

## Luci e ombre dell'alleanza terapeutica nelle Pediatrie

Silvia Kanizsa

*Università degli studi di Milano Bicocca*

**Abstract:** In pediatria agiscono sia operatori sanitari che insegnanti e educatori (Kanizsa & Luciano, 2006; Benigno, Fante, Caruso, 2017; Benigno, Fante, 2020; Balestri, 2022; Caggiano, Brunetti, Ho, 2021). A seconda delle situazioni i docenti e gli educatori sono o non sono integrati nell'équipe o lo sono solo parzialmente e questo ha delle conseguenze sia sulla funzionalità dell'équipe stessa, sia sulla “resa” di ciascun operatore (Ricci, 2018; Bobbo, 2020). La scelta di integrare o meno tutte le figure presenti in reparto nell'équipe curante deriva in primo luogo dall'idea che i sanitari hanno sulla funzione della scuola in ospedale e sulla loro disponibilità o meno a un lavoro integrato di tipo interdisciplinare (Kanizsa & Luciano, 2006). Il lavoro condiviso è senz'altro importante per la riuscita della cura, ma può comportare delle difficoltà se il personale sanitario o scolastico non è adeguatamente formato (Ricci, 2018; Bruzzone, Musi, 2007; Braidì, 2001; Zannini, 2023; Bruzzone, Zannini, 2021).

*Parole chiave: team multidisciplinari in pediatria, insegnanti ospedalieri, alleanza terapeutica.*

**Abstract:** Medical staff, teachers and educators work in Paediatric ward (Kanizsa & Luciano, 2006; Benigno, Fante, Caruso 2017; Benigno, Fante, 2020; Balestri, 2022; Caggiano, Brunetti, Ho, 2021). Depending on the circumstances the teachers and the educators are or are not an integral part of the team. To integrate or not integrate the teachers and the educator in the team has as a result that the team itself can be or cannot be functional and that every participant can or cannot be at ease and work well (Ricci, 2018; Bobbo, 2020). First of all the idea that medical staff share about the function of the school in the hospital and secondary if the medical staff want or don't want to work in a multidisciplinary team, have an important impact on the integration of the teachers and the educators present in the ward (Kanizsa & Luciano, 2006). To share work is of course important to a successful treatment but it can involve a lot of difficulties if the medical staff and the scholastic staff aren't well trained to work in team (Ricci, 2018) Bruzzone, Musi, 2007; Braidì, 2001; Zannini, 2023; Bruzzone, Zannini, 2021).

*Keywords: multidisciplinary teams in pediatrics, hospital teachers, therapeutic alliance.*

## Composizione delle équipes multidisciplinari in Pediatria

Normalmente nei reparti ospedalieri medici, infermieri, OSS, tecnici e più raramente psicologi o educatori, costituiscono équipes multidisciplinari che coordinano il lavoro di cura e di assistenza dei pazienti ospedalizzati. Nelle pediatrie a queste figure professionali si aggiunge la presenza degli insegnanti della Scuola in Ospedale, a volte degli educatori e quasi sempre quella dei volontari per il gioco (Kanizsa, 2013; Benigno & Fante, 2020; Balestreri, 2022; Caggiano, Brunetti, Ho, et al., 2021). L'inserimento nelle Pediatrie di queste figure non appartenenti al mondo sanitario è ormai la regola normata anche per legge e risponde all'esigenza di aiutare il bambino a vivere l'esperienza della malattia in modo meno totalizzante e assicurare il suo benessere durante l'ospedalizzazione (Benigno, Fante, Caruso, 2017; Ferri, Torricelli, 2022). Un'équipe multidisciplinare che inglobi in modo attivo anche gli operatori non sanitari avrà senz'altro un'idea di cura e di salute che considera il piccolo paziente nella sua interezza e sarà finalizzata a aiutare il bambino a recuperare una condizione di salute adeguata, a sviluppare al massimo le sue potenzialità anche quando siano compromesse dalla patologia (Resico, 2018; Tondi, 2022; Tomberli, Ciucci, 2022; Ricci (a cura di), 2018; Felli, Torricelli, 2022). Considererà il bambino malato esattamente come i suoi coetanei sani un soggetto in crescita che ha diritto al pieno sviluppo e proprio per questo la cura non potrà limitarsi agli aspetti clinici (Resico, 2018; Riccardi, 2004) e proprio per considerare il bambino nella sua interezza è importante che le équipes inglobino anche queste figure non sanitarie in modo che l'approccio possa essere unitario. La collaborazione fra i vari professionisti si baserà sull' "unicità dell'essere in quanto tale" per cui il paziente può essere studiato sotto varie dimensioni interdipendenti ciascuna delle quali offre informazioni e aiuta il lavoro di cura (Bobbo, 2010, p.170; Tondi, 2022).

Purtroppo, l'inserimento dei maestri nei team multidisciplinari non è previsto in tutti i reparti pediatrici. Una ricerca condotta da Benigno, Fante e Caruso nel 2017 su 602 docenti di scuola in ospedale italiani di tutti gli ordini scolastici ha evidenziato che i loro rapporti con le équipes sanitarie sono sporadici, non sistematici, né periodici. Infatti, il 30% degli intervistati ha risposto di non essere inserito nell'équipe e solo il 6,3% ha detto di esserlo ogni due settimane e solo il 7,8% ogni settimana col risultato di contare poco, soprattutto in presenza di degenze brevi. Mentre il 53,8% ha affermato di venir inserito in incontri con l'équipe sanitaria solo quando se ne presenti la necessità (Benigno, Fante, Caruso, 2017). L'87,2% degli intervistati detto di aver dei contatti con i sanitari, qualora questi lo ritengano necessario, ma l'85% ha sostenuto di essere lui a contattare i medici per avere informazioni sugli studenti e l'84,7% per sapere qualcosa sugli alunni contatta gli infermieri (Benigno, Fante, Caruso, 2017). In particolare, secondo Zarri (2008), gli insegnanti si rivolgono al medico o agli infermieri che forniranno indicazioni senza consultare gli altri membri dell'équipe perché hanno già deciso quale dovrà essere l'intervento migliore. «Questa forma di comunicazione si può definire "a pioggia" perché segue un flusso in gran parte unidirezionale» (Zarri, 2008, p. 236) col risultato che i gruppi di professionisti medici e non medici risultano staccati fra di loro. D'altro canto, gli stessi risultati ha dato una ricerca svolta in Spagna (Angeles Pena Hite, Pelajar Palomino, Carpio Fernandez, 2022) da cui emerge che solo il 62,5% dei sanitari intervistati ha sostenuto che informa gli insegnanti dello stato di salute dei suoi allievi, mentre il rimanente non lo fa. Insomma, questi dati dimostrano che gli insegnanti solo in alcune situazioni vengono considerati parte dell'équipe curante tanto che il più delle volte essi tolgono: sono loro a doversi rivolgere agli operatori in modo informale per ottenere informazioni sugli allievi che permettano loro di impostare in modo adeguato il loro lavoro. Se questo vale in generale vi sono alcuni ospedali in cui tutti i professionisti, sanitari e non sanitari, lavorano insieme. In genere si tratta di ospedali in cui la prevalgono patologie molto gravi, in cui prevale una visione olistica delle cure (Felli, Torricelli, 2022).

## Motivi del mancato inserimento dei maestri nell'équipe di lavoro in Pediatria

Ne deriva che l'inserimento nelle Pediatrie non è sempre sinonimo di inserimento nelle équipes di lavoro per cui non in tutte le situazioni i professionisti non sanitari, come maestri o educatori sono considerati membri dell'équipe multidisciplinari e ciò avviene per una serie di fattori il primo dei quali dipende dall'idea che i sanitari hanno del ruolo della scuola o delle attività non sanitarie nel percorso

di cura. In una parola: a che servono la scuola e le attività non strettamente mediche? Per molti operatori sanitari (spesso anche i genitori sono di questo avviso) la scuola e le attività connesse hanno un puro valore ricreativo, servono a riempire i tempi morti (l'80% dei sanitari intervistati da Angeles Pena Hite, Pelajar Palomino, Carpio Fernandez (2022) ha affermato che la scuola serve per riempire il tempo libero dei piccoli pazienti), a permettere ai bambini di svagarsi e dimenticare per un attimo il contesto in cui si trovano fatto spesso di dolore e paura, ma anche a tenerli buoni e tranquilli e ad accollarsi i genitori quando non si sa più come gestirli (Kanizsa & Luciano, 2006). In casi come questi le attività scolastiche saranno considerate residuali non ci si porrà molti problemi nell'interromperle, probabilmente non ci si porrà neppure il problema di fornire la scuola di spazi e strumentazioni adeguati, ma, soprattutto non ci sarà comunicazione fra medici e maestri che si troveranno senza indicazioni precise sulle condizioni dei bambini cosa che non permetterà di proporre attività più mirate (Kanizsa & Luciano, 2006). Un caso limite è quello presentato da Formicola (2023) che lavora in un Day Hospital di Cardiologia Pediatrica in cui nella mattinata delle visite di controllo i bambini vengono inseriti a scuola solo nel momento in cui i medici devono parlare coi genitori. Perciò non solo non si sa quale sia l'esito degli esami, ma neanche per quanto tempo il bambino si fermerà a scuola. I maestri dovranno così lavorare basandosi in primo luogo sulle loro esperienze con bambini affetti da patologie simili e in secondo luogo sulle loro idee, spesso preconcepite, sul percorso di cura e sugli esiti delle malattie stesse, mentre perché il docente possa impostare un buon lavoro di aiuto al discente è fondamentale che conosca le sue condizioni di salute e che sia messo in grado di comunicare con gli operatori del reparto (Benigno, Fante, Caruso, 2017). Quando ciò non dovesse accadere è intuibile che le figure non mediche non saranno inerite a nessun titolo nell'équipe.

Un altro aspetto che rende a volte difficile l'inserimento degli operatori non sanitari nelle équipes multidisciplinari riguarda l'idea di malattia e di bambino malato che a volte contraddistingue gli operatori sanitari. Infatti spesso accade che gli operatori (non solo loro: a volte anche i genitori sono dello stesso avviso) tendano a considerare la malattia come qualcosa di totalizzante che sovrasta e annulla tutti gli altri aspetti che fanno parte del bambino nella sua vita da sano (Lanzetti, Ricci, Piscozzo, 2008) o, per lo meno, che debba essere considerata prioritaria rispetto a un "dopo" in cui sono compresi tutti quegli aspetti (interessi, doveri, speranze, aspetti di personalità, etc) che costituiscono la vita di un bambino sano (Ricci, 2018). Col risultato che anziché su un bambino che "ha una malattia" lavorano sulla "malattia" con tutti i suoi annessi e connessi spesso a scapito dell'individualità di ciascuno e soprattutto senza considerare che, a differenza degli adulti, è difficile per i bambini, ma spesso anche per gli adolescenti che non hanno ancora un'identità definita riuscire a circoscrivere l'esperienza della malattia come una parentesi della vita che poi potrà continuare al di fuori dell'ospedale, con il risultato di costituire un trauma nella loro traiettoria evolutiva (Perricone, Briulotta, 2019). Per poter aiutare i piccoli pazienti a superare il trauma della malattia e dell'ospedalizzazione le figure degli insegnanti, degli psicologi e degli educatori sono importantissime perché aiutano a relativizzare la situazione contingente e a aiutarlo a "continuare a riconoscersi come un bambino che è anche malato e non solo malato" (Kanizsa, 2013).

I bambini ospedalizzati e le loro famiglie saranno più fiduciosi nelle proposte di cura e si affronteranno più tranquillamente le terapie se poi a rivolgersi a loro sarà un'équipe multidisciplinare comprendente anche gli operatori non sanitari perché in quel caso verranno effettivamente presi in considerazione come individui completi (Benigno, Fante, Caruso, 2017). In una parola quando tutti gli operatori impegnati a sconfiggere la malattia siano essi sanitari o non sanitari si mettono d'accordo e lavorano insieme il risultato non potrà che essere positivo (Masera & Tonucci, 1998; Ferri, Torricelli, 2022). Scienze mediche e pedagogiche devono dialogare (Balestri, 2022) in modo da trovare una strada che li porti a lavorare insieme in modo costruttivo e tutti con pari dignità. Certamente sarà differente rivolgersi a piccoli pazienti brevi o lungo degenti e in questo caso il ruolo degli operatori non sanitari potrà variare ma le caratteristiche di ascolto attivo, di aiuto al bambino nella comprensione della realtà ospedaliera e nel cercare di rendere più amichevole e meno ansiogeno il soggiorno/ricovero sarà lo stesso. Così come sarà lo stesso l'apporto che il maestro o l'educatore darà al lavoro di équipe.

## Come gioca la diversa formazione degli operatori

Un altro elemento che può rendere complessa l'integrazione degli educatori e dei maestri nei team multidisciplinari è costituito dai diversi percorsi formativi di provenienza degli operatori sanitari e non sanitari. Questi, effettivamente molto diversi per impostazione, finalità e contenuti, hanno come risultato un modo diverso di osservare il paziente, un modo diverso di avvicinarsi a lui e linguaggi diversi. Tutto ciò può rendere difficile l'integrazione, a meno che non vi sia convergenza sul fatto che il lavoro di cura deve riguardare l'individuo nella sua interezza, salvaguardando la sua identità che nel caso dell'ospedalizzazione vede la presenza anche della malattia. Un team è tale in primo luogo quando, nonostante, o forse proprio, per le capacità complementari dei singoli componenti, abbia una finalità comune, «obiettivi di performance e metodi per cui si ritengono reciprocamente responsabili» (Katzenbach & Smith, 2008). È ovvio che nel percorso di cura gli operatori sanitari, in primis i medici, saranno quelli più importanti, ma i non sanitari potranno aiutarli a capire meglio le reazioni dei bambini e a sorreggerli nelle scelte non prettamente mediche in modo da proporre modalità unitarie di approccio al paziente concordate e condivise fra tutti gli operatori del reparto. Il tutto nel rispetto delle reciproche professionalità. In una parola l'insegnante ospedaliero dovrà "muoversi ... sapendo rispettare i confini con le altre professioni, riconoscendo i propri limiti e sapendo quindi reindirizzare all'interno dell'équipe curante richieste complesse e fuori della sua portata" (Capurso, Vecchini, 2010. p. 524). L'eterogeneità rende spesso difficile l'interazione fra professionisti diversi per profili e competenze, ma allo stesso tempo l'eterogeneità comporta la possibilità che vi sia un'augmentata disponibilità di competenze diverse e utili ad affrontare un problema (Bobbo & Moretto, 2020). Il lavoro insieme fra figure eterogenee oltre al necessario riconoscimento reciproco delle singole competenze necessita certamente in primo luogo della disponibilità dei singoli operatori ad operare con gli altri e poi della capacità di lavorare insieme senza prevaricazioni o affermazioni di supremazia: cosa che non sempre avviene in quelle équipes in cui ciascun membro prende decisioni in «base al prestigio socialmente riconosciuto al suo profilo di base» (Bobbo & Moretto, 2020). In una parola non è facile lavorare in un'équipe multidisciplinare, perché ci vogliono particolari capacità. Spesso invece nelle pediatrie, come in molti altri reparti, i medici predominano e, soprattutto in presenza di operatori non sanitari, per affermare il loro potere utilizzano un linguaggio tecnico spesso di difficile comprensione per chi non abbia la loro formazione ma che serve a rendere «inattaccabili le loro diagnosi e le loro scelte terapeutiche» (Bobbo & Moretto, 2020). Certamente le tecniche utilizzate dai diversi operatori sono differenti ma possono armonizzarsi se il risultato cui si tende è lo stesso e se gli operatori sono disponibili a riconoscere che nell'équipe non esistono ruoli di secondo piano (Edmonson, 2012). Un'équipe per funzionare bene deve essere «rispettosa delle diversità naturali professionali o culturali per cui alla fine ciascuno viene accettato... e ognuno mantiene l'ultima parola sulla cosa di sua competenza» (Braidì, 2001). Se, come sostiene Caso (2015), le figure adulte che operano nel reparto devono essere in grado di sintonizzarsi con gli stati d'animo dei piccoli ricoverati e parlare in modo adatto ai bambini in modo da rassicurarli e rasserenarli, è facile comprendere che solo un gruppo coeso in cui coesistano figure sanitarie e non sanitarie sarà in grado di lavorare efficacemente. Infatti, sempre stando alle esperienze riportate da Caso (2015) molti bambini intervistati hanno messo in luce le difficoltà del personale sanitario di interfacciarsi con loro in modi che essi hanno definito: «freddi e duri, mai un sorriso, mai una parola di incoraggiamento, mai una carezza; solo parole assurde, numeri, statistiche sembravano metterci in difficoltà invece di aiutarci» (Caso, 2015, p.184). Mentre la figura dell'educatore o del maestro in ospedale è vista come cuna persona che può aiutare i bambini ascoltandoli e permettendo loro di esprimere attraverso varie tecniche i vissuti di ansia, paura, dolore che gli altri cercano di bloccare. L'educatore per poter operare deve essere caldo e accogliente e nello stesso tempo capace di riportare nel modo più corretto al team ciò che ha compreso così da permettere anche ai sanitari di intervenire in modo adatto al singolo caso (Kanizsa, 2013).

## Armonizzare le diverse professionalità

Tutto ciò per dire che: nessun soggetto facente parte dell'équipe deve «rinunciare alla propria specificità professionale, ma è chiaramente chiamato a giocarla efficacemente nella situazione

concreta di ogni ricoverato», cioè, facendo attenzione anche agli «aspetti emotivi, comunicativi e relazionali o ricordando di avere di fronte una persona» (Resico, 2018). Del resto: “nessun soggetto può sostituirsi ad altri” per cui è necessario che oltre al personale sanitario vi sia la possibilità per il bambino di incontrare e avere accanto persone diverse, quali, oltre ai genitori e ai parenti, gli insegnanti, gli educatori, gli animatori, altri bambini «che siano il segno della continuità con la vita, i luoghi e le esperienze precedenti il ricovero» (Resico, 2018). Solo così, quando tutti operano secondo la loro professionalità mossi però da un intento comune, l'équipe potrà essere definita veramente tale e non un semplice gruppo di professionisti accumulati solo dal fatto di lavorare nello stesso luogo. Una differenza fra un gruppo di lavoro e un'équipe può essere data dal fatto che nell'équipe si discute, si decide e si esegue il lavoro in modo collettivo così la responsabilità non è solo sulle spalle di un individuo, come nel gruppo, ma è sia individuale che collettiva e i risultati (e anche i fallimenti) vengono valutati insieme proprio perché sono frutto del lavoro di tutti (Katzenberg & Smith, 2008). L'essere semplicemente in gruppo, come avviene anche troppo spesso, comporta che le discussioni portino più spesso a una delega, che ciascuno valuti i suoi risultati in rapporto a quelli degli altri, che vi sia competizione, e, soprattutto che vi sia un leader forte e “chiaramente identificato” che nelle Pediatrie è il Primario (Katzenberg & Smith, 2008).

A volte può sembrare che, qualora l'équipe multidisciplinare inglobi così tante figure diverse per formazione, esperienza e tecniche possa diventare o un luogo in cui una delle due anime sovrasti l'altra, quindi che si parli solo dei casi dal punto di vista medico e che gli altri siano solo spettatori, o che per far partecipare tutti il discorso diventi più generico e perciò meno incisivo. Ci potrebbe essere la soluzione di prevedere momenti diversi riservati alle figure sanitarie e non sanitarie che possono andare a fondo delle scelte operative e un momento in cui tutta l'équipe si riunisca al completo per presentare i casi e le decisioni prese per trovare insieme la strategia migliore per aiutare il bambino nella sua interezza. Certamente all'équipe, soprattutto se multidisciplinare con tutte le difficoltà di interazione, soprattutto iniziali, dovrebbe essere dato tempo e modo per poter arrivare a delle scelte comuni, per poter trovare delle soluzioni ottimali e condivise e per poter seguire gli avvenimenti ed eventualmente cercare vie alternative. In questo percorso l'apporto di ciascuno può essere fondamentale (Bobbo, 2010). Purtroppo negli ospedali un primo problema è costituito dalla mancanza di tempo legata alle continue emergenze, alla necessità di organizzare piani di lavoro molto serrati ai turni di servizio che non permettono a tutti di essere contemporaneamente presenti, per cui spesso ci si limita al passaggio delle consegne fatto in fretta e furia e solo su pochi elementi, in una parola alla difficoltà di trovare uno spazio di riflessione a cui tutti possano partecipare che è quanto ogni riflessione sulla formazione dei team richiede come base di partenza di un lavoro d'équipe ben riuscito (Katzenbach & Smith, 2008; Edmonson, 2012). Le riunioni di équipe, magari settimanali o quindicinali, hanno nella maggior parte dei casi una durata limitata, necessità di servizio possono interferire coi lavori, urgenze possono farli saltare del tutto e così via. Ciò può generare difficoltà di ascolto reciproco, difficoltà nel comprendere le decisioni prese da parte di chi non era presente, fretta nel chiudere le riunioni e scelte affrettate e non ben discusse e soprattutto un senso di inutilità in chi non è riuscito a esprimere pienamente le sue proposte o ha dovuto cedere alle scelte di altri. Queste sono riunioni da cui in genere ciascuno esce mantenendo le sue preferenze e avendo ascoltato con sufficienza chi la pensa in maniera contraria a lui, mentre prevalgono le proposte e le opinioni di chi è più forte gerarchicamente. In effetti, come sostiene Braidì, molto spesso negli ospedali si lavora in «condizioni organizzative difficilmente concordate con tutte le componenti del servizio» (Braidì, 2001). Infatti, capita che l'assistenza sia intesa in modi diversi a seconda del ruolo di ciascuno: l'amministratore, il direttore, l'economista, il collega, il familiare e così via e «tutti si aspettano dagli altri solo quello che solo loro hanno in mente» (Braidì, 2001). Queste differenti interpretazioni dello stesso termine a livello generale non possono poi che riflettersi nei singoli reparti col risultato che anche le scelte di assistenza che vengono prese durante le riunioni di équipe per poter avere attuazione devono spesso passare attraverso una trafila burocratica che le vaglia e decide della loro ammissibilità sulla base dei presupposti ideali dei singoli funzionari. Date queste premesse è facile affermare che le decisioni e soprattutto la messa in atto di quanto deciso dall'équipe di reparto sono condizionate da chi ha il potere di trattare con chi dirige l'ospedale nel suo insieme, vale a dire dal Primario.

Il Primario è il leader indiscusso dell'équipe e dal suo orientamento derivano ad esempio la scelta di far entrare nel team anche gli operatori non sanitari, di ascoltarne le suggestioni e di rendere

effettiva la collaborazione fra le varie anime presenti in reparto. Nelle Pediatrie in particolare gli insegnanti e la scuola saranno considerati importanti per la cura del bambino così come gli educatori a seconda di ciò che il Primario intenda per cura. Se riterrà la scuola parte integrante di un percorso di presa in carico globale del piccolo paziente ascolterà i docenti, spingerà perché i bambini frequentino la scuola, creerà dei momenti in cui si possa far scuola senza interferenze, farà in modo che tutta l'équipe apprezzi l'apporto dei maestri e magari partecipi alle attività. In genere questo è più probabile avvenga nei reparti di lunga degenza in cui i bambini vengono invitati ad andare a scuola, vengono spesso seguiti anche al rientro nella scuola di provenienza con cui gli insegnanti ospedalieri sono entrati in contatto durante la degenza e durante i rientri in ospedale per i day hospital gli insegnanti sono presenti e a volte viene data loro la possibilità di lavorare in pace prima o dopo le cure. In una parola nel gruppo di lavoro del reparto le scelte del Primario orientano tutto il lavoro di cura e indicano all'équipe le linee sulle quali muoversi. Ciò si nota in modo molto chiaro quando il Primario cambia e molte delle scelte operate dall'équipe possono cambiare.

### **Per concludere: un efficace alleanza terapeutica**

Come sottolinea efficacemente Capurso: «il “prendersi cura” è qualcosa di più dell'occuparsi esclusivamente dei bisogni vitali del paziente, significa riconoscerlo come "insieme integrato, dotato di esigenze complesse. In termini specifici si parla di presa in carico globale del paziente» (2007. p. 159).

Questa è la base dell'alleanza terapeutica che presuppone che tutti i professionisti implicati nel processo di cura, siano essi sanitari o non sanitari, agiscano secondo linee condivise per raggiungere l'obiettivo di aiutare il bambino a affrontare la malattia sia dal punto di vista fisico che psichico. Per far questo è necessario osservare, ascoltare il piccolo e confrontare le proprie intuizioni coi suoi genitori che lo conoscono meglio di tutti e possono aiutare gli operatori a intervenire in modo corretto e senza fraintendimenti. I genitori, che in ospedale sono sempre presenti al fianco del figlio, possono anche a volte fare da tramite fra lui e gli operatori presentandoli nel modo più opportuno e “traducendo” i suoi comportamenti per gli operatori (di Padova, Dipace, Pettoello-Mantovani, 2023). Tutti membri dell'équipe, sanitari e non sanitari, dovranno assumere un comportamento relazionale simile (se possibile deciso durante le riunioni): tutte le operazioni al letto del paziente, dalla somministrazione della terapia alle proposte di studio o di gioco dovranno essere compiute da tutti gli operatori con un tono e delle modalità adatte a dare fiducia e tranquillità al bambino (Kanizsa, 2013). Ma per far sì che tutti gli operatori sia sanitari che non sanitari abbiano un comportamento simile sarà probabilmente necessario che l'équipe multidisciplinare lavori in modo da trovare un giusto equilibrio fra le modalità di ciascuno e quelle necessarie per aiutare il bambino. Ciò richiede che si confrontino fra loro prima di tutto sulle rispettive immagini di bambino sano e malato, sulle loro propensioni e difficoltà ad entrare in un rapporto stretto ed empatico col dolore dei bambini, con la possibilità della loro morte e quindi con la possibilità di reggere e non farsi travolgere dal possibile venir meno della speranza di onnipotenza che è molto spesso presente in chi persegue delle professioni di cura (Kanizsa, 2013).

L'équipe multidisciplinare può essere un buon aiuto per perseguire questi risultati sempre che chi ci lavora lo faccia senza pregiudizi nei confronti dei colleghi, ascoltando le proposte e discutendone in modo approfondito mettendo a confronto le proprie idee con quelle degli altri senza timori di sorta, avendo chiaro che solo il lavoro comune può portare a fronteggiare in modo solido tutte le evenienze.

Lo spirito che deve animare il gruppo deve essere quello racchiuso nel detto “siamo tutti sulla stessa barca”, vale a dire bisogna aver fiducia negli altri e avere senso di responsabilità (Katzenbach & Smith, 2008). La fiducia negli altri, che è senz'altro uno degli obiettivi più difficili da raggiungere e non solo in ambito professionale, si costruisce solo quando il gruppo si confronta in modo aperto e non valutativo sulle scelte e valuta i risultati del proprio lavoro. Certo in un gruppo multidisciplinare che opera in un contesto che ha una missione ben precisa come un ospedale, coloro che non appartengono al mondo sanitario possono essere visti come estranei alla mission e trovarsi in difficoltà. In questi casi è fondamentale la modalità con cui il leader (il Primario) guida il team includendo o escludendo anche i non sanitari nel dibattito e dimostrando o non dimostrando interesse per il loro apporto al lavoro (Edmondson, 2012). Perché il lavoro del team proceda in modo da far

nascere una comunità che agisce unitariamente il leader dovrà presentarsi come un partner, non come un dittatore il che implica che possa cambiare idea sulla base dei suggerimenti di altri membri dell'equipe permettendo la crescita di un clima collaborativo in cui tutti si sentano valorizzati (Edmondson, 2012). Un leader "partner" richiede la collaborazione e riconosce l'importanza di tutti per il raggiungimento degli obiettivi in modo che tutti vivano le scelte come loro e si attivino per raggiungerli.

## Conclusioni

La presa in carico globale del bambino malato e ospedalizzato richiede che una pluralità di professionisti sanitari e non sanitari agiscano in modo coordinato fra loro. Per far questo è necessario che nell'equipe multidisciplinare vengano valorizzate le particolari competenze di ciascuno e vi sia circolazione di informazioni in modo che tutti siano a conoscenza dei casi e di come affrontarli.

Il lavoro comune può anche servire a integrare le reciproche competenze, perché ciascuno può imparare qualcosa dagli altri. In particolare, i docenti potranno venire istruiti sulle malattie dei loro allievi e sulle loro conseguenze (ad esempio sulle difficoltà cognitive, o mnemoniche o su una maggiore affaticabilità...) e potranno così trovare delle soluzioni didattiche adatte al singolo caso. D'altro canto, i sanitari potranno venir istruiti sulle modalità più adatte con cui interagire coi pazienti o coi loro genitori.

Per quanto riguarda gli insegnanti alcune ricerche (si veda in Tomberli e Ciucci 2022) hanno messo in luce che docenti che avevano frequentato corsi di aggiornamento tenuti da sanitari sulle malattie, ad esempio oncologiche, erano più sicuri e tranquilli nel relazionarsi con alunni che presentavano quelle patologie e ritenevano di essere maggiormente in grado di trovare soluzioni adatte a mettere gli allievi in grado di apprendere nonostante la loro malattia. D'altro canto le esperienze riportate in molti testi sull'ospedalizzazione dei bambini (Felli, Torricelli, 2022; Ricci (a cura di), 2018; Boffo, 2022; Caso, 2015) dimostrano che quando medici e infermieri lavorano in modo coordinato con i docenti della scuola in ospedale si sentono più sicuri nella relazione con bambini e famiglie e riscontrano minori difficoltà nei trattamenti sanitari anche dolorosi (non a caso una delle motivazioni a favore della scuola in ospedale avanzate dai sanitari spagnoli intervistati da Angeles Pena Hite, Pelajar Palomino e Carpio Fernandez è quella che la scuola calma i bambini e li rende più tranquilli e adattati al ricovero (Angeles Pena Hite, Pelajar Palomino, Carpio Fernandez, 2022).

Perché l'equipe multidisciplinare possa operare fin da subito in modo efficace è necessario che ciascun professionista sia stato adeguatamente formato. Quindi è necessario prevedere un percorso di formazione specifico che permetta a ciascuno di essere ben sicuro delle proprie competenze e di quali siano i confini e i limiti della propria professione. Sarà proprio questa sicurezza a permettere a ciascuno di inserirsi in modo proficuo nel lavoro comune e di apprezzare le competenze degli altri. Al momento attuale mentre per quanto riguarda i sanitari la formazione fornisce molta sicurezza riguardo alla propria professionalità che ultimamente sta attrezzandosi anche per quel che riguarda le competenze relazionali (Zannini, 2023; Bruzzone, Zannini (a cura di), 2021), per quanto riguarda i non sanitari la formazione, e soprattutto il reclutamento, è ancora molto carente col risultato di rendere spesso incerti e insicuri i professionisti. Sarebbe necessario un percorso formativo specifico per le figure che andranno a lavorare in ambiente sanitario e un reclutamento che tenga conto delle competenze acquisite.

## Bibliografia

- Adamo, S. M. G. (a cura di). (2008). *La cura della relazione in oncologia pediatrica*. Cortina.
- Angeles Pena Hita, A., Pelajar Palomino M. d C., Carpio Fernandez V. (2022). La educación desde las aulas hospitalarias: percepciones de la familia y del personal medico-sanitario. *Educar*, 58-2. 517-531.
- Balestri, F. (2022). Apprendere in contesti altri: La Scuola in Ospedale. In V. Boffo (a cura di). *La scuola in ospedale*. Editpress, 37-50.
- Benigno, V., Fante, C., Caruso, G. (2017). *Docenti in ospedale e a domicilio*. Angeli.

- Benigno, V., Fante, C. (2020). Hospital School Teachers' Sense of Stress and Gratification: An Investigation of the Italian Context. *Continuity in Education*, 1. 37-47.
- Bobbo, N. (2010). *Ad ali legate*. Cleup.
- Bobbo, N., Moretto B. (a cura di). (2020). *La progettazione educativa in ambito sanitario e sociale*. Carocci.
- Boff, L.M., McGuire, A.L., Raphael, J.L. (2021). Hospital based Education for Hospitalised Children: Current Practice and Future Direction. *Hospital Pediatrics*, 11(5). 75-77.
- Boffo, V. (a cura di). (2022). *La scuola in ospedale*. Editpress.
- Braidì, G. (2001). *Il corpo curante*. Angeli.
- Bridgen, A., Shaw A., Barnes R., Anderson E., Crawley E. (2020). The Child's got a complete circle around him. *Health and Social Care in the Community*. 2179-2189.
- Bruzzone, D., Musi E. (a cura di). (2007). *Vissuti di cura*. Guerini.
- Bruzzone, D., Zannini L. (a cura di). (2021). *Sfidare i tabù della cura*. Angeli.
- Caggiano, G., Brunetti, L.I.G., Ho, K., et al. (2021). A Hospital School Program: The Right to Education for Long Term Case Children. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 18, 11435.
- Capurso, M. (2001). *Gioco e studio in ospedale*. Erikson.
- Capurso, M., Vecchini, A. (2010). Un profilo professionale degli insegnanti in ospedale. *L'integrazione scolastica e sociale*, 9(5). 519-526.
- Capurso, M. (2007). Io e gli altri in ospedale. In Capurso, M., Bianchi di Castelbianco, F., Di Rienzo, M. (a cura di) *Ti racconto il mio ospedale*. Magi. 85-162.
- Caso, R. (2015). *Bambini in ospedale*. Anicia.
- Catenazzo, T. (a cura di). (2024). *Quando la scuola è di casa*. Mimesis.
- di Padova, M., Dipace A., Pettoello-Mantovani M. (2023). "Quando l'istruzione diventa cura: la scuola in ospedale, un esempio di comunità educante". *IUL Research*. vol.4. 8. 177-191
- Edmondson, A.C. (2012). *Teaming*. John Wiley & Sons Inc.
- Felli, P., Torricelli, M.C. (a cura di). (2022). *L'ospedale pediatrico: una comunità accogliente*. La nave di Teseo.
- Formicola, P. (2023). *Riflessioni sulla relazione di transfert e controtransfert tra docenti e allievi nella scuola in ospedale: l'ambiente che cura*. [www.psicoesisociale.it](http://www.psicoesisociale.it)
- Kanizsa, S. (2013). *La paura del lupo cattivo*. Cortina.
- Kanizsa, S., Luciano E. (2006). *La scuola in ospedale*. Carocci.
- Katzenbach, J.R., Smith, D.K. (2008). *La disciplina dei team*. Harvard Business Review Italia.
- Lanzetti, C., Ricci, G., Piscozzo, M. (2008). *La scuola in ospedale*. Angeli.
- Masera, G., Tonucci, F. (1998). *Cari genitori....*Hoepli.
- Perricone Briulotta, G. (2019). *Il Vento della Psicologia pediatrica: l'esperienza di un know how oltre la Psicologia applicata in Pediatria*. McGrawHill.
- Polizzi, C., Perricone G. (2005). *Il processo educativo nell'ospedalizzazione pediatrica*. Franco Angeli.
- Resico, D. (2018). *La scuola e l'ospedale per l'alleanza terapeutica*. In G.F. Ricci (a cura di) *Il bambino in ospedale*. Armando.
- Riccardi, R. (2004). La scuola in ospedale: un presidio terapeutico? *Quaderni degli annali dell'Istruzione*.105, 62-63. Le Monnier.
- Ricci, G.F. (a cura di). (2018). *Il bambino in ospedale*. Armando.
- Righettini, C. (2022). *Formazione e umanizzazione della medicina e delle cure. Una riflessione pedagogica*. Pensa.
- Tomberli, L. Ciucci, E. (2022). *Il mio alunno è in ospedale*. Unicopli.
- Tripodi, M. Siano, M.A. Mandato, C., et al. (2017). Humanization of Pediatric Care in the world: focus and review of existing models and measurement tools. *Italian Journal of Pediatric*, 43:76.



Tondi, F. (2022). La scuola ospedaliera nel progetto di “cura” integrale. In V. Boffo (a cura di). *La scuola in ospedale*. Editpress.

Zannini, L. (2023). *L'educazione del paziente*. Cortina.

Zarri, D. (2008). La funzione del coordinamento in un Dipartimento di Ematologia e Oncologia Pediatrica. In Adamo S.M. G. (a cura di), *La cura della relazione in oncologia pediatrica*. Cortina.