

Università degli Studi del Piemonte Orientale
“Amedeo Avogadro”
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Scienze Mediche
Master I° Livello in Cure Palliative per Medici e Infermieri

Tesi di Master:

L'art therapy come strumento per migliorare la qualità di vita nel bambino oncologico in fase avanzata di malattia: indagine conoscitiva sulla percezione degli operatori sanitari e non dei reparti oncoematologici dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino.

Candidato
Coll. Prof. San. Inf.
Elisa Nicoli
Matricola n°195

Relatore
Dott. Stefano Lijoi
Correlatore
Capo Sala Liliana Vagliano

Anno Accademico 2003 – 2004

INDICE.

- Introduzione pag. 4

Parte prima: Revisione bibliografica.

- Capitolo 1.1: Un po' di chiarezza sulle
diverse medicine pag. 7
- Capitolo 1.2: Classificazione delle CAM
(Complementary and Alternative Medicine) pag.
11
- Capitolo 1.3: Le terapie complementari e
alternative nella malattia oncologica in fase
avanzata pag. 13
- Capitolo 1.3.1: CAM e operatori sanitari pag. 16
- Capitolo 1.3.2: Terapia complementare
e oncologia pediatrica pag. 18
- Capitolo 1.4: Arti terapie: ambiti applicativi
e modelli pag. 21
- Capitolo 1.4.1: Panorama italiano pag. 26
- Capitolo 1.4.2: L'arte terapia in età evolutiva pag. 28

- Capitolo 1.4.3: Il vissuto del bambino
durante l'ospedalizzazione pag. 31
- Capitolo 1.5: Arte e creatività nel mondo
delle Cure Palliative pag. 36

Parte seconda: Indagine.

- Capitolo 2.1: motivazione ed obiettivo
della ricerca pag. 39
- Capitolo 2.2: materiali e metodi della ricerca pag. 40
- Capitolo 2.3: sede e periodo dell'indagine pag. 43
- Capitolo 2.3.1: popolazione oggetto dell'indagine pag. 43
- Capitolo 2.3.2: strumenti pag. 44
- Capitolo 2.4: analisi dei risultati pag. 46
- Sezione iconografica pag. 51
- Conclusioni pag. 59
- Bibliografia pag. 61
- Allegato: questionario pag. 65

INTRODUZIONE.

L'*art therapy*⁽¹⁾ (concepita come disciplina o insieme di metodologie) è un termine relativamente nuovo, anche se le sue origini le possiamo ritrovare nel rapporto tra cultura, attività artistica, sviluppo sociale e nella loro rispettiva storia.

Quando si parla di *arte terapia* s'intende quindi l'uso delle arti (pittura, scultura, musica, danza, teatro, marionette, costruzione e narrazione di storie/racconti e così via) e di altri processi creativi per promuovere la salute, favorire la guarigione, aiutare gli individui rispetto a una determinata disabilità, per riabilitarsi dopo un trattamento medico e/o chirurgico o semplicemente per migliorare la qualità della propria vita.

L'interesse per questa disciplina è aumentato negli ultimi dieci-quindici anni, si è sviluppato in seguito ai successi ottenuti da alcuni specialisti delle arti creative - lavorando in ambito di assistenza sanitaria, di riabilitazione e dell'educazione speciale (adulto, handicap, psichiatria) - grazie sia alla numerosa presenza di specialisti che lavorano in questo campo sia alla disponibilità degli amministratori a sperimentare l'uso delle arti nelle loro strutture.

Negli anni ci si è resi conto che non si può limitare la cura e l'assistenza alla mera prescrizione di una terapia o al seguire strettamente un protocollo e/o una tecnica, ma si è resa necessaria una maggiore conoscenza e formazione (più completa ed allargata) verso quegli orizzonti che possono sembrare così lontani e diversi da quelli tradizionali, ma che invece si possono rivelare efficaci e - perché no – terapeutici.

Infatti, proprio perché l'arte non è una medicina da prendere tre volte al giorno dopo i pasti può nutrire lo spirito, coinvolgere e motivare una persona a voler migliorare, crescere, guarire e, talvolta, determinare anche i mutamenti fisiologici dell'organismo.

Insieme a tutto ciò che si può raccontare sugli effetti di questo “nuovo” lavoro, ai benefici e successi ottenuti (inizialmente inaspettati, non programmati e talvolta inspiegabili) si sta oggi affiancando la ricerca metodologica e la sperimentazione.

Lo scopo della tesi di ricerca è conoscere quali sono le reali conoscenze di questa nuova disciplina e sul suo eventuale utilizzo come strumento per migliorare la qualità di vita nel bambino oncologico in fase avanzata di malattia, indagando su un

campione di persone (sanitari e volontari) che già lavorano e operano in un ambiente specifico e delicato come l'oncologia pediatrica.

La prima parte di revisione bibliografica che segue vuole dare un inquadramento generale su cosa sono le arti terapie e su come queste discipline possono essere utilizzate, in particolare nel settore dell'oncologia pediatrica.

La seconda parte d'indagine invece vuole fare emergere sia come i due gruppi (sanitari e volontari) si comportano rispettivamente agli items posti con il questionario sia la volontà o meno a partecipare a corsi di informazione specifici sull'argomento.

1. PARTE PRIMA.

1.1 **UN PO' DI CHIAREZZA SULLE DIVERSE MEDICINE.**⁽²⁾

Esiste una terminologia variegata per classificare metodi diagnostici e terapeutici non contemplati dalla medicina scientifica ufficiale.

Gli attributi più utilizzati sono:

- *Medicina convenzionale*: studia la malattia partendo da segni e sintomi e impiega tutte le tecniche opportune per opporvisi. E' frutto del modello biomedico che utilizza il metodo scientifico-sperimentale.
- *Medicina tradizionale*: l'OMS la definisce (documento del 1996) come "quell'insieme di metodi utili a proteggere e a ristabilire la salute prima dell'arrivo della medicina moderna". Il termine "tradizionale" si riferisce al fatto che queste metodiche terapeutiche derivano da un approccio alla salute e al benessere appartenente alle tradizioni di ogni paese. Questi metodi hanno rappresentato da sempre l'unico strumento di cura primario e hanno sopperito ai bisogni delle comunità locali. Infatti paesi come India e Cina hanno sviluppato sistemi molto sofisticati di cura.

- *Medicina non convenzionale*: esplora altre risorse di salute per mezzo di nuovi approcci all'individuo, che contemplano sia la ricerca di un equilibrio globale sia una rinnovata armonia con l'ambiente circostante.
- *Medicina alternativa*: termine spesso utilizzato dai mezzi di comunicazione, dalla popolazione e da alcuni operatori della salute che include tutte quelle tecniche che non sono riconosciute o accettate dalla medicina scientifica. Le medicine alternative sono considerate tali poiché: non sempre hanno una base scientifica, hanno al loro centro una visione olistica, si basano sul vitalismo (energia) e affermano di sostituire la medicina scientifica. Alcuni esempi sono la medicina cinese e ayurvedica. Oggi molte tecniche alternative rientrano nella pratica convenzionale (agopuntura), pertanto è meglio parlare di medicina olistica.
- *Medicina olistica*: definita come un "sistema di cura della salute", nel quale viene enfatizzato il bisogno di prendere in considerazione l'intera persona, includendo l'analisi dell'aspetto fisico, nutrizionale, ambientale, emotivo, sociale, spirituale e il valore dello stile di vita. Questa medicina si concentra inoltre sull'educazione alla responsabilità

dell'individuo, affinché egli compia uno sforzo personale per raggiungere il proprio equilibrio e benessere.

- *Medicina complementare (o integrativa)*: metodi non invasivi e farmaceutici, considerati come complemento, supporto del trattamento allopatico. Il termine “complementare” sottolinea come la medicina scientifica sia da considerare lo strumento primario di cura. Anche se in alcuni casi - ad esempio nei pazienti terminali – la medicina complementare viene utilizzata quasi come esclusivo strumento di trattamento, ossia quando la medicina scientifica diventa impotente.

Autori inglesi specificano come la *medicina complementare* è una “caratteristica che incrementa la pratica sanitaria”, pur ammettendo che c'è ancora molta confusione sulla sua definizione.

In realtà, negli anni Settanta e Ottanta questo nuovo tipo di approccio alla persona fu denominato “medicina alternativa”, essendo queste discipline fornite in alternativa al sistema convenzionale di cura.

Il termine “medicina complementare” fu introdotto successivamente, quando i due sistemi (convenzionale e non convenzionale) cominciarono ad essere utilizzati contemporaneamente. In seguito infatti tale termine venne sostituito da “non convenzionale”, per distinguere queste discipline da quelle praticate nella cura convenzionale.

Attualmente quando si parla di “altra medicina” si tende a generalizzare usando il termine CAM (Complementary and Alternative Medicine).

1.2 CLASSIFICAZIONE DELLE CAM (COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICIN).

Le CAM⁽³⁾ possono essere definite come “insieme di risorse che coinvolge tutti i sistemi terapeutici e le loro teorie di accompagnamento e tutto ciò che è intrinseco al sistema terapeutico dominante di una particolare società o cultura in un determinato periodo storico”.

Si tratta quindi di un insieme estremamente eterogeneo di trattamenti, frammisti a credenze etiche e religiose, tradizioni e abitudini di un popolo da rendere difficoltosa e quasi impossibile una descrizione dettagliata ed univoca.

Il National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) le ha suddivise in cinque categorie principali (descritte nella tabella n° 1 seguente) a seconda dei metodi utilizzati.

TABELLA N° 1.

| CATEGORIA | DEFINIZIONE | ESEMPI |
|---|---|--|
| Terapie basate sulla biologia | Uso di sostanze naturali. | Erbe, vitamine, elementi dietetici.. |
| Interventi psicofisici | Tecniche indicate per aumentare le capacità mentali di controllo dei sintomi e delle funzioni corporee. | Meditazione, preghiera, visualizzazione, arte, musica. |
| Terapie energetiche | Terapie basate sulla manipolazione di punti energetici. Terapie bioelettromagnetiche. | Pressioni terapeutiche, reiki, shatzu. |
| Manipolazioni e metodi basati sul corpo | Uso di manipolazioni e movimenti di parti diverse del corpo. | Campi pulsatili, magnetici... |
| Sistemi medici alternativi | Pratiche mediche sostenute e costituite da teorie e pratiche diverse da quella tradizionale. | Omeopatia, naturopatia, ayurvedica. |

**1.3 LE TERAPIE COMPLEMENTARI E ALTERNATIVE
NELLA MALATTIA ONCOLOGICA IN FASE AVANZATA.**

Le medicine alternative⁽⁴⁾ e complementari⁽⁵⁾ sono una realtà ancora poco conosciuta nella pratica clinica oncologica.

Nei paesi industrializzati le CAM⁽³⁾ sono impiegate dal 25-30% dei pazienti con anamnesi di malattia oncologica, percentuale che sale fino all'80% se si prendono in considerazione pazienti in corso di trattamento chemioterapico.

Gli studi condotti mostrano come i maggiori utilizzatori siano donne con alto livello socioeconomico e culturale, in giovane età. Inoltre i maggiori fruitori sono pazienti con diagnosi di carcinoma della mammella o della prostata o soggetti in età pediatrica. Sovente i pazienti con prognosi infausta o in fase avanzata di malattia utilizzano più di un tipo di CAM.

Le motivazioni per cui questi malati utilizzano le CAM (rilevato da molti studi) sono svariate: potenziare il sistema immunitario, curarsi, rallentare la progressione del tumore.

Di fronte alla diagnosi di cancro in fase avanzata, il paziente si trova improvvisamente davanti ad un evento percepito come una minaccia all'esistenza; è quindi naturale che vada alla ricerca di qualcosa che gli permetta di continuare a sperare nella guarigione.

Alcuni ricercatori hanno rilevato infatti che uno dei fattori scatenanti per la scelta delle CAM è la progressione o la recidiva della neoplasia, in un momento in cui si sia persa la fiducia nelle terapie tradizionali. Da alcuni studi emerge infatti che l'uso di CAM sia dovuto all'incertezza nell'efficacia della terapia convenzionale, mentre secondo altri la scelta è determinata dalla volontà di partecipare attivamente al processo terapeutico, quindi di essere attori e non solo spettatori della propria malattia.

Le motivazioni all'uso della CAM addotte dai pazienti sono soprattutto il miglioramento della qualità di vita e il potenziamento del sistema immunitario. Quest'ultimo è considerato il mezzo che permette di combattere meglio la malattia controbilanciando gli effetti tossici dei farmaci chemioterapici. Le terapie mediche complementari e alternative – in questo senso - sono la risposta ideale.

Le informazioni fornite da televisione, stampa e siti internet promettono la guarigione e il benessere e sottolineano la mancanza di effetti collaterali. Un paziente oncologico privo di un'adeguata informazione rimane favorevolmente colpito dai casi

aneddotici presentati e dalle seducenti dissertazioni pseudoscientifiche, cui a volte si affiancano informazioni che possono allarmare i pazienti poiché descrivono la chemioterapia e la radioterapia come trattamenti inutili che debilitano e danneggiano l'organismo.

E' importante sottolineare che la cura della malattia e l'aumento di sopravvivenza non sono descritti come obiettivi principali.

Le medicine alternative e complementari sono dunque conosciute e utilizzate dai pazienti con neoplasia in fase avanzata, in accordo con i dati della letteratura esistente.

1.3.1 RAPPORTO CAM E OPERATORI SANITARI.

Le terapie mediche complementari e alternative sono una realtà spesso poco conosciuta e sottovalutata dagli operatori sanitari ma è verosimilmente destinata a diffondersi sempre più e a entrare nella pratica clinica.

E' perciò auspicabile un maggiore interesse da parte degli operatori sanitari anche per le possibili tossicità o interazioni con i chemioterapici.

Inoltre il compito dell'oncologo, del medico in generale e di tutti gli operatori sanitari è di informarsi sull'argomento per fornire spiegazioni adeguate e di non ostacolare a priori le scelte terapeutiche, nell'ottica del miglioramento costante del rapporto medico-paziente-famiglia.

Attualmente - in particolare in Italia - non esistono informazioni precise sui reali rischi e benefici sull'uso delle CAM nei pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, nonostante vengano utilizzate. L'obiettivo deve essere quello di cercare in un prossimo futuro di riempire le lacune esistenti sull'argomento proprio per evitare di dare informazioni inutili, sbagliate o ancor peggio impossibili e inattuabili.

Per raggiungere l'obiettivo e stabilire quindi quali siano i comportamenti più indicati, occorreranno studi prospettici, multicentrici e una sorveglianza scientifica rigorosa.

1.3.2 TERAPIA COMPLEMENTARE E ONCOLOGIA PEDIATRICA.⁽⁶⁾

Negli ultimi 30 anni in oncologia pediatrica si sono ottenuti risultati eccellenti grazie alla ricerca clinica e alla rigorosa valutazione dei dati attraverso studi clinici controllati e randomizzati, così che oggi circa il 70% dei bambini può guarire se trattato adeguatamente.

Non dobbiamo dimenticare però che accanto alle terapie validate dalla pratica medica e dalla ricerca scientifica, tra la popolazione generale e in particolare tra i malati di cancro è andato aumentando l'uso di terapie "non convenzionali". Questo è dovuto al fatto che il successo terapeutico non passa solo attraverso il trattamento convenzionale e la conoscenza degli effetti collaterali, ma anche e soprattutto attraverso il modo di vita del paziente e delle sue abitudini, compreso l'impiego di eventuali terapie non convenzionali.

Tutto ciò al medico comporta sia il dovere di non ostacolare le scelte del paziente sia il dovere di salvaguardare lo stesso da trattamenti inutili, dannosi o addirittura tossici.

L'utilizzo della terapia complementare "in associazione" a quella convenzionale – non solo tra la popolazione adulta ma anche e soprattutto tra quella pediatrica – ha come obiettivo il controllo dei sintomi e il miglioramento della qualità di vita, anche durante l'ospedalizzazione che nei reparti ematologici è sovente molto lunga.

Oggi la maggior parte dei bambini affetti da tumore può guarire, anche se il processo per arrivarci non è stato e non è tuttora né facile né breve.

Le terapie complementari dovrebbero associarsi a quelle convenzionali ampiamente validate. Con un rapporto di fiducia aperto e onesto, il medico dovrebbe essere a conoscenza di quanto il bambino assume contemporaneamente alla terapia prevista: solo così si può fare un attento monitoraggio del supporto o meno che queste terapie possono dare.

Il prezzo della terapia convenzionale in oncologia pediatrica è elevato: malessere, tossicità, danni organici. D'altra parte il successo è altrettanto alto.

Il bambino e la sua famiglia vanno rispettati e coinvolti il più possibile, anche nei processi tecnico-scientifici decisionali, ma vanno anche aiutati a non essere travolti da false aspettative e pure chimere.

Ecco perché solo attraverso un rapporto speciale e di fiducia, che noi tutti dobbiamo saper creare e che sia in grado di

infondere le giuste convinzioni, ogni terapia può trovare la collocazione più corretta e più idonea.

1.4 **ARTI TERAPIE: AMBITI APPLICATIVI E MODELLI.**⁽⁷⁾

L'Arteterapia, la Musicoterapia, la Danzaterapia e la Drammaterapia formano stabilmente il panorama italiano delle Arti Terapie che si differenziano tra loro principalmente per il diverso strumento artistico utilizzato.

Pittura - scultura, musica, danza e teatro, sono i vari linguaggi espressivo-creativi che vengono proposti con scopi terapeutici, riabilitativi o preventivi.

Ultimamente sono stati meglio delineati gli ambiti applicativi e la qualità dei molti programmi nelle scuole di formazione; infatti si cominciano a distinguere gli operatori formati nell'ambito terapeutico da quelli interessati al settore socio-educativo o della prevenzione.

La divisione degli addetti in questi tre livelli – ambiti lavorativi d'appartenenza e di specializzazione – ha reso gli operatori meno ansiosi sul problema dell'identità professionale, rendendo sanabile (in un prossimo futuro) quanto si è appreso nei corsi di formazione realizzati artigianalmente o dall'esperienza sul campo o dopo aver partecipato a brevi corsi di sensibilizzazione.

Un fattore decisivo è l'ambito istituzionale in cui le terapie artistiche possono essere applicate. Rimane difficilmente comprensibile parlare di Arti Terapie impiegate nelle scuole o nei centri sociali. Tali terapie sono invece giustificate e intervengono dove c'è un bisogno di cura.

Successivamente possiamo distinguere cinque diversi modelli di riferimento:

1. *Psicoanalitico*. Questo approccio indaga sulla patologia o le energie dell'io che predispongono l'individuo alla creatività artistica, ma senza la convalida intersoggettiva che deriva dalla possibilità del confronto diretto. Fin dalle sue origini, la teoria psicoanalitica è stata applicata (al di fuori della sfera clinica) all'arte ed è stata utilizzata come metodo conoscitivo in alcune aree, quali l'esperienza artistica, intesa anche come natura del lavoro creativo, l'interpretazione delle opere d'arte, la natura dell'approccio estetico ad esse (Spitz, 1993).
2. *Fenomenologico*. Questo approccio è di grande importanza per la psichiatria in generale e per le arti terapie in particolare, in quanto sposta l'accento dai prodotti isolati dello psichismo, intesi come manifestazioni sintomatiche della malattia mentale, alle strutture esistenziali legate alla produzione artistica intesa come fenomeno. Le radici filosofiche di questo modello si rifanno alla fenomenologia di Husserl, alla filosofia esistenzialista di Heidegger.

3. *Analitico immaginale.* Il pensiero Junghiano e la sua rielaborazione archetipico-immaginale viene di frequente utilizzato nelle artiterapie individuali o di gruppo, sia che il mediatore artistico, nella terapia, faccia riferimento alle arti plastiche o figurative, al movimento, alla musica o alla parola lirica o poetica. Questo modello ha alcune specificità, rispetto ad altri modelli psicomodinamici, che lo hanno reso preferenziale ed adattabile alle tecniche di arteterapia ed hanno spinto molti arteterapeuti ad adottarlo: i concetti di metafora e di guarigione.

4. *Riabilitativo cognitivo.* Questo modello è particolarmente utilizzato nei soggetti (come gli schizofrenici) che presentano deficit neuropsicologici che impediscono una normale messa in atto di corrette abilità comunicative. Questi soggetti, infatti, manifestano evidenti disturbi della comunicazione: incapacità di differenziare enunciati formali e metalinguistici-simbolici, presenza di disturbi formali della comunicazione e assenza della consapevolezza delle regole fondanti il processo comunicativo. In questo senso, le varie forme di arteterapia – contestualizzate in un quadro riabilitativo di tipo cognitivo –

potrebbero stimolare ed attivare le strutture cognitive deficitarie con una differente modalità espressiva.

5. *Polisegnico*. E' un modello emergente in arteterapia e mette al centro del processo non la matrice psicologia, ma quella artistica come trampolino per arrivare a comprendere il mondo interiore e relazionale del paziente; fa riferimento alle regole che governano l'arte considerata come un linguaggio. Per comprendere meglio questo modello è necessario accettare che l'arte non sia un fenomeno unico ed irripetibile del quale non si riesce a cogliere razionalmente l'essenza, ma che sia un soggetto strutturato di cui si può comprendere il meccanismo interno, accettare quindi che l'arte abbia lo stesso statuto, regole e "grammatica" del linguaggio.

Come brevemente abbiamo visto, questi modelli provengono dalla psicologia relazionale, cognitiva, progettuale e dalla psicoanalisi, dalla psicosomatica, ma emerge anche un orientamento diverso...la creatività.

L'attuale tendenza è d'integrare i vari modelli teorici-applicativi, basandosi sulle necessità del paziente.

1.4.1 PANORAMA ITALIANO.

In Italia, diversamente da quanto avvenuto in altri paesi, il settore delle terapie artistiche è stato prerogativa delle figure professionali provenienti dalla Psicologia, dalla Psichiatria o dall'Educazione.

Questa distinzione continuerà ad esistere finché l'arteterapeuta riconosciuto avrà eliminato ogni differenza: non si

parlerà più così di figura d'artista o di psicoterapeuta ma esclusivamente di arteterapeuta, con una formazione congiunta psicologica e artistica.

L'obiettivo è creare una disciplina autonoma, ma non separata, che attui procedure terapeutiche e stia in piedi a pari dignità d'altre.

Rimane però il problema – comune alle psicoterapie e alla psicoanalisi – di come valutare il trattamento effettuato con le terapie artistiche. Questo perché viene proposta una disciplina giovane, non storicizzata, debole e ci si sente in obbligo di teorizzare e decifrare, di mettere regole e di proporre griglie di processo e valutazione.

Ecco perché si sta delineando la figura degli “arteterapeuti”⁽⁷⁾ che si propone principalmente – se non esclusivamente – con le terapie artistiche, senza ricorrere alla professione-base (psicologo, educatore, ecc.).

Infatti è significativa la costituzione nel Centro e Nord Italia dell'associazione AR.TE.A (Arteterapeuti associati) e dimostra che il paese è attento ad accogliere la nuova figura professionale, senza ambiguità di ruolo e formazione.

1.4.2 L'ARTETERAPIA IN ETA' EVOLUTIVA.

L'età evolutiva⁽⁸⁾ è un terreno particolarmente favorevole alle diverse applicazioni delle Arti Terapie.

Il bambino – diversamente dall'adulto – permette un'espressione diretta e aperta riguardante le proprie fantasie, le proprie ansie e angosce, i propri desideri.

Nello specifico di questa età non si può dimenticare il significato abilitativo-riabilitativo che le terapie artistiche possono

avere quando sia presente un ritardo o una disarmonia evolutiva o una malattia avanzata ovviamente con modalità e tecniche differenti a seconda dei casi.

L'approccio arteterapeutico si propone di:

- aiutare il bambino a definire una sua individualità attraverso l'esperienza artistica;
- potenziare il livello di autostima del singolo bambino all'interno di un ambito non giudicante, ove viene valorizzata ogni produzione artistica;
- fornire al bambino uno strumento alternativo per esprimere le emozioni in un contesto in cui queste possono essere accolte e comprese;
- fornire al bambino la possibilità di condividere non solo con i terapeuti, ma con altri bambini, i vissuti che possono emergere dall'esperienza artistica, per contenere l'angoscia;
- favorire l'espressione verbale e l'accesso all'aspetto simbolico della produzione artistica, sia attraverso l'accoglimento ed il sostegno delle verbalizzazioni del singolo rispetto al proprio

lavoro, che attraverso la creazione di una storia collettiva, con la possibilità di attingere anche da immagini di altri bambini per far emergere vissuti propri, rispettando i singoli tempi.

Attraverso l'Arte Terapia il bambino può manipolare i materiali artistici e l'ambiente, esplorare, organizzare ed esprimere simbolicamente contenuti provenienti da un mondo confuso di idee ed esperienze. Questo processo facilita l'ordine e riduce confusione ed incertezza.

Accogliere senza giudicare, condividere le diverse emozioni e sentimenti contribuisce e crea autostima, facendo emergere i lati più evoluti del bambino e costituendo un valido contributo al progetto terapeutico generale.

Se vogliamo usare le parole di Edith Kramer ⁽⁹⁾ possiamo dire che *“in questo contesto l'arterapeuta è l'alleato dell'avventura creativa del bambino”*.

1.4.3 IL VISSUTO DEL BAMBINO DURANTE L'OSPEDALIZZAZIONE.

In ospedale il bambino deve affrontare situazioni diverse dal suo abituale: persone e luoghi sconosciuti, la sua nuova condizione di malattia e di diversità, un corpo che fa male e che non gli permette di correre, saltare, muoversi...è come “rotto” nei suoi ritmi.

Riflettendo proprio sulla rottura di questi ritmi interni, fisiologici (cardiaci, respiratori) che a causa della malattia possono risultare alterati e quella rispetto ai cambiamenti di vita del bambino, quei tempi familiari e rassicuranti che scandiscono la sua giornata (scuola, amici, televisione, sport) che vengono

improvvisamente sostituiti dai tempi diversi e sconosciuti dell'ospedale, ci si può forse domandare se un intervento di terapia artistica possa avere una sua specificità e diventare un momento significativo durante la degenza.

La scelta di quale Arte Terapia utilizzare dipende dal contesto nel quale ci si trova, dal bambino con il quale ci si confronta e dalla sua storia, ma si può scegliere tra un intervento di musica terapia e uno di drammaterapia oppure si può decidere di raccontare o inventare una storia.

Tutto questo deve avere delle finalità precise:

- coinvolgere per stabilire un rapporto d'amicizia,
- divertire per attivare e incanalare energie,
- fantasticare per evadere con il pensiero,
- trasformare per cambiare ruoli e significati,
- inventare per creare qualcosa di personale.

Si può genericamente vedere - in ogni tempo ed intervento strutturato - il tentativo e l'intenzione di ridare dei ritmi, delle

scansioni, dei riferimenti alle sue giornate, portare il suo tempo ad una prevedibilità, ad una articolazione così come dovrebbe essere nella vita abituale.

Per il bambino che vive anche per poco tempo un'esperienza di ospedalizzazione diventa molto importante alimentare il suo potenziale espressivo. L'ambiente nuovo (suoni, voci, ritmi, spazi, colori, forme, odori) influenza pesantemente le sue sensazioni.

Il corpo⁽¹⁰⁾ avverte diverse e continue tensioni e rilassamenti, frequenti sensazioni termiche: mani calde e fredde che toccano, spostano, sollevano, accolgono.

Il bambino viene sottoposto ad una serie di stimolazioni che segneranno profondamente l'aspetto psichico-relazionale entrando a far parte della sua storia.

L'adulto ha un ruolo fondamentale: deve entrare in comunicazione con il bambino e lavorare per stimolarne le potenzialità espressive. E' necessario dare importanza ad ogni momento trascorso con il bambino dove *"...l'attesa piuttosto che*

la sollecitudine, l'attenzione a cogliere ciò che il bambino può trasmettere: un desiderio, una paura, un ricercare qualcosa, il tentativo di verbalizzare, di trovare parole per dare significati a momenti che appaiono privi di significati" (Boccardi), diventano strumenti fondamentali del rapporto educativo.

Comunicare⁽¹¹⁾ è uno dei Diritti naturali per ogni essere vivente, in qualsiasi condizione esso si trovi, è affermazione della propria esistenza, è difesa dalle forme di negazione, della propria differenza... È sempre e comunque proposta di mutamento.

L'esperienza della ospedalizzazione può essere vissuta con equilibrio solo con un solido rapporto affettivo con una figura parentale e delle interazioni sociali positive con il personale sanitario e non.

Fortunatamente negli ultimi decenni l'ospedalizzazione pediatrica ha avuto una notevole e positiva evoluzione. Infatti oggi predominano le pediatrie aperte all'assistenza "olistica": la maggior parte dei reparti pediatrici prevede la presenza costante di una figura parentale, considerando l'età del bambino, il tipo di patologia e l'organizzazione dei singoli ospedali.

Emerge – pertanto – una realtà ove la pediatria aperta procura al bambino una situazione affettiva abbastanza simile a quella goduta abitualmente al proprio domicilio.

Anche se molti sono i fattori di stress presenti nelle pediatrie e di cui gli operatori devono prendere coscienza durante lo svolgimento delle proprie attività, l'obiettivo - per una migliore qualità di assistenza - rimane quello di accogliere nel modo appropriato il bambino, ascoltandolo, informandolo e giocando con lui.

Giocare con strumenti sanitari e con una bambola può fornire al bambino informazioni sulla sua malattia e riportare sulla stessa i provvedimenti terapeutici subiti. Questo "gioco" può tornare utile anche all'operatore che lo osserva il quale può rilevare espressioni, atteggiamenti, emozioni che diversamente potrebbero non evidenziarsi.

L'Autrice Armida Capelli, constatate le tipiche reazioni psicologiche del bambino ospedalizzato, protesta-disperazione-negazione descritte da Robertson, sottolinea le tre condizioni che deve offrire un reparto pediatrico:

1. presenza della madre,
2. possibilità di gioco,
3. formazione continua del personale.

1.5 ARTE E CREATIVITA' NEL MONDO DELLE CURE PALLIATIVE.

Applicare l'insieme di arte e creatività nella cura e assistenza ai malati terminali può fornire maggiore capacità d'introspezione ed espressione dei pensieri, dei sentimenti, delle preoccupazioni e delle paure: situazioni che affliggono quotidianamente persone e famiglie, le quali si trovano a dover affrontare una realtà difficile come quella della malattia oncologica, in particolare modo se il paziente è in età pediatrica.

Partendo dalla filosofia delle Cure Palliative che centra l'attenzione sulla persona in quanto *essere unico e irripetibile* e su come costui vive la sua malattia, può far riflettere su come l'arte e la creatività possano insieme dare un significativo contributo al miglioramento della qualità di vita del paziente/famiglia in fase avanzata di malattia.

Le potenzialità delle arti creative⁽¹²⁾ - in questo campo specifico e molto delicato – si chiariscono quando esse vengono indirizzate ed apprezzate verso i bisogni umani di base (dignità e riconoscimento della persona e della malattia) sia da parte dei professionisti sia della popolazione.

Questo può essere molto rilevante sia per il professionista come aiuto ed incentivo ad esplorare le proprie relazioni nelle diverse situazioni cliniche, sia per il paziente/famiglia come mezzo di comunicazione alternativo e facilitatore al dialogo.

E' esperienza comune a tutti quanto la musica “catturi” più delle parole! Quindi anche un romanzo, una poesia o un dipinto, oppure il modo in cui una storia viene interpretata e vissuta possono essere altrettanto stimolanti e...perché no...terapeutici.

L'arte creativa è uno strumento per esaltare non solo la persona ma anche l'ambiente stesso nel quale si lavora con l'obiettivo di renderlo più allegro e stimolante.

Molte strutture e servizi adibiti alla cura ed assistenza ai malati in fase avanzata di malattia hanno formalizzato l'utilizzo

delle arti sia per rendere i pazienti capaci di esplorare ed esprimere le loro sensazioni ed esperienze, sia per aiutare i professionisti della salute a conoscere e a mettere in pratica l'uso delle arti con questi gruppi di persone.

Uno studio⁽¹³⁾ condotto da Kirklin (2000) della Medical Humanities Unit of the Royal Free and University College Medical School di Londra ha prodotto pratici suggerimenti per l'uso delle arti applicate nelle Cure Palliative. L'obiettivo dello studio è di permettere ai professionisti di riflettere sull'impatto che il cancro può avere sui pazienti e sulle famiglie, permettendo di esplorare l'ansia che emerge negli operatori che abitualmente si trovano a contatto con queste sofferenze.

Esplorare e conoscere il potenziale delle arti e della creatività nella cura ed assistenza palliativa può e deve aprire una nuova strada per la ricerca futura. E' necessario comunque essere cauti nel giudicare – a volte fallendo – il valore di altre discipline.

Le arti offrono un mezzo complementare per comunicare, insegnare e testare le diverse attitudini di ognuno (professionista

o paziente) alla cura della salute e al miglioramento della qualità di vita.

2. INDAGINE.

2.1 MOTIVAZIONE ED OBIETTIVO DELLA RICERCA.

Durante lo svolgimento del master è stato possibile affrontare ed approfondire diversi argomenti nel campo delle Cure Palliative.

In seguito al breve tirocinio svolto nei reparti del Dipartimento di Oncoematologia – Infettivologia Pediatrica dell'OIRM di Torino che mi ha permesso di conoscere un ambiente nuovo e diverso da quello abituale e pensando alla tesi, ho focalizzato due argomenti specifici: l'arte terapia e il bambino oncologico in fase avanzata di malattia.

L'obiettivo di questa ricerca è costruire e validare uno strumento idoneo per una popolazione che già lavora in un ambito specifico (oncologia pediatrica), per indagare quali sono le reali conoscenze degli operatori (sanitari e non) sull'arte terapia e sul suo utilizzo come strumento per migliorare la qualità di vita nel bambino oncologico in fase avanzata di malattia; per valutare

quanto interesse ci sia nel voler partecipare a corsi di informazione sul settore specifico dell'arte terapia.

2.2 MATERIALI E METODI.

La revisione bibliografica mirata è stata svolta consultando le seguenti banche dati elettroniche:

- CHOCHRANE
- CHINAAL
- MEDLINE
- PUBMED

I Meshterms utilizzati sono: child, oncology pediatric, palliative care, complementary therapies, art therapy seguendo una strategia di ricerca avanzata, ossia una ricerca booleana. Questo tipo di ricerca utilizza degli operatori come AND e OR che personalmente ho utilizzato per mirare e ridurre il campo della mia ricerca, collimando solo gli articoli più significativi.

Una ulteriore ricerca avanzata è invece stata svolta consultando i motori di ricerca GOOGLE e ALTAVISTA utilizzando sempre come operatori AND e OR. I Meschterms

utilizzati sono: oncologia pediatrica, cure palliative, arte terapia, terapie complementari.

I dati raccolti sono stati elaborati con le funzioni statistiche del programma Excel® versione per Window97 e per conoscere l'andamento della varianza delle risposte all'interno dei due gruppi (sanitari e volontari) è stato utilizzato il *t*-TEST di Student, inventato da uno statistico che si chiamava William Gosset.

Il *t*-TEST⁽¹⁴⁾ è il più semplice approccio esistente per il confronto tra due medie; utilizza stime sia per la media sia per la devianza standard e introduce una dipendenza dalle dimensioni del campione. Questo test non è appropriato quando i gruppi considerati siano più di due o quando ogni osservazione di un gruppo abbia un'osservazione corrispondente nell'altro gruppo.

La funzione *t*-TEST determina se due campioni possono essere derivati dalle stesse due popolazioni aventi la stessa media. Può essere fatto sia su due gruppi con stessa numerosità sia su due gruppi di numerosità diversa: estensione del *t*-TEST.

I due gruppi studiati sono di numerosità diversa (69 soggetti sanitari e 71 volontari) e si può presumere che la devianza standard del gruppo più numeroso sia una stima migliore del

valore della popolazione. Pertanto sarebbe appropriato, nel confrontare i due valori, *ponderare* la somma facendo riferimento alle dimensioni dei campioni. Ogni deviazione standard va pesata per la numerosità del corrispondente campione.⁽¹⁴⁾

2.3 SEDE E PERIODO DELL'INDAGINE.

Reparti del Dipartimento di Oncoematologia – Infettivologia Pediatrica dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino dal 15 giugno 2004 al 15 agosto 2004.

2.3.1 POPOLAZIONE OGGETTO D'INDAGINE.

Il campione studiato è suddiviso in Dirigenti Medici, Infermieri Professionali, Infermieri Pediatrici, Personale di Supporto (sanitari) e Volontari (non sanitari) che prestano servizio nei seguenti reparti:

1. Day Hospital Ematologia
2. Day Hospital Oncologia
3. Oncologia Pediatrica
4. Centro Trapianti di Midollo Osseo
5. Isolamento

2.3.2 STRUMENTI.

L'indagine è stata condotta personalmente con la somministrazione di un questionario⁽¹⁵⁾ cartaceo autocompilato (QSA), anonimo, impostato su due facciate. Tale strumento è stato precedentemente testato su un gruppo scelto di persone.

La parte anagrafica consisteva in poche variabili: sesso, data di nascita, reparto di appartenenza e anni di servizio in quel reparto, professionalità.

Il totale dei questionari somministrati è di 195 consistenti in 16 items chiusi, a scelta forzata, aventi tre possibili opzioni di risposta. Quattro degli items presentati sono stati posti negativamente e mescolati agli altri dodici per evitare il “fenomeno dell'adattamento”,⁽¹⁵⁾ ossia quando il soggetto risponde automaticamente, senza porre attenzione alle domande.

La scala valori del punteggio è compresa tra 0 e 2 punti (0= risposta errata, 2= risposta corretta).

Come dimostra la tabella seguente, la valutazione dei questionari seguendo una classificazione in 7 gruppi, definita

precedentemente, per poter confrontare le risposte date dai due gruppi e conoscere le reali conoscenze sull'argomento.

TABELLA N° 2.

| Gruppi | Punteggio | Valutazione |
|---------------|------------------|---------------------|
| 1 | da 0 a 4 punti | insufficiente |
| 2 | da 5 a 8 punti | scarso |
| 3 | da 9 a 12 punti | sufficiente |
| 4 | da 13 a 16 punti | più che sufficiente |
| 5 | da 17 a 20 punti | discreto |
| 6 | da 21 a 24 punti | buono |
| 7 | > 24 punti | ottimo |

2.4 ANALISI DEI DATI.

I questionari raccolti sono stati 140 su 195 somministrati ai soggetti dell'indagine, equivalente al 72% della rispondenza.

La variabile del sesso non è stata considerata in quanto il campione è troppo sbilanciato: i maschi rappresentano il 21% e le femmine il 79%, pertanto il confronto tra i due gruppi non ha rilevanza statistica.

Per valutare la popolazione studiata, ossia se i due gruppi (sanitari e volontari) appartengono o meno alla stessa popolazione – inizialmente - è stata calcolata la variazione percentuale dei due gruppi, la media e la devianza standard dei valori percentuali che facevano emergere (almeno apparentemente) la diversità dei due gruppi nelle risposte ai test. Infatti la media percentuale delle risposte dei volontari (85%) era più alta rispetto a quella dei sanitari (82%), ma questi ultimi avevano una devianza standard più bassa (0,024) risultando così più omogenei nelle risposte, rispetto ai volontari (0,27).

Facendo però un'ulteriore analisi e utilizzando il *t*-test di Student sul valore intero, è risultato che i due gruppi appartengono alla stessa popolazione, smentendo la prima analisi. La tabella che segue dimostra infatti che sia la media che la devianza standard di entrambi i gruppi sono praticamente sovrapponibili.

TABELLA N° 3.

| | SANITARI | VOLONTARI |
|------------------------------|-----------------|------------------|
| MEDIA | 20,55 | 20,27 |
| DEV.ZA STAND | 2,52 | 2,66 |
| TEST-T OMOSCHEDASTICO | 0,5324922 | |
| TEST-T ACCOPPIATO | 0,2647563 | |

Per descrivere meglio la popolazione studiata, ho diviso i due gruppi in classi di età, con intervallo di 10 anni, dal 1930 al 1989 (grafico n° 1). La popolazione è ben distribuita e piuttosto giovane (la classe più rappresentata comprende l'età tra il 1960-69), quindi probabilmente "aperta" alle nuove proposte.

In base alle motivazioni della ricerca, ossia di conoscere le conoscenze della popolazione studiata riguardo l'art therapy, ho analizzato i dati risultanti dai questionari compilati descrivendoli nel grafico n° 2, tenendo come parametro di valutazione i sette gruppi di classificazione precedentemente descritti. Dal grafico si

evidenza che la popolazione generale ha una buona conoscenza dell'argomento trattato.

Successivamente, ho selezionato alcuni degli items del questionario per descrivere e conoscere meglio il campione studiato.

Il grafico n° 3 rappresenta come la popolazione in generale ha risposto, alla domanda n° 1, sul concetto di art therapy: per il 76% è una terapia complementare, invece il restante 24% si divide a metà tra il definirla un'insieme di metodologie e - erroneamente - una terapia alternativa. Dal grafico n° 4 - rappresentante come le diverse professionalità hanno risposto alla medesima domanda - emerge che i volontari sono coloro che maggiormente la definiscono complementare; gli infermieri professionali invece non considerano la possibilità che possa essere definita un insieme di metodologie.

Al grafico n° 5, corrispondente alla domanda n° 8: "L'art therapy - svolta da operatori non sanitari - può incidere negativamente sul processo clinico-assistenziale?", il 70% dei soggetti ha risposto di no, il 24% è indifferente e il 6% sì. Il grafico

n° 6, invece, descrive come si sono poste le diverse professionalità ed emerge che sempre i volontari sono il gruppo più convinto che questa metodologia – svolta da operatori non sanitari - non possa incidere negativamente.

Come si evidenzia dal grafico n° 7, il 53% della popolazione è interessato a frequentare un corso informativo (domanda n° 14), il 41% è dubbioso e solo il 6% è contrario. Il grafico n° 8 evidenzia che solo gli infermieri professionali e il personale di supporto non ha espresso parere negativo e i volontari sono i più interessati ed hanno risposto prevalentemente in modo affermativo.

Infine, il grafico n° 9 corrisponde alla domanda n° 15 e vuole raffigurare come le diverse professionalità si pongono rispettivamente, nel valutare quale sia il professionista più adatto a svolgere attività di art therapy. Secondo i medici le figure più idonee sarebbero il personale di supporto ed i volontari; gli infermieri professionali invece ritengono di essere loro stessi, insieme agli infermieri pediatrici, i più adatti. Questi ultimi ritengono maggiormente che tutti abbiano la possibilità di poter praticare tale attività; il personale di supporto invece ha risposto in modo paritario per quanto concerne la loro figura e quella degli

psicologi. Infine i volontari ritengono di essere i più adatti a svolgere tale compito, seguiti dal personale di supporto e dagli psicologi.

SEZIONE ICONOGRAFICA.

INDICE.

| | |
|----------------|---------|
| - Grafico N° 1 | pag. 53 |
| - Grafico N° 2 | pag. 54 |
| - Grafico N° 3 | pag. 55 |
| - Grafico N° 4 | pag. 55 |
| - Grafico N° 5 | pag. 56 |
| - Grafico N° 6 | pag. 56 |

- Grafico N° 7 pag. 57
- Grafico N° 8 pag. 57
- Grafico N° 9 pag. 58

TABELLE NEL TESTO:

- Tabella N° 1 pag. 12
- Tabella N° 2 pag. 45
- Tabella N° 3 pag. 47

GRAFICO N° 1.

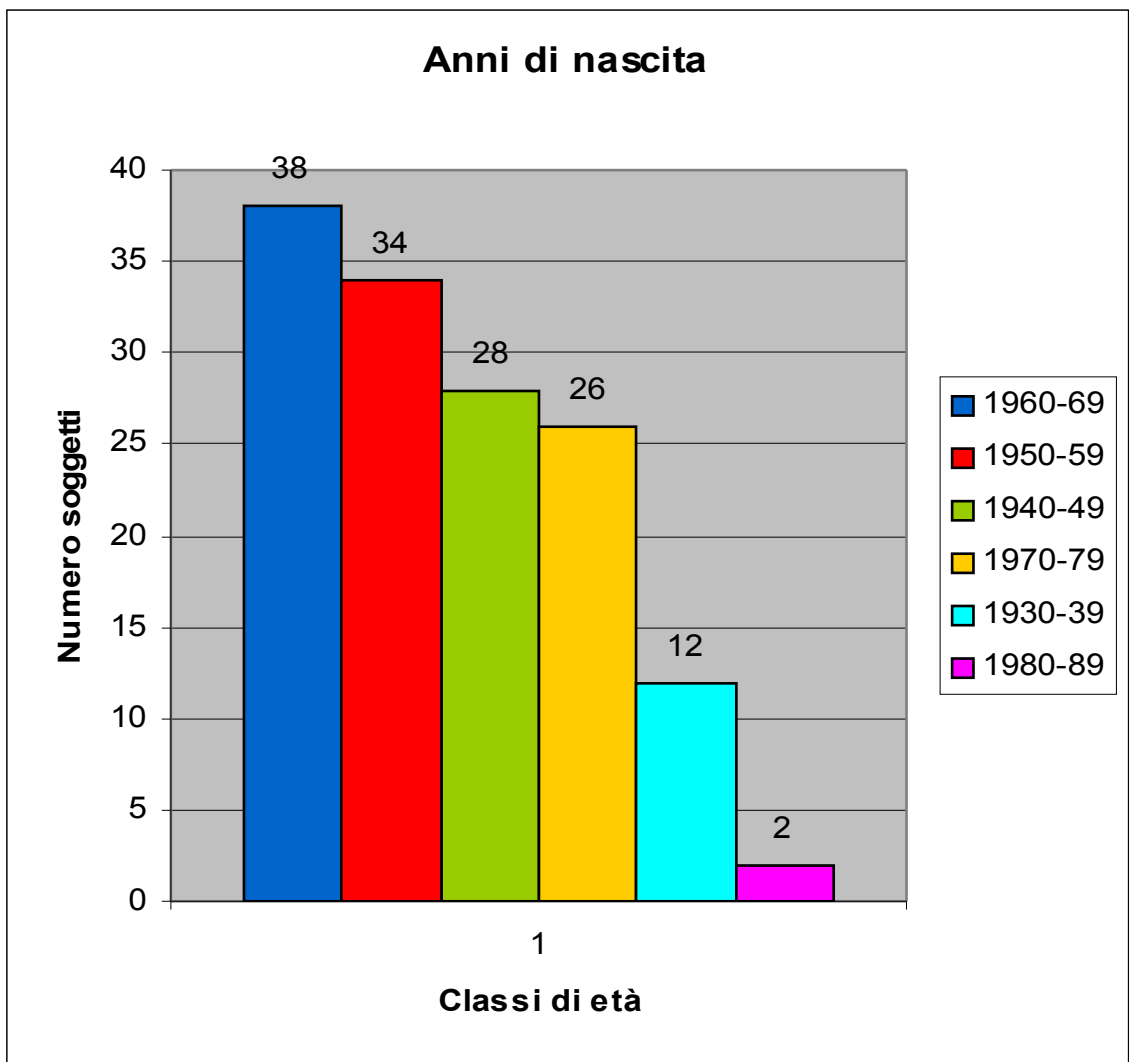
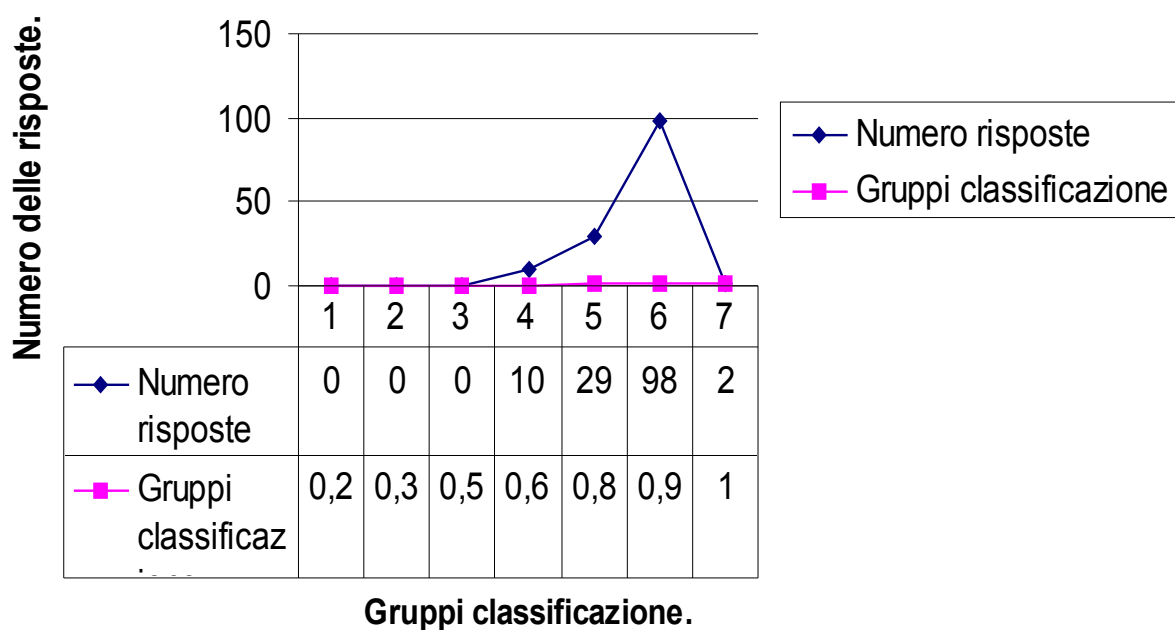


GRAFICO N° 2.

Andamento generale delle risposte al questionario.



N.B.: per i gruppi di classificazione considerare la tabella n° 2.

GRAFICO N° 3.

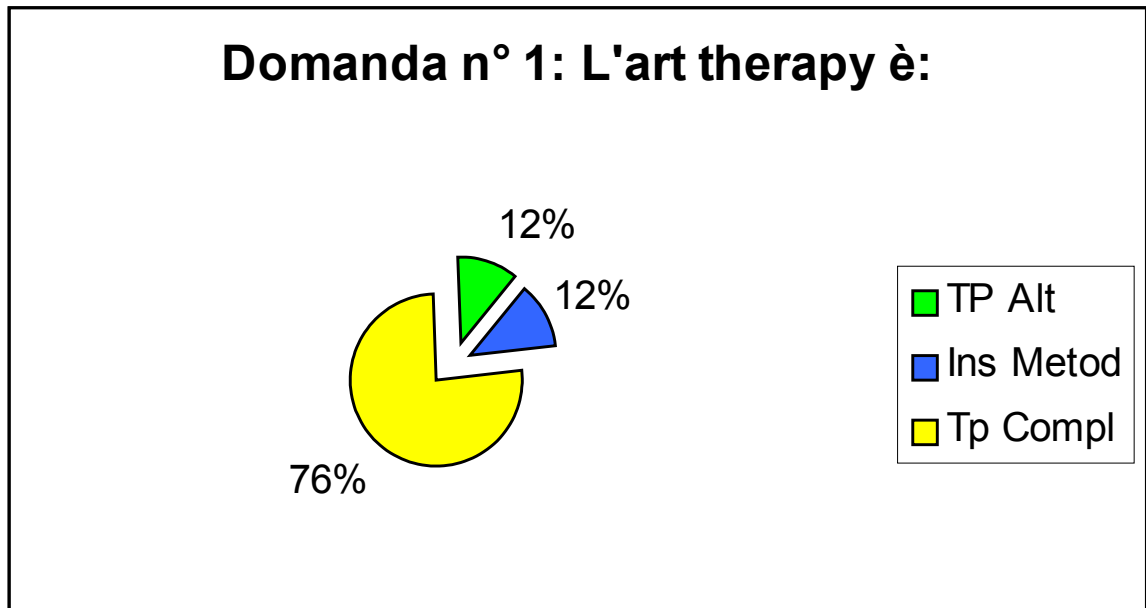


GRAFICO N° 4.

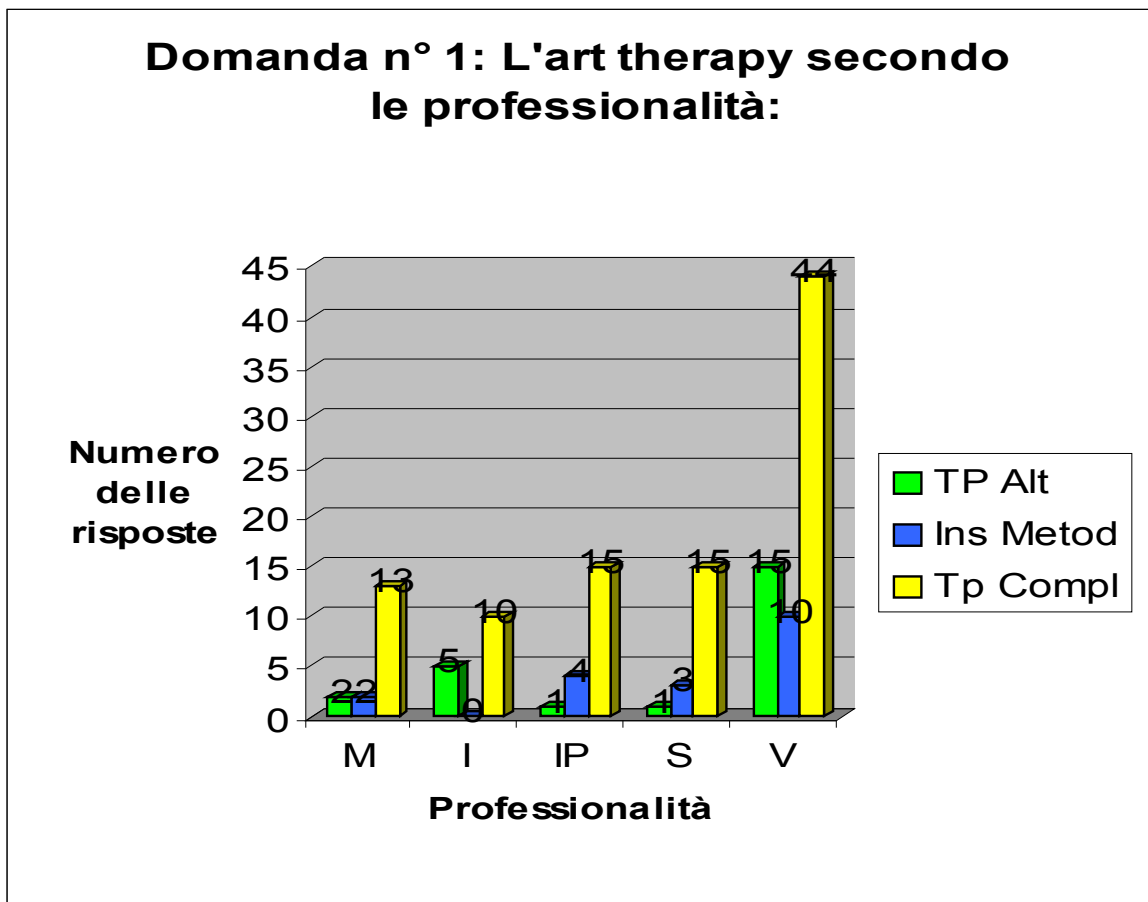


GRAFICO N° 5.



GRAFICO N° 6.

GRAFICO N° 7.

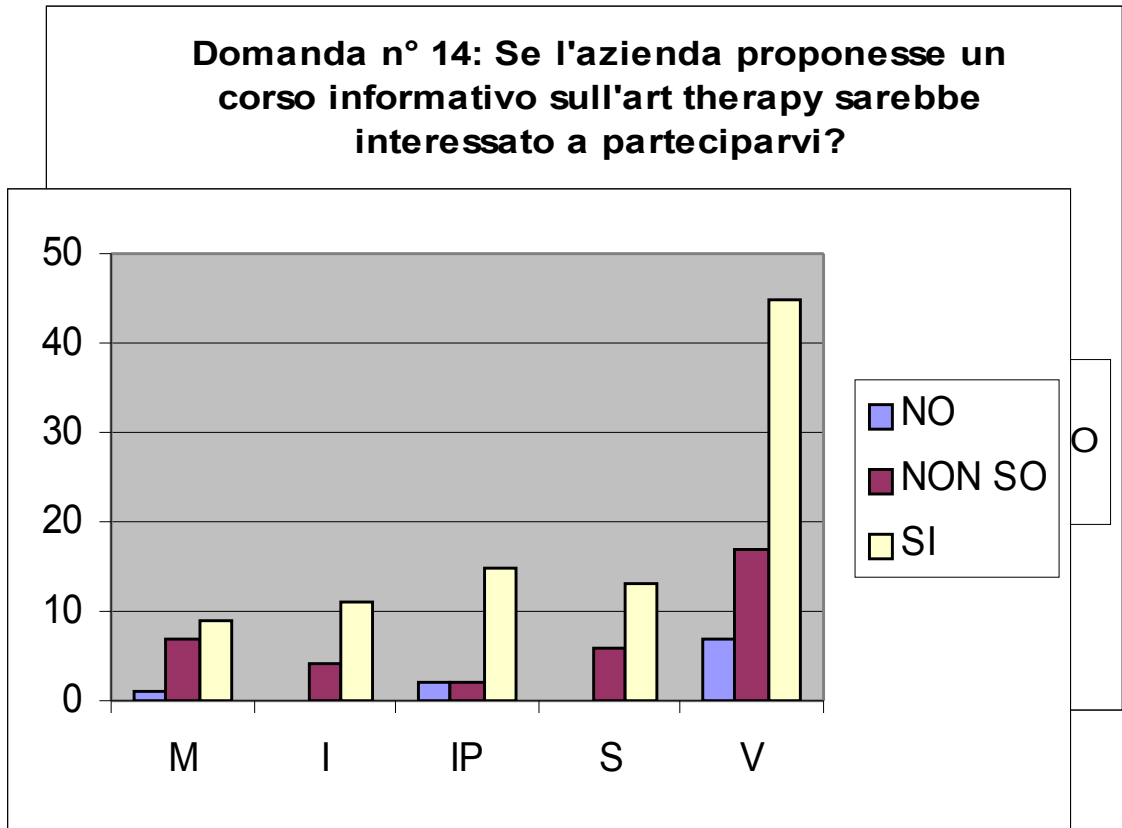
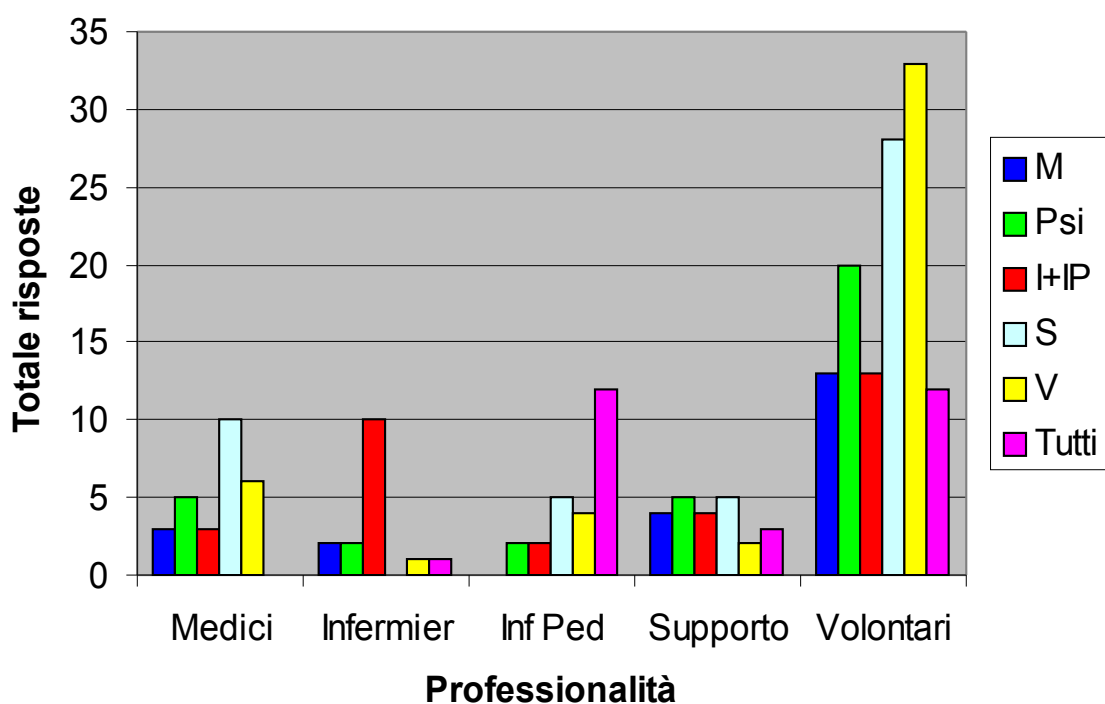


GRAFICO N° 8.

GRAFICO N° 9.

Domanda n°15: Secondo lei, quali operatori dovrebbero usare l'art therapy?



CONCLUSIONI.

Con l'indagine di ricerca effettuata, ho validato uno strumento (questionario) su un campione di ridotte dimensioni e sul quale non era stata fatta alcuna indagine conoscitiva precedente.

La percentuale dei rispondenti - sul totale del campione individuato - è del 72% ed è stata valutata nelle sue variabili principali. Non è stato possibile individuare le cause dei "non risponditori" e i rispettivi gruppi di appartenenza (sanitari - volontari). Questo dato avrebbe potuto modificare o introdurre una notevole variabilità nelle conclusioni dello studio effettuato.

I risultati dell'indagine hanno dimostrato che i due gruppi studiati sono confrontabili tra loro.

L'analisi dei dati ha dimostrato che la popolazione ha già una buona conoscenza dell'art therapy e - allo stesso tempo - la maggioranza dei soggetti è interessata a frequentare, avendone la possibilità, corsi informativi specifici.

La metodologia utilizzata ha permesso di validare il nuovo questionario su entrambi i gruppi di operatori: è quindi possibile un utilizzo sistematico su un numero di soggetti maggiore, avente come scopo l'indagine conoscitiva, mantenendo costanti le

condizioni di validazione (ad esempio non considerare la variabile sesso, considerare l'età anagrafica, la professionalità, eccetera).

BIBLIOGRAFIA.

1. Warren Bernie "Arteterapia in educazione e riabilitazione".
Edizioni Erickson
2. Ripa P, Baffi E. "Le cure complementari e l'infermiere".
Edizioni Carocci Faber. Pag. 17-19

3. Evangelisti L, Milanesi E, Capello C. “Le terapie mediche complementari e alternative nella malattia oncologica avanzata”. SSD Oncologia. Dip di Chir Gen e Spec, Ospedale Martini, Polo oncologico Torino ovest. RiCP vol. 5, n. 4/2003
4. Barrie R. Cassileth, Simon Schraub, Eliezer Robinson, Andrew Vickers “Alternative Medicine Use Worldwide”. Cancer 2001;91:1390-3
5. Edzard Ernst. “Complementary Therapies in Palliative Cancer Care”. Cancer June 1,2001, Vol 91, No 11
6. Moncilo Jankovic “Terapia non convenzionale in oncologia pediatrica: quale ruolo?”. Clinica pediatrica Università di Milano Bicocca, Ospedale San Gerardo, Monza. RiCP vol. 5, n. 1/2003
7. Palazzi Trivelli C, Taverna A. “Arti Terapie. I fondamentali”. Tirrenia Stampatori. Pag. 40-47/55-87
8. Bregani P, Colombini J.M. “L’arte terapia e il bambino”. 1992
9. Kramer E. “Arte come terapia dell’infanzia”. Edizioni La Nuova Italia, Firenze 1971
10. Boccardi G. “Corpo gioco”. F. Angeli . Milano 1986
11. Lorenzetti M. “Suono e comunicazione”. UNICOPLI, Milano 1987
12. Dion Smyth – Web Words “The creative arts in palliative care”. International Journal of Palliative Nursing, 2003, Vol 9, No 4

13. Daniel Kelly – Guest Editorial “What role for the arts in palliative care?”. *International Journal of Palliative Nursing*, 2002, Vol 8 (3):108
14. Colton T. “Statistica in medicina”. Edizioni Piccin. Pag.112 e ss
15. Zammuner, V.L. (1998,2000) “Tecniche dell’intervista e del questionario”. Bologna, Il Mulino
16. Zammuner, V.L. (1998) “Interviste e questionari. Processi psicologici e qualità dei dati”. Borla. Roma. 2° Edizione
17. Claud F.B. Regnard, Sue Tempest, Franco Toscani “Manuale di medicina palliativa”. 2° Edizione CIS
18. Toscani F. “Antropologia e cultura delle Cure Palliative”. Edizioni Scienza Medica 2002
19. Carpanelli I., Canepa M., Bettini P., Viale M. “Oncologia e Cure Palliative”. Edizioni Mc Graw-Hill
20. Nadler HS. “Art experience and hospitalized children” *Child Health Care*. 1983 Spring; 11(4).160-4
21. Cameron CO, Juszczak L, Wallace N. “Using creative arts to help children cope with altered body image”. *Child Health Care*. 1984 Winter;12(3):108-12
22. De Saint Exupery Antoine “Il Piccolo Principe”. Bompiani 1984
23. Klausbernd Vollmar “Colori”. Edizioni Red 2003

24. Pinchover E. "Art therapy for hospitalized children inspired by Elisabeth Kuebler-Ross' approach". *Harefuah*. 1988 Oct;135(7-8):257-62,336
25. Vessey JA, Mahon MM. "Therapeutic play and the hospitalized child". *J Pediatr Nurs*. 1990 Oct; 5(5):328-33
26. Doherty N. "Therapeutic use of play in hospital". *Br J Nurs*. 1992 May 14-27;1(2):77,79-81
27. Connel P. "Art therapy as a part of palliative care programme". *Palliative Medicine Oxford University Press* (1992)
28. Favara-Scacco C, Smirne G, Schiliro G, Di Cataldo A. "Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures". *Medica & Pediatric Oncology*. 36(4):474-80, 2001 Apr.
29. Paltiel O, Avitzour M, Peretz T, Cherny N, Kaduri L, Pfeffer RM, Wagner N, Soskolne V "Determinants of the Use of Complementary Therapies by Patients With Cancer". *J Clin Oncol*, 2001, 19:2439-2448
30. Bowmer N. "Therapeutic play and the impact on anxiety in hospitalized children". *Ky Nurse*. 2002 Jan-Mar;50(1):15
31. Barrera ME, Rykov MH, Doyle SL. "The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer: a pilot study". *Psychooncology*. 2002 Sep-Oct; 11(5):379-88

32. Risberg T, Vickers A, Bremnes RM, Wist EA, Kaasa S, Cassileth BR "Does use of alternative medicine predict survival from cancer?". *European Journal of Cancer* 39 (2003) 372-377
33. E. Ernest "The current position of complementary/alternative medicine in cancer". *European Journal of Cancer* 39 (2003) 2273-2277
34. Walsh SM, Weiss S. "Art intervention with family caregivers and patients with cancer". *Oncology Nursing Forum*. Online. 30(6):E115-20, 2003 Nov-Dec.
35. Cantaluppi F, Vigorelli L. "Bambini in ospedale". N. 11/12 – Gennaio 1989
36. Capelli AC. "Bambini in ospedale" n. 13 – Maggio 1989 e n.17 – Giugno 1991

ALLEGATO.

QUESTIONARIO SULL'ART THERAPY

Maschio
19 _____

Femmina

anno di nascita

reparto: _____ in servizio in questo reparto
dal _____

sono:

medico

infermiere

infermiere pediatrico

volontario

personale di supporto

1. L'art therapy è:

- una terapia alternativa
- un'insieme di metodologie
- una terapia complementare

2. L'art therapy:

- stimola la creatività
- è una componente della salute
- peggiora la qualità di vita

3. L'art therapy agli operatori:

- fornisce una preparazione scientifico-umanistica
- crea artisti
- prepara ad erogare un'assistenza globale

4. Non utilizzare art therapy durante l'iter terapeutico:

- peggiora il rapporto con il personale sanitario
- rallenta il processo di guarigione
- migliora l'assistenza

5. Utilizzata nello specifico con i bambini oncologici in fase avanzata di malattia:

- attenua le tensioni emotive e le paure
- stimola gli interessi e le capacità cognitive
- fa perdere tempo prezioso

6. L'art therapy nel rapporto genitori/operatori sanitari:

- integra il genitore nel gruppo terapeutico
- crea ansia tra gli operatori
- ostacola l'assistenza

7. Proporre attività creative durante l'ospedalizzazione:

- riduce le ansie della degenza
- non serve a nulla
- facilita l'adattamento al nuovo ambiente

8. Pensa che attività di art therapy - svolte da operatori non sanitari – possano incidere negativamente sul processo clinico-assistenziale?

- sì
- no
- è indifferente

9. **Agli operatori che lavorano con i bambini conoscere l'art therapy serve a:**
- nulla
 - migliorare la qualità della comunicazione
 - comprendere come il bambino vede se stesso e come vive la sua malattia
10. **Impedire al genitore di partecipare attivamente ad attività di art therapy:**
- criticizza l'assistenza
 - favorisce i rapporti
 - esclude alleanza con i terapeuti
11. **Fantasia, creatività, immaginazione sono qualità proprie:**
- dei bambini
 - di tutti
 - degli artisti
12. **Non partecipare ad un corso di art therapy per la propria cultura personale:**
- è controproducente
 - confonde
 - valorizza
13. **Attrezzare una sala per attività creative:**
- permette di mantenere rapporti sociali
 - occupa una stanza inutilmente
 - permette al bambino di crescere in armonia
14. **Se l'azienda proponesse un corso informativo sull'art therapy sarebbe interessato a parteciparvi?**
- no
 - non so
 - sì
15. **Secondo lei, quali operatori dovrebbero usare l'art therapy?**
- medici; infermieri; psicologi;
 - volontari; personale di supporto
16. **Il questionario è stato di suo gradimento?**
- sì
 - abbastanza
 - no

Grazie per la collaborazione!