

Descrizione di un'esperienza

Educatore professionale in Pronto Soccorso Pediatrico

Ilaria Pianon

Educatrice professionale, Udine

Matteo Balestrieri

Clinica Psichiatrica, Università di Udine

Giovanni Crichiutti

Clinica Pediatrica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

Nidia Batic

Dipartimento di Scienze Economiche e Statistiche, Università di Udine

L'educatore professionale, da alcuni anni, è impegnato in progetti sperimentali nei reparti pediatrici italiani, in cui ha il compito di attivare strategie finalizzate all'elaborazione della malattia, in chiave educativa, affinché essa non si trasformi in un'esperienza traumatica. Finora non sembrano, però, esserci inserimenti nel Pronto Soccorso Pediatrico. Alla luce di ciò, è stato condotto uno studio presso il Pronto Soccorso Pediatrico (PSP) dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine per rilevare, in una prima fase, se bambini e caregiver che accedevano al PSP presentassero dei bisogni educativi e per attuare, nella seconda, un progetto educativo che rispondesse ai bisogni emersi. La ricerca ha messo in evidenza che sussiste un bisogno educativo su cui poter intervenire: la riduzione dell'eccesso di preoccupazione dei caregiver. L'intervento proposto, che si è concretizzato in un'attività di creazione guidata di fiabe da svolgersi in collaborazione tra caregiver e bambino, ha mostrato un'attenuazione delle manifestazioni comportamentali correlate alla preoccupazione. Il positivo risultato dell'esperienza ha fornito un contributo rispetto a quanto già presente in letteratura in merito all'esistenza di uno spazio d'intervento per l'educatore professionale in ambito pediatrico.

Parole chiave

Educatore professionale – Pronto Soccorso Pediatrico – Narrazione – Preoccupazione – Caregiver.

La malattia è un'esperienza universale. Un'esperienza stressante per l'uomo, che passa da una condizione di efficienza e salute a una di caducità e fragilità (Mancaniello, 2006/2007).

Quando è un bambino a essere malato, è importante considerare le conseguenze di tale stato sul piano fisico, ma non devono essere dimenticate le conseguenze psicologiche: la presenza di patologie può ridurre, infatti, la sua spinta verso l'autonomia, comportando sentimenti di ingiustizia, e minacciare la sua possibilità di giocare con i compagni, con la successiva comparsa di sentimenti di solitudine (Capurso, 2001). Nel caso, poi, risulti necessario ricorrere a cure ospedaliere, è opportuno tenere presente quali paure egli possa sviluppare (ago, sangue, ecc.) (Mancaniello, 2006/2007) e cercare di prevenirle.

Fondamentale in tal senso è il supporto emotivo-affettivo costante dei genitori (Ricci, 2003). Anch'essi, però, sopraffatti dalla preoccupazione, non sempre riescono a adempiere al loro compito, rischiando di minare il ruolo di figura educativa di riferimento. Un genitore — ma più in generale chiunque si prenda cura di un bambino malato (caregiver) — se eccessivamente preoccupato rischia, infatti, di non essere in grado di supportare il bambino nella gestione dell'esperienza di malattia (Dolgin, 1990), che egli già vive con paura, ansia e dolore (Cohen et al., 2001); stati d'animo che, se non accuratamente gestiti, possono limitare la *compliance* al trattamento (Alexander e Manno, 2003) e, nel lungo tempo, condizionare l'approccio alle cure mediche (Zeltzer e Feldman, 1999).

Per contribuire a rendere serena l'esperienza di malattia del bambino e dei suoi genitori, l'educatore professionale (EP) è da alcuni anni impegnato in progetti sperimentali nei reparti pediatrici italiani. Affianca il personale medico e infermieristico nella presa in carico globale del bambino malato, in quanto professionista sociale e sanitario specializzato nell'attuazione di progetti educativi e riabilitativi, volti a sviluppare in modo equilibrato la personalità. Con una formazione interdisciplinare di carattere sanitario, ma anche pedagogico, psicologico e di animazione (Martin e Santonastaso, 2008), ha il compito di attivare strategie finalizzate al superamento di situazioni critiche e alla riflessione sui comportamenti che influiscono sullo stato di salute della persona (Crisafulli et al., 2010). In ambito pediatrico, le esperienze riportate in letteratura (Martin e Santonastaso, 2008) lo vedono impegnato come supporto all'elaborazione della malattia, in chiave educativa, affinché essa non si trasformi in un'esperienza traumatica.

Finora gli EP hanno realizzato progetti educativi/riabilitativi nei reparti di degenza o nella preparazione a interventi chirurgici; non sembrano, però, esserci inserimenti nel Pronto Soccorso Pediatrico (PSP), servizio di cui l'appropriatezza degli accessi spesso viene contestata, inducendo a riflettere sulle cause profonde del fenomeno. Una risposta si può trovare in Brousseau e collaboratori (2011), i quali hanno rilevato che i genitori di bambini malati accedono al PSP ritenendo che tale servizio possa fornire loro una risposta rassicurante entro i tempi desiderati. Non sempre, però, la gravità del disturbo del figlio, valutata dai genitori sulla base della durata e dell'origine dei sintomi (Williams et al., 2009), è una vera urgenza anche dal punto di vista medico (De Tina et al., 2014).

Per approfondire tale fenomeno e valutare l'esistenza di uno spazio d'intervento per l'educatore professionale anche in un servizio con tali caratteristiche, è stata condotta l'esperienza di studio qui presentata. Gli obiettivi sono due: in primo luogo, rilevare se bambini e caregiver che accedevano al PSP dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine presentassero dei bisogni educativi ed eventualmente, in secondo luogo, attuare un progetto educativo che rispondesse ai bisogni emersi.

L'esperienza presso il PSP dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

Strumento 1: somministrazione del questionario

Per la raccolta dei dati, è stato predisposto, adattando e combinando strumenti utilizzati da precedenti studi (Phelps et al., 2000; Northington et al., 2005; Berry et al., 2008), un questionario anonimo, semistrutturato, composto da 18 domande, suddivise in tre sezioni:

1. dati anagrafici e clinici del caregiver e del bambino (8 domande);
2. conoscenze sanitarie di base possedute dal caregiver (4 domande);
3. accesso al PSP: 6 domande volte a rilevare, attraverso un adattamento della scala Wong-Baker, lo stato di preoccupazione del caregiver (figura 1) e la sua percezione della gravità del problema manifestato dal bambino (figura 2), le motivazioni che avevano condotto al PSP e la presenza di possibili alternative a tale agenzia di cura per la risoluzione della sintomatologia pediatrica.

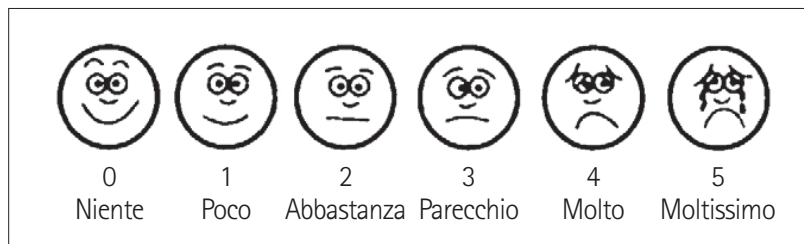


Fig. 1 Adattamento della scala Wong-Baker utilizzato per rilevare il grado di preoccupazione da parte del caregiver.

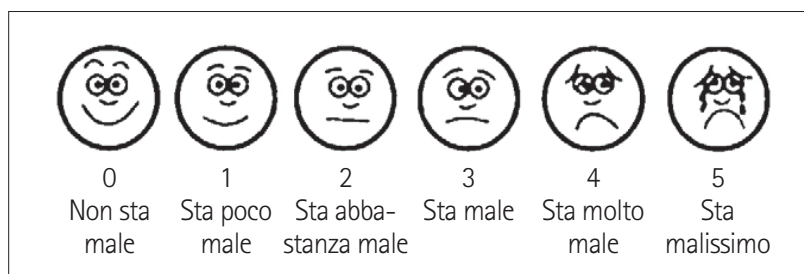


Fig. 2 Adattamento della scala Wong-Baker utilizzato per rilevare la percezione della situazione del bambino da parte del caregiver.

La somministrazione è stata programmata per il periodo compreso tra febbraio e giugno 2015, tre volte a settimana, dal lunedì al venerdì, in turni di sei ore in orario diurno. Ogni settimana venivano effettuati turni in giorni e orari diversi, per garantire la copertura omogenea di tutte le giornate e le fasce orarie comprese nel periodo dello studio.

Il questionario veniva proposto a uno dei caregiver di ciascun bambino che accedeva al PSP nel tempo indicato, con l'esclusione di:

- coloro che avevano usufruito del Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza per recarsi in ospedale;
- coloro che necessitavano di una prestazione medica immediata dopo il triage.

In questi due casi la somministrazione del questionario avrebbe, infatti, costituito un ostacolo alla prontezza delle cure. Il questionario doveva essere somministrato, infatti, nel tempo di attesa tra la procedura del triage e la visita medica, dopo aver ottenuto il consenso alla partecipazione, sia oralmente sia tramite un'informativa scritta.

Strumento 2: progetto educativo

Prendendo spunto da un progetto realizzato presso la Pediatria dell'Azienda Ospedaliera di Padova (Bobbo e Moretti, 2012), è stata poi avviata un'attività di creazione guidata di fiabe, da proporre al caregiver e al bambino, nel tempo che intercorreva tra il triage e la visita medica, secondo i seguenti criteri di inclusione:

- il caregiver indica un livello pari o superiore a 2 sulla scala di preoccupazione del questionario;
- il bambino ha un'età compresa tra i 3 e gli 11 anni.

Dopo una breve spiegazione orale delle caratteristiche del progetto, ai caregiver che accettavano di aderire veniva chiesto di leggere e firmare una dichiarazione, in cui accettavano di far partecipare il proprio figlio all'attività e di consentire l'utilizzo del materiale raccolto, in forma anonima, a scopo di ricerca. Per non incorrere nel condizionamento, però, le ipotesi dello studio e, di conseguenza, il focus dell'osservazione venivano brevemente illustrati al termine dell'attività.

Lo strumento utilizzato come guida nell'intervento educativo consisteva in un mazzo di sei carte, raffiguranti parte delle 31 funzioni e degli otto personaggi della fiaba individuati da Vladimir Propp (1928): l'eroe, il danneggiamento (immeritato), la lotta, il donatore (mago), l'oggetto magico, il lieto fine. Il bambino e il caregiver venivano invitati a creare, collaborando, una fiaba in cui inserire, nell'ordine, le sei carte guida; una volta conclusa, con il supporto dell'EP, si confrontavano le diverse fasi della malattia con le vicende accadute all'eroe della fiaba creata e si attribuiva loro un significato, per giungere a svelare il messaggio educativo nascosto (adattato da Bobbo e Moretti, 2012): il bambino malato, così come l'eroe colpito dall'im-

meritato danneggiamento, è chiamato a lottare per superare delle prove faticose, per poter raggiungere il lieto fine, costituito, nel caso del bambino malato, dalla guarigione. In tale percorso il piccolo paziente non è solo, ma è accompagnato da persone (i medici e i genitori, così come i maghi) che, attraverso farmaci e terapie oppure l'affetto e il sostegno emotivo (come gli oggetti magici), sono pronte ad aiutarlo e sostenerlo.

Per valutare l'efficacia dell'intervento sono state utilizzate tre griglie di osservazione, per la cui costruzione si è tratto spunto da Bobbo e Moretti (2012) e Capurso (2001): una per il bambino, due per il caregiver. Per quest'ultimo, inoltre, è stato analizzato il comportamento prima, durante e dopo la partecipazione all'attività. Sono state considerate le dimensioni del movimento, della voce e dell'eloquio, del contatto oculare e del contatto fisico. Per ciascuna dimensione sono stati definiti gli indicatori comportamentali che l'EP (figura coincidente con quella del ricercatore) doveva osservare (tabella 1).

TABELLA 1

Indicatori comportamentali utilizzati come guida per l'osservazione sperimentale dei caregiver prima, durante e dopo l'attività educativa

	Comportamento	Prima dell'attività	Durante l'attività	Dopo l'attività
<i>Movimento</i>	In piedi o seduto? Il corpo è rivolto verso il bambino? Cammina nella stanza? Tiene le braccia ferme o le muove?			
<i>Voce/eloquio</i>	Parla o sta in silenzio? Il tono della voce è alto o basso? La voce è tremula o distesa? L'eloquio è lento o rapido? Parla spontaneamente o risponde al bambino? Parla dell'esperienza sanitaria attuale? Esprime commenti sull'attività educativa?			
<i>Contatto oculare</i>	Presente o assente? Costante o discontinuo? Coerente con i turni di conversazione? Ricerca il bambino o risponde alle ricerche del bambino?			
<i>Contatto fisico</i>	Presente? Costante o discontinuo? Accarezza? Tiene la mano? Tiene in braccio? Contatto in occasione di rimprovero o sostegno?			

Risultati

Tra il 17 febbraio e il 5 giugno 2015, 489 caregiver hanno acconsentito alla compilazione del questionario.

Più della metà era rappresentata da madri (69,5%) e aveva un'età compresa tra 34 e i 43 anni. La maggior parte dei bambini aveva un'età inferiore ai 4 anni (45,2%), era stata portata al PSP prevalentemente per febbre (22,5%), incidente (20,7%) o vomito (15%) e manifestava la sintomatologia da più di 24 ore prima dell'accesso al PSP (39,3%).

404 bambini (86,9%) risultavano seguiti da un pediatra di libera scelta; il 71% di coloro che lo avevano contattato ha affermato di aver ricevuto delle informazioni, considerate, nel 63% dei casi, utili e fruibili anche a domicilio.

Tra le motivazioni dell'accesso al PSP, il 29,8% dei caregiver ha riportato la necessità di avere una risposta immediata, il 17,2% la mancata possibilità di contattare il medico curante, il 15,6% la percezione della situazione grave.

La maggior parte dei soggetti coinvolti (68,7%) riteneva che non vi fossero alternative al PSP per risolvere i sintomi manifestati dal bambino; tra coloro, invece, che hanno indicato delle possibili alternative (31,3%), emerge che sarebbero state utili una maggior reperibilità del pediatra di libera scelta (40%) e la possibilità di avere maggiori conoscenze sanitarie di base (31,4%).

Considerando la percezione di malattia che i caregiver avevano nei confronti del bambino accompagnato (figura 3), si è rilevato che la maggior parte riteneva che il bambino stesse «male» (27%) o «abbastanza male» (25,8%). Per quanto riguarda la percezione di preoccupazione (figura 4), il 33,7% dei caregiver si riteneva «abbastanza preoccupato»; percentuali comprese tra 14,5% e 15,5% si riferiscono a condizioni di «parecchia», «molta», «poca» preoccupazione; il 2,9% dei caregiver ha dichiarato di non sentirsi per nulla preoccupato.

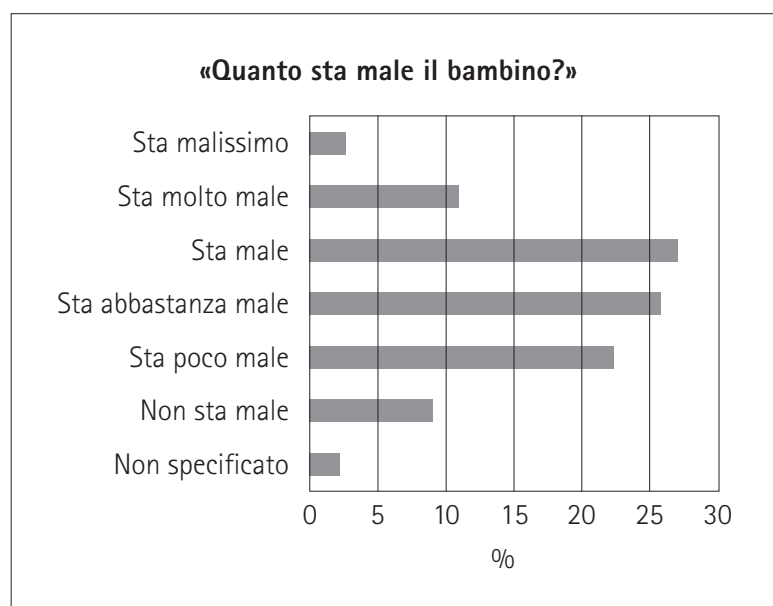


Fig. 3 Percezione dei caregiver della gravità della situazione del bambino (N = 489; valori percentuali).

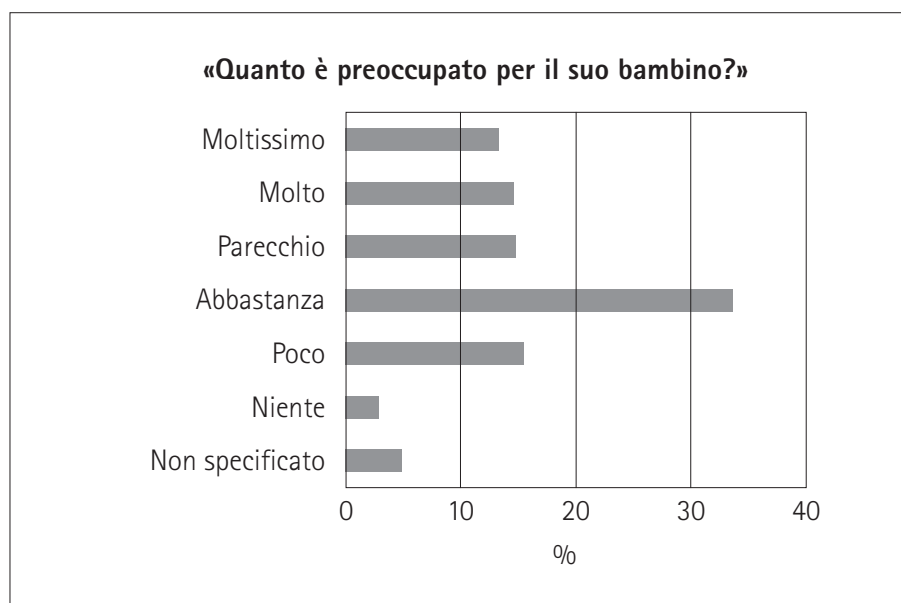


Fig. 4 Preoccupazione dei caregiver in merito alla situazione del bambino ($N = 489$; valori percentuali).

Esiti del progetto educativo

Dal 15 maggio all'8 giugno 2015, 12 coppie di caregiver e bambini hanno accettato di partecipare all'attività di creazione guidata di fiabe.

Dall'analisi dei dati riportati sulle griglie di osservazione, per quanto riguarda i bambini, emerge che:

- 11 bambini hanno aderito volontariamente, accettando subito dopo aver capito di cosa si trattava;
- 9 bambini hanno manifestato entusiasmo per la possibilità di intraprendere l'attività, nonostante la loro condizione sanitaria li rendesse tristi (4 bambini) o preoccupati (2 bambini);
- 9 bambini hanno scelto di creare la fiaba per divertirsi, 4 per passare il tempo e 3 per creare una bella storia e ricevere complimenti dagli adulti.

Per quanto riguarda i caregiver, si rileva che:

- la partecipazione iniziale è stata spontanea in 7 casi e facilitata dal bambino in 5;
- l'emozione comune a tutti i caregiver era la preoccupazione; 6 hanno inoltre manifestato entusiasmo;
- 8 caregiver hanno partecipato attivamente alla creazione della fiaba, 3 avviando l'attività con *prompt* verbale e 5 lasciando l'iniziativa al bambino e intervenendo poi. Nessun adulto si è estraniato dall'attività: 4 non vi hanno attivamente partecipato, ma l'hanno costantemente supervisionata;

- il comportamento manifestato durante e dopo l'attività ha subito, nella maggioranza dei casi, delle modifiche rispetto a quello presentato precedentemente (tabella 2). Il cambiamento maggiore verso uno stato di minor preoccupazione è rilevabile già durante l'attività se si considera la dimensione del contatto oculare (12/12) e al termine, se si considera la dimensione voce/eloquio (12/12). Anche dalle dimensioni del contatto fisico e del movimento si rilevano dei cambiamenti, nella maggior parte associati a minor preoccupazione, ma permangono genitori che non modificano il proprio stato (in media 4/12) oppure manifestano maggior preoccupazione (1/12).

TABELLA 2
**Variazioni del livello di preoccupazione dei caregiver
durante e dopo l'attività educativa (valori assoluti)**

Dimensioni	Prima dell'attività			Dopo l'attività		
	Aumentato	Diminuito	Invariato	Aumentato	Diminuito	Invariato
Contatto fisico*	1	7	4	1	5	5
Contatto oculare*	0	12	0	0	10	1
Voce/eloquio	0	11	1	0	12	0
Movimento**	1	8	3	1	5	4

Note. * Dimensioni non valutabili in un caregiver dopo l'attività. ** Dimensioni non valutabili in due caregiver dopo l'attività.

Discussione e riflessioni

Elaborando i dati raccolti dalla compilazione dei questionari, sono state individuate due possibili aree di intervento educativo: una in merito all'educazione sanitaria di base e l'altra relativa alla gestione della preoccupazione dei caregiver.

Conoscenze sanitarie di base

Meno della metà dei caregiver dei bambini con febbre e vomito/diarrea, tra i principali sintomi d'accesso, ha affermato di aver ricevuto informazioni di base, realmente utilizzabili, sulla gestione di tali sintomi: nel caso della febbre 55 caregiver su 108 hanno contattato il pediatra prima di recarsi in PSP; di questi 42 hanno ricevuto informazioni, ma solo 26 le hanno ritenute utili; nel caso di vomito/diarrea, 39 caregiver su 77 avevano contattato il pediatra; di questi, 29 avevano ricevuto informazioni, ma solo 19 le avevano ritenute utili. A tal proposito una parte, seppur minoritaria, dei caregiver (12%) ha dichiarato che, avendo maggiori conoscenze di base, avrebbe potuto evitare

di accedere al PSP. A sostenere tale posizione sono soprattutto caregiver giovani con bambini di età inferiore ai 4 anni.

Preoccupazione

I principali motivi per cui i caregiver hanno affermato di essersi recati in PSP sono legati a uno stato di preoccupazione: la necessità di una risposta immediata, il riconoscimento del PSP come luogo rassicurante e la percezione delle condizioni del bambino come gravi. Tali risposte sono in accordo con quanto presente in letteratura: i genitori vogliono assicurarsi nel più breve tempo possibile che i figli non abbiano subito danni e ritengono che il PSP possa fornire loro una risposta rassicurante entro i tempi desiderati (Brousseau et al., 2011). A tal proposito, è opportuno rilevare che non sempre la valutazione effettuata dai genitori, svolta prevalentemente sulla base della durata e dell'origine dei sintomi, sia essa patologia o evento traumatico (Williams et al., 2009), è una vera urgenza dal punto di vista medico (De Tina et al., 2014). Dai dati raccolti attraverso il questionario, comunque, emerge che coloro che si ritengono preoccupati sono superiori a quelli che non si ritengono tali e che, all'interno della coppia genitoriale, le madri sono più preoccupate dei padri (47% a fronte di un 35%). Confrontando, inoltre, la percezione di ogni caregiver dello stato di gravità del bambino e della propria preoccupazione, si rileva che la maggioranza è più preoccupata di quanto ritenga malata il bambino: 43,8% a fronte di 22,1%.

Interpretando tali dati alla luce della letteratura che evidenzia le conseguenze di un'eccessiva preoccupazione parentale (Dolgin et al., 1990; Cohen et al., 2001; Alexander e Manno, 2003; Zeltzer e Feldman, 1999), tra le due aree d'intervento individuate è stata ritenuta prioritaria la seconda e in merito ad essa è stato sviluppato il progetto educativo. Un eventuale intervento nell'ambito educativo-conoscitivo della malattia non deve essere, però, definitivamente scartato; potrebbe costituire un futuro campo di studio, raccogliendo dati anche in merito ai bambini ammalatisi nel periodo della ricerca, ma non condotti al PSP, per poter così avere un gruppo di controllo con il quale confrontare i dati raccolti.

L'input per progettare l'intervento educativo è stato, così, fornito dal divario tra il bisogno del bambino di capire il senso dell'esperienza che stava vivendo (Kanizsa, 2013) e la difficoltà dei caregiver, preoccupati, nel dare loro delle risposte adeguate. L'EP ha potuto, quindi, intervenire per affiancare e sostenere il caregiver nel suo essere figura di riferimento per il bambino e, contemporaneamente, di far *di-vertire* (secondo l'accezione latina «scostarsi da») il piccolo paziente, coinvolgendolo in un'attività ludica e che lo aiutasse, al tempo stesso, a rielaborare l'esperienza di malattia in chiave educativa.

Anche se la numerosità del campione considerato è limitata, l'entusiasmo con cui l'attività di creazione guidata di fiabe è stata accolta e svolta dai bambini e dai caregiver e, soprattutto, il raggiungimento degli obiettivi prefissati dimostrano l'utilità dell'intervento educativo nel contesto considerato. Se supportato, infatti, da un'appropriata metodologia, esso può contribuire a preservare la parte sana del

piccolo paziente e a fargli capire in quali modi e in quale misura egli possa impegnarsi per superare la situazione di sofferenza e di preoccupazione in cui si trova; permette, inoltre, di supportare i caregiver e di affiancarli nel loro fondamentale ma impegnativo ruolo di guida e rifugio per il bambino nella fase di attesa della prestazione medica, affinché possano comprendere e rispondere empaticamente ai loro bisogni e alle loro paure.

Quello che si è compreso, dal punto di vista professionale, nel corso dell'osservazione sperimentale dell'esperienza qui descritta, anche alla luce della letteratura consultata (Kanizza, 2013; Martin e Santonastaso, 2008; Tramma, 2008), è, dunque, che fare l'EP in ambito pediatrico significa farsi carico del sostegno psico-relazionale dei pazienti e dei loro familiari, progettando e coordinando interventi educativi specifici per ogni fascia d'età e situazione e mirati a rinforzare la parte «sana» della persona.

Grazie alle competenze psicologiche, pedagogiche (Martin e Santonastaso, 2008) e di comunicazione, l'EP detiene i mezzi per proporre e instaurare una relazione intenzionale, consapevole e responsabile con l'utenza; attraverso di essa, è possibile individuare gli strumenti più idonei che ciascun «educando» possiede, ma fatica a riconoscere perché sopraffatto dalla malattia.

Educare in senso professionale significa mostrare al bambino delle alternative e guidarlo a capire quale sia la più adatta, seguirlo nella sperimentazione e aiutarlo a prendere consapevolezza dei traguardi raggiunti, sostenendolo nei momenti di difficoltà.

Prendersi cura di un bambino in ospedale vuol dire, quindi, farsi carico di tutti i suoi bisogni in quanto persona: non solo di quelli strettamente sanitari, ma anche di quelli affettivi e comunicativi (Martin e Santonastaso, 2008).

Nel contesto considerato, inoltre, l'EP è chiamato, fin dall'inizio, a prendersi cura del caregiver, oltre che del bambino. Il suo compito è quello di supportarlo affinché non si faccia travolgere dall'esperienza traumatica e conservi lucidità e integrità per poter rimanere punto di riferimento per i bisogni e le richieste dei piccoli pazienti.

In PSP, in particolare, il ruolo dell'EP si esplica nell'accompagnamento del paziente in un'esperienza di sofferenza fisica, ma anche (e secondo alcuni genitori ancor di più) psicologica, in modo da ridurre le conseguenze traumatiche della malattia. L'obiettivo è aumentare il benessere a breve termine (sostenere i bambini e i genitori nel bisogno immediato), ma anche a lungo termine (fornire loro degli strumenti a cui possano ricorrere trovandosi in altre circostanze simili). Per poter raggiungere tali risultati, l'EP deve saper alternare fasi statiche, lo «stare», a fasi dinamiche, il «fare». «Stare» significa essere presente in una situazione, accanto all'utenza, in modo empatico ma non invasivo; manifestare la propria vicinanza, senza voler necessariamente compiere qualche azione. Nel caso specifico del progetto educativo qui presentato, ci sono state delle occasioni in cui, fornito l'input, l'utenza era in grado di procedere da sola. L'EP, in tal frangente, ha il compito di «dare il via», di smuovere un processo che l'utenza non sarebbe riuscita ad avviare in autonomia, ma anche di trarsi da parte quando il percorso viene correttamente intrapreso. È importante, comunque, che sia presente, in modo che gli utenti sappiano che possono ricorrere a lui per una parola, un consiglio, una conferma, qualora ne percepiscano la necessità.

In altre situazioni, invece, non è sufficiente stare, ma, oltre a fornire l'input, è importante continuare a sostenere, stimolare, partecipare attivamente all'attività educativa. «Fare» significa, infatti, agire concretamente insieme all'utenza, non sostituendosi ad essa, ma mostrando le possibili alternative per il raggiungimento degli obiettivi (ANEP, 2012).

L'EP deve saper alternare tali fasi anche in relazione ai tempi medico-sanitari, collaborando costantemente con medici e infermieri, al fine di bilanciare i tempi del proprio intervento con quelli del triage, della visita medica, dell'osservazione per garantire una presa in carico globale e armonica del piccolo paziente (e del suo caregiver).

Pensando a una riproduzione o estensione dell'esperienza qui presentata, la costante collaborazione e condivisione delle informazioni con il personale medico-sanitario rappresenterebbe sia un punto di forza sia un nodo critico. Sicuramente l'introduzione di una nuova figura comporterebbe una ridefinizione degli equilibri all'interno dell'équipe e richiederebbe l'impegno e la partecipazione di tutti per stabilire, condividere, attuare e fare proprie nuove modalità di lavoro, nuovi punti di vista, nuove relazioni interprofessionali, con aree di pertinenza specifica e aree, invece, comuni, in cui è necessario lavorare in sintonia per un obiettivo condiviso: il benessere del paziente.

In seguito a un fisiologico periodo di assestamento, la difficoltà di accettare un nuovo professionista, l'incomprensione reciproca, la forzata condivisione di spazi e tempi si potrebbero trasformare in punto di forza per il servizio, che sarebbe sempre di più «a misura di bambino», grazie all'integrazione degli aspetti sociali con quelli prettamente sanitari e a un'équipe che, più ricca, sia in grado di rispondere in modo sempre più completo ai bisogni del bambino e della famiglia.

Tutto questo fermo restando che il PSP è un servizio d'emergenza, a cui rivolgersi in caso di effettivo e urgente bisogno: ampliando la discussione alle politiche socio-sanitarie, accanto a un potenziamento del servizio offerto da tale agenzia di cura, sarebbe comunque opportuno educare le famiglie a un corretto utilizzo dei diversi servizi a disposizione (PSP, distretto, pediatra di libera scelta, ecc.), evidenziando le peculiarità di ciascuno e i bisogni cui sono preposti a rispondere: questo per ottimizzare le risorse disponibili e per garantire al bambino e alla famiglia l'intervento più indicato e tempestivo possibile.

Conclusioni

La maggior parte dei caregiver dei piccoli pazienti del PSP dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, in analogia con i dati presenti in letteratura, hanno dichiarato di essere molto preoccupati, anche di più rispetto a quanto la situazione sanitaria del bambino avrebbe richiesto.

Conoscendo le conseguenze che tale stato può avere sull'adulto stesso, ma soprattutto sulla *compliance* del bambino alle cure, la riduzione della preoccupazione è stata riconosciuta come bisogno a cui rispondere con un intervento educativo; al

termine dell'intervento, nel campione coinvolto, si è notata un'attenuazione delle manifestazioni comportamentali della preoccupazione.

L'intervento dell'educatore professionale si è manifestato possibile e motivato presso il PSP della Clinica Pediatrica di Udine, nell'ottica di una presa in carico globale e di un processo di cura che si basi sull'approccio bio-psico-sociale. Egli, infatti, possiede le competenze e gli strumenti per aiutare e stimolare bambino e genitore a percepire il valore educativo dell'esperienza di malattia, oltre che per supportarne, affiancarne e promuoverne la positiva rielaborazione, al fine di garantire la continuità dello sviluppo e di vivere l'evento, potenzialmente traumatico, come fonte di crescita.

Abstract

For some years social health educator has developed applied projects in pediatric wards helping people to implement educational strategies to elaborate their illness in order that it doesn't become a traumatic experience. Nowadays literature doesn't seem to describe any Social and Health Educator's project in Pediatric Emergency Department. Therefore a study was conducted at the Pediatric Emergency Room in Azienda Sanitaria Universitaria Integrata in Udine to reveal if children and caregivers who were in care in Pediatric Emergency Room had some educational needs and, if that was the case, make an educational project in order to comply with. The study reveals that an educational need can be found: caregivers were too much upset to take care to their sick children. After the educational activity, a guided storytelling activity, caregivers' concern concerning behaviour had reduced. This positive outcome contributes to highlight a field of intervention for Social Health Educator in Pediatric settings.

Keywords

Social health educator – Pediatric Emergency Room – Storytelling – Concern – Caregivers.

Bibliografia

- Alexander J. e Manno M. (2003), *Underuse of analgesia in very young pediatric patients with isolated painful injuries*, «Annals of Emergency Medicine», vol. 41, pp. 617-622.
- ANEP (a cura di) (2012), *L'Educatore Professionale. Una guida per orientarsi nel mondo del lavoro e prepararsi ai concorsi pubblici*, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli.
- Berry A. et al. (2008), *Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study*, «Ambulatory Pediatrics», vol. 8, pp. 360-367.
- Bobbo N. e Moretti C. (2012), *Feeria: un luogo incantato dove perdersi per ritrovarsi. La fiaba come strumento di mediazione narrativa nella tutela e promozione dei bisogni educativi e psicologici del bambino malato in ospedale*, Padova, Cleup.
- Brousseau D.C. et al. (2011), *Nonurgent emergency-department care: Analysis of parent and primary physician perspectives*, «Pediatrics», vol. 127, n. 2, pp. 375-381.

- Capurso M. (2001), *Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*, Trento, Erickson.
- Cohen LL. et al. (2001), *Children's expectations and memories of acute distress: short-and long-term efficacy of pain management intervention*, «Journal of Pediatric Psychology», vol. 26, pp. 367-374.
- Crisafulli F. et al. (2010), *Il «Core competence» dell'Educatore Professionale. Linee d'indirizzo per la formazione*, Milano, Unicopli.
- De Tina A. et al. (2014), *Paediatric emergency department utilisation: Is it necessary an educational intervention?*, «Igiene e Sanità Pubblica», vol. 70, n. 2, pp. 141-150.
- Dolgin M.J. et al. (1990), *Parental management of fear in chronically ill and healthy children*, «Journal of Pediatric Psychology», vol. 15, pp. 733-744.
- Kanizsa S. (2013), *La paura del lupo cattivo*, Milano, Raffaello Cortina.
- Mancaniello M.R. (2006/2007), *Il trauma dell'ospedalizzazione nell'infanzia e nell'adolescenza: il ruolo della scuola*, «Rassegna dell'istruzione», vol. 4, pp. 59-76.
- Martin A. e Santonastaso P. (2008), *Educazione professionale in medicina e psichiatria*, Padova, Piccin.
- Northington W.E. et al. (2005), *Use of an emergency department by nonurgent patients*, «American Journal of Emergency Medicine», vol. 23, pp. 131-137.
- Phelps K. et al. (2000), *Factors associated with emergency department utilization for non urgent pediatric problems*, «Archives of Family Medicine», vol. 9, pp. 1086-1092.
- Ricci F. (a cura di) (2003), *Dal «curare» al «prendersi cura». Bisogni e servizi educativi per un bambino ospedalizzato*, Roma, Armando.
- Tramma S. (2008), *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*, Roma, Carocci.
- Williams A. et al. (2009), *Making choices: Why parents present to the emergency department for non-urgent care*, «Archives of Disease in Childhood», vol. 94, pp. 817-820.
- Zeltzer L. e Feldman L. (1999), *Soothing and chronic pain*. In M. Lewis e D. Ramsay (a cura di), *Soothing and stress*, Mahwah, NJ, Laurence Erlbaum.