

A wooden signpost with two leaf-shaped panels. The right panel contains the text 'la collina degli elfi'. The sign is positioned in front of a sunset over a valley with rolling hills and trees. The sun is low on the horizon, creating a lens flare effect through the gap between the leaves.

la
collina
degli
elfi

LA FAMIGLIA FERITA: quali sono le dinamiche che si attivano quando una malattia oncologica colpisce un figlio

RELATRICI:

- Luisella Canale - Psicologa Psicoterapeuta
- Ylenia Digiovanni - Psicologa, specializzanda in Psicoterapia
- Cecilia Giordano - Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e studentessa in psicomotricità relazionale

25 MARZO 2023



CHE COS'È LA COLLINA DEGLI ELFI?

Il gioco
della vita
oltre
la malattia

Centro di Recupero psico-fisico
per famiglie con bambini e ragazzi (5-17 anni) che abbiano concluso la fase di
ospedalizzazione

Non è una struttura medicalizzata ma i criteri di qualità e sicurezza sono
garantiti da personale specializzato e figure assistenziali appositamente
formate

secondo un Modello integrato individuato 10 anni fa
ed inizialmente molto contestato,
orientato al superamento di ogni specifico approccio teorico e tecnico.



PERCHÉ E' NATA LA COLLINA DEGLI ELFI?

per AIUTARE

la famiglia con un figlio malato di cancro a

1. **TORNARE ALLA VITA:** quando un bambino/ragazzo si ammala di cancro, tutta la famiglia si ammala con lui
2. attivare un **PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL VISSUTO EMOTIVO** correlato al TRAUMA DELLA MALATTIA al fine di LIBERARE, RIDURRE e PREVENIRE i sintomi post traumatici_ (ansia, depressione, rabbia, panico e conseguente evitamento delle situazioni che possono rievocare l'esperienza traumatica, flashback, esaurimento emotivo, iperarousal, etc.)

La malattia oncologica pediatrica rappresenta un vero e proprio Trauma per bambini e genitori e modifica gli equilibri interni alla famiglia: la sofferenza è così profonda da essere sentita come incomunicabile e incomprensibile e si accompagna a sentimenti di solitudine



IL 'MODELLO COLLINA'



IL MODELLO COLLINA: IN SINTESI

- si basa sul potere della SINERGIA TRA APPROCCI TEORICI DIVERSI, integrati gli uni con gli altri (ECLETTISMO TEORICO)
- il risultato finale non è la somma di ogni singola “Terapia”/Attività a silos eseguita con un ciclo standard, ma la moltiplicazione degli effetti di ogni singola attività (ECLETTISMO TECNICO)
- centralità degli obiettivi e dell’individuazione di approcci in grado di raggiungere gli obiettivi prefissati
- CENTRALITÀ del nucleo di elementi condivisi tra diversi approcci e discipline
- CENTRALITÀ di ogni singolo componente di un nucleo familiare (differenziato per genitori e figli, malati e non) e del personale vissuto emotivo della malattia oncologica



IL MODELLO COLLINA

RACCONTA DI

UN

PARTENZA: BISOGNI di ogni componente della
famiglia

VIAGGIO

LABORATORIO SARTORIALE: ri-cucire,
ri-mettere insieme l'esistente e adattare
creativamente "scampoli" (e non interi pezzi di
stoffa) al singolo individuo

CHE E'

UN

PERCORSO



PERCORSO GENITORI IN COLLINA

OBIETTIVI

- Spazio per la genitorialità
- recupero femminilità e “virilità”
- attivazione elaborazione vissuto emotivo attraverso il corpo
- spazi dedicati ad ogni persona
- recupero della coppia
- recupero dell’unione familiare

ATTIVITA’

- attività psicologiche
- attività a mediazione corporea
- attività espressive
- attività per il recupero del contatto profondo con parti di sé abbandonate
- attività di rilassamento
- attività di coppia
- attività di famiglia



PERCORSO FIGLI IN COLLINA

OBIETTIVI

- Favorire L'ESPRESSIVITÀ GLOBALE attraverso il contatto con il mondo emotivo interno, in una cornice di senso:
- consapevolizzare di potenzialità e limiti
- consolidare una positiva immagine di sé (identità), fiducia, sicurezza in sé e autostima
- smaltire gradualmente rabbia, dolore, tristezza, paura, ansia e riappacificarsi con il proprio corpo malato riscoprendolo anche come fonte di piacere e gioia
- recuperare e/o sviluppare abilità motorie
- recuperare e/o sviluppare la socialità con coetanei
- recuperare e/o sviluppare autonomia e padronanza di sé

ATTIVITA'

- Terapie espressive
- Terapie psicomotorie
- Terapie motorie
- IAA
- Attività di gioco

**PARTICOLARE
ATTENZIONE AI
FRATELLI SANI**



Dall'esperienza maturata fino ad oggi
il MODELLO COLLINA
ha ricevuto
numerosi riconoscimenti come PROGETTO UNICO
nell'identificare il bisogno di dare continuità all'esperienza
di 1 settimana in Collina

**E DI ACCOMPAGNARE LE FAMIGLIE
NEL PRIMO ANNO DI VITA "OFF THERAPY"**

consolidando i risultati di efficacia ottenuti in Collina



BISOGNI CHE HANNO ORIGINATO IL PROGETTO

**L'esperienza e le ricerche nel campo
dell'oncologia pediatrica**

**evidenziano in ogni singolo componente della
famiglia,**

**problematiche e vissuti emotivi importanti
legati alla malattia.**



VISSUTI EMOTIVI & PSICOLOGICI DEI GENITORI:

- Senso di colpa;
- Rabbia verso la malattia;
- Difficoltà a gestire le proprie emozioni;
- Ansia;
- Paura;
- Senso di impotenza;
- Difficoltà a mantenere dialogo interno alla coppia e con i figli;
- Pericolo di rottura del legame di coppia;
- Sviluppo di atteggiamenti iperprotettivi;
- Tendenza ad identificare il fulcro della vita nel figlio malato, facendo diventare secondario tutto il resto.



VISSUTI EMOTIVI & PSICOLOGICI Nei BAMBINI MALATI DI ETA' INFERIORE A 5 ANNI:

- Ansia libera;
- Angoscia da separazione dalla madre (un distacco di due settimane può richiedere parecchi mesi affinché il trauma sia superato);
- Tristezza;
- Depressione;
- Chiusura in sé;
- Disturbi del sonno;
- Apatia;



VISSUTI EMOTIVI & PSICOLOGICI Nei BAMBINI MALATI DI ETA' INFERIORE A 5 ANNI:

- Frustrazione;
- Rabbia;
- Convinzione che la malattia sia la conseguente punizione di presunte malefatte;
- Senso di colpa;
- Scatti di collera ed attribuzione ai genitori della responsabilità dell'accaduto;
- Regressionione a comportamenti tipici di bambini di età inferiore.



VISSUTI EMOTIVI & PSICOLOGICI Nei BAMBINI MALATI DI ETA' COMPRESA FRA 6 E 9 ANNI:

- Ansia libera;
- Tristezza;
- Apatia;
- Rabbia;
- Angoscia da separazione;
- Timore per ciò che accade o è accaduto al proprio corpo;
- Convinzione che la malattia sia la conseguente punizione di presunte malefatte;
- Senso di colpa.



VISSUTI EMOTIVI & PSICOLOGICI Nei PREADOLESCENTI ED ADOLESCENTI (FASCIA DI ETA' 10 – 14 ANNI):

- Preoccupazione della propria immagine;
- Conflitto indipendenza-dipendenza rispetto ai genitori;
- Bisogno di conforto e di sicurezza da parte del gruppo di amici coetanei;
- Paura della morte;
- Preoccupazione per il futuro;



VISSUTI EMOTIVI & PSICOLOGICI Nei PREADOLESCENTI ED ADOLESCENTI (FASCIA DI ETA' 10 – 14 ANNI):

- Bisogno di ritrovare dentro di sé le energie necessarie per affrontare il futuro;
- Bisogno di ritornare alla normalità;
- Bisogno di essere rassicurati e di sentirsi amati;
- Tendenza a nascondere i propri sentimenti e le proprie emozioni: è necessario aiutarli a riconoscerli e ad esprimerli;
- Rabbia;
- Tristezza.



LA FAMIGLIA FERITA

Il cancro rappresenta una patologia che non riguarda esclusivamente il singolo paziente ma riguarda la totalità dei sistemi sociali in cui l'individuo è inserito e in prima istanza la sua famiglia (Rossi, 2015).

La famiglia, di fatto, fornisce il contesto all'interno del quale il bambino è in grado di dare un significato alla propria malattia, trovando anche i mezzi per reagire a questa (Baider, 2014).

MODELLO BIOMEDICO  MODELLO BIOPSIKOSOCIALE (Engel, 1977)



FATTORI DI STRESS

La lunga durata dei trattamenti e del decorso della malattia pongono il bambino e la sua famiglia in una condizione di stress di grande entità, dovuta a diversi fattori:

- l'impatto e l'accettazione della diagnosi oncologica
- lo stravolgimento improvviso della routine quotidiana
- l'allontanamento da casa e dai luoghi sociali (compresa la scuola e il distacco dai compagni)
- l'ospedalizzazione
- gli effetti collaterali dei farmaci e delle terapie
- contatto con la minaccia di morte

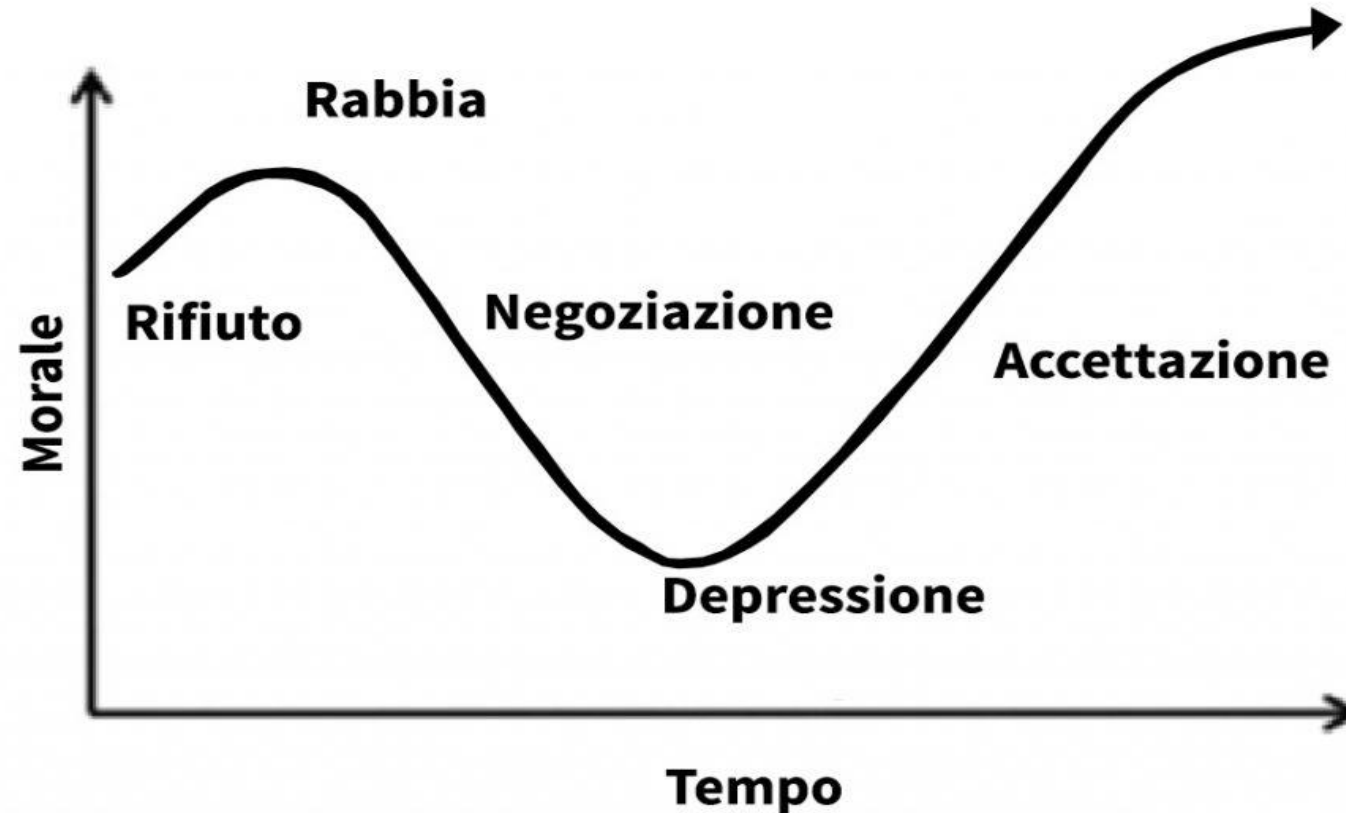


A livello psicologico, una delle sfide maggiori che i genitori dovranno affrontare è riuscire ad **accettare l'idea della mortalità del proprio bambino**, la quale genera in loro stati di angoscia, frustrazione, sentimenti di impotenza e disperazione.



REAZIONE ALLA DIAGNOSI

Fasi di Kubler-Ross



IMPATTO DELLA MALATTIA

L'impatto dipende infatti da una serie di fattori, tra i quali:

- Le caratteristiche specifiche della malattia: andamento, gravità, la visibilità e le limitazioni che impone;
- Le specifiche caratteristiche del bambino: l'età al momento della diagnosi, le sue risorse cognitive ed emotive, la sua capacità di adattamento;
- Le risorse della famiglia: la capacità di risolvere i problemi, i livelli di coesione interna, la capacità di adattarsi ai cambiamenti, le capacità di comunicare;
- Il sistema di supporto a disposizione del bambino e delle famiglie, che include la famiglia stessa, gli amici, i compagni e la comunità di appartenenza.



LA MALATTIA ONCOLOGICA COME EVENTO TRAUMATICO

Per trauma in psicopatologia intende un'esperienza minacciosa estrema, insostenibile, inevitabile, di fronte alla quale un individuo è impotente. (Hermann, 1992b; Krystal, 1988; Ven der Kolk, 1996)



MA l'aver vissuto un'esperienza critica di per sé non genera automaticamente un disturbo o sintomi post-traumatici (es. sintomi depressivi, ansiosi,..).

Come mai? VARIABILITA' DOVUTA AL DIVERSO EQUILIBRIO TRA FATTORI PSICOSOCIALI PROTETTIVI E DI RISCHIO



Fattori che influenzano le capacità di adattamento della FAMIGLIA:

Si possono individuare dei fattori prognostici positivi (**FATTORI DI RESILIENZA**) di adattamento al cancro che sono:

- la coesione familiare
- l'assenza di elevata conflittualità
- l'adeguata espressività emotiva, che può dar sollievo ai membri della famiglia
- l'adattabilità, ossia la capacità di modificarsi in seguito al cambiamento
- la storia familiare e significato della malattia
- i riferimenti culturali della famiglia
- lo stadio di vita della famiglia
- il supporto sociale extra-familiare.



ATTACCAMENTO SICURO COME IMPORTANTE FATTORE PROTETTIVO

TEORIA DELL'ATTACCAMENTO (Bowlby): Uno dei primi e cruciali compiti evolutivi che un bambino si trova a affrontare, da un punto di vista relazionale, è quello di formare un legame di attaccamento con la propria figura principale di accudimento.

FUNZIONE: ricerca di una vicinanza protettiva



LEGAME DI ATTACCAMENTO: ha un ruolo fondamentale sul **modo in cui il bambino interagisce con il mondo esterno**. Una buona qualità dell'attaccamento fornisce al bambino una **base sicura** su cui poter contare in caso di bisogno e da cui poter partire per esplorare il mondo. Fornisce, quindi, i primi importanti strumenti con cui il bambino può iniziare a costruire la sua **indipendenza** e il suo **senso di sé**.



ATTACCAMENTO SICURO COME FATTORE PROTETTIVO

Nell'impatto con la malattia oncologica il bambino avrà ancor più bisogno di **sostegno** e **protezione**, per poter recuperare il proprio stato di calma e procedere in modo sereno nel proprio sviluppo (Levine & Kline, 2009).

Bambini con attaccamento insicuro generalmente presentano più alti livelli di cortisolo, l'ormone dello stress, e più bassi livelli di tolleranza alle frustrazioni (e.g., Luijk et al., 2010).

- **Stile di attaccamento sicuro**: Quando il *caregiver* risponde ai bisogni del bambino in modo soddisfacente e consistente nel corso del tempo. Il bambino sviluppa **sicurezza** verso se stesso e la propria figura di attaccamento, **fiducia** verso il mondo, da lui percepito come luogo sicuro, e capacità di muoversi e di esplorare l'ambiente circostante con una sempre maggiore autonomia.
- **Stile di attaccamento insicuro-ambivalente**: il *caregiver* non risponde in modo costante e coerente ai bisogni del bambino; a volte è presente e amorevole, altre volte si mostra non disponibile e rigettante. Il bambino, in questo caso, non sa cosa aspettarsi. La paura dell'abbandono lo porta a ricercare la vicinanza del *caregiver*, ma allo stesso tempo può mostrare rabbia e ostilità;
- **Stile di attaccamento insicuro-evitante**: si instaura quando il *caregiver* è costantemente rigettante, non responsivo o emotivamente non disponibile. Il bambino, quindi, impara a non poter contare su di lui, rinuncia a cercarne la vicinanza perché apprende che il suo bisogno è futile o non verrà soddisfatto;
- **Stile di attaccamento disorganizzato**: rappresenta il tipo di attaccamento maggiormente problematico, quello che è più spesso associato a situazioni di abuso.





I FRATELLI:

«tu ce la puoi fare, noi dobbiamo occuparci di lui ora»

I FRATELLI:

«tu ce la puoi fare, noi dobbiamo occuparci di lui ora».

- «“È stato un pugno nello stomaco, che rendeva impossibile anche piangere» **SHOCK**
- «Ero terrorizzato, sapevo che chi aveva il cancro poteva morire» **PAURA**
- «Quando le ho visto perdere i capelli mi si è spezzato il cuore» **TRISTEZZA**
- «Perché lui? Perché non io?» **SENSO DI COLPA, IMPOTENZA**
- «Lui si faceva fare montagne e montagne e montagne di regali» **GELOSIA**
- «Ero davvero arrabbiato quando i miei genitori non erano qui» **RABBIA**

D'Urso A, Mastroyannopoulou K, Kirby A. Experiences of posttraumatic growth in siblings of children with cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2017;22(2):301-317. doi:[10.1177/1359104516660749](https://doi.org/10.1177/1359104516660749)



I FRATELLI

- VISSUTI: TRISTEZZA, ANGOSCIA DI MORTE, VISSUTI DI ABBANDONO, RABBIA (espressione emotiva non legittimata)
- ECCESSI DI RESPONSABILIZZAZIONE
- DIFFICOLTA' A RICONOSCERE E AD ESPRIMERE LE PROPRIE EMOZIONI
- MANCANZA DI COMUNICAZIONE E DI INFORMAZIONI



SEGNALI PRECOCI DI DISAGIO PSICOLOGICO:

- Comportamenti oppositivi
- Chiusura relazionale
- Disturbi psicosomatici
- Difficoltà scolastiche o relazionali
- Eccessivo perfezionismo e compiacenza

➔ si sentono poco visti dai genitori perché questi sono concentrati sui bisogni del fratello ammalato oppure possono sentirsi sovraccaricati dalle aspettative dei genitori che iperinvestono su di loro, rischiando di tenere poco in considerazione i loro bisogni individuali

➔ fanno fatica ad esprimere emozioni e bisogni sia nell'ambito del contesto familiare sia nel gruppo dei pari; tendono a tenere tutto per sé per evitare, in alcuni casi, di sovraccaricare di preoccupazioni gli altri;



BIBLIOGRAFIA

- Axia V. (a cura di): Elementi di psico-oncologia pediatrica, Roma:Carocci Faber; 2004.
- Ainsworth, M.D. et al. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bowlby J., (1982), Attachment and loss. (Vol. 1). Attachment (2nd ed.). New York, NY: Basic Books.
- Di Caprio E. L., (2013), Accogliere il cancro nella famiglia: una prospettiva clinica, Giornale Italiano di Psiconcologia, Vol. 15 N 1/2013.
- Luijk, M.P.C.M. et al. (2010). Attachment, depression, and cortisol: Deviant patterns in insecure-resistant and disorganized infants. *Developmental Psychobiology*, 52, 441-452.
<https://doi.org/10.1002/dev.20446>
- Baider, L. (2014). Cancro. Questioni di famiglia. In M., Biondi, A., Costantini,, L., Grassi (a cura di). *Psico-oncologia* (41-66). Milano: Cortina.
- D'Urso A, Mastroyannopoulou K, Kirby A. Experiences of posttraumatic growth in siblings of children with cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2017;22(2):301-317.
doi:[10.1177/1359104516660749](https://doi.org/10.1177/1359104516660749)



Perché proporre un'attività di psicomotricità relazionale ai bambini che hanno affrontato l'esperienza della malattia oncologica e ai fratelli e/o sorelle?

Per permettere loro di tornare a sperimentare il **piacere derivante dal movimento**, a lungo precluso o limitato a causa della malattia

(affidente all'area del *gioco senso-motorio*)

Per offrire ai bambini uno spazio e un tempo nel quale poter esprimere **bisogni e desideri** presenti ed **aspirazioni** future
-spazio e tempo di esclusività per i fratelli/le sorelle sani -

(affidente all'area del *gioco simbolico*)

Per riprendere la **dimensione ludica tra pari**
(condivisione di spazi e materiali comuni,
sperimentazione dell'accordo e del disaccordo)

(affidente all'area del *gioco di socializzazione*)



Presentazione dell'esperienza svolta con alcune bambine ospitate nell'estate 2022, a ottobre 2022 (primo follow-up) e a febbraio 2023 (secondo follow-up)

EMMA (4 anni)

DIAGNOSI: **tumore renale**

La diagnosi è avvenuta 2 anni prima.

Ha subito un'operazione chirurgica per asportarlo, unita alla chemioterapia e all'immunoterapia. Nell'estate 2021 è stata dichiarata "**Off-therapy**". Buone condizioni generali di salute.

Emma ha un fratello di 2 anni e mezzo

ANNA (5 anni)

DIAGNOSI: **leucemia linfoblastica acuta (LLA)**

Ricevuta 2 anni e mezzo prima.

All'arrivo alla CdE sta ancora prendendo dei farmaci per via orale. Buone condizioni generali di salute.

Anna è figlia unica e non ha quasi mai avuto contatti con altri bambini durante la fase di malattia.

ESTER (5 anni)

DIAGNOSI: **tumore renale** (di Wilms)

Esordio della malattia a gennaio 2022.

È stata sottoposta a chemioterapia, asportazione totale del rene destro a marzo 2022, e quando arriva alla CdE sta ancora prendendo la chemioterapia post-operatoria per via orale.

Si presenta in buona salute ma ha bisogno di bere spesso, soprattutto durante lo svolgimento dell'attività fisica.

Ester ha un fratello di 7 anni

ALESSIA (5 anni)

DIAGNOSI: **leucemia linfoblastica acuta (LLA)**

All'arrivo alla CdE stava ultimando la terapia di mantenimento. Buone condizioni generali di salute.

Ha ancora il catetere venoso centrale a cui viene data indicazione medica di fare attenzione.

Alessia ha una sorella di 9 anni



“FRATELLI- CASE HISTORY”

VITTORIA

9 anni e mezzo
(sorella di Alessia,
5 anni)

ELIA

6 anni
(fratello di Ester,
5 anni)

LUCA

8 anni
(fratello di Marco, 3
anni)

EMANUELE

9 anni
(fratello di
Mariateresa,
4 anni)

Le informazioni che leggerete relative a questi bambini sono state fornite da alcuni professionisti e da alcuni volontari che li hanno conosciuti nei giorni precedenti l'attività di psicomotricità



“CASE HISTORY N.1-VITTORIA ”

Vittoria è una bambina di 9 anni e mezzo, è arrivata alla Collina degli Elfi con la sorella Alessia di 5 anni, accompagnata da entrambi i genitori.

Viene descritta come una bambina molto educata e rispettosa, che partecipa volentieri a tutte le attività che le vengono proposte. Si nota un'attenzione particolare che rivolge alla sorella durante le attività che svolgono insieme. Sembra più grande della sua età, è di corporatura esile e si presenta spesso molto seria. Ha stretto, fin dai primi giorni, un legame di amicizia con Elia, fratello di un'altra bambina ospitata durante la stessa settimana, nonostante Elia sia più piccolo di lei di quasi quattro anni.

Quando vado a chiamarla per iniziare l'attività, appena terminata quella con la sorella, Vittoria le si avvicina e dandole un bacio sulla guancia le chiede se si fosse divertita.

Sapendo che sarebbe arrivato il suo turno quando mi vede entrare nella stanza dice, rivolgendosi ad Elia, “Finalmente adesso tocca a noi, andiamo!”.

Appare curiosa e impaziente di entrare nella stanza e contenta di condividere l'attività con Elia che mi presenta come il suo amico. Mi fa tante domande, vuole sapere che cosa abbia fatto sua sorella e vuole assicurarsi che si sia divertita e che sia stata bene. Mi chiede: “quali giochi avete fatto?”, “con chi ha giocato Alessia?”, “qualcuno l'ha fatta piangere?”, “ha fatto amicizia con qualche bambina?”.

Appare tranquillizzarsi quando le mie risposte corrispondono alle sue aspettative.



“CASE HISTORY N.2 - ELIA”

Elia è un bambino di 6 anni, è arrivato alla Collina degli Elfi con la sorella Ester di 5 anni, accompagnato da entrambi i genitori.

Elia viene descritto come un bambino molto energico e in perenne movimento che ha sempre partecipato con entusiasmo alle attività finora proposte. In alcune occasioni tende a prevaricare gli altri bambini facendo fatica nel rispetto del proprio turno quando non viene coinvolto per primo. Nei momenti di gioco libero si diverte tanto a correre nel grande prato e adora i giochi con la palla, soprattutto il calcio. Inciampa spesso. Fatica a stare a tavola per tutta la durata del pasto inducendo alcuni volontari ad alzarsi per seguirlo.

Quando vado a chiamarlo per iniziare l'attività lo trovo che sta giocando a calcetto con Vittoria, la sorella di un'altra bimba ospitata nella stessa settimana, e insieme ad una volontaria. Appena mi vede entrare nella stanza con gli altri bambini mi corre incontro e mi dice “Prima ho fatto un tiro così forte che la pallina è uscita dal calcetto e ha sbattuto contro il muro” e mentre mi racconta l'episodio mima il gesto della pallina sbattendo con forza la sua mano contro il muro e poi esclama “Ahia, che male!”

“Lo sai che prima ho fatto tantissimi goal? Ora dove andiamo? Cosa facciamo? Cosa hanno fatto loro?” mi chiede indicando verso le bambine che hanno appena finito l'attività con me. Quando vede entrare nella stanza la sorella tenta di abbracciarla ma lei respinge il suo abbraccio allontanandolo con un severo “Lasciami stare, non voglio”. Elia appare molto rattristato da questo rifiuto che dice essere frequente da parte di Ester.

Mi rivolge tantissime domande ma il più delle volte non ascolta le risposte che cerco di dargli. Appare impaziente e nel breve tragitto che ci separa dalla stanza dove verrà svolta l'attività mi chiede con insistenza informazioni riguardanti quelle dei giorni successivi.



“CASE HISTORY N.3 - LUCA”

Luca è un bambino di quasi 8 anni, è arrivato alla Collina degli Elfi insieme ai genitori e al fratello Marco, di 3 anni.

Usa un linguaggio adultiforme con termini ricercati. Appare fin da subito molto autonomo e dedica un'attenzione particolare a Marco durante le attività che svolgono insieme. Si siede sempre vicino a lui, quando Marco non riesce subito a fare quello che gli viene richiesto puntualmente interviene per aiutarlo e quando inizia a piangere lo prende immediatamente in braccio e Marco in un attimo si tranquillizza. Viene descritto come un bambino molto ubbidiente, rispetta tutte le regole che gli vengono fornite. La sua partecipazione alle attività dei giorni precedenti è stata costante ma caratterizzata da scarso coinvolgimento emotivo ed elevata e costante attenzione verso il fratellino.

Predilige la relazione con le figure adulte con le quali si confronta spesso attraverso il canale verbale, ama raccontare a tutte le persone che incontra la sua passione per i dinosauri e le storie preferite dei libri che ama leggere. Durante le attività della giornata aiuta spesso i genitori a preparare il tavolo per i pasti e ascolta sempre con elevata diligenza tutto quello che gli viene richiesto, soprattutto quando tali richieste arrivano dalla mamma.

Quando spiego a lui che farò prima un'attività con suo fratello e gli altri bimbi e dopo una solo con lui non fa trasparire le emozioni che prova, apparendo indifferente rispetto alla mia comunicazione.

A differenza di altri bambini Marco è ancora nel “vivo” della malattia, sta prendendo la chemioterapia per via orale ed ha iniziato da pochissimo la fase di mantenimento. Tutta la famiglia, Luca incluso, è ancora molto concentrata su di lui; era stato infatti proposto a loro di venire alla Collina degli Elfi l'anno successivo ma la mamma ha ritenuto fosse quest'estate il momento più adatto poiché aveva visto nella Collina degli Elfi una possibilità per dedicarsi, come famiglia, del tempo per loro.



“CASE HISTORY N.4 – EMANUELE”

Emanuele è un bambino di 9 anni che è arrivato alla Collina degli Elfi insieme alla sorella Mariateresa di 5 anni, la bambina che ha affrontato l'esperienza di malattia, Riccardo, il fratello di 7 anni e entrambi i genitori. Durante il colloquio iniziale al momento dell'accoglienza la mamma riferisce che entrambi i figli, in accordo con la psicologa che ha preso in carico la famiglia al momento della diagnosi, sono stati resi partecipi della malattia della sorella e del percorso di cura che avrebbe dovuto affrontare.

La sua partecipazione alle attività viene descritta come incostante e disturbante. Emanuele fatica a rispettare le regole, si diverte a fare i dispetti agli altri bambini ma soprattutto a suo fratello Riccardo e non accetta in nessun modo la sconfitta.

Quando l'attività non è di suo gradimento si rifiuta di partecipare, disturbando il fratello e pregiudicando la sua partecipazione.

Ricerca spesso le attenzioni degli adulti mettendosi in situazioni di “pericolo” (si spinge velocissimo sull'altalena, si arrampica sulla staccionata dei cavalli, corre velocemente nella sala da pranzo) e mettendo in atto degli atteggiamenti di sfida verso gli stessi. Tende a mantenere l'attenzione su di sé usando il canale verbale e adora raccontare trame di film che ha visto.

Nei momenti di gioco libero predilige guardare il cellulare e fatica ad essere coinvolto in attività o giochi di gruppo a meno che le regole non vengano scelte da lui.

Quando vado a chiamarlo per iniziare l'attività è contento, durante il tragitto fa una gara con il fratello mentre scendono le scale, lo spinge per passare davanti a lui e arrivare per primo. Questo suo atteggiamento scatena una forte reazione di pianto in Riccardo a cui Emanuele non dedica alcuna attenzione.



...Conclusioni...

Punti di forza



- Soddisfacimento di bisogni e desideri emersi durante gli incontri – *continuità sul territorio*
- Feed-back ai genitori rispetto all'attività svolta
- Follow-up a distanza di 3 e 6 mesi

Limiti e criticità



- Tempistiche troppo brevi
- Strutturazione attività con i fratelli: età varia, bisogni diversi

Proposte future



- Ampliare la **rete di professionisti** sul territorio: feed-back e collaborazione tra di loro in un'ottica multidisciplinare (obiettivo per l'estate 2023)



GRAZIE PER
L'ATTENZIONE!

