa tra i 6 e gli 11 anni e 10 pazienti con un'età compresa tra i 12 e i 18 anni. Inoltre, sono stati raccolti dati quantitativi mediante una griglia di osservazione costruita ad hoc.

Risultati

Tramite l'analisi dei dati si è potuto osservare che i bambini e gli adolescenti intervistati avevano una percezione del ricovero in alcuni aspetti simile, in altri differente. In particolare, ciò che è stato rilevato sia nei bambini che negli adolescenti è l'associazione del ricovero con la sensazione di prigionia, che tra gli adolescenti viene affiancata anche alla solitudine

e alla noia. Per quanto riguarda le emozioni associate al ricovero, l'emozione più riportata dai partecipanti di entrambe le fasce di età è la tristezza. Questa spicca in modo particolare tra gli adolescenti che hanno scelto in misura minore le altre emozioni, mentre tra i bambini spicca affianco alla tristezza anche la gioia che risulta essere la seconda emozione più frequente, insieme alla paura, anche nell'adolescente. Inoltre, si è potuto rilevare che entrambe le fasce di età sono state in grado di rispondere ai quesiti posti loro durante l'intervista mostrando una buona consapevolezza emotiva.

Conclusioni

All'interno del campione di ricerca è stato rilevato che ciascuno dei due gruppi di pazienti, pur mantenendo degli elementi in comune con l'altro, ha le sue peculiarità. L'Educatore Professionale che lavora in Pediatria, tramite i diversi strumenti a sua disposizione, può osservare le differenze e rispondere ai diversi bisogni rilevati, costruendo un intervento più efficace, che tenga in considerazione anche la dimensione emotiva e il vissuto dei singoli pazienti.

Inoltre, si è rilevato che l'Educatore Professionale, nel fornire uno spazio di ascolto, accoglienza, incontro e gioco a misura dei bambini e dei ragazzi, come quello fornito dall'Associazione Gioco e Benessere in Pediatria, ha contribuito nei pazienti intervistati a ridimensionare la presenza ingombrante della malattia, ad alleggerirli almeno temporaneamente e parzialmente dalla sofferenza, restituendo loro la dimensione di bambino e ragazzo che gli è propria ma che in ospedale rischia di essere sostituita dall'essere malati.

Key Words

Children, Adolescents, Experience of hospitalization, Emotions, Educator

Abstract

Introduction

Emotions are very important throughout life, especially they have considerable influence in the developmental period of each human being. When, a child or adolescent is hospitalized and experiences illness, this generates different experiences according to the characteristics of the patient, family, pathology etc. Therefore, the emotions that different patients experience are very different from each other and it is also from these emotions and their processing that the ways in which the patient will experience the illness and the doctor's prescriptions over time are determined. In this paper we will explore the experience of hospitalization and the emotions related to it in two groups of patients, the participants in the first group are 6 to 11 years old while those in the second group are 12 to 18 years old.

Goals

To recognize the peculiarities of the experience and expression of emotions in the child and adolescent during hospitalization;

To identify whether and how the peculiarities that are identified may be useful to the Professional Educator in his work with pediatric patients of different ages.

To understand what may be the most appropriate tools that the Professional Educator in Pediatrics can use to work on the emotional area in different ages.

Materials and Methodology

Semi-structured interviews were conducted using open-ended questions and with the help of pictures depicted on *Dixit* board game cards. Specifically, 10 patients with an age range of 6 to 11 years and 10 patients with an age range of 12 to 18 years were interviewed. In addition, quantitative data were collected using a purpose-built observation grid.

Results

Through data analysis, it could be observed that the children and adolescents interviewed had similar perceptions of hospitalization in some aspects and different ones in others. In particular, what was found in both children and adolescents was the association of hospitalization with the feeling of imprisonment, which among adolescents is also juxtaposed with loneliness and boredom. Regarding the emotions associated with hospitalization, the emotion most reported by participants in both age groups is sadness. This

stands out particularly among adolescents, who chose the other emotions to a lesser extent, while among children, joy also stands out alongside sadness, which turns out to be the second most frequent emotion, along with fear, in adolescents as well. In addition, it could be found that both age groups were able to answer the questions posed to them during the interview showing good emotional awareness.

Conclusions

Within the research sample, it was found that each of the two groups of patients, while maintaining elements in common with the other, has its own peculiarities. The Professional Educator working in Pediatrics, through the different tools at his disposal, can observe the differences and respond to the different needs detected, building a more effective intervention, which also takes into account the emotional dimension and the experience of individual patients.

In addition, it was found that the Professional Educator, in providing a space for listening, welcoming, meeting and playing on a child- and youth-friendly basis, such as the one provided by the Association Gioco e Benessere in Pediatria, contributed in the patients interviewed to downsizing the cumbersome presence of the disease, to relieving at least temporarily and partially the child and youth from suffering, giving them back the dimension of child and youth that is theirs but that in the hospital risks being replaced by being sick.

Key Words

Children, Adolescents, Experience of hospitalization, Emotions, Educator

INDICE

Introduzione.....	3
1. L'intelligenza emotiva e il suo sviluppo durante la crescita	5
1.1 Le emozioni	5
1.2 L'intelligenza emotiva	7
1.3 Il ruolo dell'ambiente nello sviluppo dell'Intelligenza Emotiva	10
1.4 Lo sviluppo dell'Intelligenza Emotiva	12
1.5 Le emozioni durante il ricovero	14
2. Disegno di ricerca	19
2.1 Motivi della ricerca	19
2.2 Disegno dello studio	19
2.3 Metodologia di ricerca e tecniche di rilevazione dei dati	20
2.4 Campione di ricerca.....	20
2.5 L'intervista semi-strutturata	22
3. Risultati	25
3.1 Dati personali	25
3.2 Presentazione dei risultati	27
3.2.1 La percezione del ricovero da parte dei bambini	28
3.2.2 La percezione del ricovero da parte degli adolescenti	31
3.2.3 Le emozioni dei bambini ricoverati	35
3.2.4 Le emozioni degli adolescenti ricoverati.....	36
3.2.5 Presentazione dei risultati dell'osservazione	37
4. Analisi dei risultati e risvolti educativi	39
4.1 Analisi dei dati personali	39
4.2 Analisi dei risultati sulla percezione del ricovero	40
4.3 Analisi dei risultati sulle emozioni prevalenti durante il ricovero	44
4.4 Analisi dei risultati dell'osservazione	47
4.5 Risvolti educativi dei risultati della ricerca	49
4.6 Limiti dello studio	52
4.7 Conclusioni	52
5. Bibliografia	55

6. Sitografia	61
7. Appendice 1	63
8. Appendice 2	65
9. Appendice 3	67

Introduzione

Il seguente elaborato nasce a partire dall'esperienza di tirocinio realizzata presso l'Associazione Gioco e Benessere in Pediatria svolto durante l'anno accademico 2022-2023. Durante questa esperienza ho avuto modo di osservare e riconoscere le diverse richieste e i diversi bisogni che i pazienti di età differenti esprimevano. L'elaborato si pone come obiettivo di approfondire il vissuto del ricovero e le emozioni che il bambino e l'adolescente vivono in ospedale al fine di riconoscere le peculiarità dell'esperienza di ciascuna delle due fasce di età. Inoltre, si pone come obiettivo l'approfondimento del ruolo dell'Educatore Professionale all'interno dei reparti della Pediatria.

L'elaborato che si propone è suddiviso in quattro capitoli.

Il primo capitolo approfondisce le emozioni, l'Intelligenza Emotiva e il suo sviluppo. Inoltre, affronta, tramite l'analisi di diversi studi, le emozioni maggiormente presenti durante il ricovero nei bambini e negli adolescenti.

Nel secondo capitolo viene presentato il disegno di ricerca con gli obiettivi, le metodologie e gli strumenti utilizzati per la raccolta e l'analisi dei dati.

Il terzo capitolo contiene la descrizione dei dati rilevati durante le interviste.

Infine, il quarto capitolo contiene l'analisi dei risultati con il confronto dei dati rilevati dai pazienti delle due fasce di età, i risvolti educativi dei risultati della ricerca, i limiti della ricerca stessa e le conclusioni.

1. L'intelligenza emotiva e il suo sviluppo durante la crescita

1.1 Le emozioni

Emozione è un termine che deriva dal francese '*emotion*' derivato di '*émouvoir*' che significa mettere in movimento e dal latino '*moveo*' anticipato dalla particella '*e-ex*' che significa 'movimento da', che ha in sé una tendenza all'azione (Treccani, 1994). Definire un'emozione è complesso e diversi psicologi e filosofi si sono posti questo interrogativo dando vita a diverse prospettive. Nel tempo non si è giunti a una definizione omogenea per tutti ma a diverse definizioni dello stesso costrutto. Si tratta di fenomeni «eterogenei, culturalmente e storicamente trasversali, da sempre presenti nell'esistenza umana» (Mancini, Trombini 2011, p. 13). Plutchik le definisce come «una complessa catena di eventi che incomincia con la percezione di uno stimolo e finisce con una interazione tra l'organismo e lo stimolo che ha dato avvio alla catena di eventi. Le maggiori componenti della catena sono una valutazione cognitiva dello stimolo, una esperienza soggettiva o 'sentimento', una eccitazione fisiologica, un impulso all'azione ed un comportamento manifesto» (1983, p. 242). Uno degli elementi su cui molti studiosi sono d'accordo nel definire le emozioni è la loro funzione adattiva: esse nascono a partire da uno stimolo e sono la risposta che l'individuo dà allo stimolo stesso per rispondere a ciò che sta accadendo intorno a lui o in lui (Gini, Lanfranchi, Vianello, 2015, p. 220). Le emozioni, per fare ciò, coinvolgono tutta la persona: attivano processi neuropsicologici e psicofisiologici, insieme a processi cognitivi e alla dimensione di controllo del comportamento (Atkinson, Hilgard, 2017, pp. 410-411). Dunque, oltre a una dimensione psicologica delle emozioni, si ha anche un'attivazione fisiologica che avviene sia attraverso la produzione di diversi ormoni sia attraverso la modificazione di diversi parametri quali per esempio la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna, la respirazione etc. (Atkinson, Hilgard, 2017, pp. 421-422). I cambiamenti fisiologici che le diverse situazioni comportano hanno un ruolo centrale, da una parte di comunicazione dell'emozione e del grado di controllo che ha l'individuo sulla stessa, e dall'altra parte di preparazione della persona per permetterle di rispondere prontamente a ciò che accade (Gini, Lanfranchi, Vianello, 2015, p. 220). Goleman a tal proposito definisce le emozioni come «piani di azione evolutivisti che l'uomo utilizza per gestire le emergenze dell'esistenza» (1996, p. 24).

Si prendono ora in considerazione alcune emozioni come esempio per approfondire quanto è stato appena affermato. Nel caso della paura, le modificazioni all'omeostasi che avvengono

sono funzionali per l'individuo per agire per la propria difesa; davanti al pericolo ci sono due opzioni: che il sangue cominci a fluire verso gli arti per rendere più immediata la fuga, oppure che avvenga il cosiddetto 'freezing', il corpo si immobilizza come se si fosse congelato, consentendoci di valutare se sia meglio nascondersi. Si scatena, inoltre, una produzione di ormoni che permettono all'individuo di concentrarsi sulla minaccia per valutare quale sia l'azione più funzionale per mettersi al riparo (Goleman, 1996, p. 25). Quando invece proviamo rabbia, la circolazione sanguigna concentra il sangue a livello delle mani che potrebbero essere utili per attaccare l'altro, la frequenza cardiaca aumenta e contemporaneamente si generano una serie di ormoni, tra cui l'adrenalina, così da permettere all'individuo una reazione forte (Goleman, 1996, p. 25). All'opposto, la tristezza comporta un abbassamento dell'energie probabilmente funzionale, secondo Goleman, a restare al sicuro (casa, rifugio, etc.), protetti dai pericoli (1996, p. 26). Tutte queste reazioni ed azioni appena descritte sono un'inclinazione biologica che viene influenzata dal vissuto della persona e dalla cultura. Questo mostra come le emozioni abbiano una dimensione di soggettività proprio perché la cultura, insieme alle esperienze personali, modifica la stessa risposta ai diversi stimoli (Gini, Lanfranchi, Vianello, 2015, p. 220).

L'espressione delle emozioni «diventa parte della nostra eredità biologica: gli individui nascono pre-adattati per esprimere e riconoscere le emozioni» (Mancini, Trombini 2011, p. 14). In particolare, l'individuo fin da piccolo è in grado di riconoscere le emozioni più semplici, dette fondamentali o primarie, che sono distinte dalle cosiddette secondarie, maggiormente suscettibili alla dimensione culturale e all'esperienza personale. Tra le emozioni primarie, Ekman riconosce, in base all'espressione facciale, sei emozioni quali la gioia, la tristezza, il disgusto, la rabbia, la paura e la sorpresa. Johnson-Laird e Oatley, invece, considerando non tanto l'espressione facciale, quanto piuttosto le parole che vengono utilizzate per esprimere le diverse emozioni, ne individuano cinque, le stesse di Ekman, esclusa la sorpresa (Johnson-Laird, Oatley, 1989). Queste emozioni sono le emozioni riconosciute come innate, indipendenti dalla cultura e che l'essere umano ha in comune anche con una parte degli animali. Al contrario, le emozioni secondarie, quali per esempio la vergogna e l'orgoglio, sono caratteristiche dell'essere umano in quanto «richiedono un'elaborazione cognitiva e soprattutto consapevolezza» (Gini, Lanfranchi, Vianello 2015, p. 221).

Fra le emozioni sia primarie che secondarie, non esistono emozioni positive ed emozioni negative. Ogni emozione è una risposta immediata a ciò che accade intorno e all'interno della persona e la prepara a far fronte a ciò che accade. Un'emozione, però, può diventare negativa qualora venga «negata, dissociata, confinata in un'area isolata della mente o, al contrario, emerga in forma violenta perché insufficientemente elaborata» (Mancini, Trombini 2011, p.18). Proprio per questo è centrale sviluppare, fin dai primi anni di vita, una buona regolazione delle emozioni e una consapevolezza di esse. Alcuni autori parlano di Intelligenza emotiva (che approfondiremo nel prossimo paragrafo), Gottman parla, invece, di Competenza Emotiva e riconosce in essa un ruolo centrale, soprattutto nelle occasioni in cui la persona si ritrova a fronteggiare una situazione particolarmente stressante e frustrante (Mancini, Trombini 2011, p.18).

1.2 L'intelligenza emotiva

Per lungo tempo, le emozioni sono state contrapposte alla parte razionale. Questo pensiero si era radicato profondamente già dall'antichità. L'immagine che utilizza Platone nel Fedro è esaustiva per spiegare questo punto di vista. Platone descrive una biga alata con due cavalli, uno nero e l'altro bianco. Questi due cavalli rappresentano rispettivamente, quello nero, descritto come ribelle e inquieto, gli istinti, la corporeità e quello bianco, descritto come più mansueto, la dimensione delle emozioni e degli affetti. A dominare sui due cavalli e a condurli, Platone pone la razionalità (Ruffaldi, Carelli, Nicola, 2015, p.262).

Nella seconda metà del Novecento si è scoperto, tramite gli studi neurobiologici, che le dimensioni emotiva e razionale, fino a quel momento riconosciute come realtà distinte e in conflitto, in realtà collaborano per costituire l'intelligenza umana. Mediante questi studi, si è scoperto che la sede delle emozioni è all'interno del cervello stesso e in particolare nell'amigdala. L'amigdala è un organo situato sopra il tronco encefalico e «funziona come un archivio della memoria emozionale ed è quindi depositaria del significato degli stessi eventi» (Goleman 1996, p. 34). Essa è direttamente connessa coi canali sensoriali ed è l'organo maggiormente coinvolto nelle seguenti funzioni dell'area emotiva (Atkinson, Hilgard, 2017, pp. 417; Hogeveen, Salvi, Grafman, 2016):

- la gestione delle emozioni;
- la vigilanza sugli stimoli provenienti dalle percezioni e situazioni con la creazione di opinioni, giudizi inconsci e immediati;

- la generazione di risposte rapide e approssimative davanti a situazioni percepite come situazioni di emergenza;
- la costruzione della memoria emozionale anche legata alle percezioni olfattive;
- la collaborazione con la neocorteccia nella presa di decisione;
- la generazione delle modificazioni corporee davanti a determinati stimoli;
- altre funzioni più complesse come l'elaborazione dei comportamenti aggressivi.

Vygotskij stesso, già prima di queste scoperte, aveva riconosciuto l'importanza delle emozioni e della sfera degli affetti nella costruzione del pensiero. Egli scrive «Lo stesso pensiero ha origine non da un altro pensiero, ma dalla sfera delle motivazioni della nostra coscienza, che contiene le nostre passioni e i nostri bisogni, i nostri interessi e impulsi, i nostri affetti e le nostre emozioni» e aggiunge che solo quando si conosce il 'reale retroscena affettivo-volitivo' si può comprendere il pensiero di una persona. (1966, p. 226)

Riconoscendo, dunque, la centralità della componente emotiva nel pensiero e la collaborazione esistente tra le due dimensioni, si comincia a introdurre un nuovo costrutto: l'Intelligenza Emotiva. Nuovamente, come per il costrutto di 'emozione' non si ha una definizione univoca e si sono delineati diversi modelli teorici. Tra questi modelli si prende in considerazione il Modello di Abilità (*Mental Ability Model*) di Salovey e Mayer in quanto è il modello maggiormente accreditato tra i diversi modelli teorici che nel tempo sono stati tratteggiati.

Il Modello di Abilità definisce l'Intelligenza Emotiva come una vera e propria intelligenza, come un «insieme di abilità cognitive coinvolte nel funzionamento emotivo» (Mancini, Trombini 2011, p. 32). Salovey e Mayer, autori di questo modello, definiscono l'Intelligenza Emotiva come l'abilità di controllare le proprie emozioni e i propri sentimenti, di riconoscere le emozioni proprie e degli altri, di distinguerle tra loro e di utilizzare queste informazioni come guida per i pensieri e le azioni (Sataloff, 2020). Questo modello implica quattro categorie. Ognuna delle quattro categorie racchiude in sé un continuum che va dalle abilità psicologiche di base ai processi più elevati ed integrati che ogni persona nel corso della sua crescita intellettuale ed emotiva può acquisire.

Le quattro categorie sono le seguenti (Mayer, Salovey 1990, p. 189):

- *Perception, Appraisal and Expression of Emotion*
- *Emotional Facilitation of Thinking*
- *Understanding and Analyzing Emotions, Employing Emotional Knowledge*
- *Emotional Management, Reflective Regulation of Emotion to Promote Emotional and Intellectual Growth*

La prima categoria comprende la capacità di percepire, valutare ed esprimere le emozioni, tutto ciò sia per quanto riguarda le proprie emozioni sia per quanto riguarda le emozioni delle persone che ci stanno attorno. Implica, dunque, anche la capacità di riconoscere le diverse espressioni emotive, quando queste sono reali e quando, al contrario, sono simulate. La seconda categoria riguarda la capacità di utilizzare le emozioni per facilitare il pensiero, per dirigerlo e favorire la creatività di quest'ultimo, così da avere una maggiore efficacia anche nella risoluzione dei problemi. La terza categoria riguarda l'intelligenza emotiva e la capacità di analisi delle stesse emozioni: cogliere le diverse sfumature e intensità, le cause, le conseguenze delle emozioni e le relazioni tra diverse emozioni. Infine, la quarta categoria fa riferimento al campo della regolazione emotiva comprendendo, dunque, le capacità di gestire e regolare le emozioni proprie e altrui, la capacità di tollerare e accogliere le emozioni, senza reprimerle o esagerarle, siano esse piacevoli o spiacevoli e la capacità di gestione delle relazioni (Mancini, Trombini, 2011, pp. 38-42). Tutto ciò è centrale in quanto influenza il benessere della persona e le eventuali carenze hanno conseguenze importanti nella vita del soggetto.

Mayer e Salovey hanno ideato uno strumento per la misurazione dell'Intelligenza Emotiva, intesa come nel loro Modello di Abilità: il *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT). Questo test misura, mediante una serie di compiti che vengono assegnati alla persona, la sua performance emotiva ed è pensato per il preadolescente, l'adolescente e l'adulto mentre sono esclusi i bambini.

A questo modello sono state rivolte diverse critiche. La prima critica sottolinea come non sia possibile misurare in modo completo e oggettivo l'*Ability Emotional Intelligence* mentre la seconda critica riguarda l'utilizzo di questo modello nell'età evolutiva. In questa fase, infatti, il contesto di vita è centrale per la crescita del bambino e per lo sviluppo dell'Intelligenza Emotiva stessa mentre il modello non lo considera così da non rendere possibile il suo utilizzo all'interno di questa fascia di popolazione.

1.3 Il ruolo dell'ambiente nello sviluppo dell'Intelligenza Emotiva

Si approfondirà ora, il ruolo che ha l'ambiente nello sviluppo dell'Intelligenza Emotiva durante la crescita di un individuo, in particolare si prenderanno in considerazione i primissimi anni di vita in quanto è il periodo in cui ciò è rilevabile in modo particolare, anche se questo tipo di influenza continua per tutta la vita.

Nei primi tre o quattro anni di vita di ogni persona, il cervello si sviluppa molto velocemente e raggiunge i due terzi della sua dimensione definitiva. Questo suo sviluppo molto rapido non si limita alle dimensioni fisiche, ma riguarda lo sviluppo di tutte le funzioni del cervello e la definizione e specializzazione delle sue diverse aree (Goleman, 1996, p. 266). In questi anni si registra anche una particolare recettività agli stimoli ricevuti che influenzano lo sviluppo cerebrale stesso; questa sensibilità permette un apprendimento più veloce, proprio in virtù della grande plasticità cerebrale.

Perciò anche lo sviluppo dell'Intelligenza Emotiva ha il suo picco nei primi anni di vita dell'individuo. Inoltre, per quanto riguarda la crescita emozionale, l'ambiente, che nella primissima infanzia è costituito in buona parte dai genitori, gioca un ruolo fondamentale. La prima impronta, i primi insegnamenti sull'Intelligenza Emotiva vengono appresi dal bambino già nei primissimi mesi di vita proprio dagli stessi genitori (Goleman, 1996, p. 226). Questi ultimi, infatti, col loro modo di vivere, di gestire emozioni e sentimenti, di far fronte ai turbamenti danno un primo imprinting al bambino. Inoltre, il bambino apprende moltissimo dal modo in cui i suoi genitori si relazionano con lui e dai comportamenti che questi ultimi mettono in atto davanti alle emozioni del figlio (Goleman, 1996, p. 228). Infatti, se il bambino sperimenta che davanti a un suo pianto il genitore reagisce con rabbia, distacco o lo lascia da solo, svilupperà l'idea che il suo sentire non è importante e che agli altri non importa di lui. Al contrario il bambino che sperimenta che il genitore, davanti a una sua necessità, si prende cura con premura, calore e attenzione, si riconoscerà accolto, riconoscerà la sua importanza e l'importanza di ciò che prova e svilupperà maggiore fiducia in sé stesso e nelle relazioni (Atkinson, Hilgard, 2017, p. 94). Questi comportamenti, se ripetuti più e più volte vanno a definire, come scrive Erikson, se il bambino svilupperà un sentimento di fondamentale "fiducia" o "sfiducia" verso chi gli sta intorno e verso la realtà. (Goleman, 1996, p. 232). Infine, un altro elemento centrale nello sviluppo iniziale dell'Intelligenza Emotiva nel bambino piccolo è il modo in cui i genitori vivono la loro relazione di coppia. A tal proposito, alcuni gruppi di ricerca guidati da Hooven e Gottman scoprirono come le

coppie più abili nell'aiutare i bambini a superare le difficoltà che incontravano, fossero proprio i genitori che vivevano meglio le emozioni all'interno della stessa coppia (Goleman, 1996, p. 226). Goleman aggiunge che davanti a genitori che sono emotivamente capaci il bambino troverà giovamento a livello 'biologico', a livello sociale e sarà meno esposto a problemi comportamentali. Perciò, per un bambino, avere dei genitori intelligenti emotivamente diventa un preziosissimo beneficio (1996, p. 228).

Questo apprendimento emozionale comincia fin dal primo istante di vita del bambino e «continua per tutta l'infanzia. Tutti i piccoli scambi fra i genitori e il bambino hanno un fondo emozionale, e nella ripetizione di questi messaggi, per anni, i bambini si formano un nucleo di prospettive e capacità emotive». (Goleman, 1996, p. 232)

Come gli stimoli dell'ambiente possono influenzare in modo positivo lo sviluppo emozionale, allo stesso modo possono farlo in modo negativo. Quando questo accade durante i primissimi anni di vita ha un impatto molto forte e qualora il bambino subisca, proprio in questo periodo, un trauma o un maltrattamento, questi segneranno fortemente anche la sua adultità. In uno studio, Main e George osservarono come, in un bambino esposto ripetutamente alle percosse secondo il capriccio del genitore, risultasse distorta la naturale capacità empatica dei bambini tanto da non riuscire a provare pietà, tristezza davanti alla sofferenza dei suoi pari, e da reagire in alcuni casi con l'attacco fisico (Goleman, 1996, p. 234). Questo li renderà più fragili nel futuro e maggiormente a rischio di comportamenti aggressivi, di isolamento e di depressione e crimini.

Come si è potuto osservare, l'ambiente, che man mano che il bambino cresce si amplia sempre di più, influenza in modo importante lo sviluppo emozionale. Come è stato descritto, ciò avviene in modo particolare nel periodo dell'infanzia per la grande plasticità cerebrale, ma continua anche durante l'adolescenza, fase in cui il cervello si sta ancora sviluppando, e perdura, sebbene in misura minore, per tutto il corso della vita.

1.4 Lo sviluppo dell'Intelligenza Emotiva

In questo paragrafo verranno riprese le quattro categorie del Modello di Abilità di Mayer e Salovey, già descritte, e per ciascuna delle categorie si approfondirà lo sviluppo dell'Intelligenza Emotiva lungo la crescita dell'individuo, dall'età evolutiva all'adolescenza.

Prima di cominciare è necessaria una premessa per quanto riguarda lo sviluppo del cervello in quanto influenza esso stesso lo sviluppo emozionale. Lo sviluppo cerebrale, come abbiamo visto, ha un picco nei primi anni di vita e per tutta l'infanzia. In questa fase si sviluppano, in modo importante, le aree sensoriali. Successivamente entro la pubertà si sviluppa il sistema limbico (in cui è presente anche l'amigdala) che media i processi emotivi e gratificanti. Infine, le aree dei lobi frontali, che hanno un ruolo di controllo del comportamento e della vita emotiva a livello cognitivo, impulsivo e decisionale, maturano lungo tutta l'adolescenza fino ai 20 anni circa (Casey, Jones, Somerville, 2011).

La prima categoria individuata dai due autori riguarda la percezione, la valutazione e l'espressione delle emozioni. Rientrano dunque, la capacità di percepire a livello sensoriale, la capacità di riconoscere le diverse emozioni in sé e nell'altro, sapendo quindi discernere le diverse espressioni del volto, e la capacità di esprimere le proprie emozioni in modo adeguato. Diversi studi hanno dimostrato come il bambino, già dai 4-9 mesi, riconosce le espressioni facciali delle emozioni primarie (Atkinson, Hilgard, 2017, pp. 90-91). Un esempio è l'esperimento del precipizio visivo svolto dagli studiosi Gibson e Walk con 36 bambini tra i 6 e i 14 mesi e le loro madri. Essi hanno rilevato che, se la madre del bambino aveva un'espressione sorridente, il 74% dei bambini affrontava il precipizio visivo, al contrario, quando la mamma aveva un'espressione impaurita, nessuno dei bambini lo affrontava. Il bambino, dunque, «utilizza la reazione emotiva dell'adulto come guida per il suo comportamento» (Ruba, Pollak, 2020, p. 504). Si può già riconoscere quindi, oltre alla capacità di percezione anche un inizio di valutazione emotiva. I bambini poi cominciano ad attribuire ciò che tramite la loro esperienza diretta scoprono riguardo le emozioni, anche agli oggetti e alle altre persone per poi, con l'evolversi dello sviluppo, iniziare a valutare come e se esprimere le diverse emozioni fino a diventare in grado di esprimere non solo ciò che provano veramente ma anche false emozioni. Gosselin, Warren e Diotte attribuiscono questa capacità ai bambini già a partire dai 10 anni (Mancini, Trombini, 2011, p. 38).

La seconda categoria prende in considerazione la capacità di utilizzare le emozioni per facilitare il pensiero, di integrare le emozioni nei processi percettivi e di problem solving. Fin dalla nascita del bambino, le emozioni fungono da campanello d'allarme per i cambiamenti che avvengono nel bambino stesso e a livello ambientale: basti pensare al pianto del bambino che si presenta quando egli ha fame ma anche quando viene allontanato dal genitore (Atkinson, Hilgard, 2017, pp. 91-92). Successivamente le emozioni cominciano ad aiutare il bambino nel concentrare la propria attenzione su ciò che per lui è importante e le stesse emozioni cominciano a venire analizzate, manipolate in modo da comprenderle meglio (Mancini, Trombini, 2011, p. 39). Questa capacità inizia a svilupparsi già nel bambino ma si consolida nel tempo e avrà un'importante funzione in adolescenza davanti alla necessità di fare le diverse scelte nell'arco della vita.

Alla terza categoria appartengono la capacità di comprendere e analizzare le emozioni per poi poter utilizzare la stessa conoscenza emotiva. In particolare, in questa categoria rientra la capacità di riconoscere le relazioni tra le diverse emozioni, le loro cause e le loro conseguenze, oltre ai loro elementi contraddittori. Inizialmente il bambino riesce a riconoscere solo le emozioni primarie e non ne riconosce le sfumature o le diverse intensità. Con la crescita, il genitore lo accompagna nel riconoscere cosa scatena le diverse emozioni e nell'associare le diverse emozioni a ciò che le causa, il bambino apprende la presenza di diverse sfumature della stessa emozione e le diverse intensità (Mancini, Trombini, 2011, pp. 39-40). Sempre mediante il dialogo col genitore, nel corso del suo sviluppo, il bambino riconosce la possibilità della presenza contemporanea di emozioni opposte. Tutto questo permette poi all'adolescente e all'adulto di riconoscere la progressione dei sentimenti nelle relazioni interpersonali.

Infine, la quarta categoria si collega alla gestione e alla regolazione delle emozioni al fine di promuovere la crescita emotiva. Anche in questo campo giocano un ruolo fondamentale i genitori: i bambini, nel dialogo con questi ultimi, imparano a regolare l'espressione delle emozioni e a distinguere le emozioni dalle azioni. Così facendo, il bambino, un po' alla volta, impara a capire quanto lasciarsi coinvolgere da una situazione o da un dato stimolo (Goleman, 1996, p. 228). Infine, con la crescita il bambino comincia a scegliere, da una parte, quanta attenzione dare a uno stato d'animo e a un'emozione, dall'altra a regolare le stesse emozioni. Per quanto riguarda quest'ultima categoria, si può notare come tra le capacità presenti, una delle principali è la capacità di controllo emotivo di cui il responsabile

è il lobo frontale. Quest'ultimo termina il suo sviluppo quando la persona raggiunge circa i 20 anni di età (Casey, Jones, Somerville, 2011).

1.5 Le emozioni durante il ricovero

Il ricovero in ospedale, a qualunque età, è un momento di forte stress e sconvolgimento. Esso richiede l'interruzione della propria quotidianità e l'entrata in un ambiente sconosciuto, in cui si è separati dalla famiglia e dagli amici e in cui si ricevono trattamenti e procedure mediche che invadono il proprio spazio e che molto spesso sono fonte di dolore. Se tutto ciò è fonte di stress per un adulto, lo è ancora di più per un bambino (Correale et al., 2022, p. 2) e per un adolescente. Questi ultimi si trovano infatti, in un momento di particolare fragilità essendo queste età di sviluppo e di grande cambiamento.

Nell'entrare in ospedale, il bambino perde ogni punto di riferimento proprio nel momento in cui ne ha il massimo bisogno, si trova in un luogo a lui sconosciuto e intorno a lui ha bambini e adulti che non ha mai visto prima (Kanizsa, 2013, p. 19). Fa esperienza di un corpo che lo limita nel movimento, nell'espressione del sé e delle sue capacità e nella sua volontà, e scopre che il suo corpo, via di contatto con il mondo esterno e punto di partenza per ogni azione e progetto, diventa precario e insicuro (Bobbo, 2009, pp. 51-53; Capurso, 2017, p. 36). Il piccolo si trova davanti all'ignoto, a qualcosa che non conosce e non capisce, e perciò non può prevedere ciò che accadrà. Questo può comportare che il bambino «metta a repentaglio la sua capacità di iniziativa e industriosità» (Bobbo, 2009, p. 43) e attivi alcuni meccanismi di difesa come la regressione (Bobbo, 2009, p. 53). A ciò si aggiunge che, in un'età in cui comincia a formarsi la sua autostima mediante il confronto con gli altri, il piccolo viene allontanato dai suoi coetanei, si scopre diverso dagli altri e perde occasioni preziose per sperimentarsi. Infine, il genitore, unico punto di riferimento del bambino all'interno di questo contesto, vive un tempo di fatica, tensione e sofferenza e può trovarsi anch'egli spaesato.

Anche l'adolescente si trova in un momento di fragilità perché vive un tempo di crisi evolutiva importante. Egli attraversa un tempo di passaggio dall'infanzia all'età adulta e ciò comporta molti cambiamenti a livello fisico, relazionale, di responsabilità e autonomia. Inoltre, in questi anni, egli comincia a definire la sua identità e a fare progetti sul futuro, si domanda chi è e chi vuole essere (Bobbo, 2010, p. 41). Se in un momento così importante e critico allo stesso tempo, l'adolescente viene ricoverato, questo può interferire con i suoi

compiti evolutivi, soprattutto se la causa del ricovero è una malattia cronica. Il ricovero toglie al ragazzo la sua quotidianità, lo obbliga a rinunciare alla sua libertà, ai suoi progetti o programmi, alle uscite con gli amici e, per un tempo più o meno lungo, alla sua identità che sta costruendo, per assumere quella di paziente (Bobbo, 2012, p. 134). Si può creare, inoltre, coi genitori, una relazione ambigua: da una parte il ragazzo cerca l'autonomia e non sopporta le ingerenze dei genitori, dall'altra ha bisogno del loro aiuto e questo può generare conflitti importanti (Bobbo, 2012, p. 137). Un'altra difficoltà che il paziente adolescente può riscontrare è nell'accettazione di sé, soprattutto se la malattia o le procedure mediche comportano modificazioni corporee. Anche dal punto di vista della progettualità, l'adolescente può trovarsi inibito, può perdere la capacità di guardare al futuro con speranza e può provare vergogna per la sua condizione oltre alla paura che «la sua condizione possa decretare un'identità marginale» (Bobbo, 2010, p. 139).

Ora si approfondiranno le emozioni maggiormente vissute nell'arco dell'ospedalizzazione dai bambini e dagli adolescenti ricoverati per motivi differenti. Per fare ciò sono stati presi in considerazione contributi di diversi autori.

Nei pazienti pediatrici con ustioni che richiedono l'ospedalizzazione si è riscontrata una notevole ansia dovuta all'evento lesivo iniziale, agli interventi medici dolorosi che causano anche paura (Rimmer et al., 2014) e un'ansia peri-procedurale durante i cambi di medicazione (Chester et al., 2016, p. 2). Anche per chi deve ricevere un intervento chirurgico le emozioni maggiormente rilevate sono ansia, timore e angoscia (Koo et al., 2020). Uno studio ha rilevato che tra il 50% e l'80% dei bambini sperimenta ansia preoperatoria che si manifesta anche come paura, tentativi di fuga e difficoltà di separazione (Liu et al., 2022). Un altro studio ha evidenziato che «il giorno dell'intervento chirurgico, dal 50% al 70% dei bambini sperimenta ansia, il cui picco viene raggiunto all'induzione dell'anestesia» (Eijlers et al., 2019). Inoltre, studi svolti in Canada durante la pandemia di SARS COVID 19 hanno rilevato che i pazienti pediatrici che erano stati ricoverati avevano sperimentato solitudine, insicurezza e ansia da separazione nel momento in cui venivano lasciati soli in ospedale (Li, Chan, Chan; Sophia et al. in Chenran et al., 2020, p. 10). L'ansia è stata rilevata anche nei pazienti pediatrici ospedalizzati per cancro (Schlegelmilch et al. in Mahakwe et al., 2021). E ancora, il paziente pediatrico che ha subito un incidente si trova a dover affrontare la paura per il giudizio dei coetanei e sentimenti di frustrazione e depressione, che possono comportare anche pensieri suicidari (Jones et al., 2018, p. 507). Nell'arco del ricovero poi,

ogni paziente può vivere ansie e paure in base alla natura della sua patologia. Per esempio, nel caso dei pazienti con Diabete Mellito Tipo 1, ciò che causa maggiormente paura e ansia è l'ipoglicemia per le conseguenze a livello fisico e medico che può comportare. Inoltre, nei pazienti giovani con diabete si è riscontrata anche la presenza di sintomi depressivi (Hilliard et al., 2018). Infine, diversi studi rilevano un vissuto di paura durante il ricovero dovuto alle procedure ago-correlate, vissute da tutti (o quasi) i pazienti. Un'indagine fatta a pazienti tra i 3 e i 18 anni e ai rispettivi genitori ha rilevato che rispettivamente il 67% e il 66% degli intervistati «ritiene la venipuntura come la causa del peggior dolore sperimentato durante il ricovero ospedaliero» (Hands et al., 2010) e di conseguenza, soprattutto se il paziente ha già sperimentato più volte la procedura, può aggiungersi un vissuto ansioso che può peggiorare il dolore stesso. Altri studi, a tal proposito, hanno rilevato che il 60% dei giovani prova ansia durante l'induzione dell'anestesia (Siva, 2022) e che più del 60% dei bambini (Ballard et al., 2018) e tra il 20% e il 50% degli adolescenti hanno paura degli aghi (Mclenon, Rogers, 2019, p. 8).

Da questo confronto tra diversi studi che trattano differenti situazioni richiedenti l'ospedalizzazione, si può notare come le emozioni maggiormente presenti nei pazienti pediatrici sono la paura, l'ansia, la tristezza. Queste emozioni, a seconda della patologia e del contesto, hanno diverse cause ma gli studi riportano come, al di là delle cause, le emozioni stesse comportino importanti conseguenze a breve e lungo termine di cui si portano alcuni esempi. L'ansia e la paura che precedono le operazioni chirurgiche possono comportare «un aumento della necessità di anestesia e del dolore post-operatorio percepito con la conseguente necessità di analgesici» (Koo et al., 2020). In aggiunta, ci può essere un recupero più lento e complesso, dovuto all'aumento dell'incidenza di infezioni postoperatorie e delle secrezioni di glucocorticoidi¹ e al ritardarsi della guarigione delle ferite (Liu et al., 2022, p. 1). Inoltre, la paura e l'ansia procedurali dovute alle procedure ago correlate, possono portare il paziente a non aderire alla terapia, a non presentarsi ai prelievi del sangue prescritti e agli appuntamenti per la somministrazione dei vaccini (Mclenon, Rogers, 2019, p. 9).

¹ Il rilascio di glucocorticoidi, insieme al rilascio di catecolamine, suscita il *fight, fly or freeze* in risposta allo stress psicologico (Chester et al., 2016, p. 2)

Infine, quando il bambino e la famiglia non ricevono un adeguato supporto e il vissuto della malattia e del ricovero risulta particolarmente stressante, come per esempio per i pazienti ricoverati nella Terapia Intensiva Pediatrica (Demers et al., 2022), per chi è ricoverato per ustioni gravi (Chester et al., 2016) o per i sopravvissuti a un tumore (Marusak et al., 2019, pp. 25-26), l'esperienza può essere traumatica. Ciò, soprattutto se il paziente è un bambino, ha un impatto molto forte e può comportare deficit a livello fisico, sociale, emotivo e cognitivo. A ciò si può aggiungere il disagio psicologico che può includere, oltre all'ansia, anche il Disturbo Post-Traumatico da Stress che ha importanti conseguenze sull'aderenza alla terapia, sulla qualità di vita del paziente e sulla sua salute fisica ed emotiva (Demers et al., 2022, p. 2).

2. Disegno di ricerca

2.1 Motivi della ricerca

In questi tre anni di studi, la mia attenzione è stata più volte attratta dall'interesse che la Medicina Narrativa pone sulle storie e sul vissuto dei diversi pazienti. Durante l'anno accademico 2022-2023, ho svolto il tirocinio con l'Associazione Gioco e Benessere in Pediatria, presente presso la Clinica Pediatrica Universitaria a Padova. L'Associazione svolge quotidianamente, con i bambini e i ragazzi ricoverati, attività di animazione che si pongono come obiettivo il sostegno dei bisogni psicologici e relazionali dei pazienti ricoverati². Ciò avviene creando un ambiente a loro misura e proponendo loro attività che li interessino e li stimolino. Lo strumento maggiormente utilizzato è il gioco, la via più efficace per entrare in relazione con il bambino, per creare un ambiente a lui familiare e per dargli occasione di sperimentarsi, rinforzare le sue capacità e riattivare la sua autostima, danneggiata dall'esperienza di malattia³ (Koukourikos et al., 2015; Piaget, 1974).

Durante questo tirocinio, mediante l'osservazione partecipante, in cui ho utilizzato come strumento il diario di tirocinio, ho potuto notare quanto fossero diversi i bisogni espressi e non espressi dei bambini rispetto a quelli degli adolescenti. È sorta in me la curiosità e il desiderio di approfondire gli elementi caratteristici del vissuto del ricovero del bambino e dell'adolescente; in particolare, ad attrarre il mio interesse erano le emozioni che questi vivevano, con l'attenzione a cogliere ciò che accomuna in questo ambito i pazienti di diverse età e ciò che, invece, li distingue. Da questo nasce il disegno di studio di seguito descritto.

2.2 Disegno dello studio

Gli obiettivi posti per lo studio sono i seguenti:

1. Riconoscere le peculiarità del vissuto e dell'espressione delle emozioni nel bambino e nell'adolescente durante il ricovero;
Individuare se e come le peculiarità che si individuano possano risultare utili all'Educatore Professionale nel suo lavoro coi pazienti pediatrici di diverse età.

² <http://www.giocoebenessere.it/wp-content/uploads/2021/10/STATUTO-DEFINITIVO-22-09-2020-.pdf>

³ <http://www.giocoebenessere.it/>

2. Comprendere quali possano essere gli strumenti più idonei che l'Educatore Professionale in Pediatria può usare per lavorare sull'area emotiva nelle diverse età.

A partire dagli obiettivi posti, si è ritenuto di realizzare una ricerca di tipo osservazionale raccogliendo dati qualitativi e quantitativi.

2.3 Metodologia di ricerca e tecniche di rilevazione dei dati

La ricerca realizzata ha fatto riferimento al paradigma interpretativo con approccio fenomenologico (Bobbo, 2023, pp. 24-26). Si è svolta un'osservazione sistematica e come tecnica per la raccolta dei dati è stata utilizzata l'intervista semi-strutturata, mediante la quale sono stati registrati dati di tipo qualitativo. Inoltre, con l'utilizzo di una griglia di osservazione costruita ad hoc, sono stati raccolti dall'intervistatore, al termine di ogni intervista, dei dati quantitativi. Dunque, la tesi utilizza la strategia mix method, unendo l'analisi dei dati qualitativi a quella dei dati quantitativi.

Per l'analisi dei dati quantitativi è stato utilizzato il software di foglio di calcolo Microsoft Excel mentre per l'analisi dei dati qualitativi è stata utilizzata la modalità carta-matita.

È importante sottolineare come i risultati di tale ricerca facciano riferimento al vissuto del ricovero e delle emozioni dei partecipanti, dunque, i dati non sono generalizzabili a tutta la popolazione pediatrica.

2.4 Campione di ricerca

Per lo svolgimento di questa ricerca sono stati intervistati in totale venti pazienti, suddivisi nelle due fasce di età, ovvero dieci pazienti rientranti nella fascia dell'età scolare (6-11 anni) e dieci pazienti facenti parte della fascia adolescenziale (12-18 anni). Come metodo di campionamento è stato utilizzato il metodo di campionamento non probabilistico. La scelta dei pazienti non era casuale e avveniva all'interno di una popolazione che mutava continuamente: i pazienti ricoverati venivano dimessi mentre ne venivano ricoverati di nuovi; dunque, la popolazione da cui si selezionavano i pazienti non era conosciuta.

I pazienti che hanno contribuito allo svolgimento della ricerca erano individuati tra coloro che partecipavano alle attività quotidiane dell'Associazione, potenzialmente provenienti da

tutti i diversi reparti della Clinica Pediatrica di Padova⁴, ad eccezione della Terapia Intensiva Pediatrica e del Reparto di Oncoematologia pediatrica; venivano escluse, quindi, le situazioni più gravi e complesse. I criteri di esclusione per la scelta del campione di ricerca sono stati i seguenti:

1. Minori di 6 anni e oltre i 18 anni;
2. Pazienti non ricoverati;
3. Pazienti che non partecipavano alle attività dell'Associazione Gioco e Benessere in Pediatria;
4. Pazienti che non erano nelle condizioni di potersi esprimere, di poter dialogare e di essere sottoposti a ulteriori potenziali fonti di stress.

Per selezionare i pazienti si è partiti dalla lettura dei dati anagrafici per identificare chi rientrasse nel campione in base all'età. Successivamente, durante le attività quotidiane, con il supporto delle Educatrici Professionali di ruolo dell'Associazione, si individuavano, mediante l'osservazione partecipante, i pazienti che avrebbero potuto esprimersi e dialogare con l'intervistatore e che potevano sostenere lo stress che l'intervista avrebbe potuto causare.

A questo punto veniva proposto al paziente di partecipare alla ricerca: dapprima gli si spiegava l'attività e il suo scopo, con una modalità e un lessico a lui comprensibili, e successivamente gli si chiedeva la sua disponibilità a partecipare nel rispetto del diritto enunciato nella Carta dei Diritti del Bambino Ospedalizzato⁵ che recita «Il bambino ha diritto ad essere coinvolto nel processo di espressione dell'assenso/dissenso ad entrare in un progetto di ricerca - sperimentazione clinica»⁶. La stessa richiesta veniva fatta anche al genitore o al tutore legale del minore presente in ospedale in quanto responsabile del paziente minorenne.

⁴ Neuropsichiatria infantile, Neurologia, Nefrologia, Pediatria d'Urgenza, Reumatologia, Allergologia, Gastroenterologia, Cardiologia, Malattie Metaboliche, Pneumologia, Onco-ematologia Pediatrica, Terapia Intensiva Pediatrica, Centro del Bambino Maltrattato.

⁵ La Carta dei Diritti del bambino in ospedale è stata elaborata e sottoscritta nel 2014 dalla rete italiana degli Ospedali Pediatrici (AOPI) e dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Si tratta di «un impegno a rispettare e a diffondere i diritti dei bambini sempre, soprattutto quando si trovano a vivere un momento difficile e, insieme a loro, lo vive la famiglia» (<https://www.ospedalebambinogesu.it/carta-dei-diritti-del-bambino-in-ospedale-97484/>).

⁶ <https://www.ospedalebambinogesu.it/carta-dei-diritti-del-bambino-in-ospedale-97484/>

2.5 L'intervista semi-strutturata

È stata scelta come tecnica per la raccolta dei dati l'intervista semi-strutturata costituita da domande aperte. In questo tipo di intervista si individuano, a priori, l'obiettivo dell'intervista e un canovaccio di domande volte al raggiungimento dell'obiettivo stesso. Con questo grado di strutturazione non si ha una particolare rigidità, le domande possono essere presentate secondo sequenze e formulazioni diverse e «il ricercatore ha la possibilità di approfondire temi che emergano dalle risposte dell'intervistato se ritiene tale deviazione utile a raggiungere meglio i suoi obiettivi di indagine» (Bobbo, 2023, p.57). Questa tecnica è stata scelta partendo dal presupposto che, sia la complessità del tema della ricerca che la tipologia di partecipanti, richiedevano la possibilità di una certa flessibilità. Allo stesso tempo, si è optato per domande aperte da porre all'intervistato, in quanto l'interesse era di raccogliere il suo pensiero.

Per questa ricerca si è fatto riferimento al modello di Johnson-Laird e Oatley che nell'individuare come emozioni principali la gioia, la tristezza, la rabbia, il disgusto e la paura, si sono basati sulle parole che venivano utilizzate per descriverle (Johnson-Laird, Oatley, 1989). Ai partecipanti alla ricerca, infatti, si sarebbe chiesto di descrivere le emozioni proprio mediante le parole.

È stato considerato, poi, che la richiesta di narrare le proprie emozioni potesse non risultare semplice sia per i bambini che per gli adolescenti; perciò, ci si è chiesti quale potesse essere il mezzo più efficace per sostenere e aiutare il paziente nell'espressione del proprio vissuto. Si è individuato come strumento l'uso delle immagini, quali «attivatori e mediatori di narrazioni e relazioni» (Farahi, 2020, p. 280). Infatti, «esiste una dimensione immaginativa che permette di associare alle immagini concetti, emozioni, sensazioni, parole, e che determina le mille possibilità di differenti punti di vista sul mondo» (Farahi, 2020, p. 280). Inoltre, la collaborazione tra immagine e parola attiva il ragionamento per analogie, che permette di comprendere la realtà tramite metafore che, a loro volta, consentono di ridescrivere ciò che si è vissuto (Persi, Montanari, 2022, p. 102) e di sostanziare sensorialmente le idee astratte (Farahi, 2020, p. 279). Infine, l'immagine consente a ciascuno di narrare nel rispetto delle proprie sensibilità (Farahi, 2020, p. 280).

Come immagini, sono state scelte le rappresentazioni presenti sulle carte del gioco da tavolo *Dixit*⁷. Le immagini presenti su ciascuna carta sono molto diverse tra loro e molto fantasiose, si è ritenuto perciò che potessero risultare per i pazienti degli ottimi spunti per descrivere le proprie emozioni. Sono state utilizzate le carte di *Dixit Classico*, in quanto ritenute più adatte alla tipologia di pazienti che partecipavano alla ricerca rispetto alle carte di altre versioni dello stesso gioco, e si scelto di non escludere nessuna carta tra quelle del mazzo, dopo aver verificato che nessuna di esse potesse istigare alla violenza o ad atti auto-etero lesivi.

Una volta individuato lo strumento delle immagini come facilitatore nella narrazione, le domande sono state selezionate in modo semplice a partire dall'obiettivo della ricerca- (domande in appendice 1).

L'intervista iniziava con una breve introduzione con le rappresentazioni dei personaggi che ritraggono le cinque emozioni nel cartone *Inside Out* prodotto da *Pixar Animation Studios* in co-produzione con *Walt Disney Picture*. Sono state scelte delle immagini che fossero evocative delle differenti emozioni grazie all'espressione facciale affinché, sia i bambini che i ragazzi, potessero individuare con facilità le emozioni di cui si sarebbe parlato durante l'intervista (appendice 2). Dopo che l'intervistato individuava nei cinque personaggi le cinque emozioni, gli si chiedeva di raccontare delle situazioni in cui aveva provato ciascuna di queste. Questa prima parte aveva il compito di introdurre al paziente il tema dell'intervista, di creare un ambiente confortevole in cui l'intervistato potesse sentirsi a proprio agio e di dare occasione all'intervistatore di individuare la modalità migliore di approccio. Inoltre, per permettere al paziente di familiarizzare con le carte di *Dixit*, gli si domandava di scegliere, per ciascuna delle cinque emozioni, una carta che, in base al suo vissuto, la rappresentava.

Il setting per l'intervista è stato predisposto in una stanza a parte rispetto al luogo in cui l'Associazione svolge le attività quotidiane. L'intervistatore e l'intervistato si sedevano, uno a fianco all'altro, davanti a un tavolo in cui erano state predisposte le immagini dei personaggi del cartone animato *Inside Out* e sul quale successivamente si distribuivano le carte di *Dixit*, in modo che fossero tutte ben visibili e raggiungibili per il paziente.

⁷ Si tratta di un gioco da tavolo composto da 84 carte realizzate nel 2008 da Jean-Louis Roubira e l'illustratrice Marie Cardouat. Su ogni carta è rappresentata un'immagine diversa e ogni giocatore, a turno, crea una brevissima narrazione con l'obiettivo di descriverla o di dare qualche indizio, così che gli altri giocatori possano indovinare, ma non troppo facilmente, di che carta si tratta. (https://www.asmodee.it/giochi_dixit.php)

3. Risultati

I dati sono stati raccolti dal 7 giugno al 21 luglio 2023. L'intervista è stata somministrata, come già anticipato, a venti pazienti, dieci bambini e dieci adolescenti. I pazienti erano lasciati liberi di rispondere e di non rispondere alle diverse domande poste; dunque, la risposta parziale o mancante a una o più delle domande non comportava l'esclusione del paziente dalla ricerca. A ogni intervista è stato assegnato una lettera per poter abbinare ciascuna di esse al paziente che l'aveva svolta.

3.1 Dati personali

I pazienti che hanno partecipato erano sia maschi che femmine con una maggior presenza di bambine e ragazze all'interno del campione. In particolare, tra i bambini 6 erano femmine mentre nel gruppo degli adolescenti erano tutte ragazze.

Le seguenti tabelle riportano i dati anagrafici dei pazienti e alcuni valori statistici, in particolare la media delle età. La tabella 1 fa riferimento ai pazienti appartenenti alla fascia 6-11 anni, mentre la tabella 2 alla fascia adolescenziale.

	M	F
N	4	6
Età media	9,0	9,2

Tabella 1: sesso ed età media per la fascia 6-11 anni

	M	F
N	0	10
Età media	/	13,6

Tabella 2: sesso ed età media per la fascia 12-18 anni

La seguente tabella (tabella 3) presenta i reparti in cui i partecipanti alla ricerca erano ricoverati nel momento della rilevazione dei dati. Questo sia per i bambini che per gli adolescenti, divisi nelle due fasce di età.

Reparto	Bambini	Adolescenti
Allergologia	0	0
Cardiologia	3	0
Centro Bambino Maltrattato	0	0
Gastroenterologia	1	0
Malattie metaboliche	0	1
Nefrologia	2	0
Neurologia	1	2
Neuropsichiatria infantile	1	1
Pneumologia	0	1
Pediatria d'urgenza	1	4
Reumatologia	1	1

Tabella 3: Reparti in cui i partecipanti alla ricerca erano ricoverati

Ai pazienti che hanno partecipato alla ricerca è stato chiesto se fosse la prima volta che venivano ricoverati. Tra i bambini, 6 avevano già vissuto almeno un precedente ricovero, tra gli adolescenti solo uno era al primo ricovero.

Il giorno dell'intervista, si è rilevato il numero di giorno di ricovero di ciascun partecipante alla ricerca. Il grafico 1 fa riferimento alla fascia 6-11 anni, il grafico 2 alla fascia 12-18 anni.

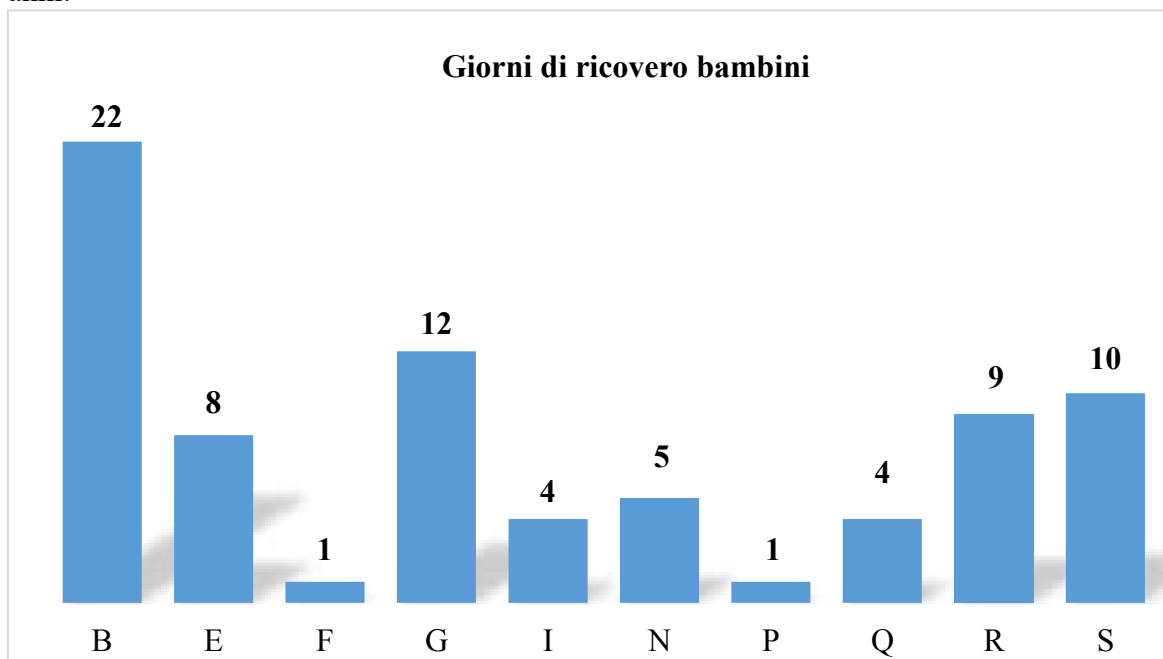


Grafico 1: Giorni di ricovero dei pazienti appartenenti alla fascia di età 6-11 anni

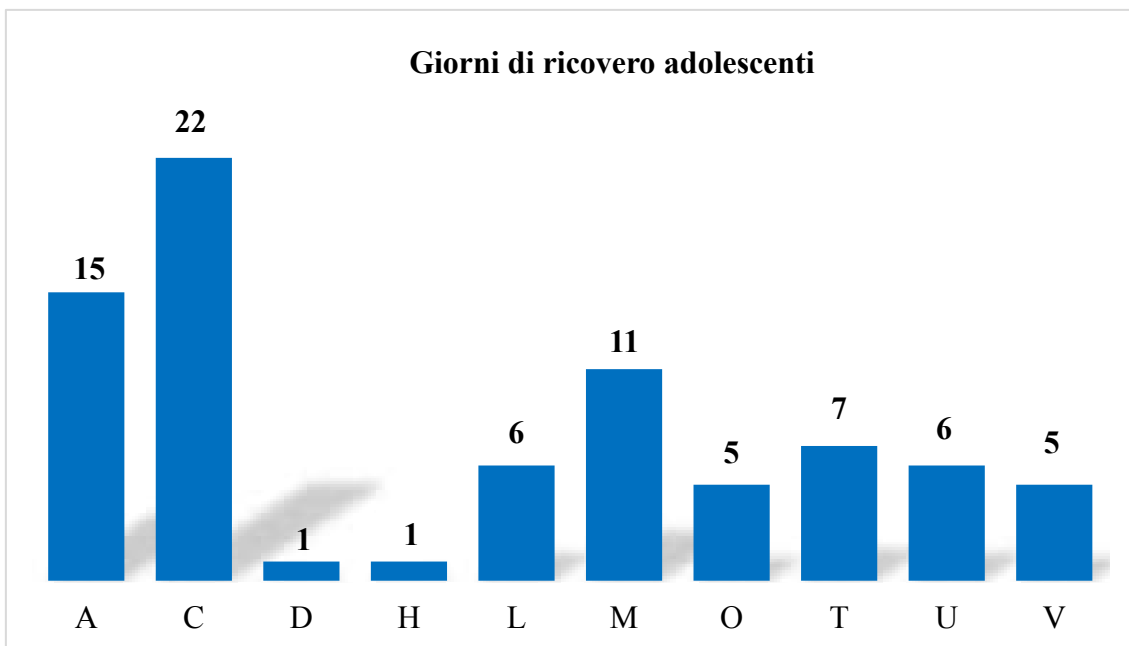


Grafico 2: Giorni di ricovero dei pazienti appartenenti alla fascia di età 12-18 anni

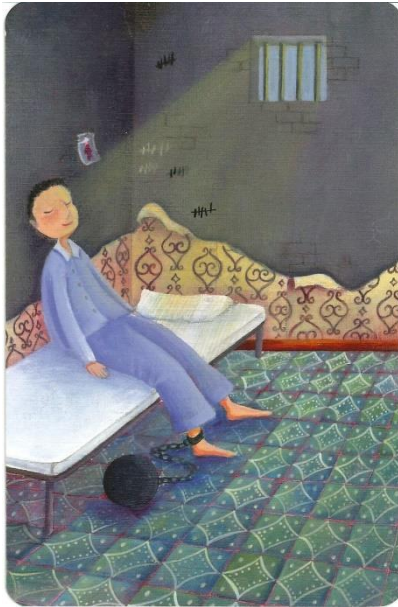
Infine, è stato chiesto ai pazienti che hanno partecipato alla ricerca se conoscevano le carte del gioco *Dixit*. Nella fascia dai 6 agli 11 anni, 2 bambini aveva già giocato a *Dixit* e conosceva le carte di quella versione del gioco. Nella fascia 12-18 anni, solo un paziente su dieci conosceva *Dixit* in quella particolare versione.

3.2 Presentazione dei risultati

Si presenteranno, ora, i risultati ottenuti nella seconda fase dell'intervista, in cui veniva chiesto al paziente di scegliere una carta che rappresentasse il ricovero tra tutte quelle disposte sul tavolo e di narrare la carta stessa. Inoltre, gli veniva chiesto quale fosse l'emozione che collegava alla carta e che era più presente nei giorni di ricovero che stava vivendo. Ogni paziente era lasciato libero di rispondere a quest'ultima domanda di riportare una o più emozioni. Le risposte sono state analizzate usando la modalità carta-matita.

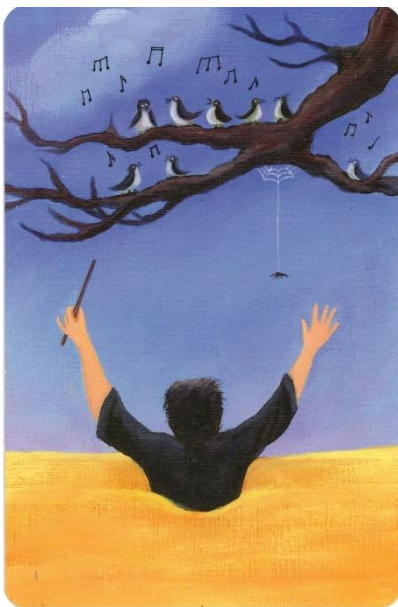
3.2.1 La percezione del ricovero da parte dei bambini

Qui di seguito presentiamo le carte scelte dai bambini (fascia d'età 6-11 anni) con le narrazioni che questi ultimi hanno utilizzato per spiegare la carta.



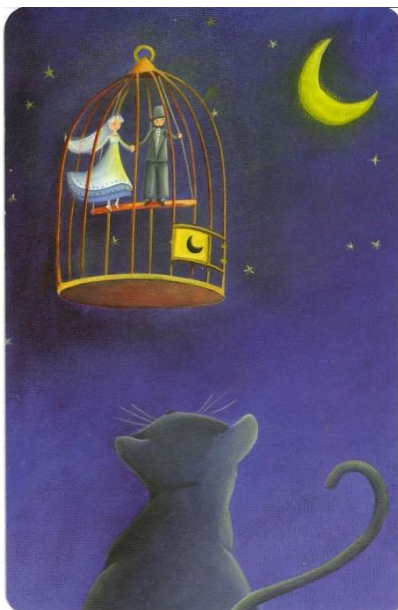
Carta 1

Questa carta (carta 1) è stata scelta da tre bambini (pazienti B, E, R). Due di loro (B, E) hanno motivato la scelta di questa carta raccontando di sentirsi imprigionati, di rivedersi nell'uomo rappresentato nella carta dal momento che non possono andare da nessuna parte. Il paziente E aggiunge che si rivede nel signore imprigionato che sembra stare bene dal momento che anche lui si sente bene. R sceglie questa carta perché vede nel protagonista di essa qualcuno che si sta annoiando proprio come lui nei giorni del ricovero.

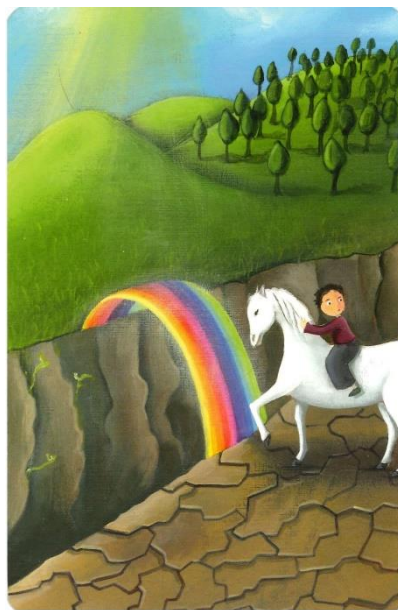


Carta 2

Questa carta è stata scelta dal paziente F perché per lui è una carta che rappresenta la felicità e lui si sente felice perché il tempo che sta vivendo in ospedale lo potrà aiutare a stare meglio. Racconta: «sono felice perché lo stare qua mi permette forse in futuro di poter mangiare qualcosa in più». Infatti, fin da piccolo ha dovuto eliminare l'assunzione di molti cibi.



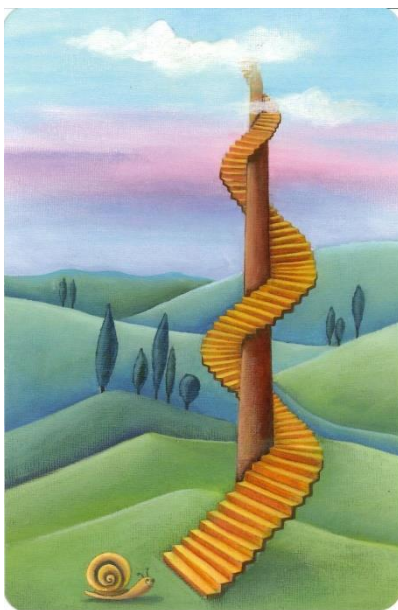
Carta 3



Carta 4

Le due carte qui accanto sono state scelte dalla paziente G. La carta 3 è stata scelta perché il gatto, la luna e le stelle le ricordano ciò che ha dovuto lasciare a causa del ricovero e di cui sente la mancanza. In questo caso il ricovero è rappresentato dalla gabbia. La numero 4, al contrario, ritrae il fatto

che la bambina si trova bene in ospedale e desidererebbe «stare più tempo per scoprire più cose» come il bambino che, in sella al suo cavallo bianco, va alla scoperta di nuovi mondi.



Carta 5



Carta 6

Il paziente I ha scelto queste due carte per raccontare il suo ricovero. In particolare, la carta 5 rappresenta la sensazione del bambino che, per giungere alla porta di uscita, si debba scalare la scala disegnata nella carta. Questa scala però risulta non avere una fine. La carta 6 rimanda

alla sensazione di prigionia: l'ospedale è rappresentato dalla gonna della signora che imprigiona due pesci, lui e la mamma che è con lui in ospedale.



Carta 7

Il paziente N ha scelto questa carta (carta 7) perché la associa alla paura che riconosce essere l'emozione maggiormente presente nei giorni di ricovero. Questa immagine, infatti, secondo lui, è l'immagine che tra tutte rappresenta di più questa emozione, anche se non ne sa il motivo.

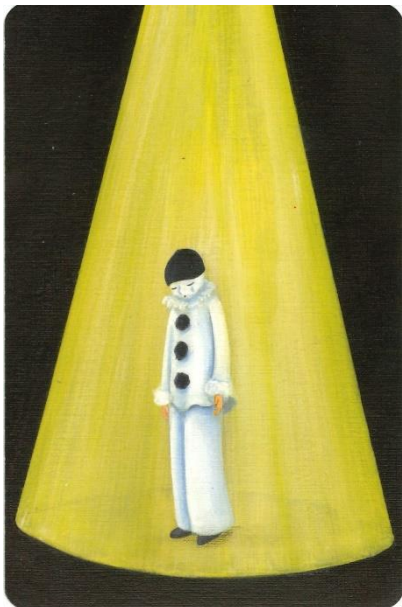


Carta 8

La carta numero 8 è stata scelta dalla paziente P. Il motivo principale di questa scelta è che le appare come una «carta confusa», non chiara e in ciò si rivede. La bambina riporta, infatti, di sentirsi «confusa».

3.2.2 La percezione del ricovero da parte degli adolescenti tramite le immagini

Si presenteranno ora le carte identificate dagli adolescenti per raccontare il ricovero con le rispettive narrazioni.

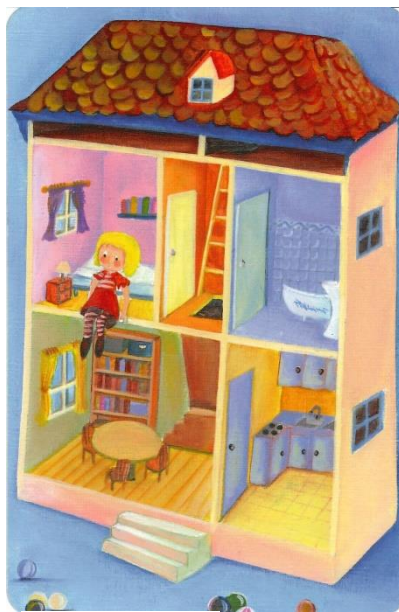


Carta 9

La carta, qui di fianco, è stata scelta dalla paziente A poiché si è trovata da sola, rinchiusa in ospedale, come il protagonista della carta. In più, aggiunge che non ne capisce le ragioni, lei sta bene e non ci sono motivi perché lei continui a restare in ospedale.



Carta 10

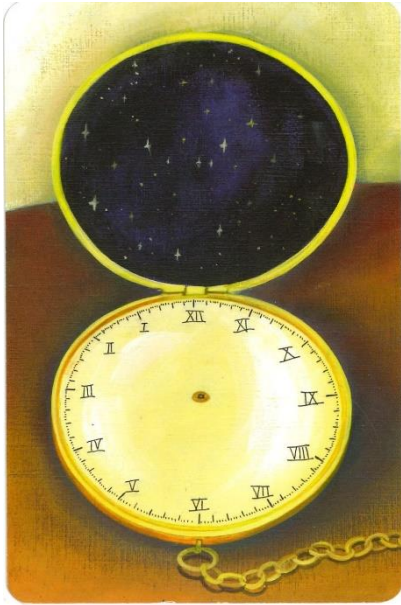


Carta 11

La paziente C identifica queste due carte come rappresentanti il ricovero. La carta 10 rappresenta ciò che le piace fare mentre è ricoverata, ovvero disegnare e fare laboratori creativi durante le attività dell'Associazione Gioco e Benessere in Pediatria; la carta 11 raffigura ciò

che la paziente sperimenta maggiormente durante il ricovero, specialmente nel fine settimana⁸: la noia. Racconta «In ospedale mi annoio, non mi piace più, non voglio più venirci».

⁸ Durante il fine settimana le attività nei reparti sono assenti.



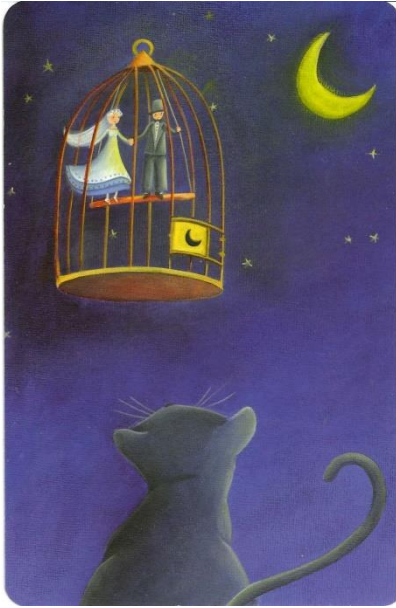
Carta 12

Questa carta è stata identificata dalla paziente D per rappresentare il suo ricovero. Quest'ultima spiega la sua scelta con queste parole: «C'è una bussola che mi ricorda il tempo. Qui (in ospedale) non c'è tempo sprecato. Tutti dicono che si perde tempo ma non è così: è un tempo che serve per curarsi, ti curi e questo serve per la tua felicità».



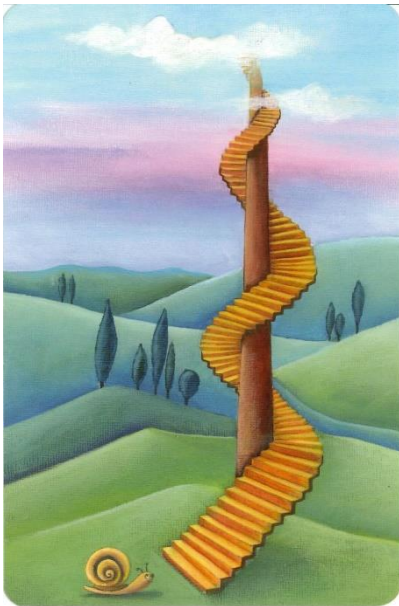
Carta 13

Il paziente H riconosce in questa carta (13) l'immagine che più si avvicina al suo vissuto di ricovero. Spiega che, se l'albero non sta bene, non cresce, ha bisogno di stare bene per poter crescere più possibile. Allo stesso modo, «per vivere di più serve stare bene».



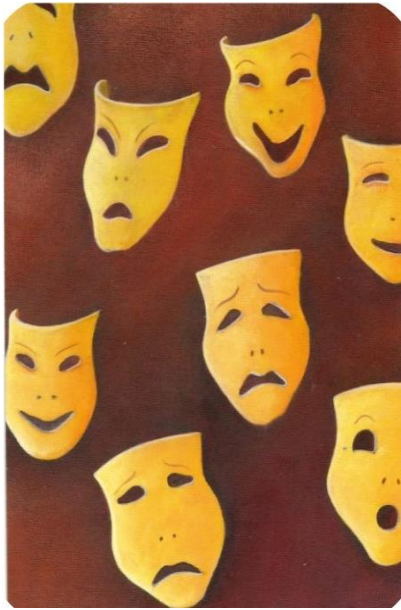
Carta 14

Questa carta (14) per la paziente L rappresenta il ricovero. Lei e la mamma, rinchiusi in ospedale, sono rappresentate dai due sposi che si trovano anch'essi imprigionati nella gabbia; il gatto rappresenta le persone a cui vuole bene da cui non può andare a causa della gabbia-ospedale. Aggiunge, però, che la gabbia permette ai due prigionieri di guardare fuori: così anche lei può incontrare le persone quando la vengono a trovare.



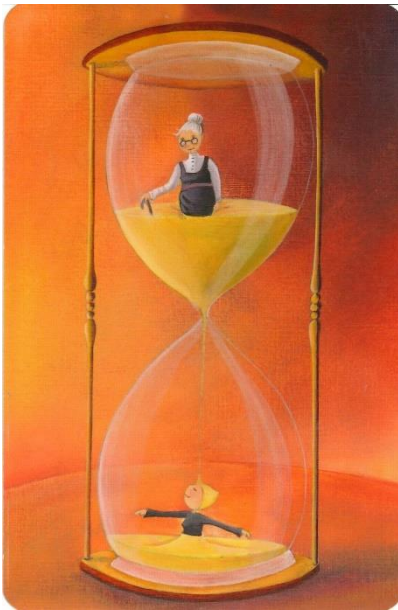
Carta 15

La paziente M ha scelto la carta 15 poiché la scala e la lumaca ritraggono la lentezza del recupero e il tempo che il ricovero, così come la ripresa postoperatoria, richiederanno. La ragazza aggiunge però che, anche se l'operazione che dovrà affrontare richiederà un tempo lungo di recupero, serve perché lei stia meglio.



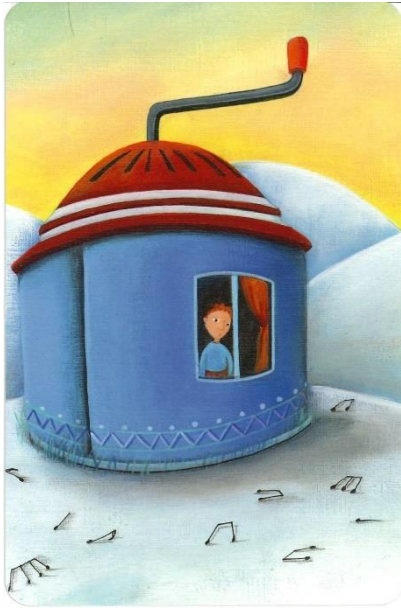
Carta 16

La paziente O ha identificato la carta 16 per narrare il suo vissuto del ricovero. Le maschere rappresentano molte emozioni diverse e la ragazza stessa vive tantissime emozioni diverse e contrastanti.



Carta 17

La paziente T ha scelto la carta 17 per la presenza della clessidra che segna il tempo che passa tramite la caduta dei granelli di sabbia. La ragazza racconta che, mentre sta in ospedale, guarda il tempo che passa mentre si annoia.



Carta 18

La paziente U ha scelto la carta 18 perché si rivede nel ragazzino che è rinchiuso nel carillon e che da lì non può uscire. Aggiunge che le note rappresentano i suoi amici che non può incontrare e con cui non può chiacchierare finché si trova ricoverata in ospedale.

3.2.3 Le emozioni dei bambini ricoverati

Si è potuto osservare che, il bambino parlando del ricovero, ha riportato principalmente due emozioni: la tristezza e la gioia. In particolare, cinque bambini su dieci hanno riportato che la tristezza è l'emozione (o una delle emozioni) più presente durante il ricovero, mentre quattro di loro associano al ricovero la gioia. In tre hanno ritenuto che l'emozione più presente fosse la paura; la rabbia e il disgusto sono state nominate solo da un bambino. Da sottolineare è il fatto che un paziente (S), giunti alle domande sul ricovero, ha detto di non volerci pensare e ha scelto di non rispondere.

Qui di seguito è presente il grafico in cui sono rappresentate le frequenze percentuali per ciascuna delle emozioni fondamentali.

Emozioni dei bambini ricoverati

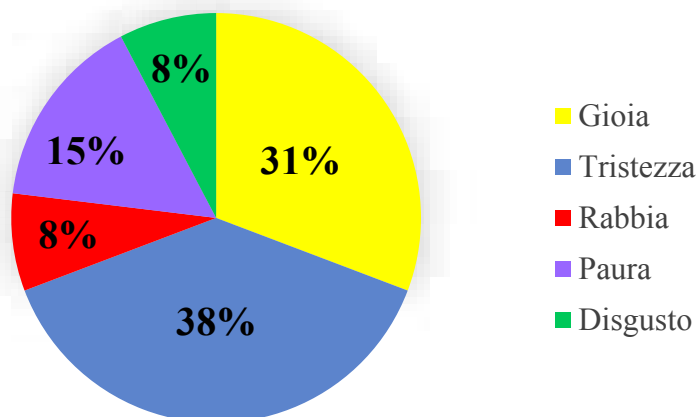


Grafico 3: Le emozioni maggiormente vissute durante il ricovero dai pazienti della fascia 6-11 anni in frequenze percentuali

Talvolta le emozioni venivano semplicemente nominate come maggiormente presenti, altre volte il bambino le associava a qualcosa in particolare. Per quanto riguarda la gioia, i due bambini che hanno motivato la loro scelta hanno spiegato che erano felici perché l'ospedale avrebbe permesso loro di stare meglio, il paziente F dice «sono felice perché lo stare qua mi permette forse in futuro di poter mangiare qualcosa in più, di stare meglio» e il paziente B riporta di essere felice perché lì lo stanno aiutando. Le motivazioni della tristezza sono più varie: due bambini raccontano di essere tristi perché si sentono imprigionati, non possono andare da nessun'altra parte che non sia l'ospedale, un bambino associa la tristezza alla noia, un altro bambino la motiva con la nostalgia di ciò che ha lasciato a casa. La paura viene motivata da un bambino che racconta: «è come se per uscire si dovesse percorrere una scala e alla fine di questa scala ci fosse una porta, ma questa scala è infinta» (paziente I). Il bambino che ha scelto la rabbia e il disgusto non ha spiegato il perché.

3.2.4 Le emozioni degli adolescenti ricoverati

La maggior parte degli adolescenti, durante le interviste, ha riportato come emozione principale del ricovero la tristezza: in sei hanno optato per questa emozione. Due adolescenti hanno scelto la paura e altrettanti la gioia. Infine, uno ha associato il ricovero alla rabbia. Nessun adolescente ha indicato il disgusto come emozione prevalente.

Il grafico sottostante rappresenta le frequenze percentuali con cui ogni emozione è stata identificata come l'emozione, o una delle emozioni, più presente durante il ricovero. Come

per la fascia 6-11 anni, anche a questi pazienti è stata lasciata la libertà di scegliere una o più emozioni.

Emozioni degli adolescenti ricoverati

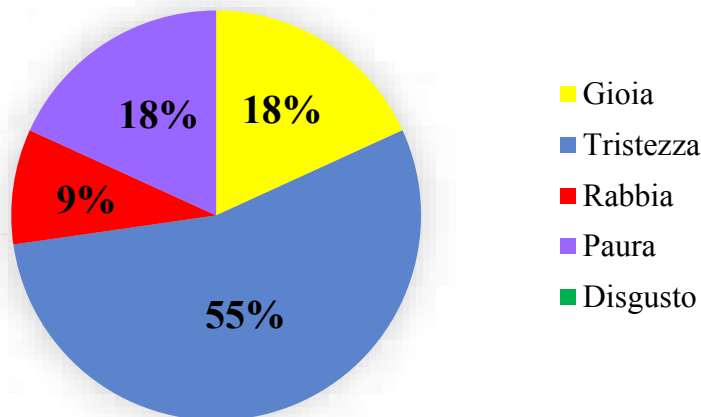


Grafico 4: Le emozioni maggiormente vissute durante il ricovero dai pazienti della fascia 12-18 anni in frequenze percentuali.

Le emozioni individuate dai diversi pazienti, venivano motivate o meno in base alla scelta libera del singolo paziente. Alla tristezza tre adolescenti hanno associato la noia, il non avere nulla da fare, che lascia spazio a pensieri tristi, come riporta una ragazza (O). Altrettanti adolescenti motivano la scelta della tristezza con la sensazione di essere in prigione, rinchiusi, nell'ospedale. Tre pazienti associano alla tristezza, oltre alla sensazione di prigionia, anche altri due elementi: due (A, U) vi affiancano anche la solitudine, il non poter stare con gli amici e la terza (L) la nostalgia per ciò che ha dovuto lasciare nel momento in cui è stata ricoverata. La rabbia viene motivata dalla paziente A spiegando che lei, pur stando bene, pur non avendo bisogno di restare ricoverata in ospedale, si ritrova comunque lì, senza un motivo. Infine, L ha collegato la paura con la sensazione di prigionia e con il non poter vedere le persone a lei care che si trovano fuori dall'ospedale; un'altra paziente ha associato la paura al riconoscere che il ricovero e la ripresa post-operatoria sarà molto lunga (M).

3.2.5 Presentazione dei risultati dell'osservazione

Al termine di ogni intervista, l'intervistatore ha compilato una griglia di osservazione costruita a partire dall'osservazione partecipante e volta a raccogliere i seguenti dati: la disponibilità del paziente, il livello di agitazione percepita, la consapevolezza delle emozioni da parte del paziente, il grado di comprensione delle domande e di capacità di rispondere a

quest'ultime e la chiarezza di esposizione (appendice 3). Ogni item poteva ottenere un punteggio da 0 a 4, dove 0 è il minimo e 4 il massimo.

Le tabelle sottostanti presentano le frequenze, per ciascun item, dei diversi punteggi ottenuti e la loro media. La prima tabella (4) fa riferimento alla fascia 6-11 anni, la seconda tabella (5) alla fascia 12-18 anni.

Punteggio complessivo	Disponibilità	Agitazione	Consapevolezza	Comprensione	Risposta	Esposizione
0	1	4	0	1	0	1
1	1	4	0	1	0	3
2	1	1	2	2	1	0
3	3	1	3	2	5	3
4	4	0	5	4	4	3
Media	2,8	0,9	3,3	2,7	3,3	2,4

Tabella 4: Frequenza dei diversi punteggi ottenuti per ciascun item e la loro media nella fascia 6-11 anni.

Punteggio complessivo	Disponibilità	Agitazione	Consapevolezza	Comprensione	Risposta	Esposizione
0	0	1	0	0	0	0
1	1	7	1	2	0	0
2	0	1	1	1	1	1
3	5	1	3	2	5	8
4	4	0	5	5	4	1
Media	3,2	1,2	2,6	3	3,3	3

Tabella 5: Frequenza dei diversi punteggi ottenuti per ciascun item e la loro media nella fascia 12-18 anni.

4. Analisi dei risultati e risvolti educativi

4.1 Analisi dei dati personali

Nell'analisi dei dati personali emerge, in primis che il sesso dei partecipanti è per lo più femminile. Questo in particolare nella fascia adolescenziale in cui non è presente neanche un partecipante di sesso maschile; ciò mostra, da una parte che i pazienti dai 12 ai 18 anni, che hanno partecipato alle attività dell'Associazione Gioco e Benessere durante il periodo di rilevazione dei dati, erano per lo più ragazze e dall'altra che le ragazze e le bambine erano più disponibili a partecipare all'intervista rispetto ai pazienti maschi.

Per quanto riguarda le età, tutti i partecipanti hanno dagli 8 ai 16 anni. Ciò si può spiegare a partire dalla tipologia di pazienti che hanno frequentato l'Associazione in quei mesi: i pazienti con più di 16 anni tendono a gestirsi in autonomia il tempo in ospedale, mentre i pazienti più piccoli potevano non essere nelle condizioni di partecipare alle diverse attività oppure i genitori sceglievano di farli restare in stanza.

I partecipanti alla ricerca provenivano da diversi reparti, ciò comporta che sia per la fascia scolare che per quella adolescenziale i motivi del ricovero erano vari e, di conseguenza, anche ciò che ciascun paziente ha vissuto, gli esami e le visite che ha dovuto fare, i medici e il personale sanitario che ha incontrato, erano diversi da quelli di ogni altro partecipante. Inoltre, la maggior parte dei pazienti, per entrambe le fasce d'età, era già stato ricoverato almeno un'altra volta prima del ricovero in cui è stata effettuata l'intervista. Di conseguenza, le narrazioni che ha fornito relativamente al ricovero e le emozioni vissute in esso possono essere state influenzate dalle esperienze precedenti.

I giorni di ricovero antecedenti l'intervista vanno dai 22 giorni al singolo giorno sia per la fascia 6-11 anni che per la fascia 12-18 anni. Tra i pazienti che erano arrivati in ospedale da solo un giorno, un solo paziente (F) era al primo ricovero pur avendo alle spalle una storia di malattia abbastanza prolungata. In questo caso le narrazioni sono relative al primo impatto che ha avuto il ricovero su F e alle esperienze precedenti legate all'ospedale. Tutti gli altri pazienti, chi per più giorni chi per meno, avevano avuto modo di vivere il ricovero e l'esperienza di malattia.

Un altro dato rilevato era la conoscenza del gioco da tavolo *Dixit* nella versione classica. Solo tre pazienti, due per la fascia d'età scolare e uno per la fascia d'età adolescenziale,

conoscevano il gioco *Dixit* e le carte della versione utilizzata. Durante le interviste si è potuto notare che i pazienti che conoscevano già le carte, le riuscivano a scegliere con maggiore facilità ed erano più loquaci nel narrarle, ma allo stesso tempo erano più influenzati nella scelta dalle conoscenze ed esperienze di gioco precedenti. Ad esempio, il paziente E nello scegliere la carta per la gioia, prima ancora di guardare le carte, aveva già deciso quale avrebbe preso: la sua preferita. Chi al contrario non conosceva il gioco, si concedeva più tempo per guardare le diverse carte e solo dopo sceglieva quali prendere. Ciò avveniva soprattutto per i ragazzi mentre i bambini erano più frettolosi nella scelta, ciò probabilmente era la conseguenza di una diversa maturità cognitiva e del pensiero simbolico.

4.2 Analisi dei risultati sulla percezione del ricovero

A partire dalle narrazioni rilevate tramite le interviste semi strutturate ai pazienti, mediante la modalità carta-matita sono stati individuate delle etichette che racchiudessero il contenuto delle narrazioni o di parti di esse così da poter confrontare le narrazioni dei bambini con le narrazioni degli adolescenti. Nel grafico sottostante si possono osservare le frequenze assolute con cui ogni etichetta, che verrà approfondita in seguito, è stata utilizzata dai pazienti delle due fasce di età. Sono rappresentate sia le frequenze della fascia 6-11 anni sia quelle della fascia 12-18 anni così da permettere un confronto.

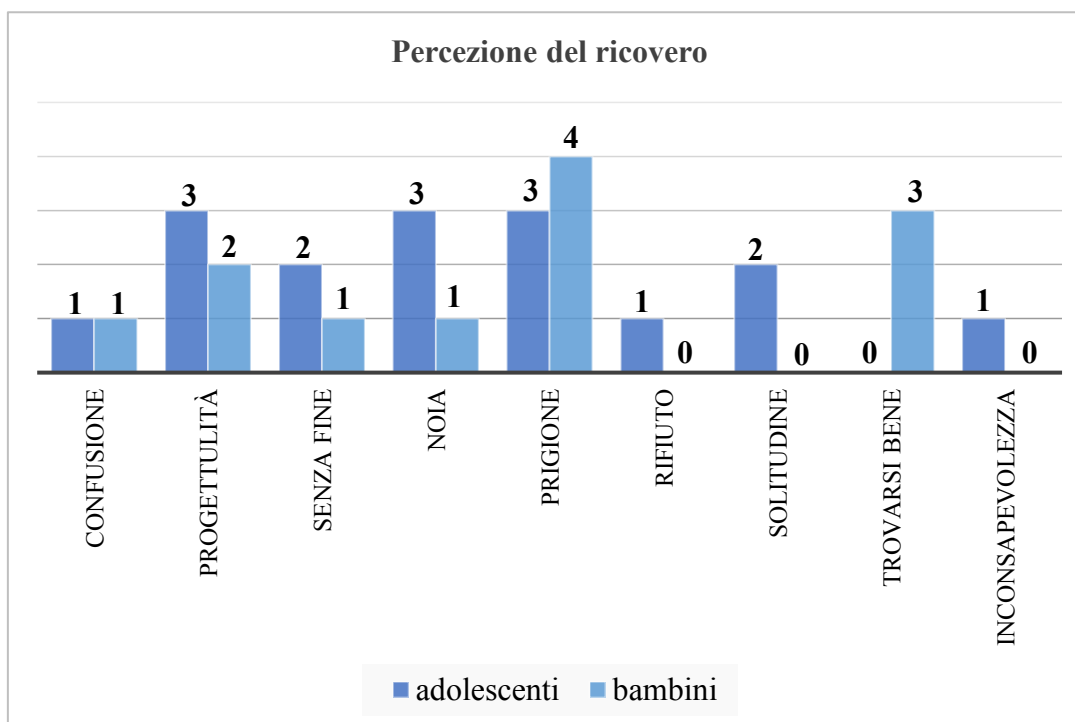


Grafico 5: Frequenze assolute di comparsa delle etichette relative alla percezione del ricovero durante le narrazioni: confronto tra bambini e adolescenti

È interessante notare che molte etichette, anche se con frequenze diverse, sono comuni tra bambini e adolescenti intervistati ad eccezione della solitudine, del rifiuto del ricovero e dell'inconsapevolezza che sono stati rilevati solo nelle narrazioni degli adolescenti e l'etichetta trovarsi bene rilevata solo nelle interviste dei bambini. A tal proposito, per quanto riguarda la solitudine, si ipotizza che ciò sia dovuto ai passaggi di crescita che avvengono durante l'adolescenza soprattutto a livello relazionale. I genitori «divengono parte di una relazione critica, sempre in discussione», spesso conflittuale dal momento che l'adolescente vede nei no dei genitori un limite alla propria libertà che però gli è necessaria per potersi costruire una propria identità, una propria narrazione, unica e separata da quella dei genitori (Bobbo, 2012, pp. 98-99). Questa conflittualità può sussistere anche durante il ricovero comportando in alcuni casi la chiusura nei confronti del genitore, unica persona conosciuta per il paziente che si trova in una realtà a lui sconosciuta. Inoltre, in questo periodo della vita assumono sempre più importanza le relazioni coi pari, occasione per il ragazzo di uscire dall'ambiente familiare e trovare dei nuovi stimoli, cominciando a vivere la propria autonomia. Queste relazioni, a causa del ricovero, si interrompono, almeno parzialmente, e a questa separazione fisica si aggiunge un'ulteriore distanza tra il ragazzo ricoverato e i suoi pari: il suo corpo, base fondamentale per la valutazione della persona, condizione essenziale di autoaffermazione, obiettivo per soddisfare il suo bisogno di appartenenza (De Bartolomeis, 1955) è colpito dalla malattia e questo può comportare un sentimento di inferiorità nell'adolescente e può impedirgli la partecipazione a occasioni di socializzazione e condivisione coi pari (Bobbo, 2009, p. 44). Anche il rifiuto verso il ricovero e l'ospedale, nella ricerca, è apparso solo tra gli adolescenti. Ciò potrebbe essere conseguenza dell'incapacità di cogliere la severità oggettiva della patologia, l'obiettività mal si concilia con una capacità di pensiero alterata da una consequenzialità astratta o arbitraria che sta emergendo (Petter, 1990, pp. 125-126). Questo è anche collegato al fatto che l'adolescente attraversa una fase caratterizzata da una crescita su più livelli, ponderale, della forza muscolare, della resistenza del corpo davanti alla quale la possibilità di essere colpiti e fermati da una malattia svanisce (Bobbo, 2009, p. 59). Potrebbe anche essere espressione dell'incapacità di proiettarsi nel futuro reso molto incerto dalla patologia a cui si aggiunge la difficoltà, tipica dell'adolescenza, ad attendere, ad «accettare vincoli e limiti in virtù di una prospettiva di vita buona e lunga» (Bobbo, 2009, p. 60). Nel caso specifico,

considerando la storia della paziente e le sue narrazioni, si ritiene che questo rifiuto verso il ricovero sia dovuto alla stanchezza per i numerosi e prolungati, talvolta ravvicinati, ricoveri.

Un elemento interessante, rilevato nelle interviste, è relativo all'associazione tra il ricovero e la prigionia. La sensazione di prigionia è una delle etichette più frequenti sia nei bambini che negli adolescenti intervistati. Sei pazienti, quattro bambini e due adolescenti, utilizzano la metafora della gabbia per parlare dell'ospedale. Già l'esperienza di malattia comporta un'importante frustrazione sia nel bambino che nell'adolescente dal momento che impone un limite alla propria volontà, ai propri movimenti e alle proprie attività, conseguente alle necessità di un corpo malato (Kanizsa, 2013). Ciò si presenta in modo ancora più importante nel momento in cui un bambino o un ragazzo vengono ricoverati. Uno degli elementi ricorrenti nei racconti era proprio l'imposizione di un limite al proprio movimento, l'impossibilità ad andare in qualche altro luogo che non fosse l'ospedale. A ciò si aggiunge un altro elemento presente in entrambe le fasce di età: il non poter vedere, incontrare chi si trova all'esterno della gabbia, aspetto che viene sottolineato da un bambino e da un adolescente. Si può notare quindi come, tra i partecipanti alla ricerca, in entrambi i gruppi, il distacco dalla propria quotidianità, dalle proprie abitudini, dalle relazioni familiari e di amicizia, sia percepito in modo forte. Ciò è particolarmente impattante tra i bambini intervistati, essi perdono tutti i punti di riferimento, la propria routine ed entrano in un mondo a loro sconosciuto (Kanizsa, 2013, p. 19) e le motivazioni di tutto ciò, per lo sviluppo cognitivo di quest'età, sono poco comprensibili: il bambino vive nell'ignoto che può comportare angoscia (Bobbo, 2012). Per gli adolescenti, invece, ciò che può aumentare la sensazione di prigionia è anche correlato al percepire il ricovero stesso come un ulteriore limite alla propria libertà che l'adulto gli impone.

Le altre due etichette emerse più frequentemente nelle interviste della fascia adolescenziale sono la noia e la progettualità: entrambe appaiono tre volte. Nel caso della noia, il codice appare quasi esclusivamente tra gli adolescenti, un solo bambino ne parla. Da ciò che si è potuto osservare durante il tirocinio, questo potrebbe essere conseguenza del fatto che all'interno dell'ospedale i bambini partecipano maggiormente alle attività proposte e alla scuola mentre gli adolescenti tendono ad essere maggiormente autonomi per quanto riguarda lo studio e partecipano di meno anche alle altre attività. Inoltre, se il bambino gioca col genitore e così facendo anche i tempi vuoti passano un po' più velocemente, l'adolescente, per i motivi che si citavano sopra, sta meno in relazione con gli adulti che ha intorno. Di

conseguenza i tempi vuoti, che in ospedale non mancano, li passa principalmente da solo a meno che non trovi durante il ricovero dei compagni di stanza suoi pari con cui condividere ciò che sta vivendo.

Per quanto riguarda, la dimensione della progettualità, questa etichetta emersa frequentemente tra gli adolescenti ed è riportata anche nelle narrazioni dei bambini. È interessante notare che 3 adolescenti e 2 bambini nei racconti hanno sottolineato l'importanza del ricovero per il loro futuro, riconoscendo che il tempo che passavano in ospedale era utile perché lì li stavano aiutando. Ciò mostra, in questi pazienti, una consapevolezza di malattia, un riconoscere di avere bisogno di aiuto e anche il saper accettare di essere aiutati. Inoltre, evidenzia una cosa molto importante: essi guardano al futuro, hanno mantenuto una progettualità, che spesso invece viene perduta dal momento che il futuro è reso molto incerto dalla malattia stessa che può anche far temere per la propria vita (Gross, 1989). Tutti questi elementi sono fattori protettivi e favoriscono la resilienza ovvero «la capacità degli individui che sono esposti a un evento isolato e potenzialmente e altamente distruttivo (morte di una persona amata, trauma, minaccia alla propria vita, etc.) di mantenere livelli relativamente stabili e sani di funzionamento psicologico e fisico, nonché come capacità di vivere altre esperienze generative ed emozioni positive» (Bonanno, 2004).

Una paziente adolescente si è mostrata non consapevole della necessità di stare in ospedale, riteneva infatti di stare bene, che non ci fosse alcun motivo per restare ricoverata. Ciò può mostrare una sua incapacità di cogliere che la realtà personale possa includere una malattia, una possibile mancata comunicazione con la paziente da parte dei medici e dei genitori o una sua non completa comprensione e accettazione delle informazioni ricevute. La mancata consapevolezza di malattia è un fattore prognostico negativo perché può comportare la mancanza di aderenza terapeutica già nel presente ma soprattutto nel momento in cui la paziente, diventata adulta, gestirà in autonomia la patologia (Bobbo, 2020).

Per quanto riguarda i bambini intervistati la seconda etichetta più frequente è il trovarsi bene. Tre bambini, infatti, riportano che si trovano bene in ospedale, coi medici e col personale sanitario, una bambina racconta addirittura di desiderare di stare ancora in ospedale per poter scoprire più cose. Questo codice non risulta mai all'interno delle interviste fatte ai partecipanti della fascia adolescenziale. Ci si chiede il motivo di tale divario. Si ipotizza che

ciò possa essere dovuto alle diverse modalità di approccio da parte dei medici e del personale sanitario che le due fasce di età richiedono e che non sempre vengono messe in atto. Inoltre, a contribuire a ciò potrebbe essere anche il fatto che i bambini attraversano una fase caratterizzata dalla creatività, dalla curiosità e dall'industriosità (Bobbo, 2012) che li spinge a cercare di conoscere cose nuove, ad esplorare e a creare storie fantastiche a partire dalla realtà che li circonda; mentre l'adolescente tende ad essere più consapevole del luogo in cui si trova.

Anche l'etichetta senza fine è stata rilevata più volte, due tra gli adolescenti e una tra i bambini, ma nelle due fasce di età assume due accezioni diverse. Il bambino parla di una scala infinita in cui non c'è una fine, non c'è una via d'uscita; gli adolescenti parlano invece di qualcosa che è o appare molto lungo, ma che in ogni caso ha una fine: un recupero molto lento che porterà a stare meglio, una clessidra in cui granelli di sabbia finiranno. Questa differenza porta alla luce la difficoltà dei bambini di comprendere ciò che sta accadendo, ciò che stanno vivendo e la conseguente angoscia che vivono, ma anche il maggior sviluppo del pensiero astratto nell'adolescente.

Una bambina e un'adolescente, durante le narrazioni hanno riportato di sentirsi confuse ma la confusione riportata era differente. Nel caso della bambina la confusione riportata rimanda a una incapacità di mettere in ordine le idee, di capire cosa sta succedendo, di dare un nome a ciò che prova. Si ritiene che questo possa essere conseguenza del fatto che la piccola, pur avendo già vissuto altri ricoveri, è al primo giorno del nuovo ricovero, di conseguenza la confusione può essere dovuta al dover affrontare un nuovo inserimento in ospedale. Nel caso dell'adolescente la confusione ha un'altra accezione: riporta di provare molte emozioni contrastanti, al contrario della bambina la ragazza è consapevole delle emozioni che sta provando e la sua confusione è dovuta alla presenza, all'apparenza disordinata, di tante emozioni diverse e contrastanti tra loro.

4.3 Analisi dei risultati sulle emozioni prevalenti durante il ricovero

Si analizzano ora i risultati relativi alle emozioni che i partecipanti alla ricerca hanno riportato come prevalenti durante il ricovero. Il grafico sottostante riporta le frequenze di ciascuna emozione per entrambe le fasce di età così da permetterne il confronto.

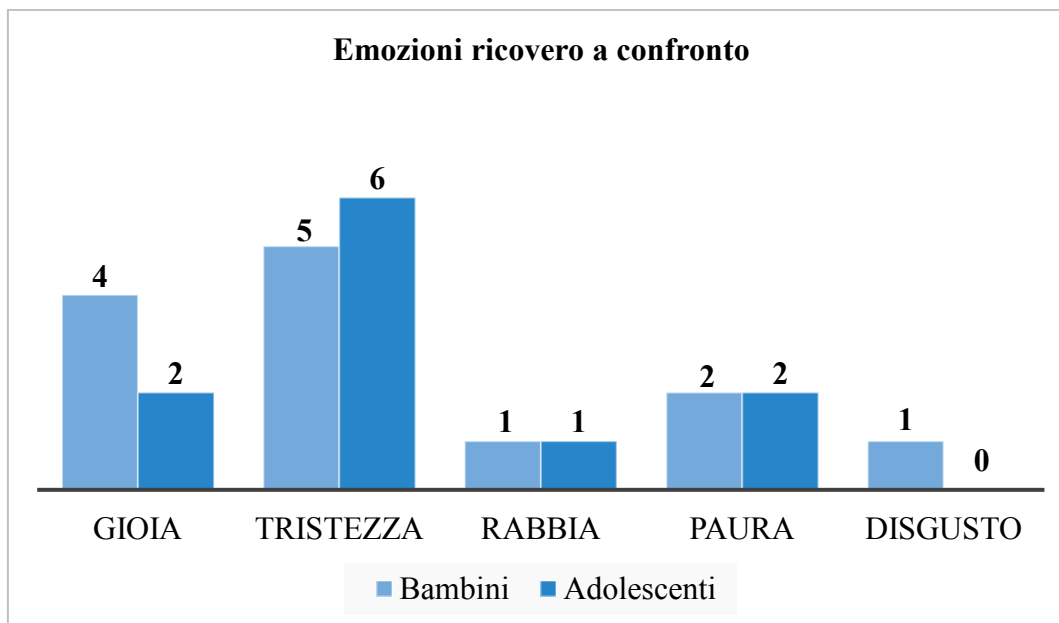


Grafico 6: Frequenze assolute delle emozioni ritenute dai pazienti maggiormente presenti durante il ricovero: confronto tra bambini e adolescenti.

Come è possibile notare dal grafico, l'emozione riconosciuta con più frequenza come maggiormente presente durante il ricovero è la tristezza, essa è stata scelta da 5 bambini e 6 adolescenti. È da sottolineare però che i bambini intervistati hanno scelto, con maggiore frequenza rispetto agli adolescenti, anche le altre emozioni, talvolta affiancandole alla tristezza; così facendo, nella fascia 6-11 anni, la frequenza percentuale di scelta della tristezza come emozione prevalente durante il ricovero risulta più bassa (38%) rispetto a quella della fascia 12-18 anni (55%). La tristezza, in entrambe le fasce d'età, è stata motivata principalmente con la sensazione di prigionia e nel caso degli adolescenti essa veniva associata con altri due elementi che comparivano meno o non comparivano nel caso dei bambini: la solitudine e la noia.

La seconda emozione rilevata più frequentemente in entrambe le fasce di età è la gioia, scelta da 4 bambini e 2 adolescenti. La motivazione data alla gioia è l'importanza del ricovero per il proprio futuro. È da sottolineare come dei 4 bambini che hanno riportato quest'ultima come emozione principale 2 sono al primo ricovero, uno ha 22 giorni di ricovero alle spalle mentre l'altro è al primo giorno pur avendo una storia prolungata di malattia alle spalle; questo può aver influito nella scelta dell'emozione associata al ricovero. Anche la paura, così come la gioia nella fascia adolescenziale, è stata individuata 2 volte sia nel gruppo di partecipanti con un'età compresa tra i 6 e gli 11 anni sia nel gruppo con un'età compresa tra

i 12 e i 18 anni. Nel caso della paura, solo un bambino ha giustificato la scelta spiegando che la associa alla sensazione di prigionia.

La rabbia è stata individuata da un paziente per fascia d'età e motivata solo dall'adolescente che si sente in una gabbia da cui non può uscire, senza capirne la motivazione. Infine, un bambino sceglie il disgusto senza motivarlo.

È interessante notare che tra gli adolescenti intervistati, non solo la tristezza è l'emozione più riportata, ma è anche l'emozione per la quale sono state trovate più motivazioni; le altre emozioni sono state scelte di meno e anche meno motivate, in particolare chi ha scelto la paura non ha saputo motivarla. In questo gruppo di partecipanti, la tristezza appare come emozione prevalente, più insistente, che sembra soffocare le altre. Al contrario nella fascia 6-11 anni, ogni emozione è stata scelta almeno una volta e non c'è un'emozione che prevale in modo significativo sulle altre, anche se la gioia e la tristezza sono nominate con più frequenza. Anche tra i bambini, come tra gli adolescenti, solo alcune emozioni sono state motivate.

Confrontando con gli studi relativi ai vissuti di ospedalizzazione e alle emozioni ad essi correlati analizzati nel primo capitolo, è da sottolineare che la tristezza viene nominata come emozione particolarmente presente solo in due studi: il primo realizzato da Hilliard e colleghi (2018) a proposito di malattie croniche e in particolare di Diabete Mellito di Tipo 1 e il secondo relativo agli incidenti realizzato da Jones e colleghi (2018). In questi due ambiti sono stati rilevati tristezza, sentimenti di frustrazione e in alcuni casi pensieri suicidari. L'emozione che veniva riportata con maggiore frequenza negli studi presi in considerazione era, invece, la paura affiancata all'ansia, emozione rilevata relativamente in modo poco frequente nelle interviste. Inoltre, in nessuno degli studi veniva riportata la gioia, che al contrario, in questa ricerca, risulta per entrambe le fasce d'età l'emozione più presente dopo la tristezza, nel caso degli adolescenti insieme alla paura.

Su tutti i dati rilevati si ritiene opportuno fare una sottolineatura. I dati sono stati raccolti durante le attività dell'Associazione Gioco e Benessere in Pediatria, in un ambiente in cui i pazienti vengono per giocare, fare laboratori creativi, stare insieme, in un luogo esterno ai reparti e a loro misura. In questo spazio sia i bambini che i ragazzi hanno modo di trovare accoglienza e di tornare ad essere bambini e ragazzi e non soltanto malati in quanto «la presenza ingombrante della malattia si ridimensiona» (Kanisza, 2013, p. 24). Inoltre, il gioco

è occasione per sperimentarsi, per trovare vie d'uscita e soluzioni diverse ad una situazione di difficoltà, per esternare le emozioni e insicurezze dovute al ricovero e per favorire il sentimento di autoefficacia e di controllo sulla realtà. A questo si aggiunge l'incontro con altri degenti e con adulti diversi dal personale medico e sanitario che contribuisce a far uscire il paziente dalla sua solitudine e a fargli scoprire che non è solo (Kanisza, 2013, pp. 24-25). Perciò è centrale tenere conto di tutto questo perché può avere influito in modo importante sulle narrazioni dei pazienti rendendole più positive, meno appesantite dalla sofferenza e dalla malattia.

4.4 Analisi dei risultati dell'osservazione

Prendendo in considerazione il Modello di Abilità di Mayer e Salovey, le capacità dell'Intelligenza Emotiva che sono state utilizzate e approfondite tramite l'intervista rientrano nella prima categoria, ovvero *Perception, Appraisal and Expression of Emotion*, e nella terza, ovvero *Understanding and Analyzing Emotions, Employing Emotional Knowledge*. Per quanto riguarda la prima categoria, le capacità che erano richieste erano la capacità di riconoscere le diverse emozioni discernendo le varie espressioni dei volti e di esprimere le proprie emozioni in modo adeguato. Mentre, per quanto riguarda la terza categoria, per rispondere alle domande dell'intervista era necessaria l'abilità di analisi delle emozioni, di riconoscere le cause di esse e la possibilità della presenza contemporanea di emozioni contrastanti. Tutte queste capacità, come si è visto nel primo capitolo, si approfondiscono nell'arco dell'intero periodo di sviluppo di ciascun individuo con un picco nei primi anni di vita. Di conseguenza ci si aspetta che l'adolescente abbia una maggiore maturità per quanto riguarda l'Intelligenza Emotiva. (Mancini, Trombini, 2011)

Analizzando i dati raccolti con la griglia di osservazione si può notare che effettivamente le adolescenti hanno una media dei punteggi più alta per quanto riguarda la capacità di espressione: risultano più capaci di narrare le loro emozioni e ciò che le causa, hanno un linguaggio più adeguato e preciso. Anche per quanto riguarda la capacità di comprendere le domande, la media dei punteggi ottenuti risulta più alta per la fascia adolescenziale così come la media dei punteggi relativi alla disponibilità. Ciò potrebbe essere conseguenza del sentirsi in grado di rispondere, del riconoscersi capaci proprio per uno sviluppo maggiore dell'Intelligenza Emotiva e ciò aumenterebbe il senso di autostima e autoefficacia e di conseguenza la disponibilità. Allo stesso tempo, però, l'agitazione percepita dall'intervistatore appare maggiore tra gli adolescenti mentre i bambini sembravano essere

meno sotto stress. Questo si giustificherebbe in due modi: da una parte i bambini possono aver vissuto l'attività più come un gioco, con meno consapevolezza; dall'altra parte l'adolescente, maggiormente consapevole di ciò che stava facendo, può essere stato influenzato dall'ipotetica aspettativa dell'intervistatore, dal voler dare una buona immagine di sé e dal confronto con gli altri. Per quanto riguarda la consapevolezza emotiva, al contrario di ciò che ci si aspetterebbe, la media più alta è quella dei bambini. Ciò potrebbe essere conseguenza di un'agitazione maggiore da parte degli adolescenti e di una maggiore diffidenza verso l'adulto tipica di questa fascia di età, unita a una maggiore preoccupazione per il confronto con gli altri. C'è da aggiungere che la griglia di osservazione utilizzata per raccogliere dati quantitativi non può essere esaustiva nell'analisi della consapevolezza emotiva e necessita di essere integrata con l'analisi dei dati qualitativi. Da questi ultimi si può rilevare, per quanto riguarda la fascia adolescenziale, una buona capacità di riconoscimento delle varie emozioni anche quando sono contrastanti, di individuare le loro cause e di associarci delle situazioni.

Infine, per quanto riguarda la capacità di rispondere alle domande poste, essa risulta con una media alta (3,3 su 4) in entrambe le fasce di età. Ciò è indice del fatto che le richieste che venivano fatte durante l'intervista non erano troppo complesse né per i bambini né per gli adolescenti intervistati. A tal proposito si ritiene che la scelta di utilizzare le immagini del gioco *Dixit* come strumento durante l'intervista sia stata efficace. Esse sono state dei facilitatori per le narrazioni e hanno favorito l'espressione delle emozioni e del vissuto del ricovero. Solo 2 pazienti, un bambino e un adolescente non sono riusciti a individuare una carta che rappresentasse in modo esaustivo il ricovero con le sue emozioni. Un altro paziente tra i bambini non ha scelto una carta che rappresentasse il ricovero ma con un motivo differente: egli ha riportato di non sapere cosa provasse e di non volerci pensare e di conseguenza non ha voluto rispondere. È da evidenziare che questo paziente, l'unico che si è rifiutato di rispondere alle domande relative al ricovero, si trovava al primo ricovero ed era ricoverato da 10 giorni. Anche la scelta dell'intervista semi strutturata con domande aperte per raccogliere i dati si è rivelata efficace, ha infatti consentito di raccogliere le emozioni dei pazienti di entrambe le fasce di età e ha permesso ai partecipanti di narrare il loro vissuto di ricovero e le emozioni ad esso correlate.

4.5 Risvolti educativi dei risultati della ricerca

A questo punto si ritiene importante fare una premessa riprendendo un concetto già approfondito nel primo capitolo: le emozioni possono avere un impatto importante anche sullo stesso decorso di malattia. Di conseguenza, diventa centrale che il bambino e l'adolescente vengano accompagnati e affiancati da adulti significativi e aiutati a riconoscere, esprimere, condividere e gestire le diverse emozioni che il ricovero comporta. L'Educatore Professionale in questo può avere un ruolo significativo.

I risultati ottenuti nella ricerca presentata contribuiscono a cogliere alcuni elementi caratteristici del vissuto del ricovero e delle emozioni ad esso correlate dei pazienti intervistati. Inoltre, forniscono all'Educatore Professionale alcune informazioni che possono facilitare la definizione di progetti e attività che rispondano alle peculiarità rilevate nei due gruppi di pazienti. Si è potuto osservare che la quasi totalità del campione ha saputo parlare delle proprie emozioni, raccontarle tramite l'utilizzo di immagini e narrare, mediante queste ultime, il proprio ricovero. Ci sono i presupposti in questi pazienti, dunque, per ideare delle attività che richiedano una narrazione di sé e delle proprie emozioni adattandole alla singola fascia d'età.

Si è potuto notare che tra i bambini che hanno partecipato alla ricerca, tutte e cinque le emozioni fondamentali sono state scelte da almeno uno di loro e che questi pazienti sono stati, almeno in parte, in grado di spiegare il perché di esse anche se con un linguaggio non sempre chiaro. Questo mostra che anche in ospedale essi hanno mantenuto l'espressione di tutte le emozioni fondamentali. Inoltre, in questi pazienti si è rilevata una difficoltà di comprensione di ciò che stanno vivendo, con un possibile vissuto conseguente di angoscia.

Uno strumento che può essere utilizzato, considerate queste osservazioni, è la lettura di storie scelte ad hoc. Oatley evidenzia che «la narrativa ha l'importantissima proprietà di permetterci di generare le nostre comprensioni» (Oatley in Valbusa, Mortari, 2017, p. 96); anche per i bambini avviene che il loro vissuto emotivo si intrecci con quello dei personaggi della storia (Caso, 2022, pp. 92-94). I racconti contribuiscono alla stimolazione delle diverse emozioni e accompagnano il bambino verso una migliore comprensione della propria vita affettiva, dal momento che «ascoltare racconti sulle emozioni facilita i bambini a comprendere meglio la qualificazione e la struttura di un'esperienza affettiva e di conseguenza a comprendere meglio i propri vissuti». Inoltre, l'ascolto di storie contribuisce

a implementare il lessico emotivo e ad aumentare nel bambino la capacità di narrazione di sé, delle proprie emozioni, creando uno spazio di riflessione e condivisione sui vissuti affettivi dei personaggi incontrati durante la storia (Valbusa, Mortari, 2017, pp. 94-96). Questa attività si può fare sia individualmente, nei casi in cui il paziente non possa uscire dalla propria stanza di ospedale, sia in gruppo così da creare occasione di condivisione, di gioco e di relazione per i piccoli pazienti. Gli spazi che così si creano sono luoghi privilegiati per sperimentare diverse emozioni e per creare occasioni per l'Educatore Professionale di mettere in atto azioni educative nell'area emotiva a livello informale (Ianes, 2007). Oltre alle storie, altri strumenti che possono essere utilizzati con l'obiettivo di stimolare, riconoscere, comprendere ed esprimere le diverse emozioni sono la musica e il disegno, strumenti che danno la libertà a ciascun bambino di coinvolgersi e condividere secondo la propria sensibilità (Farahi, 2020, p. 280). Nel caso del disegno, si può dare un input al bambino in base all'obiettivo specifico che ci si pone, un esempio può essere "Disegna la tua tristezza"; a questo punto si lascia lo spazio necessario affinché il bambino, con la sua creatività e utilizzando materiale di vario tipo, realizzi la sua opera e gli dia un titolo (Maggi, 2004; Chevalier-Pruvo, 2020). Nel caso della musica, si possono proporre diversi brani musicali, di generi differenti, chiedendo ai pazienti di ascoltarli ed esprimere ciò che provano (Di Chio, 2022; Maggi, 2004). La musica è infatti in grado di esprimere e suscitare emozioni diverse e il linguaggio dei suoni si avvicina a ciò che spesso non trova parole (Iori, 2009, p. 51) In entrambi i casi è possibile uno spazio finale di condivisione che, come nel caso del racconto, favorisce il dialogo e la relazione sia tra pari che tra i bambini e l'Educatore. Un ulteriore strumento che si può proporre è un gioco per il quale è necessario un tabellone del *Gioco dell'Oca* e dei foglietti preparati appositamente su cui siano scritte situazioni che i bambini vivono quotidianamente (un litigio con l'amico, complimenti da parte di un genitore, etc.). Ciascun bambino per poter lanciare il dado così da procedere deve imitare l'emozione che quella situazione suscita mentre gli altri bambini devono indovinare di che emozione si tratta. Tramite questo semplice gioco, il bambino è stimolato nel riconoscere come il corpo esprime le varie emozioni e a esprimerle lui stesso attraverso la sua fisicità. Inoltre, il bambino è portato ad associare alle emozioni le possibili cause (Lorimer, 2020). Infine, l'Educatore Professionale, nel gioco, assume anche il ruolo di modello, da cui i bambini possono imparare per imitazione. Tutte queste attività, in modi diversi, creando occasioni di gioco, lasciando libertà di espressione alla creatività e alla fantasia del bambino,

contribuiscono a creare uno spazio in cui il bambino possa riconoscersi bambino, accolto e ascoltato.

La maggior parte degli adolescenti intervistati ha scelto come emozione associata al ricovero la tristezza che risulta anche essere l'emozione che i partecipanti hanno motivato più frequentemente e in modo più dettagliato, in particolare richiamando l'attenzione dell'intervistatore sul senso di prigionia, noia e solitudine. Si ritiene perciò fondamentale stimolare questi pazienti a coltivare anche le altre emozioni, a narrarle e a condividerle. A tal proposito si propone come attività i Barattoli delle emozioni (Chevalier-Pruvo, 2020; Di Chio, 2022): si costruiscono cinque contenitori di colore diverso, uno per emozione fondamentale, e si chiede ai pazienti di scrivere su dei foglietti, due per emozione, cosa li fa sentire in quei modi e di inserire ciascuno dei foglietti nel barattolo dell'emozione corrispondente. Ciò porta ciascun adolescente a porre l'attenzione su tutte e cinque le emozioni fondamentali, a riconoscerle, a dar loro un nome e a ricercarne le cause. Dopo questa prima fase, si aprono i diversi barattoli, uno alla volta, e si leggono le diverse situazioni che causano quell'emozione dando la possibilità a chi vuole di raccontare ciò che ha scritto. In questo modo si apre uno spazio di condivisione che è molto importante in quanto, come scrive Iori, «i vissuti emotivi sperimentati nell'isolamento, nella solitudine e nell'incomunicabilità riecheggiano nel vuoto interiore e possono apparire più violenti e insuperabili, mentre la condivisione consente di relativizzarli, di comprenderli meglio e di stemperarne l'impatto psicologico» (2009, p. 65). Nell'attività si contribuisce a far uscire dalla propria solitudine il paziente dandogli la possibilità di costruire relazioni coi pari. A tutto questo possono seguire attività preparate ad hoc per il singolo paziente o per piccoli gruppi preparate sulla base di ciò che è stato identificato come causa della gioia così da favorire degli spazi di benessere per i pazienti stimolandoli a coltivare, anche all'interno dell'ospedale, nel rispetto dei limiti, ciò che è fonte di gioia per loro.

Per il riconoscimento, l'espressione e la condivisione delle emozioni, un altro strumento che può essere utilizzato è la narrazione tramite parole ritagliate da giornali, riviste, quotidiani. Agli adolescenti si chiede di raccontare le proprie emozioni unendo alcune di queste parole. Ciò li mette nelle condizioni di scegliere le parole più adatte per esprimere il loro vissuto emotivo, di disporle in un certo ordine, dando delle priorità e di aver occasione di esprimersi anche tramite metafore (Iori, 2009, p. 55). In questo modo i partecipanti sono stimolati ad implementare il loro lessico emotivo e la loro capacità di esprimersi anche in ciò che di solito

viene taciuto in un clima di condivisione e accoglienza. A tal proposito è centrale il ruolo dell'Educatore Professionale come mediatore per creare un clima di accoglienza e condivisione. Questo può essere realizzato anche con l'utilizzo di diverse immagini, opere d'arte in base alla tipologia di pazienti che si ha davanti.

Queste attività e questi strumenti sono stati proposti a partire da ciò che è stato rilevato tramite questa ricerca, ma è importante sottolineare che ogni paziente vive la malattia e il ricovero in modo unico e di conseguenza anche i bisogni educativi che presenta sono diversi da quelli degli altri pazienti (Bobbo, Moretto, 2020).

4.6 Limiti dello studio

È da tenere in considerazione che il campione di partecipanti per ciascuna delle fasce di età è molto ristretto, sarebbe necessario per uno studio più approfondito avere un campione più vasto.

Per quanto riguarda l'intervista, è da sottolineare che in questo strumento è intrinseca la possibilità di un'influenza reciproca tra intervistatore e intervistato e che quest'ultimo possa rispondere per dare un'immagine di sé positiva. Inoltre, dal momento che il tema non era semplice e il campione era costituito da bambini e adolescenti si è lasciata molta libertà nella risposta. Infine, le differenze delle esperienze ospedaliere dei diversi pazienti (numero di giorni di ricovero, patologia, etc.) erano molteplici: tutto questo genera molte variabili non controllate dal ricercatore che possono influenzare in diversi modi i dati.

4.7 Conclusioni

A partire dall'analisi realizzata si può concludere evidenziando l'importanza dell'intervento dell'Educatore Professionale in Pediatria per quanto riguarda l'area emotiva. Le emozioni stesse infatti possono influire sull'andamento del ricovero e del recupero in modo negativo (Koo e al., 2020; Liu et al., 2022; Mclenon, Rogers, 2019).

A tal proposito, si è rilevato che l'Educatore Professionale, nel fornire uno spazio di ascolto, accoglienza, incontro e gioco a misura dei bambini e dei ragazzi, come quello fornito dall'Associazione Gioco e Benessere in Pediatria, ha contribuito nei pazienti intervistati a ridimensionare la presenza ingombrante della malattia, ad alleggerirli almeno temporaneamente e parzialmente dalla sofferenza, restituendo loro la dimensione di bambino e ragazzo che gli è propria ma che in ospedale rischia di essere sostituita dall'essere malati

(Kanisza, 2013). Questo si è osservato in particolare nei partecipanti appartenenti alla fascia 6-11 anni.

All'interno del campione di ricerca è stato anche rilevato che ciascuno dei due gruppi di pazienti intervistati, pur mantenendo degli elementi in comune con l'altro, ha le sue peculiarità. L'Educatore Professionale tramite la relazione educativa, l'osservazione partecipante e altri strumenti, può rilevare le differenze, i bisogni espressi e latenti, le potenzialità e i limiti di ciascun paziente. Ciò che rileva sarà poi il punto di partenza per definire l'intervento nell'area emotiva e per identificare, tra i molti strumenti a sua disposizione, quelli più adatti ed efficaci. A partire dall'intervento sull'area emotiva è possibile lavorare anche su altre aree, tra cui le aree relazionale e metacognitiva.

Si sottolinea l'importanza della collaborazione, da parte dell'Educatore Professionale con gli altri professionisti presenti in ospedale per permettere un approccio multidisciplinare così da fornire il miglior servizio possibile per ciascun paziente.

Sarebbe interessante individuare, tramite un lavoro di collaborazione tra più reparti pediatrici, le differenze tra le due fasce di età tramite una ricerca quantitativa. Inoltre, sarebbe utile approfondire se e come, l'intervento dell'Educatore Professionale influenzi il vissuto emotivo del bambino e del ragazzo anche nel momento in cui i pazienti rientrano nelle rispettive stanze e se e come influenzi il ricordo del ricovero stesso.

Bibliografia

Arlati, V. Emozioni in fiaba. Aiutare i bambini ad accogliere e gestire la propria sfera emotiva. Milano: red! Il Castello Srl, 2010

Atkinson, R., Hilgard, E. Introduzione alla psicologia. Padova: Piccin, 2017

Ballard, A., Khadra, C., Adler, S., Doyon-Trottier, E., Le May, S. Efficacy of the Buzzy® device for pain management of children during needle-related procedures: a systematic review protocol. *Syst Rev.* 2018 May 22;7(1):78. doi: 10.1186/s13643-018-0738-1

Berger, E., Jamshidi, N, Reupert, A., Jobson, L., Miko, A. Review: The mental health implications for children and adolescents impacted by infectious outbreaks - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health.* 2021 May;26(2):157-166. doi: 10.1111/camh.12453

Bobbo, N. Ad ali legate, Adolescenza e malattia cronica: tra compliance e desiderio d'essere. Padova: Cleup, 2010

Bobbo, N. Da una tesi alla laurea. Guida semplice per i laureandi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie ed educative. Padova: Cleup, 2023

Bobbo, N. Fondamenti pedagogici di educazione del paziente. Padova: Cleup, 2012

Bobbo, N. La diagnosi educativa in sanità. Roma: Carocci editore, 2020

Bobbo, N. La persona e il suo vissuto nell'esperienza di malattia: l'approccio educativo. Padova: Cleup, 2009

Bobbo, N., Moretto, B. La progettazione educativa in ambito sanitario e sociale. Roma: Carocci editore, 2020

Bonanno, G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist* 2004, 59(1), 20–28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20

Capurso, M. Facilitare la comprensione della malattia nel bambino, Aspetti teorici e indicazioni pratiche per medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali. Milano: FrancoAngeli, 2017

- Caso, R. «Nel bosco...» Crescere bambini ed educatori in ospedale. Pisa: Edizioni ETS, 2022
- Chenran, W., Shuyue, X., Yijie, S. et al. Psychosocial impact of respiratory infectious disease pandemics on children: a systematic review, 20 July 2020, PREPRINT (Version 1) available at Research Square <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-41460/v1>
- Chester, S.J., Stockton, K., De Young, A. et al. Effectiveness of medical hypnosis for pain reduction and faster wound healing in pediatric acute burn injury: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 17, 223 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1346-9>
- Chevalier-Pruvo, M. L'atelier delle emozioni. 35 attività creative per lavorare sulle emozioni e l'autostima. Milano: red! Il Castello Srl, 2020
- Correale, C., Borgi, M., Collacchi, B., Falamesca, C., Gentile, S., Vigevano, F., Cappelletti, S., Cirulli, F. Improving the Emotional Distress and the Experience of Hospitalization in Children and Adolescent Patients Through Animal Assisted Interventions: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2022 Mar 4;13:840107. doi: 10.3389/fpsyg.2022.840107
- De Bartolomeis, F. La psicologia dell'adolescente e l'educazione. Firenze: La Nuova Italia, 1955
- Demers, L.A., Wright, N.M., Kopstick, A.J., Niehaus, C.E., Hall, T.A., Williams, C.N., Riley, A.R.. Is Pediatric Intensive Care Trauma-Informed? A Review of Principles and Evidence. *Children (Basel)*. 2022 Oct 18;9(10):1575. doi: 10.3390/children9101575
- Di Chio, C. Emozioni in relazione. Proposte e attività per la regolazione emotiva alla scuola primaria. Trento: Erickson, 2022
- Eijlers, R., Dierckx, B., Staals, L. M., Berghmans, J. M., van der Schroeff, M. P., Strabbing, E. M., Wijnen, R., Hillegers, M., Legerstee, J. S., & Utens, E. (2019). Virtual reality exposure before elective day care surgery to reduce anxiety and pain in children: A randomised controlled trial. *European journal of anaesthesiology*, 36(10), 728–737. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001059>
- Enciclopedia Treccani. Istituto della Enciclopedia Italiana, 2007

- Farahi, F. Formazione e narrazione: l'utilizzo del linguaggio metaforico nella costruzione dell'esperienza. *Formazione & insegnamento*. 2020 18.3, 277-285, doi: 10.7346/-fei-XVIII-03-20_21
- Gini, G., Lanfranchi, S., Vianello, R. *Psicologia, sviluppo, educazione*. Novara: Utet Università, 2015
- Goleman, D. *Intelligenza emotiva che cos'è perché può renderci felici*. Milano: Rizzoli, 1996
- Gross, P. R. Preparation book for hospitalized pediatric patient: content and design. *J Biocommun.* 1989;16(2):7-10
- Hands, C., Round, J., & Thomas, J. Evaluating venepuncture practice on a general children's ward. *Paediatric Nursing*, 2010, 22(2), 32-35
- Hetrick, S., Huss, J., Merry, S., Stasiak, K., Thabrew, H., Wong, S. E-Health interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Aug 15;8(8):CD012489. doi: 10.1002/14651858
- Hilliard, M.E., De Wit, M., Wasserman, R.M., Butler, A.M., Evans, M., Weissberg-Benchell, J., Anderson, B.J. Screening and support for emotional burdens of youth with type 1 diabetes: Strategies for diabetes care providers. *Pediatr Diabetes*. 2018 May;19(3):534-543. doi: 10.1111/pedi.12575
- Hogeveen, J., Salvi, C., Grafman, J. 'Emotional Intelligence': Lessons from Lesions. *Trends Neurosci.* 2016 Oct;39(10):694-705. doi: 10.1016/j.tins.2016.08.007
- Ianes, D. *Educare all'affettività. A scuola di emozioni, stati d'animo e sentimenti*. Trento: Erickson, 2007
- Iori, V. *Quaderno della vita emotiva. Strumenti per il lavoro di cura*. Milano: Francoangeli, 2009
- Johnson-Laird, P.N., Oatley, K. The language of emotions: An analysis of a semantic field. *Cognition and Emotion*, 1989 3:2, 81-123, doi: 10.1080/02699938908408075
- Jones, R.M., Casey, B., Somerville, L.H. Braking and Accelerating of the Adolescent Brain. *J Res Adolesc.* 2011 Mar 1;21(1):21-33. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00712.x

- Jones S, Davis N, Tyson SF. A scoping review of the needs of children and other family members after a child's traumatic injury. *Clin Rehabil.* 2018 Apr;32(4):501-511. doi: 10.1177/0269215517736672
- Kaemmerer, M., Jeitani, C., Verwimp, C, Lahaye, M., Luminet, O. Psychological interventions for children with chronic physical conditions: A systematic review assessing the role of emotional and cognitive processes. Psychological Sciences Research Institute, IPSY, UCLouvain, Belgium & Department of Developmental Psychology, University of Amsterdam, The Netherlands, 2023
- Kanizsa, S. *La paura del lupo cattivo, quando un bambino è in ospedale.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 2013
- Koo, C.H.; Park, J.W.; Ryu, J.H.; Han, S.H. The Effect of Virtual Reality on Preoperative Anxiety: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J. Clin. Med.* 2020, 9, 3151. <https://doi.org/10.3390/jcm9103151>
- Koukourikos, K., Tzaha, L., Pantelidou, P., Tsaloglidou, A. The importance of play during hospitalization of children. *Mater Sociomed.* 2015 Dec;27(6):438-41. doi: 10.5455/msm.2015.27.438-441
- Liu, W., Xu, R., Jia, J., Shen, Y., Li, W., Bo, L. Research Progress on Risk Factors of Preoperative Anxiety in Children: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Aug 9;19(16):9828. doi: 10.3390/ijerph19169828
- Lorimer, C. *Insieme s' impara a stare insieme. Percorso di educazione affettiva e relazionale per la scuola primaria.* Firenze: Terra Nuova Editrice, 2020
- Maggi, M. *L'educazione socio-affettiva nelle scuole.* Piacenza: Editrice Berti, 2004
- Maguire, L.K., Niens, U., McCann, M., Connolly, P. Emotional development among early school-age children: gender differences in the role of problem behaviours. *Educ Psychol (Lond).* 2016 Sep 13;36(8):1408-1428. doi: 10.1080/01443410.2015.1034090
- Mahakwe, G., Johnson, E., Karlsson, K., Nilsson, S. A Systematic Review of Self-Report Instruments for the Measurement of Anxiety in Hospitalized Children with Cancer. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 16;18(4):1911. doi:10.3390/ijerph18041911

- Mancini, G., Trombini, E. Dalle emozioni all'intelligenza emotiva, comprendere per educare. Torino: Espress Edizioni srl, 2011
- Marusak, H.A., Iadipaolo, A.S., Harper, F.W., Elrahal, F., Taub, J.W., Goldberg, E., Rabinak, C.A. Neurodevelopmental consequences of pediatric cancer and its treatment: applying an early adversity framework to understanding cognitive, behavioral, and emotional outcomes. *Neuropsychol Rev.* 2018 Jun;28(2):123-175. doi: 10.1007/s11065-017-9365-1
- McLenon, J., Rogers M.A.M. The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2019 Jan;75(1):30-42. doi: 10.1111/jan.13818
- Persi, R., Montanari, M. La narrazione e i suoi linguaggi nella progettazione di attività inclusive nella scuola dell'infanzia e nella scuola primaria. *Graphos* 2022 2: 2, 97-112, doi: 10.4454/graphos.25
- Petter, G. Problemi psicologici della preadolescenza e dell'adolescenza. Scandicci: La Nuova Italia, 1990
- Piaget, J. La formazione del simbolo nel bambino. Imitazione, gioco e sogno. Immagine e rappresentazione. Firenze: La Nuova Italia Editrice, 1974
- Plutchik, R. Emotions in early development: a psychoevolutionary approach. New York: Academic Press, 1983
- Rimmer, R.B., Bay, R.C., Sadler, I.J., Alam, N.B., Foster, K.N., Caruso, D.M. Parent vs Burn-Injured Child Self-Report: Contributions to a Better Understanding of Anxiety Levels, *Journal of Burn Care & Research*, Volume 35, Issue 4, July-August 2014, Pages 296–302, <https://doi.org/10.1097/01.bcr.0000441179.25255.34>
- Ruba, A.L., Pollak, S.D. The Development of Emotion Reasoning in Infancy and Early Childhood. *Annual Review of Development Psychology.* 2020. 2: 503-531
- Ruffaldi, E., Carelli, P., Nicola, U. La formazione filosofica. Storia, concetti e problemi della filosofia. Dalle origini ad Aristotele. Torino: Loesher Editore, 2015
- Salovey, P., & Mayer, J. D. Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 1990 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Siva, N. Preparing children for operations. *The Lancet. Child & adolescent health*, 2022 6(1), 13–14. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00379-5

Valbusa, F., Mortari, L. *L'orto delle emozioni. Teoria e ricerca sull'educazione alla vita affettiva*. Milano: Francoangeli, 2017

Vygotskij, L.S. *Pensiero e linguaggio*. Firenze: Giunti-Barbera, 1966

Wang, C., Xiao, S., Sun, Y., Wang, J., Xu, T. Psychosocial impact of respiratory infectious disease pandemics on children: a systematic review. *Research Square*, 2020. doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-41460/v1>

Sitografia

<http://www.giocoebenessere.it/> consultato in data 10/09/2023

<http://www.giocoebenessere.it/wp-content/uploads/2021/10/STATUTO-DEFINITIVO-22-09-2020-.pdf> consultato il 10/09/2023

<https://www.ospedalebambinogesu.it/carta-dei-diritti-del-bambino-in-ospedale-97484/> consultato in data 10/09/2023

https://www.asmodee.it/giochi_dixit.php consultato in data 11/09/2023

Appendice 1

Domande dell'intervista

1. Conosci questi personaggi? Sai cosa rappresentano? (il paziente ha davanti i cinque personaggi di *Inside Out* che rappresentano le cinque emozioni)
2. Riesci a dirmi quale emozione rappresenta ogni personaggio?
3. Quand'è che tu hai provato queste emozioni? Ci sono dei momenti in cui ti senti come questi personaggi?

A questo punto si distribuiscono sui tavoli le carte di *Dixit* insieme al paziente (se è nelle condizioni di farlo) facendo in modo che non si sovrappongano ma che l'intervistato possa vederle bene tutte quante. Nel mentre, si presentano le carte al paziente a meno che non le conosca già.

4. Riesci a trovare la carta che, secondo te, rappresenta al meglio ognuna delle cinque emozioni? C'è una carta che ti ricorda o che, secondo te, rappresenta la tua gioia/tristezza/rabbia/disgusto/paura?

Ogni carta che il paziente sceglie la si posiziona accanto all'emozione che rappresenta

5. Come mai hai scelto questa carta per questa emozione? Cosa ti ricorda?

Una volta che il paziente ha spiegato il perché della scelta di ciascuna delle carte si procede con le seguenti domande:

6. Tra tutte le carte che ci sono sul tavolo, ce n'è una in particolare che descrive le tue emozioni in questi giorni di ricovero?
7. Perché hai scelto questa carta?
8. Che emozione assoceresti a questa carta? Qual è l'emozione che stai vivendo di più in questo tempo di ricovero?

Appendice 2

Immagini tratte da *Inside Out* per presentare le emozioni



Gioia



Tristezza



Rabbia



Disgusto



Paura

Appendice 3

Griglia di osservazione

	Si	No
1. Disponibilità (0-4):		
1A Ha una postura che mostra apertura nei confronti dell'interlocutore?	1	0
1B Appare collaborante?	1	0
1C Appare interessato?	1	0
1D Risponde subito alle domande?	1	0
Note		
2. Agitazione (0-4):		
2A L'eloquio è accelerato?	1	0
2B Sono presenti tremori?	1	0
2C Sono presenti movimenti delle mani inusuali?	1	0
2D Il tono di voce è alterato?	1	0
Note		
3. Consapevolezza delle emozioni (0-4):		
3A Riesce ad associare ad ogni emozione una situazione?	1	0
3B Riesce ad associare ad ogni emozione una carta?	1	0
3C Riesce ad avere un dialogo con l'interlocutore sulle emozioni?	1	0
3D Ciò che riporta è coerente con l'emozione di cui parla?	1	0
Note		
4. Comprensione (0-4):		
4A È necessario riformulare una volta la domanda?	0	1
4B È necessario riformulare più volte la domanda?	0	1
4C La risposta che viene fornita è coerente con la domanda fatta?	1	0
4D È necessario semplificare la richiesta?	0	1
Note		

5. Capacità di rispondere (0-4):		
5A Riesce a spiegare le immagini che ha scelto?	1	0
5B Riesce a raccontare le proprie emozioni all'interlocutore?	1	0
5C Riesce a rispondere a tutte le domande?	1	0
5D Riesce a rispondere ad almeno metà delle domande?	1	0
Note		
6. Chiarezza di esposizione (0-4):		
6A Ciò che dice è comprensibile per un interlocutore esterno?	1	0
6B Sono necessarie domande ulteriori per comprendere ciò che viene detto?	0	1
6C Riesce a spiegare le proprie emozioni con un linguaggio chiaro?	1	0
6D Risponde in modo preciso?	1	0
Note		