



Intervista a cura di Maria Corno

CAMICI BIANCHI

e



Alfredo Amodeo, una lunga esperienza alle spalle come educatore in situazioni di disagio, opera come dottor Otto all'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, dopo aver seguito la specifica formazione in "dottor Sogni" prevista dalla Fondazione Theodora a cui fa capo.

Mi dica innanzitutto qualcosa di lei: come si arriva a essere un dottor Sogni?

Provegno dal lavoro nel sociale e ho una formazione sociopedagogica: mi sono occupato di disagio psichico, ho svolto attività teatrale con i ragazzi delle carceri minorili, ho lavorato con minori a rischio, con tossicodipendenti, cercando ogni volta di portare l'arte nel disagio. Il lavoro nel sociale mi ha sempre affascinato perché trovo che queste persone considerate borderline, che hanno vissuto grandi sofferenze, hanno tuttavia tantissimo da dare, sono una grossa risorsa umana. Ho conosciuto il lavoro dei clown in ospedale per caso, guardando una trasmissione televisiva che ospitava appunto due clown della Fondazione Theodora. Sono rimasto affascinato e, dopo aver preso informazioni, molto colpito dalla professionalità con cui l'associazione opera: ho capito che non si trattava semplicemente di andare a far palloncini davanti a un bambino malato, ma che dietro c'era molto altro. E così ho inviato il mio curriculum e sono stato selezionato per iniziare la formazione, che dura circa un anno.

In che cosa consiste la formazione di un clown che opera in ospedale?

La mia formazione si è svolta presso l'ospedale Gaslini di Genova, che fungeva da partner formativo. Gran parte della formazione era di tipo medico,



tenuta da psicologi, psico-oncologi, pediatri, infermieri, con grande attenzione soprattutto a che cosa non fare in ospedale (per esempio siamo molto rigorosi nella sterilizzazione: quando entriamo in ospedale tutti i nostri abiti e i nostri gadget sono sterilizzati e contenuti in buste chiuse). Un'altra parte della formazione era dedicata all'aspetto artistico, per affinare le nostre capacità di improvvisazione: perché un clown che entra in ospedale deve saper improvvisare qualsiasi cosa in qualsiasi momento; il clown inoltre sa cadere, sa piangere, sa mostrare le sue debolezze e i suoi limiti: è molto umano, e il suo compito è portare questa umanità in ospedale, sostenuto dalla capacità di improvvisare e di creare comicità.

Veniamo al vostro lavoro. Quando entrate in ospedale in che modo vi presentate?

Un dottor Sogni entra in ospedale con il suo trolley e per prima cosa saluta tutte le persone che incontra con un grande sorriso: un sorriso spontaneo, vero, quello che ognuno di noi si porta dentro. Il saluto racchiude un senso profondo di cui abbiamo perso un po' il valore. Entrando in ospedale troviamo persone affaticate, il personale sottoposto sempre a grande stress, gli ospiti che vivono ansia e sofferenza; arrivare con un sorriso e un saluto che proviene dal cuore è il primo gesto di un dottor Sogni, e questo già porta un'ondata di benessere. Poi andiamo dalla caposala o dal medico presente e prendiamo le consegne su ciò che c'è quel giorno in ospedale, letto per letto, bambino per bambino con la relativa situazione familiare; a noi non interessa tanto lo stato di salute ma lo stato emotivo: se un bambino è chiuso, arrabbiato, non vuole parlare, è iperattivo o ipoattivo ecc. Prese le consegne andiamo a cambiarci e lì avviene la nostra trasformazione, come per magia. Indossiamo il camice disegnato da noi e cucito appositamente in Svizzera, ci mettiamo in tasca i nostri gadget, le nostre cartoline su cui prescriveremo le nostre "ricette", i nostri nasi di gommaspugna, e in quel momento diventiamo il dottor Sogni: la nostra missione è creare sogni, delle bolle magiche in cui possiamo stare insieme al bambino, alla sua famiglia, ai medici per cercare di ritrovare una quotidianità persa, che può umanizzare l'ospedale. E questo può avvenire grazie anche alla grande collaborazione che noi abbiamo da parte

dei medici e del personale: i bambini e le famiglie possono vedere medici e infermieri come esseri umani, sentirli più vicini a loro.

Come avviene il contatto con i bambini?

Cominciamo le visite stanza per stanza. Prima bussiamo e chiediamo il permesso; se un bambino non ci vuole non entriamo. Il dottor Sogni deve essere capace di accettare il rifiuto: se accade la prima volta, la settimana successiva ci ritorniamo e ci riproviamo; e se succede di nuovo ci riproviamo ancora. Solitamente il rifiuto non dura mai più di un paio di volte. Semplicemente grazie a un sorriso, e facendo capire al bambino che non pretendiamo niente da lui, non vogliamo fare niente, viene il momento in cui lui decide di affidarsi un po' di più. Quindi entriamo e la prima cosa che facciamo è cercare di capire che tipo di emozione è presente in quella stanza, che cosa prevale, facendo in pochi istanti una "fotografia" di tutto quello che c'è: la capacità di un dottor Sogni sta innanzitutto in questo. Quindi, dopo aver osservato, il dottor Sogni si adatta al tipo di emozione e la sostiene, qualunque essa sia: che sia rabbia, tristezza, ansia, paura, pianto, sofferenza, dolore.

Che tipo di emozioni trovate solitamente?

Si può trovare tutto: la paura, il rifiuto; spesso troviamo l'ansia da parte dei genitori perché non sanno che cosa li aspetta, oppure se già lo sanno c'è comunque una preoccupazione. Associandoci all'emozione, creiamo un filo di comunicazione con il bambino e con la famiglia. Andiamo loro incontro, non li investiamo in modo prorompente con salti mortali ed effetti speciali; gli effetti speciali verranno dopo, quando il bambino si fiderà e si affiderà. La prima cosa dunque è creare un'empatia sana, senza finzione, sentendo veramente l'ansia e la paura: solo allora ci si può affidare e da quel momento il dottor Sogni

può inventarsi qualsiasi cosa coinvolgendo i genitori, i parenti, i bambini e il personale.

Mi faccia un esempio concreto di che cosa significa accettare e sostenere l'emozione che c'è nella stanza.

Per esempio posso trovare un bambino o una bambina che piange: mi avvicino e non sto in piedi davanti al bambino come fanno tutti, ma mi metto nella sua dimensione, alla sua altezza. Mi accucio e sto lì, ascolto il suo pianto e dico che ha proprio ragione: anche io al suo posto, con quel gesso, con quel busto, con quella cosa che ha addosso, altroché se piangerei! E coinvolgo anche i genitori: "Scommetto che il tuo papà, la tua mamma piangerebbero anche di più". I genitori vedono l'effetto e si associano a questo atteggiamento, non dicono più "non fare così, non piangere, passerà".

Posso chiedere: "Che cosa ti fa piangere, la paura o il dolore?". Quindi si lavora su questo. Se è il dolore, cerco di capire se c'è un modo per ridurre la percezione del dolore, con una distrazione che si improvvisa in quel momento; se riusciamo a ridurre il dolore da 10 a 9, allora possiamo provare a ridurlo a 8, a 7, a 6... Tentiamo, sperimentiamo se è possibile. Se troviamo invece un bambino silenzioso, timoroso, che ha paura e si è chiuso in se stesso, allo stesso modo ci chiudiamo con lui: "Hai ragione a non parlare, anche

io non parlerei con nessuno". E alla mamma che lo invita a parlare con il dottor Otto io rispondo che se non ha voglia non deve parlare con me, che ha tutti i buoni motivi per non parlare con nessuno. Il bambino si sente ascoltato, c'è qualcuno che lo capisce, che non gli chiede di fare il contrario di quello che gli viene spontaneo fare. Spesso si dice ai bambini: "Non aver paura, non ti facciamo niente". Ma non è vero. Allora è meglio dire: "Abbi pazienza, ti facciamo qualcosa, ma questo qualcosa ti servirà per farti star bene". Perché se i grandi dicono "non ti facciamo niente" e poi il bambino prova dolore, si sente sbagliato, perde fiducia in se stesso e nei grandi.

Con i genitori facciamo la stessa cosa: se trovo una mamma stanca posso semplicemente metterle una mano sulla spalla e dire: "È pesante stare qui, vero? Da quanto tempo sei qui, mamma?". La mamma si sente capita e se scende una lacrima ben venga, è una lacrima emozionale, che non si deve tenere dentro. Creato questo filo di comunicazione, allora ci possiamo inventare qualsiasi cosa.

Mi descrive qualche "trovata" da clown?

Per esempio se in una stanza c'è un letto libero, andiamo subito a salutare il bambino che sta nel letto libero.



Allora i bambini cominciano a essere incuriositi, a guardare; qualcuno inizia a dire: “Ma non c'è nessuno lì! Vieni da me!”. E noi: “Lasciateci lavorare, guardate com'è piccolo questo bambino!”. E ci mettiamo a giocare, a fare delle improvvisazioni con questo bambino che non esiste. Oppure, se un letto è libero, chiudiamo la porta e di nascosto andiamo a dormire in quel letto perché siamo tanto stanchi. Dicendo che siamo tanto stanchi o che abbiamo tanta fame mostriamo le nostre debolezze, e allora il bambino ci protegge. Se entra l'infermiera e chiede dov'è il dottor Otto, i bambini rispondono che non lo sanno. E se diciamo che abbiamo fame, i bambini ci danno i loro biscotti. Perché noi lo diciamo in modo vero: il dottor Sogni è autentico, non finge.

Oppure andiamo da un bambino e invece di parlare con lui parliamo con la sua flebo, con il suo respiratore, con qualsiasi cosa ha vicino. Oppure ancora a una bambina di 10 anni chiediamo subito se è sposata, prendiamo i telefonini che sono sempre accanto al letto e fingiamo di leggere i messaggi e di scoprire dei segreti... E così i bambini cominciano a uscire dall'apatia, dal senso di torpore: iniziano a reagire, a parlare, a partecipare all'azione. I genitori se ne accorgono e ci lasciano lavorare perché avevano visto che magari il bambino per tre giorni non aveva fatto niente. Quindi anche i genitori accettano di partecipare e noi facciamo loro di tutto: saltiamo loro addosso, ci facciamo portare a cavallo dai papà, ci sposiamo con le mamme, chiediamo le carte di credito da far sparire per dimostrare che sappiamo fare le magie.

Quali oggetti usate in corsia?

Innanzitutto qualsiasi oggetto dell'ospedale può essere trasformato in qualcos'altro. Per esempio noi ci facciamo dare dalle infermiere i tubicini e li usiamo per fare le bolle o per spedire dei messaggi; nelle flebo ci mettiamo l'aranciata o la cioccolata liquida e ce le beviamo. Usiamo qualsiasi oggetto.

I nostri gadget sono veramente semplici: dei foulard leggeri e colorati che volano nella stanza possono diventare aironi, nuvole, fiori, prati; abbiamo dei coniglietti di gommaspugna, delle dita che si illuminano, delle cacche di plastica... Con l'aiuto di questi oggetti sollecitiamo il bambino a fare delle cose che dovrebbe fare, per esempio cominciare ad alzarsi o muovere una gamba, ma che non fa perché ha paura. Noi abbiamo le consegne dei medici: se ci dicono che quel bambino dovrebbe girare la testa dall'altra parte, noi iniziamo a fare delle cose e quando il bambino si incuriosisce andiamo dall'altra parte del letto e lui si gira. Coinvolgiamo con giochi e scherzi anche i genitori, anzi spesso cominciamo



da loro: con i nostri oggetti li addobbiamo, li facciamo sfilare, li facciamo cantare e recitare... Se la comicità inizia dai genitori, i bambini li seguono. La stanza si trasforma e i protagonisti sono i genitori e i bambini.

Diceva all'inizio che prescrivete anche delle “ricette”.

Abbiamo delle cartoline con la nostra fotografia e il nostro nome prestampati e le usiamo per “prescrivere” momenti di allegria e dolcezza. Quando facciamo la visita vediamo come va il

bambino, di che cosa ha bisogno, e scriviamo sulla cartolina le nostre ricette: tre mesi di carezze, coccole tre volte al giorno, pranzo, colazione e cena, l'amore, che è una cosa molto difficile; possiamo prescrivere anche flebo di nutella o alla crema, oppure bolle di sapone... Le ricette sono molto importanti! Le lasciamo affinché il bambino le metta in pratica insieme ai genitori: abbracci e coccole senza moderazione!

Si ride molto in ospedale quando ci siete voi?

Quando arriviamo le persone non capiscono bene che cosa sta succedendo. Qualcuno sorride subito, qualcuno ha bisogno di un po' di tempo. Ma poi siamo talmente catastrofici, distratti, bislacchi, talmente fuori luogo, combiniamo così tanti pasticci che il bambino dimentica di essere in ospedale, viene condotto in una dimensione diversa, e riesce per esempio ad alzarsi. Quando portiamo un bambino nel corridoio vediamo i medici che dicono: “Ah, si è alzato! Il dottor Otto l'ha fatto alzare, il dottor Otto l'ha fatto parlare”. A volte il dottor Otto è anche diuretico: fa fare la pipì o la cacca rilassando un bambino. La comicità è solo una conseguenza: i bambini si divertono, ridono, e poi si portano questo riso dentro, portano nella quotidianità dell'ospedalizzazione le relazioni nuove che si sono create.

Parliamo della comicità come risorsa: alcuni parlano di clownterapia, sorrisoterapia.

Noi non parliamo di terapia ma ci concentriamo su come portare benessere e spensieratezza ai bambini che affrontano la difficile prova del ricovero. Non siamo medici, ci occupiamo della parte sana dei piccoli pazienti: cerchiamo di farla riemergere, anche in una situazione di sofferenza, perché possa aiutare la parte malata. La risorsa è nei bambini; noi siamo professionisti e dobbiamo sempre avere la bacchetta magica pronta, ma dobbiamo scopri-

re qual è la risorsa di quel bambino. Tutti i bambini hanno una loro risorsa che sta nella parte sana: noi la esploriamo, la facciamo diventare nostra e da lì tiriamo fuori una comicità che è del bambino, è una sua parte comica. Il bambino si riconosce e quindi il riso viene naturale, spontaneo. Non c'è niente di programmato, non abbiamo un copione: ogni giornata è diversa, ogni stanza è diversa, ogni comicità è diversa.

Per concludere le chiedo se vuole raccontare un episodio che ritiene importante, di cui conserva un ricordo speciale.

Ce ne sono tanti. Ricordo la collaborazione con un medico primario di ortopedia, che doveva fare iniezioni molto dolorose a bambini affetti da forme di distrofia o di plegia, quindi già molto sofferenti a causa di un handicap fisico abbastanza pesante. Erano interventi impegnativi a cui prendevano parte, oltre al primario, un neuropsichiatra e due infermiere. Io proponevo al bambino un gioco o una magia qualsiasi e lo invitavo a partecipare o a scoprire il trucco (per esempio un libro in bianco e nero che si sarebbe colorato da solo); facevo salire la curiosità, dicevo: "Guarda, guarda, ecco, ci stiamo riuscendo...", e in quel momento il medico faceva l'iniezione. I bambini erano così coinvolti che il primario mi chiese se avevo studiato ipnosi. Ma era importante anche la preparazione. Il medico

disegnava dei piccoli pini, anziché le solite crocette, nel punto in cui avrebbe praticato la puntura, dicendo: "Sai perché ti disegno questo albero? Perché è un pino e io mi chiamo Pino. Ti disegno un albero dove ti farò una puntura: ti farà un po' male, però se tu parli con il dottor Otto magari lo sentirai un po' meno". Questo rilassava anche i genitori.

Un altro bel successo è stato con Federico, un bambino che ha subito un'operazione di tredici ore. I genitori non possono entrare in sala operatoria: la porta si chiude e loro vanno in ansia. Io spesso accompagno i bambini in sala operatoria e i genitori, sapendo che qualcuno là dentro terrà per mano il loro bambino e sarà là a "difenderlo", si sentono meno ansiosi. Con Federico sono entrato in sala operatoria alle 7 e ho dovuto intrattenerlo più del previsto, circa un'ora e mezzo, nella fase di preanestesia. Allora ho proposto un sogno da fare insieme: nel sonno avremmo dovuto salire su una nave di pirati non per assaltare altre navi, ma per immergerci nel fondo del mare a guardare i pesci colorati. Il bambino si è addormentato con questo pensiero e quando è stato risvegliato, 13 ore dopo, la prima cosa che ha detto ai genitori è che aveva visto i pesci colorati: aveva vissuto 13 ore di anestesia in un suo mondo fantastico.



Durante l'operazione ho parlato con i genitori in attesa e ho chiesto loro se Federico in quella situazione aveva bisogno di genitori che piangevano o di genitori vitali: perché Federico in quel momento poteva sentire quello che i genitori sentivano. Allora il padre, un agricoltore delle Langhe, ha fatto una cosa straordinaria: è sceso a prendere una bottiglia di vino dalla macchina e insieme – erano ormai le 10 di sera – abbiamo brindato a Federico. È stato un gesto d'amore molto forte, che richiede molto coraggio. Dopo un'ora è uscito il primario sorridente dicendo: "Ce l'abbiamo fatta".

I DOTTOR SOGNI E LA FONDAZIONE THEODORA

Sono centinaia in Italia le associazioni, in gran parte formate da volontari, di "clown" che si occupano di bambini in ospedale. Fondazione Theodora Onlus, emanazione italiana della svizzera "Fondation Théodora" costituita nel 1993, esiste in Italia dal 1995 ed è una delle poche realtà italiane i cui operatori, chiamati "dottor Sogni", sono professionisti. La Fondazione infatti cura la selezione degli aspiranti dottor Sogni, finanzia la loro formazione iniziale e di aggiornamento, il *counselling* psicologico costante, ne organizza e retribuisce l'attività, svolta a titolo completamente gratuito per le

strutture ospedaliere e, naturalmente, per le famiglie dei piccoli pazienti.

"I nostri dottor Sogni" ci dice Daniela Bianchi, direttrice della fondazione in Italia "sono per lo più artisti, attori, animatori che noi formiamo specificamente al lavoro in ambito ospedaliero pediatrico. Per questa professionalità i nostri dottor Sogni sono spesso chiamati a operare in reparti particolarmente difficili, dove il rigore e una precisa consapevolezza dei ruoli sono essenziali".

Per saperne di più: www.theodora.org

