



**DISFOR** Dipartimento di Scienze della Formazione

**CORSO DI LAUREA IN SCIENZE DELLA  
FORMAZIONE PRIMARIA**

**LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO**

***DALLA CARTA DI HOPE ALLE MISURE LEGISLATIVE  
E PRATICHE NECESSARIE PER LA TUTELA DEI  
DIRITTI E DEI BISOGNI EDUCATIVI DI BAMBINI E  
ADOLESCENTI DEGENTI***

*Relatore: Valentina Pennazio*

*Correlatore: Samantha Armani*

*Candidato: Irene Castellaro*

**ANNO ACCADEMICO 2022-2023**



## INDICE

|  |                |
|--|----------------|
| <b>Introduzione</b>  | <b>pag. 4</b>  |
| <b>1. Il diritto del bambino e adolescente malato all'educazione</b>                                       | <b>pag. 7</b>  |
| 1.1 A casa e in ospedale: l'Istruzione Domiciliare   | pag. 9         |
| 1.2 Quando viene curato in un paese diverso dal proprio  | pag. 13        |
| 1.3 Il proseguimento del proprio percorso formativo  | pag. 15        |
| 1.4 Favorire la normalità nella vita quotidiana  | pag. 17        |
| <b>2. Favorire l'apprendimento</b>   | <b>pag. 20</b> |
| 2.1 L'ambiente ospedaliero   | pag. 20        |
| 2.1.1 <i>L'ambiente di apprendimento</i>   | pag. 24        |
| 2.2 Le tecnologie della informazione e della comunicazione   | pag. 29        |
| 2.3 Programmazione didattica: obiettivi e metodologie  | pag. 35        |
| <b>3. I protagonisti della Scuola in Ospedale</b>  | <b>pag. 41</b> |
| 3.1 Gli insegnanti ospedalieri come membri dell'équipe multidisciplinare di cura: relazione medico-maestro | pag. 42        |
| 3.1.1 <i>La formazione degli insegnanti</i>  | pag. 45        |
| 3.2 Collaborazione con la scuola di appartenenza   | pag. 52        |
| 3.3 I genitori: partner informati e attivi   | pag. 55        |
| 3.4 Il bambino e l'adolescente ospedalizzato   | pag. 59        |
| <b>4. Questionario ai docenti della Scuola in Ospedale</b>   | <b>pag. 64</b> |
| 4.1 Introduzione e domanda di studio   | pag. 64        |
| 4.2 Partecipanti   | pag. 65        |
| 4.3 Metodo di studio e strumento di rilevazione dei dati   | pag. 66        |

|  |                 |
|--|-----------------|
| 4.4 Analisi dei dati   | pag. 66         |
| 4.5 Discussione  | pag. 83         |
| <b>Conclusioni</b>   | <b>pag. 86</b>  |
| <b>Appendice 1. Carta di HOPE</b>                                    | <b>pag. 88</b>  |
| <b>Appendice 2. Questionario ai docenti della Scuola in Ospedale</b> | <b>pag. 89</b>  |
| <b>Bibliografia</b>  | <b>pag. 95</b>  |
| <b>Sitografia</b>  | <b>pag. 100</b> |

## Introduzione

Scelsi il mio argomento di tesi durante una lezione del terzo anno di Università quando, per la prima volta, sentii parlare della Scuola in Ospedale. Fu un accenno breve, si trattava solo di un piccolo collegamento al tema principale, e mi ricordo che caddi dalle nuvole: non avevo mai sentito parlare di questa realtà e mi stupii di non aver realizzato prima della sua esistenza. Mi convinsi dunque di voler approfondire questo argomento per curiosità personale e perché mi fece strano scoprire che nel mio corso di laurea, necessario per diventare un insegnante, non era prevista una disciplina, o una parte di essa, che introducesse i futuri maestri a questa realtà, che offrisse le basi metodologiche-didattiche, organizzative, burocratiche e psico-relazionali indispensabili per far fronte alla complessità che il contesto si porta con sé dal punto di vista relazionale ed organizzativo, alla delicatezza e fragilità delle situazioni che vivono gli studenti che si incontrano.

L'iniziale analisi di alcuni libri della letteratura mi ha permesso di scoprire HOPE, Hospital Organisation of Pedagogues in Europe, un'organizzazione regolata da una legge belga del 1919 che nasce con lo scopo di inseguire obiettivi tanto scientifici quanto educativi.

Tuttavia è nel 1988 a Lubiana, in Slovenia che, da un'idea del Dr. Pavle Kornhauser, si è tenuto il primo congresso degli insegnanti ospedalieri ed è a partire dal 1992, data del secondo congresso, che l'associazione nasce ufficialmente. Attraverso i seminari tenuti in tutta Europa, le Newsletter e in alcuni casi anche con video conferenze, permette ai docenti, ospedalieri e non, di lavorare insieme, mediante uno scambio e un incontro di esperienze, idee, innovazioni e progetti in modo tale da supportare, migliorare e potenziare l'offerta formativa ed educativa che viene proposta ai bambini e agli adolescenti degenti.

Tra gli obiettivi dell'associazione troviamo innanzitutto quello di assicurare agli studenti ospedalizzati un'educazione completa, di qualità, continua ed in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni individuali di ognuno, in un ambiente che supporti e stimoli l'educazione e l'apprendimento.

Si ricerca inoltre di promuovere la continua ed essenziale formazione degli insegnanti della Scuola In Ospedale (SIO) e dell'Istruzione Domiciliare (ID); di incoraggiare una relazione positiva di dialogo, scambio e supporto tra i professionali stessi in gioco nella vita dei bambini degenti, insegnanti, medici, infermieri e psicologici, e con la famiglia;

di incentivare la ricerca educativa e la diffusione dei risultati e delle “buone pratiche” messe in campo nei diversi contesti ospedalieri d’Europa e di innovare le tecnologie didattiche che possono essere a disposizione degli alunni ospedalizzati.

Fu durante il quarto congresso, tenutosi a Barcellona nel maggio del 2000, che venne redatta la Carta europea dei diritti e dei bisogni educativi di bambini e adolescenti malati<sup>1</sup>. Essi hanno infatti il diritto di proseguire il loro percorso educativo e formativo in un ambiente creato e pensato appositamente per permettere loro di “ritornare alla normalità” prendendosi carico del proprio apprendimento.<sup>2</sup>

La malattia infatti, in particolare se richiede lunghi periodi di ospedalizzazione, interrompe drasticamente la vita dei bambini, catapultandoli in un mondo sconosciuto, fatto di visite ed analisi talvolta dolorose, riducendo le forze fisiche e psicologiche e cambiando la vita che conoscevano.

La Scuola in Ospedale ricopre quindi il ruolo fondamentale di ponte, di aggancio con la normalità che è stata tolta loro. Durante le ore dedicate alla scuola possono infatti ritornare ad essere bambini spensierati, a socializzare con gli altri e a partecipare alle attività proposte, esercitando il loro diritto alla salute senza rinunciare al diritto allo studio e al gioco.

Dal punto di vista psicologico ed emotivo può essere inoltre luogo di confronto, dialogo e supporto tra i pazienti, ma anche per le loro famiglie. Uno spazio in cui potersi lasciare alle spalle la malattia per godersi piccoli attimi di tranquilla normalità. In Italia e in tutta Europa sono innumerevoli le azioni, a livello legislativo e pratico, che negli ultimi decenni hanno sostenuto il cambiamento e che possono, oggi e domani, supportare e migliorare le proposte didattiche, formative ed educative necessarie affinché vengano tutelati tutti i diritti e i bisogni dei bambini e degli adolescenti degenti.

Questa tesi si pone l’obiettivo di raccogliere e illustrare tutti i fattori che concorrono alla tutela di tali diritti, le iniziative, le risorse, gli strumenti, le metodologie, le competenze, i rapporti che devono essere messi a disposizione per la salute ed il benessere globale del minore ricoverato.

Con il questionario somministrato ai docenti delle sezioni ospedaliere<sup>3</sup> ho cercato infine, senza presunzione di ricerca, di concludere il mio lavoro di tesi fornendo un quadro pratico, concreto di come gli insegnanti italiani, concretizzassero e mettessero

---

<sup>1</sup> Appendice 1. *Carta di HOPE* p. 88

<sup>2</sup> Tratto da [www.hospitalteachers.eu](http://www.hospitalteachers.eu) consultato il 20/02/2023

<sup>3</sup> Appendice 2. Questionario ai docenti della Scuola in Ospedale p. 89

in atto le pratiche, le azioni e le risorse approfondite dal punto di vista teorico: *“In che modo gli insegnanti tutelano i diritti e i bisogni educativi di bambini e adolescenti degenti”*.

## Capitolo 1

### Il diritto del bambino e adolescente malato all'educazione

La prima traccia non normativa dell'educazione ospedaliera si può osservare nel 1925, data in cui il frate Alessandro Alessandrini mise a disposizione la propria scuola offrendo, oltre all'assistenza medica, anche un supporto psicologico- educativo ai feriti della guerra e quando l'Associazione Educatrice Italiana (AEI), di cui fu il fondatore, sollecitò al Ministero dell'Interno corsi appositamente pensati per la formazione delle "educatrici del fanciullo malato" (Catenazzo, 2019, p.17).

Il 31 luglio del 1936 comparì la prima Circolare Ministeriale, la quale sancì la nascita normativa della scuola in ospedale.

Per arrivare però a poter osservare la creazione di sezioni scolastiche all'interno delle strutture medico-sanitarie si dovette attendere sino alla metà del secolo scorso. La proposta di legge del 1939, che proponeva l'estensione della scuola pubblica in ospedale fu infatti bloccata con l'inizio della Seconda Guerra Mondiale.

Negli anni '50 nacquero di fatto, all'interno dei reparti pediatrici, le prime classi di scuole speciali. I bambini lungodegenti furono associati a coloro in condizione di disabilità e si supposeva quindi necessitassero il supporto e la guida di insegnanti appositamente formati per lavorare con i bambini disabili, di metodologie e strategie di insegnamento individuali e "speciali".

Finalmente, con la Legge del 30 marzo 1971 n.118, nello specifico l'art. 29 *Organizzazione scolastica nei centri degenza e di recupero*, non si parla più di sezioni di scuole speciali. Con la presente infatti il Ministro per la Pubblica Istruzione "provvede alla istituzione, per i minori ricoverati, di classi normali quali sezioni staccate della scuola statale". (Camera dei Deputati, Senato della Repubblica, 1971)

Sempre negli anni '70 il personale ospedaliero dei reparti pediatrici si rese conto dello stato d'animo e dell'angoscia che i bambini, rimasti da soli, dovevano affrontare, il senso di abbandono e la paura di un mondo costellato di visite dolorose: si comprese la necessità che i genitori, i quali potevano visitare il figlio malato solo negli orari di visita, potessero rimanere in ospedale tutto il giorno.

Si prese inoltre coscienza di quanto fosse necessario ripensare gli ambienti per poter garantire ai bambini l'esercizio del proprio diritto al gioco e allo studio, offrendo loro momenti di normalità e spensieratezza.

Solo nel 1986, con la Risoluzione del Parlamento Europeo, e quindi l'approvazione della *Carta europea dei bambini degenti in ospedale*, queste necessità divennero diritti. In definitiva fu permesso ai genitori di restare in ospedale oltre agli orari di visita e furono riadattati gli ambienti ospedalieri alle esigenze ludiche ed educative dei giovani pazienti.

Sempre nello stesso anno, grazie alla circolare n.345 emanata dal Ministero della Pubblica Istruzione (1986), vengono aperte le prime sezioni scolastiche in ospedale, che assumono quindi carattere di "normalità".

Con questa circolare vennero inoltre fornite agli insegnanti indicazioni sulla formazione e gli aggiornamenti necessari per essere selezionati come docenti di una scuola ospedaliera: si ricercano abilità ed esperienza nel saper adattare le proprie strategie di insegnamento sulla base dei singoli individui e delle loro patologie e nel saper lavorare non solo con gli studenti e le famiglie, ma anche in sinergia e collaborazione con la scuola di appartenenza e l'equipe medica.

Nel decennio successivo furono molti i convegni, le convenzioni e i documenti redatti a livello europeo a favore dei diritti di tutti i bambini e di quelli ospedalizzati. Ne sono un esempio la *Carta di Leida*, redatta una prima volta durante il convegno tenutosi per l'appunto a Leida, in Olanda nel 1988 e rivisitata un anno dopo dall'associazione EACH (*European Association for Children in Hospital*), la *Convenzione sui diritti del fanciullo* del 1989 e il *Documento europeo sulla scuola in ospedale*, conclusivo del Seminario dell'OCSE, Stoccarda 1991.

È a partire dalla Circolare Ministeriale n.353 del 1998, *Il servizio scolastico nelle strutture ospedaliere*, che in Italia la scuola in ospedale, anche per la scuola secondaria di primo e secondo grado, diventa realtà ufficialmente regolata e organizzata. Con questa circolare firmata dall'allora Ministro dell'Istruzione L. Berlinguer ne viene infatti riconosciuta la "forte valenza in termini di riconoscimento effettivo di diritti costituzionalmente garantiti, oltre che di affermazione della cultura della solidarietà a favore dei più deboli" (Ministero della Pubblica Istruzione, 1998).

Viene regolarizzato il funzionamento della scuola ospedaliera, la quale deve appunto pensare il proprio intervento sulla base degli orari dedicati alle visite e alle terapie, delle diverse malattie e quindi i ritmi, le forze e le capacità dei singoli studenti.

Si forniscono indicazioni sulla necessaria flessibilità organizzativa dell'organico e sulla formazione specifica dell'insegnante. Il docente deve per l'appunto essere in grado di instaurare e mantenere un rapporto di dialogo costruttivo con la scuola di

appartenenza degli studenti, con le famiglie e con tutti i professionisti e volontari che accompagnano l'ospedalizzazione dei bambini. La formazione e i corsi di aggiornamenti previsti permettono inoltre di sviluppare negli insegnanti, oltre alle competenze didattiche-culturali di base, anche la capacità di organizzare e gestire una realtà complessa, la conoscenza quindi di molteplici strategie e metodologie impiegabili nel momento di pensare ad un intervento individuale, potendosi appoggiare anche alle ICT (*Information and Communication Technologies*).

È rilevante sottolineare inoltre il protocollo d'intesa stipulato in data 24 ottobre 2003, tra il MIUR e il ministero della Salute, il quale dispone la nascita legislativa del servizio di Istruzione a Domiciliare: diminuiscono i periodi di ricovero in ospedale dei piccoli pazienti e sorge la necessità di offrire loro un'istruzione ed una formazione adeguata anche a casa.

Nello stesso anno, con il protocollo n.696 *La scuola in ospedale come laboratorio per le innovazioni nella didattica e nell'organizzazione. Scuole Polo Ospedaliere*, nel quale si promuove il progetto di ricerca, sono state delineate le funzioni delle Scuole Polo regionali: oltre alla gestione delle scuole ospedaliere, sensibilizzare il territorio sull'esistenza dei servizi di SIO e ID e diffondere a livello organizzativo gli interventi, le metodologie vincenti ed innovative.

Con il Decreto Ministeriale 461 del 6 giugno 2019 emanato dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, vengono adottate a livello nazionale le *Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare*.

In questo decreto vengono fornite fondamentali indicazioni sulla finalità di questi servizi scolastici, i ruoli e le responsabilità delle figure e degli enti coinvolti, gli strumenti e le metodologie di intervento analizzate e considerate vincenti all'interno del contesto ospedaliero e domiciliare nel quale si intende fornire continuità al processo di istruzione, educazione e formazione dei bambini e degli adolescenti degenti.

### **1.1 A casa e in ospedale: l'Istruzione Domiciliare**

Il sito del Ministero dell'Istruzione e del Merito riporta, nella sezione dedicata ai servizi della Scuola in Ospedale e dell'Istruzione Domiciliare i dati relativi agli studenti che ne hanno usufruito nell'anno scolastico 2019/2020.

Sono stati accolti nelle sezioni ospedaliere 41.367 studenti della Scuola dell'infanzia e primaria e 4.250 ragazzi della Scuola secondaria di II grado.<sup>4</sup>

Le ore invece dedicate all'Istruzione Domiciliare sono state 54.128 su un totale di 1.164 studenti di ogni ordine e grado<sup>1</sup>.

Se si prende come esempio la tabella di raccolta dati proposta da Catenazzo (2019, p. 25) si può notare come i numeri, nell'arco di vent'anni siano notevolmente aumentati. Nell'anno scolastico 1999/2000 gli studenti che hanno proseguito la propria istruzione in sezioni ospedaliere erano 17.186. Invece, attraverso il servizio non ancora istituzionalizzato dell'Istruzione Domiciliare, furono seguiti appena 63 alunni.

**TABELLA 1.1**  
Dati della raccolta e registrazione (anni scolastici 1999/2000-2017/2018)

| Anno Scolastico | Studenti in sezioni ospedaliere | Sezioni ospedaliere | Insegnanti | Studenti seguiti in ID |
|-----------------|---------------------------------|---------------------|------------|------------------------|
| 1999/2000       | 17.186                          |                     |            | 63                     |
| 2000/2001       | 18.960                          | 146                 |            | 61                     |
| 2002/2003       |                                 |                     | 550        | 190                    |
| 2003/2004       |                                 |                     | 890        | 313                    |
| 2004/2005       |                                 |                     | 1.671      | 484                    |
| 2005/2006       |                                 |                     | 1.389      | 512                    |
| 2006/2007       | 67.488*                         | 247*                | 580*       | 688                    |
| 2007/2008       |                                 |                     |            | 887                    |
| 2008/2009       |                                 |                     |            | 995                    |
| 2009/2010       |                                 |                     |            | 998                    |
| 2010/2011       | 76.803                          | 255                 | 1.159      | 1.266                  |
| 2011/2012       | 78.883                          | 270                 | 988        | 1.133                  |
| 2012/2013       | 73.892                          | 242                 | 1.076      | 1.117                  |
| 2013/2014       | 72.765                          | 240                 | 1.016      | 1.235                  |
| 2014/2015       | 64.268                          |                     | 1.045      | 1.154                  |
| 2015/2016       | 63.035                          | 261                 | 765        | 1.293                  |
| 2016/2017       | 58.049                          | 245                 | 784        | 1.111                  |
| 2017/2018       | 68.724                          | 248                 | 897        | 1.303                  |

\* dato incompleto

**Tab. 1: Dati degli anni scolastici 1999/2000-2017/2018 (Catenazzo, 2019)**

Nel Decreto Ministeriale 461, denominato *Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare* vengono esplicitate le caratteristiche, la gestione e le fasi necessarie per l'avviamento del servizio di Istruzione Domiciliare.

<sup>4</sup> Tratto da [www.miur.gov.it](http://www.miur.gov.it) consultato il 04/03/2023

Questa prestazione può essere avviata nel momento in cui lo studente si vede impossibilitato nel frequentare la scuola per un periodo superiore a 30 giorni, anche non consecutivi.

Con il *Vademecum* redatto dal MIUR nel dicembre del 2003, l'ID poteva "avvenire, successivamente al ricovero ospedaliero, solo in presenza di alcune gravi patologie" (MIUR, 2003), tra le quali patologie onco-ematologiche e croniche invalidanti. Il Decreto Ministeriale del 2019, modificando e aggiornando il *Vademecum*, permette l'attivazione del servizio anche senza una precedente ospedalizzazione, aumenta il numero di patologie per le quali i bambini possono avere diritto all'Istruzione Domiciliare (riportate nel supplemento ordinario n. 15 alla Gazzetta Ufficiale del 18 marzo 2017) e trasferisce la responsabilità dei progetti formativi dall'organico ospedaliero alla scuola di appartenenza dell'alunno.

La richiesta formale può partire dalla famiglia, dall'ospedale in cui è stato ricoverato il minore o dalla scuola stessa. In seguito alla consegna di una certificazione medica rilasciata da un medico dell'ospedale o dai Servizi Sanitari Nazionali, il Consiglio di classe elabora un progetto formativo che, dopo essere stato approvato dal Collegio docenti e dal Consiglio d'Istituto, viene inviato all'Ufficio Scolastico Regionale competente. Quest'ultimo, una volta ricevuta la documentazione necessaria, la certificazione sanitaria, l'autorizzazione dei genitori o tutori del minore e la nomina dei docenti, attiva il servizio di ID con l'assegnazione dei contributi economici. Vengono inoltre specificate, tenendo in considerazione anche le caratteristiche e le prestazioni del singolo alunno, le ore settimanali destinategli: circa cinque ore per la Scuola primaria e sette ore per la Scuola secondaria di I e II grado.

I docenti responsabili nell'assicurare la continuità del processo di apprendimento del minore sono solitamente selezionati tra gli insegnanti della classe di appartenenza, a disposizione nell'orario extrascolastico, nel tentativo di facilitare e agevolare il cambiamento a cui va incontro lo studente. In mancanza di quest'ultimi, si rendono disponibili docenti di altre classi, di scuole vicine o delle sezioni ospedaliere, anche nel caso il minore si ritrovasse a vivere temporaneamente in un'altra città o regione.

Nel caso il servizio di Istruzione Domiciliare venisse attivato a favore di uno studente che presenti una disabilità, certificata dalla Legge 104/92, l'intervento educativo ricadrebbe sull'insegnante di sostegno e il progetto formativo, redatto anche in questo caso dal Consiglio di classe, dovrebbe essere formulato concordatamente al Piano Educativo Individualizzato (PEI).

La scuola in ospedale invece, come si è già potuto evincere dal capitolo precedente, si caratterizza come intere sezioni scolastiche che dipendono da un Istituto Comprensivo statale. In questo caso la gestione, l'organizzazione e i finanziamenti dovuti sono responsabilità della Scuola Polo regionale individuata dall'Ufficio Scolastico Regionale (USR) competente. Questo infatti individua la Scuola Polo la quale esamina i bisogni formativi dell'Istituto e si incarica, come già sottolineato, della diffusione delle "buone pratiche" educative e della sensibilizzazione a livello territoriale e regionale.

Per l'attivazione del servizio scolastico ospedaliero è necessario la compilazione, da parte dei genitori alcuni documenti redatti a livello nazionale dalle Scuole Polo regionali.

Se, a livello ospedaliero, l'organico per la Scuola dell'infanzia e primaria è garantito, con la Legge 104/92, la quale alza l'età pediatrica ai 18 anni, individuare i docenti per coprire l'istruzione dei ragazzi della Scuola secondaria di II grado richiede un iter più complesso. Si ricercano infatti, all'interno delle scuole superiori, insegnanti che presentino la MAD, in modo tale da ricoprire l'insegnamento delle discipline scoperte dal punto di vista organico.

Nel caso in cui il periodo di degenza del bambino ospedalizzato superi la durata di 15 giorni, la scuola ospedaliera, in collaborazione con la scuola di appartenenza, sviluppa un piano formativo comprendente gli obiettivi di apprendimento e i criteri di valutazione necessari. Infatti, secondo l'articolo 11, *Valutazione degli alunni in ospedale*, del Decreto del Presidente della Repubblica del 22 giugno 2009, è la scuola in ospedale o il docente incaricato dell'istruzione a domicilio che si prende carico dell'intervento educativo, che somministra le prove di valutazione e che, a seconda del periodo di degenza, si occupa della valutazione finale dello studente.

Fondamentale per la formulazione e la funzionalità a lungo termine dei progetti formativi, redatti per entrambi i servizi, è la partecipazione attiva di tutti i profili coinvolti nell'affrontare il delicato e difficile momento che è la malattia: il minore, la famiglia, l'organico scolastico di appartenenza e ospedaliero ed infine tutti gli organi territoriali che prendono parte a questi progetti.

Tanto per l'Istruzione Domiciliare, quanto per la Scuola in Ospedale, il registro elettronico permette di convalidare il percorso scolastico svolto dall'alunno.

Vengono infatti segnate le presenze e specificati gli interventi didattici eseguiti.

Al momento del rientro in classe del bambino, i docenti incaricati hanno il compito di condividere con la scuola di appartenenza, con il Consiglio di classe un “protocollo di rientro in classe” (Catenazzo, 2019, pag. 36) nel quale vengono delineati i bisogni formativi ed educativi dello studente permettendo quindi, alla scuola di appartenenza, la realizzazione di una progettazione specifica e personalizzata.

## **1.2 Quando viene curato in un paese diverso dal proprio**

La Convenzione di New York del 1989, *Convenzione sui diritti del fanciullo*, afferma che gli Stati parti hanno il dovere di tutelare tutti i diritti del minore, tra i quali l’assistenza sanitaria, “senza distinzione di sorta in particolare di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di ogni altra opinione, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di ogni altra circostanza” (art.2, *Convenzione sui diritti del fanciullo*, ONU, 1989) anche nel caso in cui il fanciullo “cerca di ottenere lo statuto di rifugiato, oppure è considerato come rifugiato ai sensi delle regole e delle procedure del diritto internazionale o nazionale applicabile, solo o accompagnato dal padre e dalla madre o da ogni altra persona” (art.22, *Convenzione sui diritti del fanciullo*, ONU, 1989).

A livello europeo è in particolare la direttiva 11/24/UE, emanata nel 2011 dal Parlamento Europeo e del Consiglio che garantisce “l’assistenza sanitaria transfrontaliera” alle persone provenienti da un altro Stato: “mira a istituire norme volte ad agevolare l’accesso a un’assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità nell’Unione e a garantire la mobilità dei pazienti conformemente ai principi sanciti dalla giurisprudenza della Corte di giustizia e a promuovere la cooperazione tra gli Stati membri in materia di assistenza sanitaria” (Parlamento Europeo, 2011).

Nell’opuscolo dedicato agli operatori sanitari, *L’accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative*, pubblicato nel 2015 dal Ministero della Salute in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità, vengono appunto fornite tutte le informazioni e le indicazioni necessarie ai diversi operatori sanitari per la cura medica della “persona straniera”. Si sottolinea come sia garantito nel caso di assistenza di una persona non regolarmente soggiornante in Italia, ai sensi della *Convenzione sui diritti del fanciullo* del 1989, ratificata dall’Italia nel 1991, la tutela della salute del minore. In Italia inoltre, a partire dal 2017, è previsto l’obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per i bambini stranieri, accompagnati dai genitori o soli,

indipendentemente dalla situazione di regolarità del soggiorno. In questo modo è garantito loro l'accesso alle cure sanitarie in uguali condizioni dei cittadini italiani.

Nel momento in cui il diritto viene tutelato e viene ospedalizzato un bambino straniero, accompagnato o no dai genitori, può sorgere il problema della comunicazione. Ricopre quindi una funzione fondamentale il mediatore culturale, professionista in grado di abbattere le barriere linguistiche e culturali tra il paziente e tutti i professionisti della struttura ospedaliera: medici, infermieri, psicologi, assistenti sanitari, insegnanti e volontari.

Come afferma anche Armani nel libro "Benessere e intercultura" (2018) la presenza di questa figura in ospedale accompagna e facilita il processo di cura mediando il dialogo linguistico, ma anche culturale e religioso. Permette al paziente di comprendere le diagnosi, le terapie ed i servizi che gli sono offerti all'interno della struttura e facilita i medici nella comprensione dello stato psico-fisico della persona ricoverata e nel rispetto delle sue credenze e convinzioni.

Sono numerosi i progetti ideati con lo scopo di agevolare il processo di ospedalizzazione e cura.

Il Ministero dell'Istruzione e del Merito, per esempio, mette a disposizione sei opuscoli ideati dai docenti dell'ospedale "Regina Margherita" di Torino: *Parlo italiano anch'io*. Questi fascicoli, che presentano la traduzione in italiano e rispettivamente in sei lingue (inglese, francese spagnolo, arabo, albanese e romeno), illustrano con disegni e fumetti alcune delle espressioni fondamentali che possono essere utili per poter comunicare ed esprimere le proprie necessità, tanto al paziente e alla famiglia quanto all'equipe medica e non. Vengono fornite le traduzioni dei numeri, dei giorni, dei mesi, delle parti della giornata, del cibo ma anche delle informazioni relative all'ospedale e alla scuola ospedaliera.

## Come stai?

### ¿Qué tal?



Bene, grazie  
*Bien, ¡gracias!*

Abbastanza bene, grazie  
*Bastante bien, ¡gracias!*

Non molto bene    *No (estoy) muy bien*  
Sto male.        *Estoy malo.*  
Ho male a...     *Me duele...*



Ho mal di testa    *Tengo dolor de cabeza*  
Ho mal di pancia *Tengo dolor de estómago/ de vientre*

Ho male a una gamba    *Me duele una pierna*  
Ho male a un braccio    *Me duele un brazo*

### Opuscolo *Parlo italiano anch'io italiano-spagnolo*<sup>5</sup>

Un altro esempio di rilievo è la ONLUS *Translators4children*, un sito italiano nato dalla collaborazione di medici e traduttori volontari i quali traducono la cartella clinica del bambino permettendogli di confrontare la diagnosi ricevuta, ricevere un secondo parere e richiedere anche di essere curati in un altro paese. Un altro servizio svolto da quest'associazione è anche la traduzione dei diversi materiali scolastici offerti dai docenti della scuola ospedaliera. Si tutelano quindi tutti i diritti fondamentali del bambino: la salute e lo studio.<sup>6</sup>

### 1.3 Il proseguimento del proprio percorso formativo

Discontinuità nel vocabolario Treccani viene definita come “mancanza di continuità, interruzione nel tempo o nello spazio”, di non unitario “nelle sue manifestazione o qualità”.<sup>7</sup>

La malattia che necessita di cure specifiche, di analisi approfondite e di operazioni, rende impossibile per un bambino seguire con continuità, senza interruzioni nel tempo e nello spazio, la propria vita costellata di feste di compleanno, pranzi in famiglia,

<sup>5</sup> Tratto da <https://scuolainospedale.miur.gov.it/sio/> consultato il 13/03/2023

<sup>6</sup> Tratto da <https://www.translators4children.org/> consultato il 13/03/2023

<sup>7</sup> Tratto da <https://www.treccani.it/> consultato il 14/03/2023

vacanze con i genitori, allenamenti e partite e, in particolare, la scuola. L'istruzione, divenuta per necessità ospedaliera o domiciliare, perde a primo impatto la qualità di una scuola fatta di aule, compagni ed insegnanti, senza la visita giornaliera di infermieri e medici, ma guadagna l'importante ruolo di promotore della continuità, offrendo infatti la possibilità ai bambini ed adolescenti malati di proseguire con il proprio percorso formativo.

Essi hanno difatti il diritto ed il dovere di proseguire gli studi, di conoscere ed apprendere, di vivere la propria vita di studenti in parità di condizioni dei compagni.

La scuola in ospedale ha il fondamentale compito di evitare, o per lo meno ridurre, la dispersione scolastica. La maggior parte dei minori che sono impossibilitati nel frequentare la scuola, rischia di perdere infatti uno o più anni di scuola, rendendo così più difficoltoso il rientro e la continuazione degli studi.

Il progetto formativo pensato specificatamente per ogni studente non ha però come unico obiettivo la prosecuzione del percorso didattico e curricolare: i docenti ospedalieri agiscono anche dal punto di vista cognitivo ed emotivo. I progetti e le attività svolte mirano infatti al supporto e al sostegno della crescita personale del minore, offrono gli strumenti necessari per comprendere, affrontare e gestire il duro periodo di cambiamento, discontinuità e novità causati dalla malattia. La presenza di questo servizio, il non arrendersi di fronte alla malattia, l'importanza data all'istruzione offre ai bambini e alle famiglie la speranza di poter continuare a sognare e a progettare il futuro dei propri figli.

Nel 2021, sulla rivista digitale *Continuity in education* è stata pubblicata una ricerca svolta in Australia da Stella Delloso, Anne Gannoni e Rachel M. Roberts riguardante la visione che avevano i genitori di bambini con il cancro sull'intervento scolastico in ospedale: *Maintaining schooling for children with cancer during and post treatment: parents' perspectives of a theory-based program*. Gli autori hanno concluso l'articolo sottolineando come la maggior parte dei genitori concordasse sull'importanza dell'intervento educativo durante il periodo di degenza per il benessere generale del bambino.

La scuola infatti, producendo risultati positivi anche dal punto di vista fisico e psicologico, è parte integrante del programma terapeutico: aiuta i pazienti a ritrovare l'equilibrio perduto.

Le ore dedicate alle lezioni, in compagnia degli altri piccoli pazienti, sono piccoli momenti di “sana quotidianità” (Catenazzo, 2019, p. 69) in cui i bambini si relazionano con i pari, giocano e imparano divertendosi.

Questi momenti di socialità tra pari e il continuo e frequente contatto con la scuola di appartenenza, con i compagni di classe aiuta a prevenire forme di isolamento che potrebbero facilmente nascere. Essere costretti a passare la maggior parte del tempo nella propria camera, soprattutto per coloro che devono rimanere in isolamento per motivi di salute, rischia di indurre il paziente ad escludersi dall’ambiente circostante, riducendo le interazioni, concentrandosi magari solo sui videogiochi o ciò che più gli interessa. Mediante videochiamate e giochi interattivi può invece mantenere un contatto diretto e costante con i suoi amici ed insegnanti, favorendo la comunicazione e il mantenimento di relazioni interpersonali.

La scuola in ospedale può essere anche una valvola d sfogo per genitori e bambini. Attraverso attività di teatralizzazione e di rappresentazione grafica si possono aiutare gli studenti ad esprimere i loro sentimenti, le loro paure e le loro speranze. Michele Capurso (2017) sostiene come con l’uso di disegni, racconti e narrazioni i bambini possono riuscire a raccontare ciò che stanno vivendo, che stanno provando ma anche ciò che conoscono o stanno comprendendo delle visite, della malattia e delle operazioni alle quali devono sottoporsi. Il docente deve essere dunque in grado di fornire agli alunni le occasioni, le strategie e gli strumenti che permettono loro di tradurre, di comunicare ciò che risulterebbe troppo difficile esprimere solo a parole.

#### **1.4 Favorire la normalità nella vita quotidiana**

Come è possibile immaginare la malattia e l’ospedalizzazione stravolgono totalmente la vita dei pazienti e di chi gli sta accanto. Nei bambini in particolare questa situazione può essere ancora più sofferta poiché, data la loro esperienza e la loro conoscenza del mondo, può risultare difficile comprendere le motivazioni, il perché del cambio di vita, del non poter più andare a scuola, al parco e a giocare con gli amici.

All’interno della struttura medica è possibile favorire un senso di normalità mediante la messa in atto di alcune strategie e accorgimenti che permettono al bambino di ambientarsi. Fondamentale è ricreare un ambiente che richiami quello casalingo, la possibilità di avere sempre i genitori accanto e di avere accesso ai propri giochi e libri in totale autonomia.

Può essere inoltre favorevole la creazione partecipata di routine quotidiane che richiamino in parte anche quelle casalinghe. In questo modo le visite e le terapie non sono più momenti stressanti e destabilizzanti per il bambino, diventano anzi parte delle giornate, insieme al riordino della propria camera, al momento dedicato alla lettura, ai videogiochi e alle lezioni.

Per di più le videochiamate con gli amici e i familiari risultano essere una risorsa indispensabile dal punto di vista relazionale, affettivo e psicologico. Sono per l'appunto dei ponti comunicativi con il mondo esterno all'ospedale che riescono a mantenere alta nel bambino la speranza di ritornare a vivere la normalità persa a causa della malattia.

La Scuola in Ospedale, come già affermato, si pone tra gli obiettivi quello di offrire ai bambini e alle famiglie momenti di distrazione, di ritorno alla normalità, durante i quali svolgere i compiti, seguire le lezioni e interagire con altri bambini richiama all'interno della struttura ospedaliera parte della vita quotidiana che è stata momentaneamente "messa in pausa", lasciata fuori.

La possibilità di condividere alcuni spazi con i pari, come la sala comune e i corridoi, permette al bambino di non sentirsi solo nel combattere la malattia. Si rende conto infatti che anche altri ragazzi stanno vivendo come lui questo difficile percorso, ragazzi che possono capirlo, ascoltarlo e con cui può condividere non solo le paure e i timori, ma anche le esperienze, le emozioni e le speranze. Come affermano Kanizsa e Luciano (2006) la condivisione può aiutare ogni bambino ad accettare la propria malattia, a trovare la forza per combatterla.

Nulla richiama più alla mente l'infanzia, l'essere bambino, come il gioco. Il gioco come diritto fondamentale di tutti i bambini, sancito dalla Convenzione dell'ONU del 1989, e il gioco come mediatore di conoscenze, abilità e competenze, come strumento per lo sviluppo di capacità di relazionali, comunicative, espressive e creative.

Il gioco è inoltre uno dei principali strumenti utilizzati dai docenti ospedalieri. Attraverso le attività ludiche vengono infatti affrontati temi disciplinari e curricolari, favorendo in questo modo un apprendimento concreto, autentico e partecipato.

Il gioco offre inoltre degli stimoli preziosi per poter sviluppare la conoscenza, la comprensione e il controllo delle proprie e altrui emozioni. Sempre Kanizsa e Luciano (2006) riportano in merito una proposta di giochi di ruolo e simulazioni all'interno delle sezioni ospedaliere: insieme alla drammatizzazione permettono agli studenti di esprimere con più facile argomenti altrimenti troppo personali o complicati.

Lavorando con bambini di diverse età, con esperienze e vissuti distinti, la condivisione degli spazi e delle attività risulta essere una potente risorsa di arricchimento. Per esempio permette ai più piccoli di apprendere, di conoscere temi e argomenti, anche specifici riguardo all'ambiente ospedaliero, alle visite e alle cure, dai ragazzi più grandi. Capurso, nel libro *Facilitare la comprensione della malattia nel bambino* (2017), offre una riflessione e un esempio su quanto le classi eterogenee possano offrire agli stessi bambini da un punto di vista conoscitivo.

Egli riprende infatti il concetto di zona di sviluppo prossimale sviluppato da Vygotskij (1934), il quale afferma che l'apprendimento più efficace è quello che si sviluppa in questa zona, tra ciò che il bambino sa fare e ciò che potrebbe apprendere mediante le relazioni e lo scambio con un soggetto più esperto. Lavorare insieme a Federico, un bambino di 11 anni, ha permesso ad Alessandro, 8 anni, di comprendere, assimilare e rappresentare parte della cura e alcuni elementi del sangue correlati alla sua malattia, la leucemia. Condividere parte della propria esperienza con un altro bambino affetto dalla stessa malattia consente quindi ai piccoli pazienti di comprendere di più sulle cure, di conoscere ciò che sta avvenendo al proprio corpo. Il bambino adeguatamente informato e consapevole della malattia è inoltre più disposto ad accettare le cure ed aderire al programma terapeutico.

Dalla ricerca svolta da Capurso, Di Castelbianco e Di Renzo, e pubblicata nel 2021 sulla rivista *Continuity in education* è possibile osservare quanto un ambiente stimolante, la condivisione della propria esperienza con i pari e la scuola in ospedale possano aiutare il bambino a vedere e a vivere la degenza con più serenità.

In alcuni testi e rappresentazioni grafiche raccolti durante la ricerca i bambini, dopo un piccolo accenno alla malattia, si concentrano di più sulla scuola in ospedale, raccontando di tutte le attività che si possono svolgere: disegnare, scrivere e imparare tante cose nuove.

Dall'analisi dei prodotti dei pazienti gli autori hanno potuto riscontrare l'importanza della scuola, degli amici e del gioco nel migliorare e favorire la normalità all'interno della vita ospedaliera dei bambini, in attesa di ritrovare quella "messa in pausa" fuori dalla struttura medica: *the hospital is not as ugly an experience as I was expecting*, l'ospedale non è una brutta esperienza come pensavo (Capurso, Di Castelbianco, Di Renzo, 2021, pag.15).

## **Capitolo 2**

### **Favorire l'apprendimento**

Il processo di insegnamento-apprendimento è caratterizzato da un'estrema variabilità e complessità derivante principalmente dall'incontro-scontro interpersonale di due o più individui, ognuno dei quali portatori della propria soggettività, della propria esperienza, dei propri vissuti, quindi del proprio essere complessi, completi e unici.

Se è certa la rilevanza del ruolo svolto dagli studenti e dall'insegnante, il quale si auspica presenti ottime capacità relazionali-affettive, comunicative e organizzative, formato adeguatamente sulle metodologie e strategie didattiche più funzionali ed efficaci, sulla gestione del gruppo classe e culturalmente preparato.

Risulta al tempo stesso significativa l'influenza che fattori esterni esercitano sulla validità e sull'efficacia del processo di istruzione, educazione e formazione degli alunni: entrano in gioco le caratteristiche dell'ambiente, fisico e relazionale, in cui si avviene l'incontro formativo, le risorse e gli strumenti a disposizione delle attività didattiche programmate e del tempo libero dei bambini.

#### **2.1 L'ambiente ospedaliero**

Nel 2006, l'allora Ministro della salute Livia Turco, durante l'Audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, definì l'umanizzazione come "la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino". (Livia Turco, 2006, p.6).

Un decennio dopo, nel 2015, Romando Del Nord, insieme a Donatella Marino e Gabriella Peretti, svolsero una ricerca sul concetto di umanizzazione degli spazi di cura per il Ministero della Salute. L'articolo, dopo aver analizzato il concetto di umanizzazione, cerca di individuare le metodologie necessarie alle strutture ospedaliere nel creare e progettare servizi di cura che tengano in considerazione il paziente dal punto di vista non solo fisico e salutare, ma anche sociale, psicologico ed emotivo. Si parla di "patient centered care", un approccio che sviluppa quindi il sistema di cure a partire dal paziente, dal rispetto dei suoi valori e dei suoi bisogni. Questo concetto, negli ultimi decenni, si è ampliato comprendendo anche il punto di

vista dei familiari del paziente, diventando pertanto un approccio “family-centered”. Questi svolgono difatti un ruolo fondamentale nel percorso terapeutico dell’individuo ricoverato, hanno il diritto e il dovere di essere informati e resi partecipi delle decisioni che riguardano le cure e le terapie sottoposte, così da poter assistere il parente durante la degenza.

I risultati di questa ricerca hanno successivamente permesso a Del Nord e Peretti la stesura delle linee guida *L’umanizzazione degli spazi di cura* (2012), rese pubbliche dal Ministero della Salute con lo scopo di fornire indicazioni e strumenti validi per la progettazione e la realizzazione di strutture ospedaliere attente al benessere del paziente.

Con il passaggio dall’approccio biomedicale a quello bio-psico-sociale l’attenzione si sposta dalla sola cura della patologia, dell’organo malato, all’interesse per l’individuo nella sua totalità. L’individuo è infatti inserito in un contesto, in un ambiente con il quale interagisce sia dal punto di vista fisico che relazionale e psico-emotivo.

Per porre quindi il paziente al centro delle cure e del programma terapeutico è necessario, come affermano Antonella Delle Fave e Sergio Marsicano, adattare le procedure ai ritmi dei pazienti, assecondandone inoltre i tempi di recupero e offrendo loro l’utilizzo di ambienti curati e gradevoli. (Delle Fave, Marsicano, 2004).

A partire dagli anni ’90 si sviluppò un approccio progettuale chiamato Evidence-Based Design il quale fonda le sue basi sul legame che intercorre tra le caratteristiche strutturali, organizzative e architettoniche dell’edificio ospedaliero e il processo di guarigione dei pazienti ricoverati. Numerose ricerche dimostrano infatti come gli spazi, l’atmosfera e la presenza di elementi che producono stress influiscono sul benessere psico-fisico e relazionale dei pazienti, dei familiari ma anche del professionale ospedaliero. (Del Nord, Peretti, 2012)

Le *Linee Guida* offrono al loro interno indicazioni riguardo le caratteristiche strutturali dell’edificio, gli arredi e le dotazioni essenziali. Presentano inoltre delle rappresentazioni grafiche per agevolare la comprensione della progettualità proposta e una lista di indicatori che permettono, anche in corso d’opera, di individuare e valutare il livello di compimento nel processo di umanizzazione delle strutture.

Questo documento suddivide in classi gli interventi possibili a seconda delle categorie principali di benessere dell’individuo: ambientale, psico-emotivo, la fruibilità, la sicurezza e il benessere lavorativo.

Il benessere ambientale comprende differenti aspetti: l'acustico, si parla quindi di insonorizzazione; il visivo, tanto per quanto riguarda il diritto alla privacy quanto per il rischio di spiacevoli fenomeni dovuti al riflesso della luce; l'olfattivo, come per esempio la presenza e l'intensità di odori che possono risultare sgradevoli; il termodinamico, la possibilità dunque da parte dell'utente di gestire la temperatura e l'umidità; il tattile, la varietà e la tipologia di materiali usati per l'arredamento e a disposizione del paziente.

Dal punto di vista psico-emotivo le variabili in gioco sono molte: tutto ciò che permette al paziente di ambientarsi, di ridurre il senso di stress al minimo e di creare un equilibrio per l'appunto psicologico ed emotivo. Alcuni degli aspetti di cui trattano Del Nord e Peretti sono la privacy, l'opportunità di usufruire dell'assistenza del supporto psicologico e della presenza di un familiare, con l'allestimento per esempio di una "family zone" (Del Nord, Peretti, 2012, p.144) all'interno della camera di degenza., la possibilità di mantenere la propria identità personale e culturale e l'allestimento della struttura cosicché richiami l'ambiente domestico. Predisponendo la camera con forniture che ricordano quelle principalmente impiegate nelle case e cercando di coprire il più possibile gli apparecchi medici, il paziente e la famiglia possono cercare di vivere la degenza con più tranquillità, "sentendosi" un po' a casa. L'abbattimento delle barriere fisiche, architettoniche, ma anche cognitive, rientrano nella categoria della fruibilità. È possibile infatti pensare alla struttura ospedaliera con strumenti che aiutino l'utenza nell'accessibilità, nell'utilizzare gli oggetti e nell'orientarsi, predisponendo ad esempio un sistema di *Wayfinding*: l'utilizzo di colori, design, illuminazione, simboli universali e ausili per le persone con disabilità sensoriali come strategia multisensoriale che permette a tutti i pazienti di orientarsi all'interno della struttura. (Costagli, 2012)

Di indiscutibile importanza è inoltre la salvaguardia dell'individuo. È necessario assicurare anzitutto la sicurezza clinica e salutare, proteggendo i pazienti da eventuali incidenti e dalla diffusione di infezioni. È in aggiunta responsabilità della struttura ospedaliera la conservazione degli effetti personali.

Anche coloro che lavorano all'interno dell'ospedale hanno il diritto ad uno stato di benessere, in tal caso lavorativo. Questo comprende il benessere fisico, quello psico-emotivo, tramite il diritto alla privacy ed al disimpegno mentale, il benessere ambientale, occupazionale, per esempio attraverso il supporto sociale, ed infine la sicurezza, propria e nella tutela di quella dei pazienti. (Del Nord, Peretti, 2012)

Camilla Borghi, laureata nel 2019 al Politecnico di Torino, corso di Laurea Magistrale in Design Sistemico, ha pubblicato la sua tesi riguardante anch'essa l'umanizzazione ospedaliera: *Umanizzazione dello spazio di cura. Strategie di progettazione all'interno dei reparti pediatrici esistenti*.

La ricerca svolta cerca di definire gli interventi necessari per rendere più facile e "amichevole" (Borghi, 2019, p.23) l'interazione degli individui, soprattutto dei bambini, con la struttura e la strumentazione medica.

Dall'indagine svolta l'ambiente risulta ricoprire un ruolo fondamentale nel supportare il benessere psicologico, emotivo e fisico dei piccoli pazienti ricoverati.

In particolare, alcune caratteristiche si dimostrano in grado di sostenere i processi affettivi, cognitivi e sociali, i quali possono aver subito uno squilibrio con l'insorgere della malattia e con la conseguente ospedalizzazione.

L'ambiente influisce sui processi affettivi in quanto è in grado suscitare nelle persone delle emozioni positive, incidendo quindi anche sull'umore e sul morale. L'uso di determinati colori e gli arredi scelti per allestire non solo le camere, ma anche l'esterno dell'edificio, i corridoi e le sale d'attesa possono infatti infondere un senso di tranquillità e serenità. All'interno della sua tesi Borghi tratta inoltre del concetto di "distrazione positiva", inteso come elemento, oggetto o situazione che cattura l'attenzione dell'individuo, distogliendolo dalle preoccupazioni. Alcuni esempi che cita come possibile "distrazione positiva" sono l'arte, la natura, le attività ludiche, ma anche la presenza di sale apposite in cui è possibile per le persone "rintanarsi", rilassarsi e meditare.

La disposizione delle forniture e degli spazi, il mascheramento dei macchinari hanno un'influenza sui processi cognitivi di chi si trova all'interno della struttura medica. Queste caratteristiche, se pensate adeguatamente, sono difatti in grado di stimolare gli individui dal punto di vista sensoriale e rendere l'ambiente maggiormente comprensibile e utilizzabile, permettendo alle persone di relazionarsi correttamente con gli spazi e gli oggetti.

L'ambiente infine supporta lo sviluppo sociale e comunicativo, creando luoghi e occasioni che favoriscono l'incontro, lo scambio e la creazione di reti di relazioni tra le persone. Tra le indicazioni fornite da Borghi, si può evincere la necessità di progettare spazi con panchine, divani e tavoli, impiegando colori caldi e tenui in modo tale da richiamare un ambiente domestico, sicuro, amichevole, che stimoli le relazioni e che trasmetta un senso di tranquillità e pace.

Anche la tesi di Oylum Dikmen, *Children's hospital schools as social environments and their effects on healing and well-being: case study in Izmir Behçet Uz children's hospital school*, svolta nel 2012, si concentra sul ruolo curativo che ricopre l'ambiente. Seguendo un approccio di cura olistico è necessario che anche il contesto fisico sia pensato e progettato in modo da ridurre al minimo gli elementi che possono causare stress tanto nel paziente, quanto nei visitatori e nei professionisti.

Numerosi studi infatti dimostrano come i pazienti rispondano meglio alle cure se inseriti in un contesto che soddisfi i loro bisogni, tanto dal punto di vista medico come fisico, psicologico ed emotivo. È possibile combattere lo stress dei pazienti modificando gli ambienti cupi, vuoti e angusti con la creazione di spazi luminosi, con vista sull'esterno, arredi adeguati e colori allegri. Sarebbe inoltre di beneficio offrire a tutti coloro che devono frequentare l'ospedale, per motivi lavorativi o di salute, la possibilità di accedere a sale di ricreazione, di relax e a zone naturali come giardini interni e spazi verdi.

La presa in carico del degente non deve limitarsi pertanto alla cura della malattia, alla parte scientifica e medica del trattamento: l'individuo si costituisce come essere complesso e completo, ricco di sfumature, peculiarità e bisogni, fisici, psicologici ed emotivi, i quali devono essere, nella loro totalità, tenuti in considerazione durante il periodo di cura.

### *2.1.1 L'ambiente di apprendimento*

Se le caratteristiche e le proprietà della struttura ospedaliera assumono un ruolo fondamentale nel supportare e favorire la degenza e l'ospedalizzazione delle persone, altrettanto importante è la progettazione e la creazione di spazi e luoghi in cui sostenere, nonostante la malattia, un apprendimento autentico, significativo, attivo e concreto.

Lo scopo principale che si vuole raggiungere con l'organizzazione e l'allestimento delle sezioni ospedaliere è quello di offrire ai piccoli pazienti un richiamo alla normalità, alla scuola che sono abituati a conoscere.

Per questo motivo è rilevante anche un simbolo fisico e materiale della continuità con la scuola di appartenenza. Kanizsa e Luciano, nel libro *La scuola in ospedale*, (2006) consigliano infatti di arredare l'aula con immagini, disegni e foto che trasmettano ad

ogni alunno il reale legame che continuerà ad intercorrere tra lui e i suoi compagni durante tutta la degenza.

Come deve essere anche in tutte le classi, di ogni ordine e grado, cosiddette “tradizionali”, è necessario che l’ambiente sia vissuto, accogliente, confortevole e stimolante. Le pareti devono essere colorate, arricchite di disegni, bricolage e lavori fatti dai bambini, cartine, poster e calendari personalizzati.

All’interno delle aule ospedaliere devono essere presenti anche le lavagne, i banchi e gli scaffali, i libri di testo e di lettura, i quaderni e i giochi, tutto a disposizione di ogni bambino che, anche se in ricovero diurno, entra in classe e decide di partecipare alle attività. Le attrezzature e gli strumenti proposti devono, per l’appunto, essere posizionati in modo tale che gli alunni siano liberi di scegliere, prendere e gestire il materiale che necessitano senza dover dipendere dall’intervento dell’adulto. I mobili e gli scaffali che non contengono gli oggetti destinati all’uso esclusivo dell’adulto, ma libri, giochi, materiale scolastico e di cartoleria ad uso dei minori devono essere “a misura di bambino”.

Per facilitare inoltre l’orientamento e la comprensione degli spazi può essere utile progettare l’aula in settori specifici. Prendendo infatti spunto dal metodo TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Communication Handicaped Children*), ideato da Eric Schopler negli anni ‘60 per sostenere e sviluppare l’autonomia personale negli individui affetti dai disturbi dello spettro autistico, possono essere realizzati per esempio l’angolo di lavoro individuale, con un singolo tavolo rivolto verso il muro per ridurre le distrazioni, quello del lavoro a coppie o a gruppi, l’angolo lettura, con divanetti, pouf, coperte e cuscini, l’angolo tecnologico, con una o più postazioni che permettono di scegliere tra computer, tablet e differenti hardware e l’angolo dei travestimenti, utili per le attività di role playing e teatralizzazione.

Il programma TEACCH, fondato sull’insegnamento strutturato, sfrutta difatti le capacità visive per offrire un ambiente strutturato dal punto di vista temporale e spaziale, nel quale risulta più facile, in particolare per i soggetti con autismo e con disturbi del linguaggio, ambientarsi e orientarsi. In aggiunta all’organizzazione settoriale dell’aula, vengono impiegati pittogrammi<sup>8</sup>, foto o disegni rappresentanti la routine, le attività, persone, luoghi e oggetti conosciuti. In questo modo, con punti di riferimento ben visibili, risulta subito riconoscibile la funzione specifica dello spazio,

---

<sup>8</sup> Il sito <https://arasaac.org/> mette a disposizione corsi, software, risorse e materiali, tra cui pittogrammi, scaricabili gratuitamente per facilitare la comunicazione e l’accesso cognitivo a coloro che presentano difficoltà comunicative

l'organizzazione e la sequenza delle attività da svolgere e gli oggetti necessari per portare a termine un determinato compito. (Arduino, Avagnina, Danna, Destefanis, Gonella, Peirone, Terzuolo, 2002)

Nel libro di Kanizsa e Luciano (2006) si evidenzia la necessità per la classe di essere collocata in una posizione centrale della struttura cosicché risulti semplice trovarla all'interno del grande labirinto di corridoi che può rappresentare l'ospedale. Viene sottolineato inoltre l'importanza che essa si presenti ampia, spaziosa e luminosa. Come affermato nel paragrafo precedente infatti, le caratteristiche dell'ambiente, tra cui la possibilità di usufruire della luce naturale e di una vista sull'esterno, permettono di ridurre lo stress e l'ansia, di conseguenza permette di creare un'atmosfera rilassata, sicura e tranquilla, ottimale per supportare e favorire l'apprendimento.

Secondo le autrici, una modalità aggiuntiva per aiutare i bambini nel sentirsi sicuri in questo nuovo ambiente è offrire loro la possibilità di portare in classe una parte del loro vissuto, un libro o un peluche che, anche con un adeguato arredamento, possano richiamare l'ambiente casalingo, favorendo la creazione di un clima disteso, adatto all'incontro con l'ambiente circostante e con gli altri.

Poiché solitamente l'aula rappresenta il luogo di ritrovo di minori di diverse fasce d'età, essa deve essere in grado di offrire gli spazi e i materiali atti a soddisfare i bisogni e gli interessi di tutti. Saranno sicuramente diverse le attività capaci di appassionare i bambini dell'infanzia e gli adolescenti ricoverati. Se da una parte è necessario proporre giochi simbolici, attività per lo sviluppo delle competenze motorie di base, percorsi ed esperienze di esplorazione e conoscenza del mondo circostante, filastrocche e canti, con l'aumentare dell'età, e quindi delle competenze, delle abilità e la maturazione cognitiva ed emotiva si modifica non solo l'attività didattica e ludica, ma anche il tipo di approccio. Da un lato si evidenzia la necessità di mettere a disposizione degli alunni più grandi le nuove tecnologie, ormai onnipresenti nella nostra vita, per permettere di mantenere attiva la vita "sociale" attraverso i social e i media.

Dall'altro lato nella vita degli adolescenti acquisiscono maggior importanza le relazioni interpersonali. È quindi di grande rilievo poter offrire loro una maggior possibilità di incontro e confronto con i pari, ma soprattutto con gli adulti. Questi ultimi, tenendo in considerazione la fragilità emotiva caratteristica del periodo dello sviluppo che stanno vivendo i ragazzi, devono essere in grado di essere per loro un porto sicuro, una figura di riferimento sul quale poter contare, con i quali poter

confidare le ansie, i timori della malattia, ma anche i progetti, le speranze e i sogni per il loro futuro.

Non sempre però viene dato alle sezioni ospedaliere il giusto riconoscimento in termini di credito e utilità. Questo aspetto viene evidenziato per esempio dalla sistemazione spaziale assegnata alle classi: vengono molto spesso allestite in stanze poco luminose, piccole, lontane dai reparti, progettate e usate per altri scopi. In questo modo risulta innanzitutto più difficoltoso per i bambini riconoscerla trovarla. Sotto il profilo cognitivo inoltre si riducono gli stimoli che una classe più ampia, ben illuminata e adeguatamente allestita può offrire agli studenti.

Viste da un lato le normali differenze ed unicità interpersonali e dall'altro, data la singolarità del contesto e le diversità determinate dalle fasce d'età, affinché possa essere stimolato adeguatamente l'apprendimento di ciascun bambino, è necessario che l'ambiente fisico, il materiale a disposizione e le strategie di insegnamento siano caratterizzati da un alto grado di flessibilità. In questo modo si può riorganizzare la classe a seconda della modalità di lavoro scelta, quindi individuale, di gruppo o a coppie, in base al metodo di lezione prediletto, ad esempio una lezione frontale piuttosto che il circle time o una didattica laboratoriale.

La flessibilità dell'ambiente e soprattutto il materiale a disposizione dei bambini risulta essere una caratteristica essenziale nel momento in cui l'aula viene condivisa da pazienti di diverse età, con diverse competenze, interessi e che probabilmente sono ricoverati per un periodo di tempo differente. Per questo motivo è necessario quindi avere a disposizione il materiale e saper offrire delle attività che possano essere svolte da chi necessita di una lunga degenza, che possono dunque essere svolte con una certa continuità a partire da una programmazione condivisa con la scuola di appartenenza, ma anche pensate per coloro che decidono di frequentare la scuola durante un day hospital o un breve ricovero. In questo caso è opportuno proporre delle attività che possano concludersi nell'arco della lezione.

Nel momento in cui un bambino è impossibilitato a muoversi, per motivi tra i quali difficoltà motorie o precauzioni sanitarie, il processo di insegnamento-apprendimento si sposta nella camera di degenza. Così facendo si permette al paziente di proseguire, seppur in una modalità insolita, la sua istruzione e formazione.

Kanizsa e Luciano (2006) specificano come sia opportuno in tal caso creare, all'interno della camera di degenza, uno spazio dedicato alle attività ricreative, ludiche e didattiche del bambino e della famiglia. Questo piccolo angolo può essere

personalizzato dal paziente con foto e disegni, con la possibilità di usufruirne come se fosse la scrivania di casa propria.

Sarebbe appropriato inoltre poter rendere questo piccolo angolo accessibile anche per coloro che non possono spostarsi dal letto. Con l'aiuto di un mobile a rotelle, come consigliano gli autori, o con l'impiego un vassoio da letto si può dare la possibilità anche ai bambini allettati di svolgere tutte le attività che desiderano in totale comodità. Essendo, quello svolto nella camera di degenza, un lavoro individuale l'attenzione dell'insegnante è totalmente rivolta al bambino, il quale ha la possibilità di concentrarsi al massimo, di svolgere ed approfondire gli argomenti didattici stabiliti nel programma creando un legame diretto e di fiducia con il docente, figura di riferimento con il quale confidarsi e sentirsi libero di dar sfogo ai suoi pensieri.

Dall'altra parte viene però a mancare la socialità, l'incontro, la possibilità di condividere parte della giornata e soprattutto la costruzione del proprio apprendimento con i pari.

Lavorare in gruppo permette infatti ai bambini di sviluppare il pensiero critico, la capacità di relazionarsi e di comunicare con gli altri. La cooperazione supporta inoltre la comprensione, il riconoscimento e il controllo delle proprie e altrui emozioni.

Il Cooperative Learning è una modalità di lavoro e gestione della classe che si fonda sulla collaborazione tra i membri del gruppo e la creazione di un'interdipendenza positiva, secondo la quale il risultato può essere raggiunto solo con la partecipazione attiva di tutto il gruppo. Questa modalità di apprendimento supporta infatti gli studenti nello sviluppo non solo delle competenze disciplinari e didattiche legate al tema affrontato, ma anche di competenze trasversali come quelle emotive, relazionali e comunicative.<sup>9</sup> La teoria della "Zona di sviluppo trasversale" di Vygotskij (1934) conferma difatti quanto svolgere le attività con un soggetto più esperto supporti nei bambini un apprendimento più significato ed efficace. Apprendimento che si situa per l'appunto nella zona di sviluppo prossimale, tra ciò che il bambino già sa fare e le sue potenzialità.

Data la delicatezza e la particolarità della situazione vissuta all'interno della struttura ospedaliera si dimostra ancor più necessaria la creazione di un "gruppo classe", un gruppo di pari con il quale condividere non solo gli spazi e le lezioni, ma soprattutto i timori, le preoccupazioni e i sogni per il futuro.

---

<sup>9</sup> Tratto da <https://nuovadidattica.wordpress.com/> consultato il 11/04/2023

Una volta entrati nell'aula è decisivo però che i bambini non si estranino dalla realtà in cui sono inseriti. La scuola in ospedale non deve infatti rappresentare un' "isola felice" (Kanizsa, Luciano, 2006, p.85), una bolla protettiva distante da ciò che si trova aldilà della porta. Allo stesso modo in cui essa rappresenta un elemento di continuità verso l'esterno, deve ugualmente mantenere il contatto con la quotidianità che i pazienti vivono, con i reparti e con i medici. Se così non fosse, una volta terminate le lezioni, il ritorno nelle camere sarebbe per i bambini un stress aggiunto, una difficoltà costante, quotidiana, di ripresa della vita ospedaliera. Il ruolo della scuola in ospedale è invece quello di essere un ponte tra le due vite, una possibilità di convivenza, di compatibilità per permettere ai piccoli pazienti e alle famiglie di rendere un po' meno faticosa la dura esperienza della malattia.

## **2.2 Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione**

Il progresso tecnologico dei primi anni del '900 e la nascita delle nuove e moderne tecnologie dell'informazione e della comunicazione hanno plasmato, nell'ultimo secolo, ogni ambito ed aspetto della società mondiale.

Se come conseguenza diretta dell'innovazione vi è stata una crescita esponenziale dal punto di vista economico, le tecnologie, "in grado sia di creare, che di influenzare microsistemi e macrosistemi", "portando in ogni settore un positivo cambiamento tale da essere considerato motore di sviluppo" (Iacolino, Iacolino, 2005, p.30).

Le ICT (*Information and Communication Technologies*) fanno riferimento a tutti gli strumenti tecnologici e alle risorse "che permettono agli utenti di creare, immagazzinare e scambiare informazioni".<sup>10</sup> Tra queste non rientrano però solo i cellulari, i computer moderni, i relativi software e gli hardware più innovativi. Anche la radio e la televisione vengono difatti considerate tecnologie in grado di mettere in comunicazione le persone, permettendo quindi una condivisione ed uno scambio di informazioni e conoscenze.

Quando l'impiego delle nuove tecnologie viene esteso all'interno del servizio educativo di istruzione e formazione si parla di *Learning and Knowledge Technologies* (LKT). Gli strumenti e le risorse tecnologiche vengono rese disponibili come supporto e miglioria delle strategie e metodologie a servizio del processo di insegnamento-apprendimento e della conoscenza.

---

<sup>10</sup> Tratto da [www.treccani.it](http://www.treccani.it) consultato il 15/04/2023

Come riportato da Iacolino e Iacolino, dal 1980 in alcune scuole italiane, in particolar modo nell'area matematico-tecnologica, a seguito della spinta innovativa in campo tecnologico, gli insegnanti hanno iniziato ad usufruire delle risorse disponibili per offrire agli studenti uno strumento innovativo, che li motivasse e permettesse loro di prender attivamente parte al proprio sviluppo cognitivo, sociale e del proprio apprendimento.

A partire dal primo PNI (Piano Nazionale Informatico), varato dal Ministero della Pubblica Istruzione nel 1985, con la diffusione, l'innovazione e la sempre maggior adozione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione all'interno delle scuole italiane, si fa altresì largo l'idea della necessità di offrire agli studenti un'alfabetizzazione informatica di base, una "media education", un'educazione specifica che li renda in grado di navigare in rete, sapendo ricercare e manipolare criticamente le informazioni (Renata Metastasio, 2021). Questa prospettiva viene condivisa successivamente anche dal Piano Nazionale Scuola Digitale (MIUR, 2015), documento nel quale si chiarifica la necessità che all'innovazione e alla digitalizzazione si accompagni un'azione, un'educazione culturale che permetta agli studenti e ai docenti di sviluppare le competenze indispensabili per far fronte alle nuove esigenze e sfide che l'innovazione porta con sé, per diminuire i pericoli e sfruttarne al massimo le potenzialità.

Anche all'interno della Scuola in Ospedale, negli ultimi decenni, le ICT hanno ricoperto sempre più un ruolo centrale nell'educazione, nell'istruzione dei piccoli pazienti e nel fornire loro la possibilità di vivere più serenamente la degenza.

La Circolare Ministeriale n.353 del 1998 sancisce infatti l'uso delle "tecnologie multimediali in sostituzione delle aule e laboratori - spazi pedagogici/didattici specialistici propri di una struttura scolastica". (Ministero della Pubblica Istruzione, 1998)

È stato infatti necessario ripensare, riprogettare e ricreare gli ambienti e le strategie didattiche per adattare le sterili sale di ospedale in spazi educativi stimolanti e motivanti e per permettere, soprattutto ai bambini costretti all'isolamento per motivi salutari e di prevenzione, di mantenere con gli strumenti digitali un contatto semi-diretto con la famiglia e la realtà esterna (Benigno, Trentin, 1998).

Come affermano Iacolino e Iacolino (2005) le tecnologie sostengono la vita ospedaliera dei pazienti lungodegenti in due ambiti principali: la scuola e il sociale.

Dal punto di vista scolastico le video lezioni, lo scambio di materiali digitali con la scuola di appartenenza, la possibilità di partecipare a distanza ad attività e laboratori, collaborando per esempio alla scrittura di storie e alla produzione di disegni, offre allo studente l'opportunità di seguire, pressoché parallelamente, il percorso di studi dei suoi compagni, favorendo quindi la continuità didattica essenziale per il futuro ritorno a scuola. Le tecnologie digitali inoltre, dato il loro carattere intrinseco di novità, risultano essere uno strumento e un mediatore ricco di stimoli cognitivi ed interattivi che facilitano la presa in carico dell'apprendimento da parte del bambino.

Applicazioni web come ad esempio *Padlet*<sup>11</sup>, *Thinglink*<sup>12</sup>, *Mentimeter*<sup>13</sup> e *Kahoot!*<sup>14</sup> permettono di costruire presentazioni interattive, nelle quali poter inserire immagini, video e approfondimenti che si rendono visibili con simpatiche transizioni. Si possono costruire dinamiche linee del tempo di storia e mappe geografiche che ti trasportano in tutto il mondo.

*Mentimeter* e *Kahoot!* permettono inoltre di creare divertenti e stimolanti giochi, quiz di diverso tipo ai quali gli studenti possono rispondere direttamente dal tablet o dal cellulare, osservando in tempo reale le risposte corrette, i punteggi e proseguire quindi la scalata alla vittoria.

Victoria L. Tinio (2003) nel suo articolo approfondisce tre diverse modalità d'uso delle tecnologie, intese come spazio virtuale, la rete, che possono essere impiegate in un'ottica didattica.

Il *web-based learning*, un settore dell'*e-learning*, il quale presuppone un percorso di apprendimento mediante l'uso di un browser, come ad esempio Chrome o Internet Explorer; il *blended learning*, l'apprendimento misto, che, come suggerisce il nome, prevede un uso combinato di materiale digitale e cartaceo; l'*open and distance learning* il quale permette un incontro in modalità sincrona, con la videoconferenza, o asincrona, mediante via elettronica, nel caso risulti complesso, per svariati motivi, organizzare un incontro nello stesso luogo o nello stesso tempo.

Contemporaneamente la rete dei servizi tecnologici permette ai professionisti della struttura ospedaliera di supportare il paziente anche dal punto di vista psicologico, sociale e affettivo. Mantenere il contatto con la realtà esterna permette al bambino di sentirsi ancorato a qualcosa che fuori resiste, che lo aspetta. Le videochiamate con i

---

<sup>11</sup> <https://it.padlet.com/>

<sup>12</sup> <https://www.thinglink.com/>

<sup>13</sup> <https://www.thinglink.com/>

<sup>14</sup> <https://kahoot.com/schools-u/>

parenti, partecipare ai progetti scolastici scambiando e-mail con la scuola, condividere i materiali e confrontarsi con i compagni di classe costruiscono un ponte tra la realtà ospedaliera e quella esterna, legame fondamentale per il mantenimento e il corretto sviluppo psico-socio-affettivo necessario al bambino per superare la tragica esperienza della malattia.

Numerosi sono i progetti a livello nazionale ed europeo nati proprio con lo scopo di rompere l'isolamento dei bambini ospedalizzati offrendo loro la possibilità di partecipare, attraverso l'impiego della tecnologia, alla creazione di storie, prodotti digitali, idee, sogni e progetti per il futuro.

A livello internazionale è doveroso citare il progetto *Klini*, giornalino scolastico ospedaliero nato in Francia nel 1998 durante un convegno di HOPE. Il progetto, finanziato dall'Unione Europea, ha permesso la realizzazione di una rete di cooperazione che ha consentito ai ragazzi e ai bambini di diverse scuole europee, anche ospedaliere, di partecipare alla creazione e alla pubblicazione in rete di disegni, storie e progetti.

Nel 2005 inoltre nasce la piattaforma *eTwinning*, che, su iniziativa della Commissione Europea, permette agli insegnanti di tutta Europa di formarsi attraverso "lo scambio e la collaborazione, in un contesto multiculturale e con numerose opportunità di formazione e riconoscimento di livello internazionale", consentendo inoltre la partecipazione delle classi a progetti che superano le frontiere grazie alle ICT.<sup>15</sup>

Nell'articolo redatto da Benigno, Ghezzi e Patriotta viene illustrato il progetto *Edelweiss*, progetto di ricerca dell'Istituto Tecnologie Didattiche (ITD) del CNR di Genova, nato nel 1997 con la partecipazione delle sezioni ospedaliere dell'ospedale Gaslini di Genova e della scuola elementare G. Govi.

Con l'attuazione di percorsi didattici basati sulla collaborazione con classi esterne all'ospedale e mediante l'impiego delle tecnologie informatiche e della comunicazione il progetto ha potuto, da un lato, offrire ai bambini e ai ragazzi ospedalizzati la possibilità di mantenere un contatto con la realtà esterna, partecipando attivamente e instaurando nuovi rapporti, dall'altra ha favorito la sensibilizzazione dei coetanei "esterni" sulla delicata situazione della malattia e della degenza.

Il progetto *HSH@Network* (Hospital School Home Network) sviluppato dal MIUR, con l'impiego di strumenti di comunicazione sincroni e asincroni (videoconferenze, e-mail...), permette la presa in carico globale del giovane paziente. Si favorisce da un

---

<sup>15</sup> Tratto da <https://etwinning.indire.it/> consultato il 27/06/2023

lato la continuità didattica, con l'accesso diretto e la condivisione di materiali e informazioni e viene garantita la comunicazione con la realtà esterna, riducendo così l'isolamento e migliorando la qualità della vita dei bambini lungodegenti.<sup>16</sup>

A livello regionale l'ospedale G. Gaslini di Genova partecipa al progetto *CLIPSO* (Classi Ibride Per la Scuola in Ospedale), nato con l'obiettivo di analizzare e quindi migliorare le proposte tecnologiche ed innovative che possano svolgere un ruolo attivo nel garantire la prosecuzione del percorso didattico e formativo, ma soprattutto nel mantenimento delle relazioni sociali dei bambini ricoverati.<sup>17</sup>

Le sezioni ospedaliere dell'Istituto Giannina Gaslini sono inoltre coinvolte nel progetto sviluppato dall'Andrea Bocelli Foundation (ABF) in collaborazione con il MIUR: *H-Labs: ABF per la scuola in Ospedale*. Insieme alla centralità dell'educazione, della didattica e della socialità il progetto promuove l'importanza di proporre attività espressive, artistiche e musicali, assegnando loro un ruolo di rilievo nel supportare l'acquisizione e lo sviluppo di nuove conoscenze e competenze.<sup>18</sup>

La sola introduzione, il semplice e passivo uso delle nuove tecnologie all'interno delle aule scolastiche, le sezioni ospedaliere comprese, non sono sufficienti affinché l'innovazione tecnologica possa ricoprire un ruolo attivo, concreto, funzionale e sicuro nei processi di insegnamento-apprendimento.

È innanzitutto necessaria la disponibilità all'interno della struttura di un'adeguata rete internet, di ambienti appositamente progettati, di strumenti e accessori utili e indispensabili all'agevole progettazione e attuazione di unità didattiche e attività.

Guido Paolucci per esempio, al seminario tenutosi a Castel Pietro Terme nel 2001, *La scuola fuori dalla scuola: la scuola in ospedale nel contesto europeo*, descrive la "sala regia" presente all'interno del day hospital della clinica pediatrica Gozzadini (BO). In aggiunta ai computer fissi i giovani paziente hanno a disposizione una macchina fotografica digitale, una cinepresa, un mixer audio collegabile ai portatili per creare musica, 15 televisori con altrettanti videoregistratori e molti altri strumenti che permettono una "comunicazione interattiva" all'interno dell'intero ospedale, impiegabile fra l'altro quando il bambino è costretto all'isolamento. (Paolucci, 2001, p.23)

---

<sup>16</sup> Tratto da [https://www.istruzione.it/archivio/web/istruzione/piano\\_scuola\\_digitale/hsh\\_network.html](https://www.istruzione.it/archivio/web/istruzione/piano_scuola_digitale/hsh_network.html) consultato il 20/06/2023

<sup>17</sup> Tratto da <https://www.progetto-clipso.it/> consultato il 20/06/2023

<sup>18</sup> Tratto da <https://www.andrebocellifoundation.org/it/> consultato il 20/06/2023

Per poter offrire questo servizio agli studenti di tutte le età risultano però essenziali investimenti a livello nazionale ed europeo.

L'Unione Europea ha recentemente avviato il *Digital Education Action Plan (2021-2027)*, un piano d'azione con l'obiettivo di ripristinare il sistema educativo adeguatamente formato per far fronte alle esigenze e alle sfide dell'era digitale.<sup>19</sup>

Nel 2022 inoltre, con il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resistenza) è stato avviato in Italia il *Piano Scuola 4.0*, un programma di innovazione che mette a disposizione 2,1 di euro da investire nella digitalizzazione delle classi italiane.<sup>20</sup>

Di pari passo alla necessità di innovazione tecnologica emerge il bisogno di offrire agli insegnanti di ogni ordine e grado una sempre aggiornata formazione. Solo in questo modo sarà possibile per loro sfruttare al massimo le potenzialità delle nuove tecnologie in ambito didattico, essendo inoltre in grado di rendere a loro volta gli studenti consci e coscienti nell'uso critico e ragionato degli innovativi strumenti a loro disposizione.

In riferimento a queste necessità il libro di Benigno, Fante e Caruso che illustra *L'indagine svolta sulla Scuola in Ospedale e sull'Istruzione Domiciliare*, svolta dal MIUR in collaborazione con numerose istituzioni, riporta come, sulla base dei risultati emersi, le tecnologie e le applicazioni maggiormente utilizzate in ambito ospedaliero sono gli strumenti tradizionali che, al computer, permettono un lavoro individuale. Il minor uso di strumenti su dispositivi mobili, come ad esempio applicazioni specifiche (Editorially, Wiki, Overleaf), social network e videoconferenze, i quali permetterebbero una maggior condivisione e una partecipazione collaborativa dei materiali, può essere giustificato secondo gli autori se si tengono in considerazione le competenze individuali del docente, non sempre tali da permettere un utilizzo particolare delle tecnologie, e la disponibilità fisica delle risorse e degli ambienti. (Benigno, Fante, Caruso, 2017)

In un futuro non troppo lontano, ovviamente con le giuste risorse e un'adeguata preparazione dei docenti, le più recenti ed innovative tecnologie potrebbero rivoluzionare l'apprendimento e permettere ai piccoli pazienti di vivere la vita ospedaliera con uno sguardo in più sulla realtà esterna.

L'intelligenza artificiale potrebbe migliorare ulteriormente la personalizzazione degli obiettivi e del programma didattico-educativo, favorendo dunque una più attenta ed individualizzata progettazione delle attività.

---

<sup>19</sup> Tratto da <https://education.ec.europa.eu/it> consultato il 21/06/2023

<sup>20</sup> Tratto da [www.miur.gov.it](http://www.miur.gov.it) consultato il 21/06/2023

La realtà virtuale, già ampiamente utilizzata nei videogiochi per esplorare mondi nuovi e fantastici, potrebbe essere un'enorme risorsa ad esempio per le uscite didattiche. Nella scuola cosiddetta tradizionale potrebbe essere uno strumento efficace per introdurre e preparare gli studenti alle visite di parchi naturalistici e musei; in ospedale permetterebbe invece ai bambini di viverle appieno. In particolare a seguito della pandemia di COVID-19 il *Museo Egizio* (TO)<sup>21</sup>, *Le Gallerie degli Uffizi* (FI)<sup>22</sup> e numerosi altri musei a livello nazionale e internazionale consentono già di partecipare, sul loro sito ufficiale, a visite online e a tour virtuali a 360° delle sale più famose.

### **2.3 Programmazione didattica: obiettivi e metodologie**

Nel momento in cui lo studente, per motivi di salute, è obbligato a permanere nella clinica per un periodo superiore ai 15 giorni, i docenti della scuola ospedaliera, in collaborazione con il Consiglio di classe della scuola di appartenenza, hanno il dovere di elaborare un progetto formativo all'interno del quale vengono specificati gli obiettivi di apprendimento e i criteri di valutazione da seguire.

Richiamando ciò che affermano Lanzetti, Ricci e Piscozzo (2008), data la dinamicità e la "frammentarietà dell'intervento didattico" (p.54), per ogni singolo alunno è necessario creare, progettare percorsi didattici concisi, selezionando i contenuti che risultano fondamentali per il suo futuro scolastico, avendo presente le conoscenze, le competenze dello studente e soprattutto la sua condizione fisica, psicologica e fisiologica.

La continuità didattica e curricolare non è e non deve essere il solo e principale proposito della Scuola in Ospedale. È necessario infatti fornire ai bambini, attraverso gli incontri con l'insegnante e con i pari, l'opportunità di esprimersi, di chiedere, di indagare, di scoprire di più sulla loro situazione. È indispensabile offrire loro gli strumenti giusti per poter fronteggiare, gestire, accettare e superare dal punto di vista cognitivo, metacognitivo e relazionale la malattia.

Ciò che permette quindi di costruire e progettare attività e percorsi utili per i bambini e i ragazzi ospedalizzati, ed anche per i frequentati della scuola "tradizionale", è la

---

<sup>21</sup> <https://www.museoegizio.it/>

<sup>22</sup> <https://www.uffizi.it/>

scelta metodologica, ovvero le strategie e le tecniche messe in atto dal docente nel processo di insegnamento-apprendimento.<sup>23</sup>

Le diverse metodologie impiegate concorrono a supportare nel bambino non solo nello sviluppo di conoscenze e competenze disciplinari, centrate quindi sull'acquisizione di concetti e abilità essenzialmente curricolari, ma ogni scelta dell'insegnante in merito a come organizzare la classe, in che modo suddividere gli alunni, quali attività proporre e con quale ordine influisce sulla creazione di un clima aperto al dialogo, al confronto, alla flessibilità, all'errore, piuttosto che di un ambiente rigido, preimpostato, esigente ed intransigente. La scelta metodologica agisce attivamente inoltre sulla costruzione, sul raggiungimento, sullo sviluppo da parte dello studente di competenze relazionali, comunicative, affettive, metacognitive: dipendentemente dalla tipologia di attività proposta l'alunno impara a stare con gli altri, a lavorare insieme, condividendo, ascoltando le idee proprie e altrui, apprende ad utilizzare il pensiero creativo, divergente e quello critico, per saper ragionare, interpretare e comprendere ciò che lo circonda.

In ambito ospedaliero la scelta delle metodologie e delle strategie didattiche, come diretta conseguenza della dinamicità e della variabilità del contesto, deve necessariamente tenere in considerazione ogni giorno fattori come la salute momentanea dello studente, la composizione più o meno temporanea della classe, gli spazi non sempre a totale ed esclusiva disposizione della scuola.

Le *Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare* confermano per l'appunto come vadano “considerati i limiti strumentali dovuti alle patologie, con le conseguenti ridotte abilità. Tempi di applicazione allo studio e limitazioni fisiche e psicologiche vanno considerati attentamente prima della progettazione di qualunque tipo di intervento.” (MIUR, 2019, p.11)

Condividendo l'approccio del modello *Learner-Centered*, sviluppato dall'APA (American Psychological Association) nel 1997<sup>24</sup>, che pone appunto gli studenti, con le loro unicità e i diversi stili di apprendimento al centro del processo educativo e formativo, autori come Catenazzo (2019), Kanizsa e Luciano (2006) evidenziano la necessità, in tutte gli ordini e gradi di scuola, di spostare il focus dall'insegnante al

---

<sup>23</sup> Tratto da <https://www.orizzontescuola.it/> *Le metodologie didattiche, quattro macro aree di suddivisione: dal problem solving all'investigazione*. Consultato il 29/06/2023

<sup>24</sup> Tratto da <https://www.apa.org/> consultato il 29/06/2023

discente, proponendo percorsi e attività che valorizzino la partecipazione di tutti, privilegiando i processi cognitivi e i risultati divergenti, innovativi.

A partire dall'analisi della bibliografia presentata, integrando con una selezione delle proposte di Bonaiuti (2014), possono essere individuate diverse strategie didattiche che, in relazione all'unicità del contesto e dei protagonisti coinvolti, possono risultare maggiormente efficaci ed opportune per il "raggiungimento di un obiettivo educativo". (Bonaiuti, 2014, p. 11)

L'*Esposizione Classica*, confermato dalla ricerca presentata nel libro di Benigno, Fante e Caruso (2017), si dimostra essere la strategia maggiormente impiegata dagli insegnanti ospedalieri. La lezione frontale permette infatti di arginare le difficoltà dovuta alla eterogeneità della classe, per età e competenze, offrendo un rapporto educativo individualizzato, nel rispetto delle esigenze e dei bisogni cognitivi, fisici e psicologici del singolo. Questa strategia risulta essere inoltre particolarmente efficace nei casi in cui il bambino si ritrova allettato a causa delle sue condizioni fisiche. "Cambiando e adattando il canale comunicativo e le modalità di lavoro" (Bonaiuti, 2014, p.32), quindi privilegiando l'*Esposizione Multimodale*, il docente è in grado di personalizzare le modalità comunicative ed espressive modellando il proprio insegnamento in virtù dello stile di apprendimento dello studente.

Il gioco, in particolar modo nella scuola primaria e nella scuola dell'infanzia, ricopre un ruolo importante come mediatore di apprendimenti e strumento di esplorazione della realtà circostante. Strategie come il *Game Based Learning* (GBL) e la *Gamification* permettono all'insegnante di progettare e offrire attività didattiche particolarmente stimolanti, coinvolgenti e soprattutto divertenti come un gioco, le quali permettono lo sviluppo di competenze didattiche e sociali, come ad esempio il rispetto del turno, dell'avversario e delle regole.

A differenza del GBL, il quale impiega il gioco in sé come veicolo di esperienze e conoscenze, la Gamification trasforma il contesto scolastico, tradizionalmente non ludico, applicando i principali meccanismi e le strutture caratteristiche dei giochi, come proporre sfide a squadre e la raccolta di punti, per coinvolgere gli studenti e rendere il processo di apprendimento più stimolante.<sup>25</sup>

Come menzionato nel precedente paragrafo, esistono anche applicazioni web, come Kahoot e Mentimeter, che consentono agli studenti di partecipare attivamente alle lezioni mediante quiz e questionari online.

---

<sup>25</sup> Tratto da <https://serviziomarconi.istruzioneer.gov.it/> consultato il 04/07/2023

Un'altra strategia particolarmente utile, tanto dal punto di vista didattico/disciplinare, ma soprattutto dal punto di vista metacognitivo per la presa coscienza e la comprensione della malattia, è il *Role Playing* o *Drammatizzazione*. Identificarsi con un personaggio, fingere di essere qualcun altro offre la personalità al bambino ospedalizzato da una parte, di staccarsi temporaneamente dalla sua situazione, dal ruolo di paziente, permettendogli di immaginare e vivere esperienze fantastiche e viaggi nella storia greca ed egizia. In secondo luogo l'interpretazione del ruolo di persone a lui vicino, come gli amici, i genitori, i dottori, o anche di sconosciuti, personaggi inventati, può essere un espediente per buttare giù i muri costruiti e potersi esprimersi liberamente, per parlare di paure, dubbi, sogni ed incertezze sulla drammatica situazione che sta vivendo. Questa strategia potrebbe quindi supportare lo sviluppo di strategie comunicative, relazionali e di strumenti cognitivi in grado di supportare il bambino nel suo percorso di accettazione, comprensione e superamento della malattia.

Anche strategie didattiche come la *Discussione* e il *Circle time*, se ben organizzate e gestite dal docente, secondo gli autori Kanizsa e Luciano (2006) sono in grado di favorire tanto un'acquisizione partecipata e una co-costruzione attiva del sapere, quanto una conoscenza reciproca tra gli studenti. La condivisione dei propri vissuti, a volte così diversi tra loro, costituisce infatti un'enorme ricchezza dal punto di vista umano, in grado altresì di aiutare e supportare l'esperienza personale del ricovero.

Il *Cooperative Learning* viene indicato, sempre dalle stesse scrittrici, una strategia didattica fondamentale per assicurare agli studenti ospedalizzati la socializzazione che, a seguito dell'ospedalizzazione e quindi dell'impossibilità a frequentare la scuola "tradizionale", viene spesso a mancare.

L'apprendimento cooperativo infatti, in aggiunta a favorire l'acquisizione di abilità, conoscenze e competenze curriculari mediante il lavoro in gruppo, permette allo studente di relazionarsi con i pari, consentendo lo sviluppo di competenze sociali, comunicative e relazionali fondamentali intrattenere relazioni e scambi positivi e costruttivi con l'altro.

Qualora, per motivi di salute del singolo o per l'indisponibilità di uno spazio, non fosse possibile svolgere attività di gruppo tra gli studenti presenti all'interno della struttura medica, accorrono in supporto le ICT. Mediante l'impiego delle tecnologie è infatti possibile partecipare attivamente a progetti didattici in collaborazione con la scuola di appartenenza e non solo: esistono numerosi progetti a livello nazionale ed

internazionale i quali permettono una collaborazione tra scuole di diverse regione e/o stati. Roberta Bergamini evidenzia per esempio la possibilità, sfruttando le risorse offerte dalle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, di "attivare una forma di educazione, formazione ed istruzione basata sulla *peer education*, che permetta di mantenere il contatto con i coetanei anche se a distanza." (Bergamini, 2018, p. 115)

Le strategie del *Problem Based Learning* e del *Project Based Learning*, classificate da Bonaiuti all'interno dell'*Architettura esplorativa*, consentono agli studenti, con le rispettive specifiche, di costruire il proprio apprendimento mediante la scoperta.

La prima si basa sulla proposta di un problema reale, concreto che inciti gli studenti alla ricerca cognitiva e riflessiva.

Il metodo dei progetti invece, stimola gli studenti non solo ad individuare una risposta, ma ad organizzare tra loro il lavoro, le diverse fasi che permettono al gruppo di giungere alla realizzazione di un prodotto finale.

Infine, in relazione alla bibliografia analizzata e tenendo in considerazione la particolarità e la delicatezza del contesto in cui avviene l'incontro educativo-didattico tra insegnante e alunno, anche le strategie inserite da Bonaiuti all'interno dell'*Architettura metacognitivo-autoregolativa*, possono dimostrarsi di grande interesse. In aggiunta allo sviluppo di strategie utili alla presa in carico da parte dello studente del proprio apprendimento, possono rivelarsi fondamentali nel potenziamento di quelle strategie e strumenti di autoregolazione e di autoconoscenza indispensabili per la comprensione, la gestione e l'accettazione della malattia.

Un esempio concreto delle scelte metodologiche realizzate all'interno di una clinica è fornito dal PTOF (Piano Triennale dell'Offerta Formativa) delle sezioni ospedaliere dell'Istituto Pediatrico G. Gaslini (2018-2019).<sup>26</sup>

All'interno del documento viene anzitutto sottolineata la centralità che il bambino e l'adolescente malato assume nel percorso formativo-didattico.

La strategia privilegiata dagli insegnanti dell'infanzia, come generalmente accade anche nella scuola cosiddetta tradizionale, si dimostra essere il gioco, mediatore prediletto dell'apprendimento e delle relazioni interpersonali.

Per la scuola primaria, in aggiunta ad una didattica ludica, vengono impiegate principalmente l'esposizione multimediale, con il supporto dunque di diversi strumenti comunicativi ed espressivi, o il lavoro in piccoli gruppi dipendentemente dallo stato

---

<sup>26</sup> Tratto da <https://www.icsturla.edu.it/> consultato il 04/07/2023

psico-fisico degli studenti e dalla tipologia di lezione: individuale nella camera di degenza, in gruppo, eterogeneo o omogeneo per età.

In seguito alla partecipazione al progetto *Smart Future* (2015/2016) svolto in collaborazione con il CREMIT, l'Università Cattolica di Milano e l'azienda Samsung le sezioni ospedaliere dell'Istituto hanno dato avvio ad un'innovativa metodologia didattica, recentemente introdotta dal professore Rivoltella, gli EAS.

Gli Episodi di Apprendimento Situato, con le tre diverse fasi, preparatoria, operatoria e ristrutturativa, mirano alla realizzazione di prodotti digitali, favorendo un apprendimento appunto situato, concreto.

Tanto nella scuola tradizionale quanto in quella ospedaliera, in ogni ordine e grado, perché l'intervento didattico possa supportare un apprendimento significativo, concreto è necessario che i docenti siano formati adeguatamente e siano in grado di impiegare alternativamente il maggior numero possibile di strategie e metodologie didattiche. Solo in questo modo si ha la possibilità di offrire un insegnamento capace di motivare e di rispondere ai diversi stili di apprendimento, che permetta quindi di sviluppare al massimo le capacità e le competenze del singolo, in un clima di cooperazione, collaborazione, scoperta, rispetto, ascolto e dialogo aperto.

## Capitolo 3

### I protagonisti della scuola in ospedale

La scuola non è l'edificio, non sono i banchi e le sedie sulle quali si siedono i bambini, non sono le lezioni, i compiti e le temute verifiche. La realtà scolastica si costruisce ogni giorno con le relazioni che nascono tra coloro che partecipano alla quotidianità dell'istruzione e dell'educazione: i legami fondamentali che si creano all'interno della classe tra i pari e con gli insegnanti, i rapporti burocratici e organizzativi tra i docenti della classe, dell'istituto e con il territorio, la delicatezza delle relazioni di fiducia e affidamento che si creano, o per lo meno si tentano di creare, tra i docenti e i genitori. Se il mantenimento di questo equilibrio, delle relazioni è importante per il corretto funzionamento della realtà scolastica tradizionale, si dimostra ancor di più imprescindibile per l'efficacia della scuola ospedaliera.

La dinamicità, la fragilità, la delicatezza del contesto richiedono la costruzione di una rete di rapporti interpersonali salda a tal punto che non vi siano ostacoli nel prendersi carico del bambino degente in tutti gli aspetti della sua vita.

Il giovane paziente deve ovviamente essere posto al centro di questa rete di supporto: le persone coinvolte nel suo percorso di cura devono essere in grado di creare con lui un legame di fiducia, un clima in cui il bambino si senta al sicuro e libero di esprimersi. Affinché il percorso terapeutico si dimostri efficace nel garantire ogni diritto del bambino e dell'adolescente malato, i familiari, i medici, gli infermieri, i docenti ospedalieri e della scuola di riferimento, gli psicologi, gli educatori, gli enti del territorio hanno il dovere di partecipare attivamente, ognuno conformemente al proprio ruolo, come "équipe multidisciplinare di cura" (HOPE, 2000), realizzando e mantenendo adeguate relazioni, professionali e non, con il fine unico di assicurare ai pazienti un'efficace presa in carico globale.

### **3.1 Gli insegnanti ospedalieri come membri dell'equipe multidisciplinare di cura: relazione medico-maestro**

*“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità”*

(OMS, 1948)

La definizione di salute, formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948, evidenzia come sia necessario, affinché un individuo possa essere ritenuto in uno stato di completa salute, che siano raggiunti non solo il benessere fisico medicalmente inteso, quindi, “l'assenza di malattia o infermità”, ma siano tenute in considerazione tutte le dimensioni che concorrono a rendere l'uomo l'essere unico e complesso che appare, di conseguenza anche l'equilibrio psicologico e sociale.

Questa definizione di salute a 360° avvalorata il concetto di “alleanza terapeutica”, una rete di supporto globale costruita intorno al bambino e adolescente malato formata da tutti gli esperti che partecipano al percorso terapeutico.

Le diverse istituzioni, i medici e gli infermieri, gli insegnanti, gli educatori, gli psicologi, i familiari, i volontari hanno il dovere collaborare, cooperare per poter offrire al paziente una presa in carico che tenga in considerazione multidisciplinariamente tanto la dimensione fisico-medica, quanto quella psicologica, sociale e affettiva (Catenazzo, 2019; Lanzetti, Ricci, Piscozzo, 2008)

Boffo (2022) sottolinea come la “realizzazione di un progetto di cura integrale”, alla quale concorrono tutti i professionisti, sia indispensabile per favorire e supportare il “riequilibrio costante della dimensione emotiva e psicofisica, fonte essenziale per la necessaria resilienza e per una crescita quanto più possibile armoniosa”. (Boffo, 2022, p. 107)

A livello istituzionale, già nella sezione *Rapporti con le Autorità Sanitarie e gli Enti Locali* della Circolare Ministeriale n.353 del 1998, la quale sancisce l'istituzionalizzazione della SiO, vengono fornite indicazioni affinché i rapporti tra il personale medico e quello scolastico siano regolati al fine di perseguire il benessere dei pazienti.

Si definisce infatti la necessità di organizzare incontri periodici e uno scambio costante di informazioni, la creazione di un “Comitato operativo misto”, affinché siano definiti gli ambiti di intervento ed i bisogni di entrambe le istituzioni. (Ministero della Pubblica Istruzione, 1998)

Con il Protocollo d'Intesa, stipulato nel 2000 tra il Ministero della Pubblica Istruzione, il Ministero della Sanità e il Ministero per la Solidarietà Sociale, viene ancora una volta riconosciuto che la scuola in ospedale “riveste un ruolo rilevante in quanto garantisce agli stessi il diritto all'istruzione e contribuisce al mantenimento o al recupero del loro equilibrio psico-fisico”. (MIUR, MS, MSS, 2000)

Con il suddetto protocollo il Ministero della Sanità si impegna inoltre ad offrire ai docenti ospedalieri una formazione specifica in merito a fattori medici e psicologici che possono influire sull'attività didattica.

Infine anche nel Protocollo d'Intesa stipulato nel febbraio 2022, le parti, il Ministero dell'Istruzione e il Ministero della Salute, si impegnano nuovamente nel “rafforzare la propria collaborazione istituzionale per migliorare, coordinare e agevolare le attività di rispettiva competenza, al fine di garantire l'integrazione degli interventi per la tutela e la promozione della salute e del benessere psicofisico”. (MI, MS, 2022)

Questa collaborazione tanto formalizzata e ratificata durante gli anni non sempre è possibile però ritrovarla all'interno delle strutture ospedaliere del territorio. Le ricerche svolte a livello nazionale ci presentano un'immagine italiana in cui i rapporti tra medici e insegnanti non rispecchiano quelli attesi e sperati.

Dall'analisi effettuata sulle risposte fornite dai medici di Milano e Genova, viene confermata la poca collaborazione tra le due figure professionali e la quasi nulla partecipazione dei dottori alla progettazione del percorso formativo-educativo. Non sempre infatti avviene uno scambio di informazioni sulla salute dei pazienti, “eppure è fondamentale sapere gli effetti che la malattia può avere sulle capacità relazionali, affettive e di apprendimento”. (Lanzetti, Ricci, Piscozzo, 2008, p. 46)

Casiraghi et al. (2019) mostrano difatti la normalità che in un percorso terapeutico si alternino trattamenti distinti, che comportano dunque un maggior rischio infettivo, una maggior spossatezza e dunque un'influenza sulle capacità attentive, psicologiche e relazionali del paziente. Grazie agli incontri con il personale sanitario, allo scambio di informazioni e conoscenze, seppure basilari, sullo stato di salute dell'alunno e sul progetto di cura ipotizzato, i docenti possono essere in grado di progettare e attuare una programmazione didattica personalizzata, in collaborazione con gli altri esperti, assicurando sempre però un alto grado di flessibilità e dinamicità. (Casiraghi et al. 2019)

Benigno, Fante e Caruso (2017) nel loro volume, analizzando invece le risposte degli insegnanti, evidenziano la presenza per lo più di incontri informali: l'insufficienza di

riunioni formali e strutturate, ostacola la creazione di una rete di supporto coesa, collaborativa e multidisciplinare, la nascita di una vera e propria alleanza terapeutica. La stessa situazione viene confermata all'interno della ricerca svolta da Benigno e Fante nel 2020. Infatti, alla domanda “Do you have systematic relations with healthcare staff in your work context?” (Ha rapporti sistematici con il personale sanitario nel suo contesto lavorativo?), il 30.7% degli intervistati afferma che non ha mai partecipato ad incontri formali con tutto il personale sanitario, più dell'80% invece sostiene che ha avuto contatti con i medici e gli infermieri solo “quando necessario”. (Benigno, Fante, 2020, pp. 39-40)

**Table 1:** Item “Do you have systematic relations with healthcare staff in your work context?”.

|  | Never | Once a month | Once every two weeks | Once a week | When necessary |
|--|-------|--------------|----------------------|-------------|----------------|
| Interactions and meetings with healthcare workers          | 30.7% | 6.3%         | 1.3%                 | 7.8%        | 53.8%          |
| Contact sought by staff when they consider it necessary    | 6.6%  | 1.5%         | 0.7%                 | 4%          | 87.2%          |
| Contact with doctors to ask for information about students | 9.5%  | 1%           | 0.3%                 | 4.2%        | 85%            |
| Contact with nurses to ask for information about students  | 8.6%  | 0.5%         | 0.2%                 | 6%          | 84.7%          |

**Tab. 2:** Risposte alla domanda di ricerca “Do you have systematic relations with healthcare staff in your work context?” (Benigno, Fante, 2020, p. 40)

Affinché questa coalizione possa fornire la presa in carico globale necessaria a sostenere il ricovero dei bambini e dei ragazzi, risulta anzitutto auspicabile che i professionisti coinvolti presentino buone capacità relazionali e comunicative, per saper ascoltare, dialogare e confrontarsi in un clima di apertura. Appare inoltre indispensabile da parte di entrambe le istituzioni il riconoscimento del rispettivo ruolo all'interno della struttura ospedaliera, in particolar modo da parte del personale sanitario. (Benigno, Fante, Caruso, 2017)

Numerosi studi evidenziano infatti il valore dell'attività didattica nelle cliniche. Favorire la normalità, offrire ai bambini momenti di serenità e di quotidianità attraverso le lezioni, gli incontri con i compagni di classe, la condivisione con gli altri studenti ricoverati, aiuta i pazienti a ritrovare un equilibrio fisico e psicologico che influisce anche sulla “combattività” alla malattia e sull'adesione al programma terapeutico. (Capurso, 2017)

### *3.1.1 La formazione degli insegnanti*

La Circolare Ministeriale n.60, pubblicata nel 2012, specifica nella sezione dedicata al reclutamento e agli organici del personale docente, l'esigenza da parte del corpo insegnanti di possedere competenze plurime. La complessità del contesto, condiviso anche con altre figure professionali, richiede infatti "oltre alle competenze proprie della disciplina che insegna anche altre competenze di carattere organizzativo, relazionale, metodologico-didattico e tecnologico". (MIUR, 2008)

L'insegnante ospedaliero è inserito in un ambiente che richiede una costante ricerca di equilibrio, non solo tra i protagonisti tradizionali della scuola, docenti, studenti e genitori, ma anche con una realtà fragile, delicata, la quale necessita di una cura particolare alle esigenze mediche ed emotive dei ragazzi e di una collaborazione e convivenza armoniosa tra i diversi professionisti che ruotano intorno al piccolo paziente.

Mourik (2008) delinea il profilo professionale dei docenti ospedalieri, descrivendone e categorizzandone le responsabilità in relazione ai diversi domini in cui è tenuto ad operare. Vengono raffigurate le singole competenze che è necessario un'insegnante posseda essendo considerato, rispettivamente, un membro di un team, un singolo professionista, un sostegno per la scuola, i bambini e i genitori e nello specifico un educatore e maestro.

Il primo livello identificato dall'autore riguarda i "Compiti professionali generali": gli insegnanti vengono innanzitutto descritti come professionisti. Formati nel lavorare mantenendo una giusta condotta, rispettando i valori fondamentali dell'azienda in cui operano, devono essere in grado di risolvere problemi ed affrontare situazioni critiche e mutevoli, tipiche del contesto clinico, presentando capacità riflessive e autocritiche per poter riflettere sul proprio operato.

| Task level A General professional tasks                 |    |   |
|---|----|---|
| <b>A.1 Act as an individual professional</b>            |    |   |
| Competence  | 1  | Be involved with society  |
| Competence  | 2  | Develop and implement a concept of duties                           |
| Competence  | 3  | Act according to values and identity                                |
| Competence  | 4  | Develop and implement problem solving abilities                     |
| Competence  | 5  | Develop and implement communicative skills                          |
| Competence  | 6  | Develop own professionalism   |
| <b>A.2 Act as a member of a developing organization</b> |    |   |
| Competence  | 7  | Participate in developing the organization                          |
| Competence  | 8  | Be part of the implementation of strategic policy regarding content |
| Competence  | 9  | Work in an interdisciplinary way                                    |
| Competence  | 10 | Participate in consultation   |
| Competence  | 11 | Give and receive collegial support                                  |
| Competence  | 12 | Report and be responsible to management                             |
| <b>A.3 Act in a professional team</b>                   |    |   |
| Competence  | 13 | Cooperate on a professional level                                   |
| Competence  | 14 | Develop professional qualities                                      |

Tab. 3: “Compiti professionali generali” (Mourik, 2008, p. 7)

Il docente deve essere in grado di sviluppare e migliorare le capacità comunicative e di problem solving, di procedere con una formazione continua e specifica per migliorare e potenziare le proprie competenze personali e lavorative. È essenziale inoltre sia disponibile e capace di prendere parte attivamente allo sviluppo della struttura, collaborando con la molteplicità di esperti a disposizione del programma terapeutico dei singoli studenti.

Il secondo dominio in cui si ritrova ad operare il docente ospedaliero è quello denominato da Mourik (2008) “Compiti generali di sostegno”. L’insegnante risulta essere un ponte, un collegamento tra la realtà interna all’ospedale e quella esterna. Egli ha il compito infatti di mantenere uno stretto legame con gli insegnanti della scuola di appartenenza, così da essere in grado di progettare e realizzare un intervento personalizzato per ogni singolo alunno, riprogettando e ricalibrando le attività con flessibilità.

Diventa dunque un supporto per il team multidisciplinare di cura, creando relazioni di collaborazione e sostegno tra i diversi professionisti. In particolare diventa un punto di riferimento per i ragazzi e le loro famiglie: deve sapere riconoscere i bisogni educativi, emotivi e psicologici degli alunni, creare un legame di fiducia e di dialogo con i genitori, mantenendo sempre chiari i ruoli di ognuno.

| Task level B Supporting tasks                      |    |  |
|--|----|--|
| <b>B.1 Task as supporter for teachers/schools</b>  |    |  |
| Competence   | 15 | Hold different kinds of talks with teachers                        |
| Competence   | 16 | Determine need for support   |
| Competence   | 17 | Realize individual support for a pupil                             |
| Competence   | 18 | Diagnose problems  |
| Competence   | 19 | Assist with the making and implementation of action plans          |
| <b>B.2 Task as a discussion partner of parents</b> |    |  |
| Competence   | 20 | Hold conversations to clarify problems                             |
| Competence   | 21 | Hold advisory conversations  |
| Competence   | 22 | Build up a relationship (of trust)                                 |
| <b>B.3 Task as a supporter for pupils</b>          |    |  |
| Competence   | 23 | Diagnose specific problems   |
| Competence   | 24 | Motivate the pupil and draw into support                           |
| Competence   | 25 | Set up, adjust and possibly implement didactical support           |
| <b>B.4 Task as case manager</b>                    |    |  |
| Competence   | 26 | Coordinate support   |
| Competence   | 27 | Acquire knowledge about the 'case'                                 |
| Competence   | 28 | Set up a plan of action  |
| Competence   | 29 | Report interim and end results                                     |
| <b>B.5 Task as adviser</b>                         |    |  |
| Competence   | 30 | Be informed about recent developments and keep up to date          |
| Competence   | 31 | Provide interested parties with written information                |
| Competence   | 32 | Provide interested parties with oral information                   |
| Competence   | 33 | Refer potential clients to third parties                           |
| Competence   | 34 | Publish articles about new developments                            |
| <b>B.6 Task within a multidisciplinary team</b>    |    |  |
| Competence   | 35 | Deal with differences in tasks and concept of duties               |
| Competence   | 36 | Know and fulfil a position in a multidisciplinary team             |
| Competence   | 37 | Make contact and keep up to date regarding the educational support |

Tab. 4: “Compiti generali di sostegno” (Mourik, 2008, pp. 7-8)

Infine l'autore individua un terzo livello di competenze dell'insegnante ospedaliero: “Compiti specifici di sostegno”.

In quest'ultima categoria viene esplicitato il compito primario del docente, sottolineando la posizione di equilibrio tra il ruolo di insegnante ed educatore in cui ogni professionista si ritrova ad operare.

| Task level C Specific supporting tasks c supporting tasks |    |   |
|---|----|---|
| <b>C.1 Task as educator</b>                               |    |   |
| Competence  | 38 | Take educational responsibility                               |
| Competence  | 39 | Bear responsibility for an optimal educational climate        |
| Competence  | 40 | Allow for social-cultural differences                         |
| Competence  | 41 | Recognize questions of (social) educational concern           |
| <b>C.2 Task as remedial didactic teacher</b>              |    |   |
| Competence  | 42 | Utilize possibilities of working independently                |
| Competence  | 43 | Design individual educational arrangements                    |
| Competence  | 44 | Be able to complement different methods                       |
| Competence  | 45 | Give effective instruction                                    |
| Competence  | 46 | Use adapted methods and techniques                            |
| Competence  | 47 | Bear responsibility for fitting in class management           |
| Competence  | 48 | Bear responsibility for embedding in system of pupils records |

Tab. 5: “Compiti specifici di sostegno” (Mourik, 2008, p. 8)

In primo luogo è richiesto loro di educare e formare cittadini attivi, in grado di vivere in una comunità, capaci dunque di rispettare le norme sociali di vita e gli altri; individui inclusivi, critici, aperti e accoglienti di fronte al nuovo e al diverso.

Successivamente entra in gioco la formazione specifica, le competenze proprie della professione, sviluppate e perfezionate con studi e approfondimenti teorici ed esperienze pratiche.

L'insegnante ha la responsabilità di elaborare e realizzare un processo di insegnamento-apprendimento in grado di supportare gli studenti nel proprio sviluppo umano e culturale.

Secondo Mourik è indispensabile che il docente sappia individuare i bisogni educativi di ogni studente, così da progettare un intervento didattico individualizzato, mediante l'impiego di metodologie e strategie didattiche scelte coscientemente affinché possano rispondere allo stile di apprendimento del singolo.

Affinché un individuo si possa dimostrare competente in tutti i domini esplicitati da Mourik risulta chiara l'esigenza di una formazione specifica, continua, integrativa a quella prevista per l'abilitazione all'insegnamento.

Benigno, Fante e Caruso (2017) raccolgono nella loro ricerca i bisogni formativi esternati dai docenti intervistati.

In particolar modo viene sollecitata una formazione centrata sullo sviluppo di competenze “per la gestione della sofferenza, delle dinamiche familiari e dell'intero contesto ospedaliero”. (Benigno, Fante, Caruso, 2017, p. 129)

Risulta impellente quindi implementare le capacità psicologiche-relazionali dei docenti, chiamati a gestire le proprie emozioni e quelle dei familiari, in un contesto che richiede grande flessibilità e una più specifica e personale azione didattica.

Gli insegnanti sono difatti chiamati a gestire un contesto particolare, nel quale possono essere inseriti contemporaneamente numerosi studenti con età, interessi e competenze diverse. Egli deve di conseguenza essere preparato e organizzato nel proporre attività, didattiche e non, adatte ad ognuno e ad ogni situazione.

Per di più è doveroso tenere in considerazione che tali docenti, a differenza di coloro che lavorano nella scuola “tradizionale”, si interfacciano quotidianamente con i genitori, desiderosi di parlare, esprimersi e condividere le proprie ansie. Questi, legittimamente spaventati e stressati dalla tragica situazione, assistono infatti il figlio in quasi tutte le attività, presenziando dunque anche alle lezioni.

Emerge inoltre dalle risposte l'inderogabile bisogno di sviluppare sempre più attuali ed innovative conoscenze sull'impiego delle nuove tecnologie e delle metodologie didattiche più efficienti. Dall'analisi svolta gli autori desumono infatti “che gli insegnanti non hanno ancora adeguate conoscenze per utilizzare a pieno le tecnologie nelle loro attività”. (Benigno, Fante, Caruso, 2017, p. 110)

Se già il ruolo tradizionale dell'insegnante presuppone di possedere numerose “Life Skills”<sup>27</sup>, quindi abilità cognitive, emozionali e relazionali fondamentali per la vita sociale, tra le quali l'empatia, la creatività, buone capacità relazionali e organizzative, l'unicità del contesto ospedaliero ne richiede necessariamente un potenziamento.

La creatività, lo spirito di iniziativa, la capacità di problem solving e la flessibilità organizzativa e didattica permettono al docente di fronteggiare la dinamicità della Scuola in Ospedale. In questo modo possono essere organizzate diverse attività creative in grado di stimolare e motivare gli studenti, rispondendo alle esigenze e agli interessi di ogni età, avendo sempre pronto “un piano B” da mettere in pratica se la classe fosse più o meno numerosa del previsto, se quel giorno iniziasse a frequentare la scuola un nuovo bambino, da poco ricoverato.

Possedere una buona competenza comunicativa, e quindi essere in grado di relazionarsi adeguatamente con gli altri consente all'insegnante di creare con gli studenti e le famiglie un clima di fiducia, di affidamento, che può motivare i bambini a frequentare la scuola concedendo anche ai genitori la possibilità di rivivere parte della quotidianità temporaneamente persa. Inoltre permette di creare una rete solida di

---

<sup>27</sup> Tratto da <https://www.lifeskills.it/> consultato il 17/07/2023

collaborazione e cooperazione tra tutti i professionisti che entrano in gioco, i docenti della scuola di appartenenza, i medici, gli infermieri: un'equipe multidisciplinare che si prende carico in modo globale della vita dei ragazzi.

Aver consapevolezza di sé, del proprio operato e poter contare su un buon senso critico consente all'insegnante di ripensarsi in ottica critica, ripesare le sue azioni, i suoi interventi sulla base di una continua formazione, di uno scambio cognitivo con altri docenti, tenendo in considerazione anche il singolo studente e la sua evoluzione, i risultati sperati e quelli ottenuti, così da poter riprogettare, ricreare e ripensarsi in un'ottica nuova, rivoluzionata.

Indispensabile per qualsiasi professionista chiamato a lavorare a contatto con bambini e ragazzi malati, in un contesto emotivamente tanto fragile, è infine la capacità di gestire le emozioni. Affinché i docenti possano effettivamente ed efficacemente essere un supporto, un punto fermo è fondamentale che siano in grado anzitutto di riconoscere le emozioni, così da poterle accettare, gestire e quindi non crollare nel momento tragico in cui qualche studente non riuscisse a superare la malattia. Solo in questo modo, consci della propria dimensione emotiva, possono essere in grado di relazionarsi con l'altro, riuscendo a riconoscere e gestire le altrui emozioni, aiutando anche il prossimo a controllarle.

La ricerca svolta in Israele sul contributo che un corso di 30 ore sull'intelligenza emotiva offerto agli insegnanti ospedalieri potesse avere sulla loro percezione emotiva, rimarca la necessità di fornire corsi di formazione in grado di sviluppare nei docenti una maggior competenza emotiva. Lo studio dimostra difatti come, in seguito alla formazione specifica, sia migliorata nei docenti la capacità di identificare e comprendere non solo i propri sentimenti, ma anche quelli dei bambini ricoverati e dei genitori. (Hen, 2020)

Sfortunatamente, e anche un po' paradossalmente, solo in Austria è previsto per i futuri insegnanti ospedalieri un percorso di formazione specifico della durata di due anni.

Nel resto d'Europa, Italia compresa, vengono solo messi a disposizione dei corsi di formazione ai quali i docenti possono aderire a loro discrezione. (Capurso, Falk-Schalk, 2010)

Catenazzo (2019) in merito evidenzia il ruolo delle Scuole Polo, degli USR (Uffici Scolastici Regionali) e del portale nazionale. Questi servizi hanno difatti il compito di proporre e divulgare corsi di formazione e, grazie all'impiego delle nuove tecnologie, creare reti di collaborazione tra diverse scuole e enti del territorio.

Il sito internet del MIUR<sup>28</sup>, nella sezione dedicata alla formazione della Scuola in Ospedale, rende pubblica la data e i focus di webinar e corsi di formazione a livello nazionale e regionale, mettendo inoltre a disposizione materiali digitali di congressi passati.

Il progetto formativo *HSH@Teacher*, avviato nel 2004 dal MIUR, rappresenta un esempio di formazione in servizio offerta ai docenti ospedalieri.

Condotta dal CNR-ITD (Istituto per le Tecnologie Didattiche) di Genova, questo progetto si è concentrato specificatamente nel fornire una preparazione adeguata agli insegnanti sull'impiego delle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione a supporto del processo di insegnamento-apprendimento, in quegli anni ambito di utilizzo delle ICT di recente introduzione.

Attraverso l'e-learning è stato dunque possibile diffondere materiale formativo multimediale e creare una comunità telematica di insegnanti, i quali potevano condividere tra di loro esperienze, buone pratiche e materiali didattici ritenuti utili a supportare la continuazione del percorso didattico-educativo degli studenti.<sup>29</sup>

Boffo nel suo volume descrive inoltre il progetto avviato, nel 2015, in seguito ad un Protocollo d'Intesa tra l'Ospedale Universitario Pediatrico Meyer (FI) e il Dipartimento di Scienze della Formazione e Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze.

Grazie a questa collaborazione è stato possibile attivare un percorso specifico di tirocinio all'interno della struttura ospedaliera per gli studenti della facoltà di Scienze della Formazione Primaria.

Il progetto ha permesso, anche in modalità digitale durante la pandemia, di offrire agli studenti attentamente selezionati, di poter osservare, apprendere, attuare all'interno delle sezioni ospedaliere grazie all'accompagnamento di insegnanti esperti.

In aggiunta alle 330 ore di tirocinio diretto è offerto ai tirocinanti un corso di formazione specifico, necessario a sopperire alla mancanza di un corso *ad hoc* nel Manifesto di Studi del corso di laurea, permettendo loro di approfondire argomenti come la didattica personalizzata e la gestione di un contesto così delicato e complesso. (Boffo, 2022)

---

<sup>28</sup> <https://scuolainospedale.miur.gov.it/sio/>

<sup>29</sup> Tratto da <https://www.cnr.it/> consultato il 17/07/2023

### **3.2 Collaborazione con la scuola di appartenenza**

Un bambino che viene ricoverato e che non può quindi frequentare quotidianamente la scuola, non smette mai di essere uno studente, un alunno dei suoi insegnanti, della sua scuola. Non viene dimenticato dai suoi compagni e dai suoi maestri, non viene meno il suo diritto allo studio e alla socialità, e di conseguenza non viene meno il dovere dell'istituto di appartenenza di partecipare per garantire e favorire, nel miglior modo possibile, il proseguimento del suo percorso formativo e didattico.

La Circolare Ministeriale n.43 emanata nel febbraio del 2001, conferma l'esigenza di un rapporto paritetico tra la scuola di riferimento e quella ospedaliera.

La prima infatti svolge altresì un ruolo fondamentale nell'assicurare la continuità didattica dell'alunno. Innanzitutto, dato il rapporto privilegiato che hanno avuto con il bambino, i docenti hanno la responsabilità di fornire tutte le informazioni utili affinché i professionisti ospedalieri possano accoglierlo adeguatamente nel primo periodo di degenza, supportarlo durante il ricovero e progettare attività in grado di risaltare i suoi punti di forza e rinforzarne le difficoltà. Inoltre, nel momento in cui uno studente necessita di un'ospedalizzazione superiore ai 15 giorni, il Consiglio di Classe, in collaborazione con i docenti della struttura clinica, sono tenuti ad elaborare un progetto formativo nel quale vengo specificati gli obiettivi di apprendimento, quelli ritenuti fondamentali, e i criteri di valutazione da seguire.

Le *Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare* (2019) attestano infatti la validità dell'attività didattica e dunque delle valutazioni svolte in ospedale.

Seppur non come si vorrebbe, la scuola di appartenenza, in particolare la classe di riferimento, può prendere attivamente parte al percorso educativo del piccolo paziente. Grazie soprattutto alle possibilità offerte dalle nuove tecnologie è possibile organizzare numerose attività ludiche, didattiche, creative ed espressive che possono essere svolte in collaborazione, permettendo dunque allo studente di costruire il proprio apprendimento, di sentirsi parte della classe, di partecipare attivamente alla crescita formativa e sociale del gruppo. Una "banale" videochiamata può stravolgere la giornata, può trasformare una mattinata di tristezza e malinconia in un'occasione per salutarsi, partecipare ad una discussione e condividere le opinioni su un tema caro a tutti, preparare insieme la canzone finale della recita di Natale. Mantenere attivi e costanti i contatti con i propri insegnanti e i propri compagni aiuta e supporta il ragazzo

durante il ricovero, permette di immaginarsi e tratteggiare la realtà futura, fatta di giochi e sorrisi alla quale tornerà, alla quale aggrapparsi nella lotta alla malattia.

In un piccolo comune dell'est della Spagna, un maestro della scuola primaria ha coinvolto gli alunni della sua classe ad essere “los profesores de Guillén”, a ricoprire il ruolo di insegnante aiutando il loro compagno a cui era stato diagnosticato un tumore e che non avrebbe potuto frequentare la scuola per almeno sette mesi.

La classe, divisa in quattro gruppi, ha dapprima creato cartelloni, disegni ed esercizi di ogni materia, così che il compagno potesse seguire il programma. Successivamente hanno realizzato dei piccoli cortometraggi e delle storie inventate che venivano caricati poi su Youtube dal maestro. L'insegnante ha sottolineato come non sia tanto importante la parte didattica-curricolare ma il sostegno e l'affetto che può ricevere il bambino: “Hacer que el niño no se sienta solo, y conseguir motivarle para que tenga más energía que le ayude a levantarse con más de ganas de vivir” (Fare in modo che il bambino non si senta solo, e riuscire a motivarlo ad avere più energia che lo aiuterà ad alzarsi con più voglia di vivere).<sup>30</sup>

Per di più il docente ha affermato di aver notato dei miglioramenti curricolari anche nei compagni che, per poter creare al meglio questi prodotti per l'amico, si impegnavano di più nell'imparare e comprendere le lezioni e che avevano compreso che le tecnologie non servono solo a giocare, ma possono essere usate anche per altri scopi, come aiutare Guillén.

Purtroppo però non sempre è possibile incontrare questa collaborazione nelle realtà italiane. Nel volume di Benigno, Fante e Caruso viene illustrato infatti come, nonostante il 60.6% dei docenti ospedalieri intervistati mantenga un contatto con la scuola di appartenenza, solo il 35.9% conferma la presenza di attività svolte in collaborazione con la classe di riferimento.

Viene inoltre riferito che il 47.3% “non sempre” condivide con l'istituto di provenienza il “protocollo di rientro in classe” (Catenazzo, 2019, p.36), documento fondamentale per la scuola ed i docenti in quanto vengono specificati i risultati ottenuti durante la permanenza in ospedale, le valutazioni, le esigenze formative del bambino, e serve dunque per poter progettare un rientro in classe graduale, attento ai bisogni del singolo ed in grado di risaltare le competenze da lui acquisite.

Un ulteriore supporto per il benessere dello studente degente è l'attivazione di “school reentry programs” (Christiansen et al, 2015, p. S806), programmi di rientro, gestiti da

---

<sup>30</sup> Tratto da <https://www.elnortedecastilla.es/> consultato il 22/07/2023

personale medico competente, volti ad accrescere la conoscenza degli insegnanti e dei pari in merito ad aspetti medici e psicologici legati alla malattia.

Gli studi svolti evidenziano come questi programmi hanno permesso ai docenti di aumentare il proprio senso di sicurezza nell'affrontare le difficoltà incontrate dai bambini una volta tornati a scuola e, di conseguenza, di sviluppare atteggiamenti più positivi. Aver compreso maggiormente gli effetti che la malattia e le cure possono avere sullo stato psicofisico degli studenti, ha consentito di perfezionare, migliorare la progettazione di programmi ed attività didattiche personalizzati, creati a partire dai bisogni e dalle esigenze del bambino. (Christiansen et al, 2015)

Questo genere di programmi, come condiviso anche da Hay, Nabors, Sullivan e Zygmund, possono influire positivamente anche sul gruppo dei pari. Poter incontrare un dottore al quale esporre ogni dubbio e domanda permette innanzitutto ai bambini di conoscere di più sulla malattia del proprio compagno, riducendo di conseguenza le paure e le preoccupazioni. (Hay et al. 2015)

Nell'articolo di Capurso (2006) viene mostrato infatti come i timori più frequenti dei bambini siano dovuti ad una poca conoscenza in merito. Si chiedono difatti se la malattia è contagiosa, se causa dolore, come si devono comportare con il compagno, cosa può o non può fare.

È dimostrato dunque che un'adeguata preparazione prima del rientro in classe permette ai coetanei di sviluppare comportamenti positivi e di interesse nei confronti del bambino, lasciando da parte paure e credenze.

Infine, la partecipazione a questi incontri da parte del bambino malato potrebbe aiutarlo ad esplorare e a superare le proprie paure e ansie del ritorno a scuola. In particolare i bambini malati cronici, i quali non hanno potuto frequentare la scuola per lunghi periodi, possono incontrare difficoltà al rientro per quanto riguarda una loro diversa immagine fisica (per esempio la perdita dei capelli a causa della chemioterapia), in merito a risultati accademici non raggiunti e/o a disturbi dell'apprendimento (alcune cure per la leucemia sono associate ad un incremento di disturbi dell'apprendimento), paura per le reazioni dei compagni e l'atteggiamento degli insegnanti. (Georgiadi, Kourkoutas, 2010)

Sempre Capurso (2017) indica tra le fasi principali di un progetto di rientro a scuola l'"Accompagnamento e monitoraggio scuola-famiglia-ospedale" (Capurso, 2017, p.129). È fondamentale nel periodo successivo alla dimissione garantire una costante comunicazione, supporto e consulenza alla famiglia e alla scuola di provenienza dello

studente, i quali devono essere resi partecipi della pianificazione e della costruzione del progetto di rientro. Il personale sanitario nel suo ruolo di supporto e consulente, deve difatti tenere in considerazione il volere del bambino e della famiglia nell'accompagnare il ragazzo in classe e nel fornire le informazioni richieste.

La scuola di appartenenza deve infine essere preparata, in grado di fornire l'adeguato supporto psicologico, fisico, cognitivo e sociale tanto al bambino quanto ai genitori, garantendo inoltre la frequenza rispettando gli impegni medici e le condizioni igieniche necessarie. (Capurso, 2017)

### **3.3 I genitori: partner informati e attivi**

L'importanza della presenza e della partecipazione dei genitori al processo di cura del bambino viene sostenuta ufficialmente con la pubblicazione, a cura del Parlamento Europeo, della *Carta europea dei bambini degenti in ospedale* nel 1986. Anche il secondo diritto riconosciuto nella *Carta dei diritti del bambino in ospedale*, promulgata a Leida nel 1988, dichiara infatti che "Il bambino in ospedale ha il diritto di avere accanto a sé in ogni momento i genitori o un loro sostituto".

I genitori vogliono rimanere costantemente al fianco del proprio figlio per alleviarne la paura, per rassicurarlo e aiutarlo nella sua battaglia. I genitori sono disposti a mettere in pausa la propria vita, a riorganizzare il lavoro, la quotidianità, la gestione della famiglia per offrire la loro vicinanza e il loro supporto. Molti genitori sarebbero disposti anche ad imparare alcune tecniche infermieristiche così da poter seguire e curare il proprio figlio, velocizzandone le dimissioni. (Coyne, 1995)

I genitori inoltre ricoprono un ruolo fondamentale come parte del team multidisciplinare di cura: conoscendo a fondo il bambino si pongono tra le sue paure, i suoi dubbi e l'ospedale, le cure, le visite dolorose, rappresentano quindi dei mediatori in grado di rassicurare e convincere il bambino ad aderire al programma terapeutico. (Mosconi, Zaninelli, 2022)

Se da una parte l'ospedalizzazione viene vista dagli adulti come indispensabile per assicurare al ragazzo le migliori possibilità di salute, dall'altra però incide sulla funzione di genitore, intesa come figura che si prende cura del figlio in ogni aspetto della sua vita: il ruolo di colui che risolve tutti i problemi perde rilevanza, non possono fare nulla per garantirne la salute e vengono esclusi dalle scelte mediche alle quali vorrebbero invece prendere parte. (Lanzetti, Ricci, Piscozzo, 2008)

A questo proposito Mosconi e Zaninelli (2022) illustrano degli accorgimenti che il personale sanitario potrebbe e dovrebbe mettere in atto per sostenere anche la permanenza dei genitori, tenendo in considerazione che, a maggior ragione che il paziente è minorenni, sarà sempre presente almeno una terza figura, legittimamente impaurita e ansiosa, con la quale doversi rapportare.

Le autrici consigliano ai medici e infermieri di coinvolgere i genitori, dapprima nell'osservazione delle pratiche mediche, e successivamente con la condivisione della quotidianità delle cure, delle visite e dei trattamenti. In questo caso, essendo al corrente di ciò che succede, saranno anzitutto loro più tranquilli e sereni all'arrivo dei dottori, saranno parte attiva del progetto di cura in quanto in grado di supportare e rendere partecipe il bambino, il quale a sua volta accetterà più volentieri queste particolari "attenzioni". Di fondamentale importanza infatti è la condivisione sincera, onesta e aperta con il piccolo paziente di ciò che succederà. Spiegando cosa gli sta succedendo, illustrando gli strumenti che si usano, la loro funzionalità e cosa proverà, il bambino si sentirà partecipe della propria guarigione e si dimostrerà quindi maggiormente bendisposto. (Capurso, 2017)

Risulta essere inoltre di grande utilità la possibilità per i genitori di usufruire di un supporto psicologico, in grado di favorire la condivisione di ansie, paure e speranze legate all'ospedalizzazione del figlio, a ciò che questa implica anche su ciò che rimane fuori dall'ospedale, sul suo ritorno alla realtà esterna, quotidiana. (Mosconi, Zaninelli, 2022)

Considerato che dalle ricerche svolte negli ultimi anni risulta maggior l'attenzione dei genitori in merito al "benessere globale del bambino" (Lanzetti, Ricci, Piscozzo, 2008, p.38), quindi anche per quanto riguarda l'ambito didattico educativo, appare essenziale anche la realizzazione di una salda e costante collaborazione tra i genitori e gli insegnanti, ospedalieri e non.

Mosconi e Zaninelli, nello stesso articolo (2022), illustrano il delicato contesto in cui l'insegnante si trova ad operare. La continua presenza dei genitori infatti può supportare e contribuire alla partecipazione del minore all'esperienza didattica oppure, nel caso la reputassero di secondaria importanza e quindi trascurabile (Capurso, 2006), potrebbero rappresentare un ostacolo al progetto di continuità didattica, ma soprattutto alla possibilità di offrire al bambino attimi di serena quotidianità.

Si conferma dunque l'enorme valore di una buona e salda relazione tra il team docenti e la famiglia come base per la costruzione di un progetto di cura globale, multidisciplinare, che rispetti e sostenga complessivamente il piccolo paziente.

Affinché la presa in carico educativa del bambino risulti attiva ed efficiente è necessario che via sia una costante collaborazione tra genitori e insegnanti nelle tre fasi dell'ospedalizzazione individuate da Äärelä, Määttä e Uusiautti (2016).

Perché i docenti ospedalieri possano pianificare e programmare un intervento educativo personalizzato è opportuno che i genitori, prima dell'ospedalizzazione, diano il permesso al personale sanitario di condividere con gli insegnanti le informazioni riguardo al futuro allievo.

Successivamente, per poter supportare nel migliore dei modi la degenza del bambino, il docente deve essere in grado di ascoltare e riconoscere le preoccupazioni ed i bisogni del piccolo paziente e della sua famiglia così da poter porre maggiore attenzione nella programmazione dell'intervento educativo-didattico e nella costruzione dei rapporti interpersonali. Tra le preoccupazioni principali dei bambini ricoverati e delle loro famiglie infatti si possono ritrovare la salute del figlio, il suo senso di solitudine la paura delle cure e dei trattamenti e anche l'interruzione del percorso didattico. (Ming-Gon, Hiu Nam, 2003)

Infine, una volta terminata l'ospedalizzazione, i genitori e l'insegnante devono collaborare nel favorire il rientro del giovane studente nella scuola di appartenenza.

Se da una parte vi può essere il rifiuto da parte del bambino e della famiglia a causa di una precedente mancata o inadeguata presa in carico da parte dei docenti di riferimento, dall'altra è possibile incontrare anche un'impreparazione e un'inconsapevolezza da parte del team di classe e della scuola di appartenenza in merito alla malattia del bambino e al processo di riabilitazione. (Äärelä, Määttä Uusiautti, 2016)

Entrano dunque in gioco i programmi di rientro a scuola proposti da Christiansen et al (2015), i quali devono essere progettati e svolti da personale competente con lo scopo di supportare e preparare gli insegnanti e i compagni di classe al ritorno del loro compagno, favorendo così un ambiente pronto, adeguato e accogliente.

La collaborazione tra l'insegnante ospedaliero e i genitori risulta quindi fondamentale durante la degenza per poter fornire al bambino, sulla base delle sue esigenze psicologiche, cognitive, relazionali, le giuste risposte educative e didattiche.

Mourik (2008) individua infatti, all'interno del secondo livello "Compiti generali di sostegno", una categoria denominata per l'appunto "Task as a discussion partner of parents" (Mourik, 2008, p.7). Gli insegnanti dunque devono possedere le competenze tali per poter conversare e discutere con i genitori in una situazione tanto delicata. L'autore indica per questo compito tre competenze principali: sapere conversare per chiarire e spiegare i problemi legati alla scuola di appartenenza, alle esigenze educative del bambino; sapere consigliare ai genitori dove poter trovare sostegno sul territorio, quale scuola sarebbe in grado di offrire la presa in carico migliore al figlio; essere in grado di costruire una relazione fondata sulla fiducia, l'insegnante infatti potrebbe diventare un punto di riferimento per la famiglia, una figura con la quale condividere le paure in merito alla malattia, alle cure e al futuro.

Dall'analisi della letteratura si può osservare infatti come nella maggior parte dei casi i rapporti tra genitori e insegnanti siano di tipo informale, non connessi dunque all'istruzione ma alla vita ospedaliera, e che, il 28,2% dei docenti intervistati afferma che gli incontri sono "sempre" una "richiesta di supporto e di sostegno dalla famiglia. (Benigno, Fante, Caruso, 2017, p.41)

Affinché l'insegnante sia in grado di accogliere le preoccupazioni dei genitori, di rispondere adeguatamente ai dubbi e alle paure e di fornire il giusto supporto psicologico senza farsi coinvolgere troppo, rischiando di perdere quindi la lucidità e il controllo della situazione, è fondamentale abbia sviluppato un'adeguata consapevolezza di sé, dei propri sentimenti, che sia capace di riconoscere e gestire anzitutto le proprie emozioni così da poter identificare quelle dei bambini e dei loro genitori. (Hen, 2020)

Anche i genitori, soprattutto loro, hanno bisogno di un estremo supporto dal punto di vista psicologico, fisico ed anche materiale.

Gli enti territoriali e le associazioni di volontariato mettono difatti a disposizione delle famiglie strutture, personale formato e gruppi di sostegno.

L'Istituto G. Gaslini, per esempio, ha messo a disposizione un nuovo sistema di accoglienza, Centro Accoglienza Bambini e Famiglie (CABeF), il quale supporta il bambino degente e le famiglie con un'equipe multidisciplinare e multidimensionale. Sono presenti difatti, in aggiunta agli operatori sanitari ed agli educatori, assistenti sociali con il compito di sostenere le famiglie dal punto di vista economico, relazionale e nella ricerca dell'alloggio. Sono inoltre presenti mediatori culturali in grado di

favorire le comunicazioni e le relazioni di coloro che, raggiungendo l'Istituto dall'estero, potrebbero avere difficoltà con la lingua e la cultura.<sup>31</sup>

Di grande rilievo nel nostro territorio è *La Band degli Orsi*, un'associazione di volontariato nata per offrire sostegno alle famiglie e ai bambini durante la degenza.

I volontari coinvolgono i piccoli pazienti dell'ospedale Gaslini in progetti ludici e divertenti, organizzati con lo scopo di offrire momenti di svago e di gioco durante i quali la malattia sembra fermarsi. Negli ultimi vent'anni inoltre sono stati messi a disposizione alloggi e rifugi per accogliere gratuitamente le famiglie dei bambini ricoverati. Anche alcune realtà religiose del territorio hanno offerto alla Band di riadattare degli ambienti in modo tale da permettere a più famiglie di usufruire di questo servizio.<sup>32</sup>

Sicuramente avere la possibilità di vivere la malattia potendo tornare “a casa”, mantenendo la famiglia unita sotto uno stesso tetto e potendo dividere gli spazi e le routine dell'ospedale con altre famiglie che condividono e comprendono le tue preoccupazioni e paure, influisce molto sullo stato d'animo dei genitori permettendo loro, avendo meno pensieri organizzativi e logistici, di sostenere e stare accanto al figlio con un atteggiamento più positivo e speranzoso, aiutando dunque anche il bambino a vivere con più serenità l'ospedalizzazione. Dalla letteratura si può evincere infatti che, quando i genitori sono in grado di mantenere verso il figlio un atteggiamento calmo e amorevole, il bambino presenta più possibilità di rispondere positivamente alle cure e agli ostacoli imposti dalla malattia. (Mescon, Honig, 1995)

### **3.4 Il bambino e l'adolescente ospedalizzato**

La *Convenzione sui Diritti dell'Infanzia*, ratificata dall'Assemblea generale della Nazioni Unite nel 1989, rappresenta un punto di svolta per i diritti di tutti i bambini del mondo. Gli Stati parte si impegnano dunque affinché ad “ogni essere umano avente un'età inferiore a diciott'anni” sia garantita la salute, la vita, l'identità e lo sviluppo.

In particolare la *Convenzione* (art. 12 e art. 24) sancisce che ad ogni fanciullo deve essere assicurato il diritto di “esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa” e di “godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione”. (Assemblea delle Nazioni Unite, 1989)

---

<sup>31</sup> Tratto da <https://www.gaslini.org/> consultato il 31/07/2023

<sup>32</sup> Tratto da <https://www.labanddegliorsi.it/> consultato il 31/07/2023

Essendo dunque a tutti gli effetti un individuo detentore di diritti, anche quando ospedalizzato, il bambino deve essere ritenuto parte attiva e coinvolta nel suo processo di cura. Jankovic supporta difatti la teoria di un coinvolgimento totale, ovviamente compatibile e ragionato in base all'età e alla maturità del paziente, nella conoscenza della malattia e della sua evoluzione, delle terapie da seguire e della routine medica quotidiana. Il medico non comunica la diagnosi ai genitori, parla invece da solo con il piccolo paziente, rendendolo protagonista della sua storia. Mediante modalità comunicative adeguate, come il dialogo, i paragoni e l'uso di immagini tratte da cartoni animati, il dottore instaura con il ragazzo un clima di fiducia, risponde alle sue domande e alle sue curiosità, spiegandogli cosa sta succedendo nel suo corpo.

Sarà poi il minore a dover parlare e riferire ai genitori cosa ha compreso riguardo alla sua situazione. In questo modo è possibile instaurare all'interno della famiglia una comunicazione ed una relazione nella quale tutti i componenti si ritrovano sullo stesso piano, il bambino infatti non viene più escluso dalle comunicazioni, ricopre anzi un ruolo principale nel percorso di cura, partecipando attivamente ed esprimendo la sua opinione. Seguendo questa modalità inoltre si sottraggono i genitori dal compito di dover rispondere alle domande del figlio, alle quali, poiché anche impreparati, potrebbero rispondere eludendo la verità. (Jankovic et al, 2008)

I genitori cercano infatti di nascondere al bambino la verità sulla malattia, di non coinvolgerlo nelle comunicazioni medico-famiglia nella speranza di proteggere il figlio, di evitargli di affrontare la malattia, provando a preservare in lui ancora un po' dell'innocenza che dovrebbe vivere in quegli anni.

La sua esclusione, il suo non coinvolgimento rischia invece di ottenere l'esito opposto. Il piccolo paziente infatti, se non adeguatamente informato, ricerca la causa della sua malattia mettendo insieme le sue esperienze, la sua conoscenza sul mondo, le poche informazioni che riesce a captare dai medici e la sua interpretazione degli stati d'animo dei genitori. Non essendogli stata fornita una spiegazione valida a ciò che gli sta succedendo il bambino potrebbe pensare che la malattia e l'ospedalizzazione siano una punizione, una conseguenza del suo comportamento. (Jankovic et al, 2008; Capurso, Di Castelbianco, Di Renzo, 2021; Rokach 2016)

Per supportare psicologicamente ed emotivamente i bambini, facilitandone la degenza, favorendo quindi una migliore adesione al trattamento di cura e un aumento delle possibilità di guarigione è fondamentale dunque sia riconosciuto loro il diritto all'identità, all'espressione, che siano "riconosciuti come "piccole persone" che

desiderano essere trattati non solo come “corpi” ma come esseri umani con emozioni, dolore, malattia e preoccupazioni” (Rokach, 2016, p. 400), che hanno bisogno di essere ascoltati, capiti e resi partecipi della loro vita.

Capurso (2017) descrive in merito le caratteristiche e i fattori che concorrono e permettono al bambino una maggior comprensione della malattia.

È anzitutto fondamentale tenere in considerazione l'età e lo sviluppo cognitivo del paziente. Ad ogni fascia d'età corrisponde, generalmente, una visione più o meno elaborata del corpo, della sua funzione e quindi della malattia.

Ad esempio, se un bambino al di sotto dei due anni non comprende il motivo del suo dolore e aspetta che i genitori risolvano il problema, tra i tre e i cinque anni, nonostante abbia difficoltà nel discriminare la realtà dall'immaginazione, comprende di avere un ruolo nel trattamento di cura, che può fare anche lui qualcosa per guarire.

A partire dai cinque anni, con lo sviluppo del pensiero logico, migliora in generale la comprensione della situazione e iniziano quindi a sorgere preoccupazione riguardo alla vita sociale, scolastica e sportiva “messa in pausa”.

Sopra agli undici anni, infine, con il potenziamento del pensiero astratto e ipotetico, il ragazzo comprende maggiormente la relazione esistente tra le scelte personali, il comportamento e la salute. Capurso evidenzia però come quest'età, lo spirito di ribellione ed indipendenza possa rappresentare un ostacolo in merito all'adesione al progetto di cura.

Anche il carattere del singolo, la sua volontà, la sua visione della vita, la cultura e la risposta della famiglia influiscono sulla comprensione della malattia. Come un ragazzo è solito porsi di fronte agli avvenimenti esterni, come la famiglia, la cultura vede la persona malata, la malattia, il personale sanitario, quindi gli atteggiamenti assunti durante la degenza, giocano un ruolo essenziale nel modo in cui il ragazzo comprende, accetta e risponde alla diagnosi.

La stessa diagnosi, il modo in cui è stata comunicata, la terapia prevista ed anche eventuali esperienze di malattia pregresse, influenzano la reazione del bambino ricoverato, le sue aspettative, le sue paure e preoccupazioni. (Capurso, 2017)

La malattia, l'ospedalizzazione, la lontananza da casa e da tutto ciò che caratterizzava la vita pre-diagnosi provoca, giustamente, stress, paura, ansia nei piccoli pazienti.

I bambini vivono in un luogo a loro sconosciuto, costellato di strani macchinari rumorosi, sono sottoposti a visite e procedure talvolta dolorose somministrate da

persone nuove, alle volte mascherate e coperte e possono stare con i propri familiari ed amici solo durante le ore di visita. Il personale sanitario però, con piccoli accorgimenti, può agevolare ed aiutare i ragazzi nel sentirsi un po' più a loro agio nella nuova, e temporanea, casa, riducendo le cause di possibili reazioni negative.

Innanzitutto, oltre ad informarli direttamente sulla diagnosi e sull'evoluzione della malattia, dovrebbero essere spiegate loro, ovviamente tenendo in considerazione l'età e le conoscenze possedute, anche le procedure alle quali devono sottoporsi, se e quanto dolore potrebbero sentire. Una modalità di comunicazione ideale potrebbe essere quella di permettere loro di manipolare, esaminare, toccare alcuni degli strumenti che verranno poi utilizzati. In questo modo, conoscendo ciò che succederà, avendo la possibilità di parlare con i medici, chiarire i propri dubbi ed esprimere le proprie preoccupazioni i ragazzi possono prendere parte attivamente al proprio percorso di cura, contribuendo quindi alla buona riuscita delle visite e delle operazioni. (Nagera, 1978)

Nagera suggerisce inoltre di permettere ai bambini di visitare l'ospedale prima del ricovero, per scoprire gli ambienti e conoscere già alcuni medici ed infermieri che lo seguiranno una volta ricoverato.

Viene consigliato di consentire loro di portarsi un oggetto, un pupazzo come supporto morale, un ricordo di casa, per "addolcire" un po' la fredda camera di degenza.

Soprattutto per i più piccoli, si suggerisce di autorizzare i genitori, la madre, di accompagnare il figlio durante le procedure preoperatorie e nella sala operatoria, per sostenere e tranquillizzare il bambino, e anche se stessi.

Infine viene confermato come, dal punto di vista sociale, affettivo e relazionale anche le visite, i contatti con gli amici e i familiari e le attività ludico-ricreative ed educative ricoprono un ruolo fondamentale nel favorire e facilitare il ricovero dei minori, riducendone l'isolamento e concorrendo al mantenimento di uno stato d'animo sereno e speranzoso. (Nagera, 1978)

Un esempio di speranza e rinascita è il progetto *In viaggio per guarire*<sup>33</sup>, un progetto portato avanti da un gruppo di ragazzi che si sono incontrati a causa della malattia, dell'ospedalizzazione, che hanno vissuto anche l'esperienza della Scuola in Ospedale, dell'incontro, della condivisione, dell'amicizia e della speranza.

Per molti anni i ragazzi degli Spedali Civili di Brescia, con il sostegno della professoressa Berenzi della sezione ospedaliera dell'I.I.S. Castelli (BS), insignita del

---

<sup>33</sup> <https://sites.google.com/view/inviaggioperguarire>

premio *Italian Teacher Prize*, hanno svolto un viaggio di sensibilizzazione nelle scuole di tutta Italia, per raccontare ai coetanei la loro esperienza, come hanno affrontato i cambiamenti fisici, sociali e affettivi derivati dalle terapie e dal ricovero, la lontananza da amici e famiglia, la nuova e particolare scuola che hanno frequentato, i nuovi amici. Con la loro testimonianza hanno cercato soprattutto di educare alla “cultura del dono”, all’importanza della donazione del sangue e del midollo: un semplice gesto per offrire alle persone, ai bambini di tutte le età una speranza di vita, una possibilità per combattere la malattia.

## Capitolo 4

### Questionario ai docenti della Scuola in Ospedale

#### 4.1 Introduzione e domanda di studio

Quando ho deciso di voler approfondire come argomento di tesi la Scuola in Ospedale il mio intento era quello di svolgere uno studio di caso, saperne di più, cercare di scoprire, attraverso la letteratura, come funzionasse questa particolare scuola, come nella realtà fosse permesso ai bambini ed adolescenti degenti di continuare il proprio percorso formativo. Lo scopo era dunque solo quello di riassumere teoricamente ciò che autori nazionali ed internazionali hanno analizzato durante gli anni.

Seguendo il consiglio della Dott.ssa Pennazio però ho pensato al valore che avrebbe avuto scoprire, comprendere e analizzare il lavoro degli insegnanti delle sezioni ospedaliere delle realtà nazionali. Grazie all'aiuto dei giocatori della Nazionale Calcio Trapiantati e usufruendo del sito del MIUR dedicato alla Scuola in Ospedale e all'Istruzione Domiciliare<sup>34</sup> ho potuto raggiungere docenti di ogni ordine e grado delle sezioni ospedaliere di numerose regioni.

Con il questionario online, realizzato appositamente perché fosse di facile e veloce compilazione, dato soprattutto il periodo estivo nel quale è stato somministrato, ho cercato, seppur in minima parte e senza alcuna presunzione di ricerca, di scoprire il punto di vista degli insegnanti, di comprendere *“In che modo gli insegnanti tutelano i diritti e i bisogni educativi di bambini e adolescenti degenti”*.

Le domande poste nel questionario cercano difatti di osservare come e quali dei diversi temi approfonditi nei paragrafi precedenti, delle distinte azioni e pratiche affrontate, vengono attuate nel contesto italiano per offrire agli studenti la possibilità di proseguire il proprio percorso istruttivo, formativo ed educativo, in un ambiente che supporti la loro crescita, il loro benessere: l'uso delle tecnologie, l'ambiente di apprendimento, le metodologie didattiche predilette, il rapporto tra docenti, medici e genitori, la collaborazione con la scuola di appartenenza.

---

<sup>34</sup> <https://scuolainospedale.miur.gov.it/sio/>

## 4.2 Partecipanti

Il questionario è stato diffuso tra i docenti delle sezioni ospedaliere della Scuola dell'Infanzia, della Scuola Primaria, della Scuola Secondaria di I grado e della Scuola Secondaria di II grado degli ospedali e cliniche pediatriche italiane.

Poiché gli individui hanno partecipato per libera adesione, e tenendo inoltre in considerazione il periodo festivo in cui è stato diffuso il questionario, i soggetti che hanno effettivamente compilato il suddetto rappresentano un numero ristretto della popolazione di riferimento.

Le risposte ricevute provengono da 49 docenti delle sezioni ospedaliere:

- Scuola Primaria dell'Istituto "Giannina Gaslini" di Genova;
- Scuola Primaria e Secondaria di I e II grado dell'Ospedale pediatrico "Meyer" di Firenze;
- Scuola Primaria e Secondaria di II grado dei poli dell'Ospedale Pediatrico "Bambin Gesù" di Roma
- Scuola Secondaria di I grado del Policlinico Gemelli di Roma
- Scuola Secondaria di I grado del reparto di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico "Umberto I" di Roma;
- Scuola Primaria del Policlinico di Milano;
- Scuola Secondaria di I grado del reparto di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile di Sassari;
- Scuola Secondaria di II grado della struttura ospedaliera dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" di Napoli;
- Scuola Primaria dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari;
- Scuola dell'Infanzia e Secondaria di I grado del Presidio Ospedaliero "G. Salesi" di Ancona;
- Scuola Primaria e Secondaria di I grado dell'Ospedale dei bambini "Pietro Barilla" di Parma;
- Scuola Primaria dell'Istituto Ortopedico "Rizzoli" di Bologna;
- Scuola Secondaria di II grado degli ospedali "Cannizzaro", "Garibaldi-Nesima", S. Marco e del Policlinico Universitario "G. Rodolico" di Catania;
- Scuola Primaria del reparto di oncoematologia pediatrica e Scuola Secondaria di I e II grado dell'ospedale "San Gerardo" di Monza;
- Scuola Secondaria di II grado dell'ospedale di Padova.

### **4.3 Metodo di studio e strumento di rilevazione dei dati**

Nonostante lo strumento di rilevazione utilizzato sia stato il questionario, in questo caso online, quindi prettamente un mezzo per rilevare quantitativamente i dati, la tipologia di strutturazione, una semi-strutturazione per l'appunto, ha permesso di raccogliere dati più descrittivi e testuali. Un metodo dunque che può essere ritenuto qualitativo in quanto permette di raccogliere comportamenti, idee e approfondimenti dei partecipanti in merito ad un determinato argomento

Le domande poste, seppur strutturate come scelta multipla per semplificare e incentivare la compilazione da parte dei docenti, consentivano, nella sezione "altro", di specificare e/o aggiungere dettagli alla risposta. Molti insegnanti infatti, specificando come non fosse possibile generalizzare la risposta per tutti i casi di studenti che hanno seguito, hanno preferito spiegare approfondire con questa modalità il proprio punto di vista. È stato inoltre messo a disposizione, al termine del questionario, uno spazio libero nel quale i docenti potessero apportare eventuali e graditi approfondimenti.

Il questionario, creato con l'applicazione *Moduli Google*, la quale permette di creare facilmente sondaggi, quiz e questionari da condividere tramite un link, mi ha permesso di raccogliere informazioni e idee in forma anonima, non sono stati difatti diffusi dati sensibili e/o e-mail dei partecipanti.

### **4.4 Analisi dei dati**

Le prime domande sono state poste con l'intento di delineare, seppur in parte, un profilo generale dell'insegnante ospedaliero: gli anni di servizio, l'ospedale e l'ordine di scuola in cui opera, la motivazione alla base della scelta di lavorare nelle sezioni ospedaliere.

A partire dalla quinta domanda si cercano risposte ai distinti temi che sono stati approfonditi dal punto di vista teorico nei capitoli precedenti: relativamente l'ambiente di apprendimento, le metodologie didattiche impiegate, l'uso delle tecnologie, la formazione dei docenti, la collaborazione e i contatti con la classe di appartenenza, il tema della malattia affrontato con i ragazzi, i rapporti con il personale sanitario e con i genitori, la condivisione del protocollo di rientro e infine gli aspetti ritenuti più difficili e più gratificanti del lavoro nelle sezioni ospedaliere.

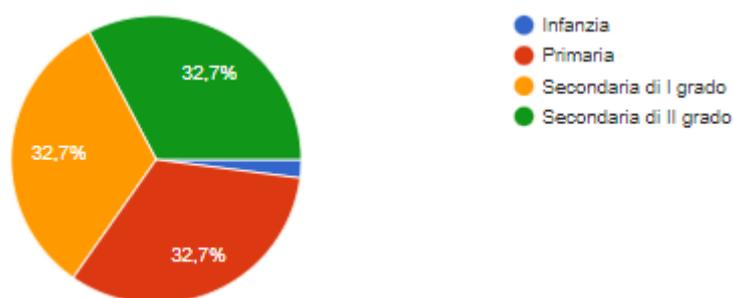
D1: *Da quanti anni lavora come insegnante nella Scuola in Ospedale?*



**Tab. 6: Risposte D1 *Da quanti anni lavora come insegnante nella Scuola in Ospedale?***

Con la prima domanda è stato possibile notare come la maggior parte degli insegnanti intervistati operi all'interno delle sezioni ospedaliere da meno di cinque anni (19), diciassette docenti invece sono in servizio da un numero di anni compreso tra i cinque e i dieci. Tra gli undici insegnanti che affermano di lavorare in ospedale da più di dieci anni vi è anche una professoressa della Scuola Secondaria di I grado di Parma che presta servizio nella SiO da 23 anni. Ha partecipato inoltre un'insegnante che ha prestato servizio nella SiO solo nel corrente anno scolastico, 2022/2023.

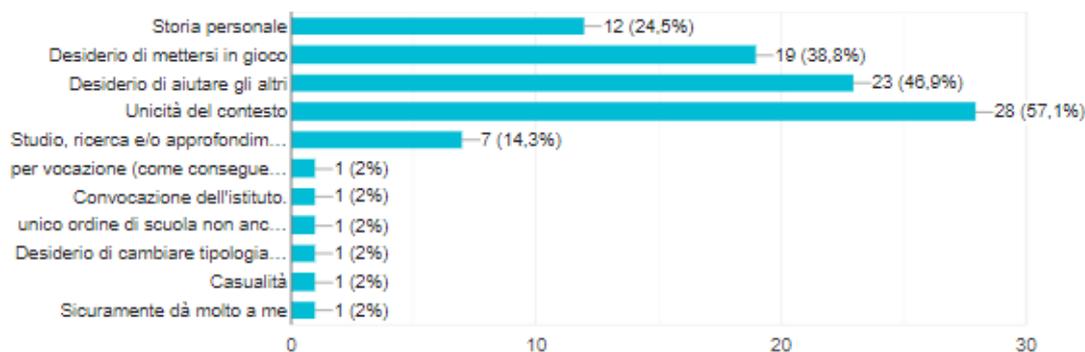
D3: *In quale ordine di scuola?*



**Tab. 7: Risposte D3 *In quale ordine di scuola?***

Hanno partecipato al questionario sedici maestri della Scuola Primaria (32,7%), sedici professori della Scuola Secondaria di II grado (32,7%) e sedici della Secondaria di I grado (32,7%). Sono state raccolte inoltre le risposte di un solo docente della Scuola dell'Infanzia.

D4: *Quale motivazione l'ha spinto/a a diventare insegnante delle sezioni ospedaliere?*  
 (Possono essere selezionate più risposte)



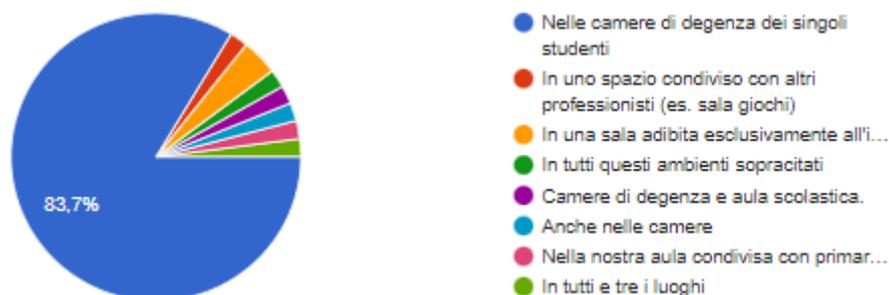
**Tab. 8: Risposte D4** *Quale motivazione l'ha spinto/a a diventare insegnante delle sezioni ospedaliere? (Possono essere selezionate più risposte)*

Con la quarta domanda ho cercato di indagare le motivazioni per le quali i partecipanti hanno deciso di intraprendere il servizio in un contesto tanto delicato e emotivamente carico e fragile.

Le ragioni maggiormente condivise sono state l'*Unicità del contesto* e il *Desiderio di aiutare gli altri*, a seguire il *Desiderio di mettersi in gioco*, la *Storia personale* e per motivi di *Studio, ricerca e/o approfondimento*.

Alcuni docenti hanno inoltre voluto aggiungere come motivazioni la *Vocazione*, il *Desiderio di cambiare tipologia di insegnamento*, in quanto *Unico ordine di scuola non ancora sperimentato* e infine a causa di una *Convocazione dell'Istituto*, per *Casualità*.

D5: *Dove svolge principalmente le lezioni?*

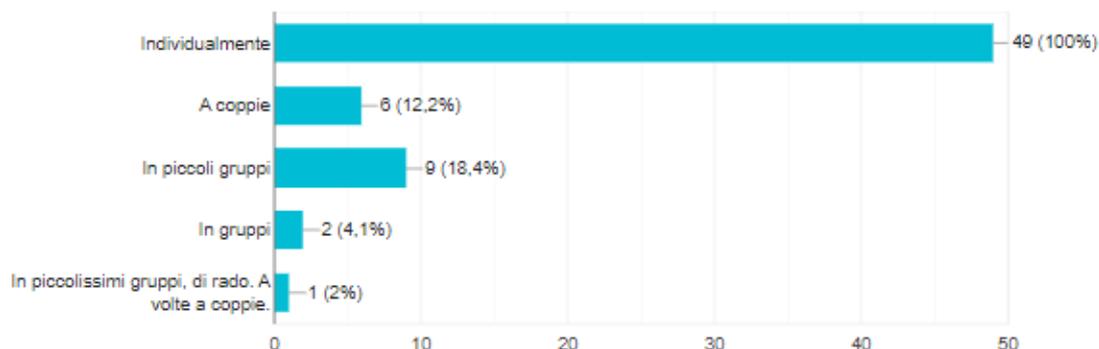


**Tab. 9: Risposte D5** *Dove svolge principalmente le lezioni?*

La quasi totalità dei partecipanti (45) afferma come le lezioni si svolgano principalmente nelle singole camere di degenza.

Più raramente capita di poter svolgere le lezioni all'interno di *una sala adibita esclusivamente all'insegnamento (l'aula scolastica) o in uno spazio condiviso con altri professionisti (es. sala giochi).*

D6: *Le lezioni si svolgono prevalentemente (Possono essere selezionate più risposte)*

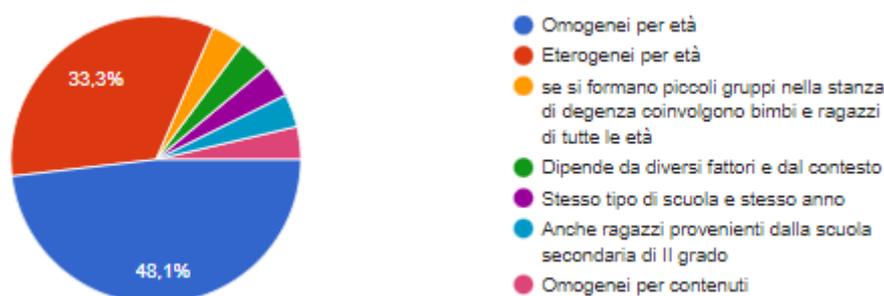


**Tab. 10: Risposte D6 *Le lezioni si svolgono prevalentemente (Possono essere selezionate più risposte)***

La totalità dei docenti conferma che le lezioni nelle sezioni ospedaliere vengono svolte principalmente con un rapporto 1:1, modalità probabilmente influenzata dal lavoro svolto prevalentemente nelle stanze dei singoli.

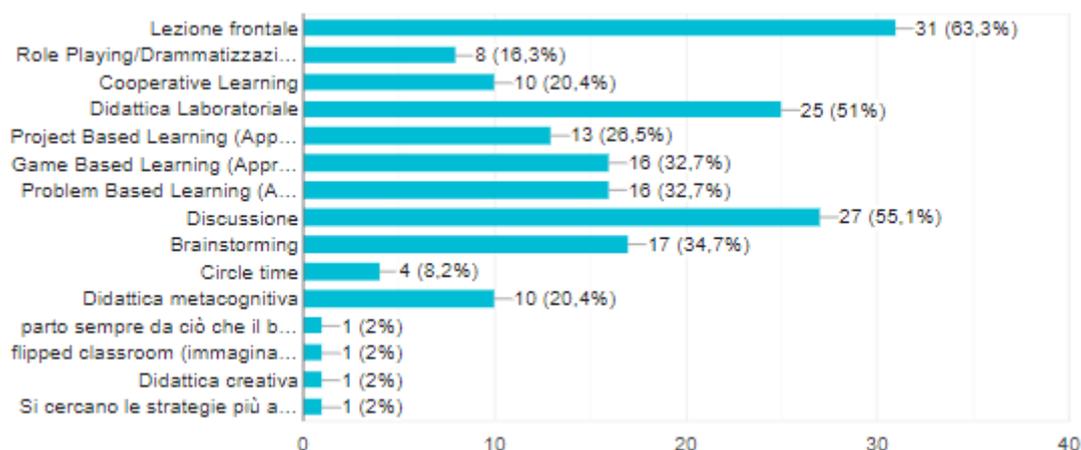
Alcuni evidenziano come vi si anche la possibilità di proporre un lavoro *a coppie* o *in piccoli gruppi*. Solo due insegnanti hanno selezionato l'opportunità di un lavoro svolto *in gruppi*.

Con la settimana domanda, D7: *Se in gruppi o piccoli gruppi*, è stato chiesto di specificare la composizione dei tali. Quasi la metà degli insegnanti confermano l'omogeneità per età, e quindi per contenuti, dei gruppi di lavoro. Il restante invece, risaltando la complessità e l'unicità del contesto, afferma invece di dover confrontarsi con gruppi di studenti di età anche molto diverse tra loro.



**Tab. 11: Risposte D7: *Se in gruppi o piccoli gruppi***

D8: Quali metodologie didattiche predilige? (Possono essere selezionate più risposte)



Tab. 12: Risposte D8 Quali metodologie didattiche predilige? (Possono essere selezionate più risposte)

Questa domanda si pone l'obiettivo di indagare le metodologie principali che il singolo docente sceglie di adottare all'interno delle sezioni ospedaliere. Ovviamente è fondamentale tenere in considerazione che ogni situazione, ogni contesto, ma soprattutto ogni studente richiede un approccio personalizzato, individualizzato, in grado di proporre un metodo in linea con il suo stile di apprendimento, capace dunque di stimolarlo, incentivarlo e supportarlo nella presa in carico del proprio apprendimento.

Dalle risposte ottenute si può notare la predilezione dei docenti verso una didattica frontale, che stimoli gli studenti a mettersi in gioco mediante attività laboratoriali e di discussione.

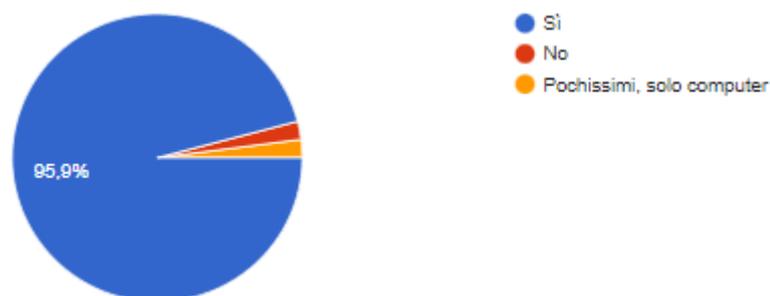
Vengono scelte da circa un terzo dei docenti lezioni progettate con l'impiego di metodologie come il Game Based Learning, il Project Based Learning, il Problem Based Learning e attività di didattica metacognitiva e Brainstorming, modalità di lavoro in cui lo studente gioca il ruolo di protagonista, chiamato a mettere in campo le competenze e le conoscenze acquisite.

Meno selezionate sono il Role Playing, il Cooperative Learning e il Circle time. Questa scelta può essere dettata dal contesto di lavoro: possono essere modalità di difficile applicazione nel momento in cui si è tenuti a lavorare individualmente, con studenti a volte allettati, impossibilitati nel movimento.

Certamente, come specificano da alcuni insegnanti, la didattica, la metodologia, gli argomenti devono essere selezionati sulla base degli interessi e delle caratteristiche personali e fisiche-salutari del singolo, partendo "sempre da ciò che il bambino sente

di voler fare per star bene insieme”, cercando “le strategie più adatte in base all'età e al tipo di patologia dei degenti”.

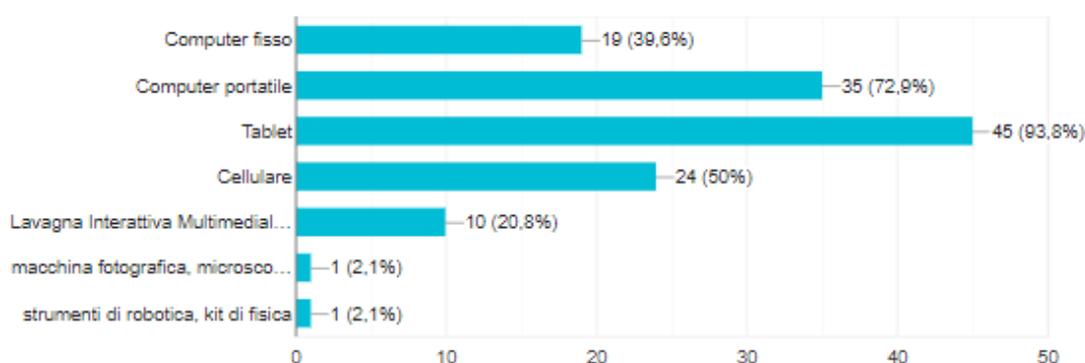
D9: *Sono presenti strumenti tecnologici a disposizione del processo di insegnamento-apprendimento?*



**Tab. 13: Risposte D9 Sono presenti strumenti tecnologici a disposizione del processo di insegnamento-apprendimento?**

In quasi tutte le sezioni ospedaliere dove operano i docenti partecipanti sono presenti strumenti tecnologici, perlomeno computer, a disposizione di alunni e insegnanti. Solo in un caso viene data una risposta negativa.

D10: *Se sì, quali? (Possono essere selezionate più risposte)*



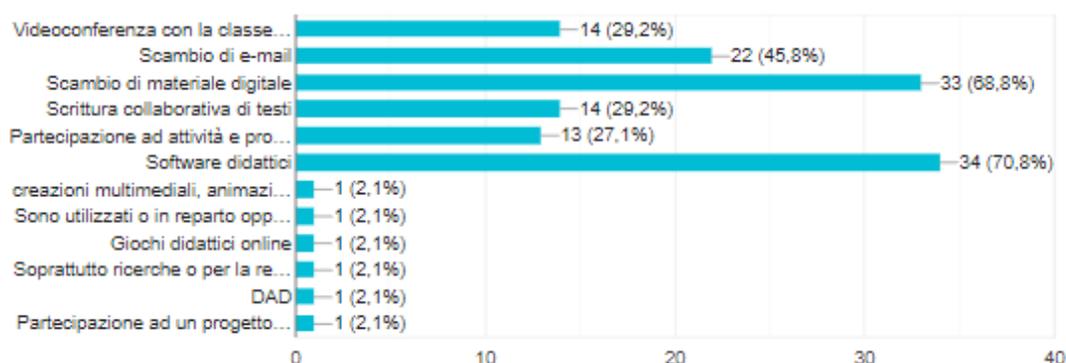
**Tab. 14: Risposte D10 Se sì, quali? (Possono essere selezionate più risposte)**

Nella quasi totalità delle Scuole in Ospedale dei docenti intervistati si possono trovare i tablet a disposizione del processo di insegnamento-apprendimento. Risulta essere comune inoltre l'impiego di computer portatili e cellulari.

A seguire poi si possono trovare i computer fissi e la LIM (Lavagna Interattiva Multimediale).

Una maestra della Scuola Primaria dell'ospedale pediatrico di Firenze riferisce della presenza di una macchina fotografica e di un microscopio, mentre un docente della Scuola Secondaria di II grado di Padova riporta della disponibilità di strumenti di robotica e di un di fisica.

D11: *Come vengono impiegati? (Possono essere selezionate più risposte)*



**Tab. 15: Risposte D11 Come vengono impiegati? (Possono essere selezionate più risposte)**

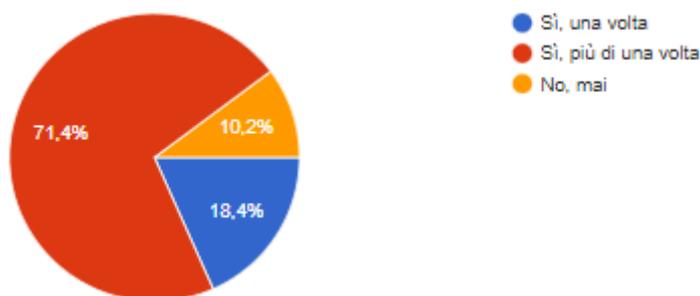
Le tecnologie di cui sopra vengono principalmente impiegate per favorire lo scambio di materiale digitale, probabilmente con altri studenti della SiO o con i compagni della scuola di appartenenza, e per l'utilizzo di software didattici.

Quasi la metà dei docenti riferisce un utilizzo degli strumenti per uno scambio di e-mail, mentre un terzo propone videoconferenze con la classe di appartenenza, la scrittura collaborativa di testi e la partecipazione ad attività e progetti esterni alla struttura ospedaliera, ad esempio in collaborazione con la scuola di riferimento.

Sono state infine aggiunte possibilità d'impiego delle tecnologie nella creazione di prodotti di animazioni multimediali, di digital storytelling, quiz, giochi online, ricerche, per offrire una Didattica a Distanza e per la "realizzazione di giornalini che possono servire come valvola di sfogo, soprattutto in neuropsichiatria".

Per quanto riguarda la formazione degli insegnanti, specifica e/o in itinere, è stato chiesto ai partecipanti se avessero svolto dei corsi di formazione specifici e, tenendo in considerazione la ricerca svolta da Benigno, Fante e Caruso, è stato domandato di indicare l'ambito in cui ritenessero necessario svolgere una maggiore preparazione.

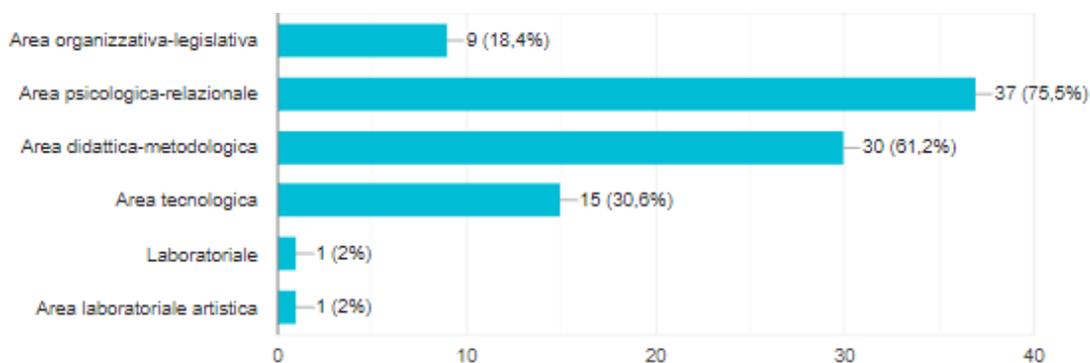
D12: *Ha svolto/svolge corsi di formazione specifici?*



**Tab. 16: Risposte D12 *Ha svolto/svolge corsi di formazione specifici?***

La maggior parte dei docenti afferma di aver svolto, almeno una volta (9), corsi di formazione specifici. Ben cinque partecipanti hanno selezionato invece di non averne mai svolti. Considerando l'esigenza di una preparazione adeguata e, per l'appunto, specifica data la fragilità, la dinamicità e l'unicità del contesto, questo numero risulta essere sufficientemente alto.

D13: *Su quali aree ritiene necessario svolgere più formazione? (Possono essere selezionate più risposte)*



**Tab. 17: Risposte D13 *Su quali aree ritiene necessario svolgere più formazione? (Possono essere selezionate più risposte)***

Le risposte evidenziano una grande necessità per quanto riguarda l'area psicologica-relazionale: la delicatezza e la caducità degli studenti e dell'ambiente circostante rappresentano un grande carico dal punto di vista emotivo.

Anche l'area didattica-metodologica, considerando verosimilmente la composizione delle classi, il tempo a disposizione degli insegnanti per conoscere gli alunni e progettare un intervento personalizzato e mirato, le risorse presenti in ospedale e la

salute fisica e psicologica dei ragazzi, è stata indicata dai docenti come un ambito che necessiterebbe una maggior preparazione.

A seguire si può notare l'esigenza dei docenti di ricevere una formazione sempre aggiornata per quanto riguarda l'area tecnologica e l'area organizzativa-legislativa. Viene specificata da due insegnanti la necessità di una maggior preparazione in ambito laboratoriale-artistico, presumibilmente per aggiornare e rendere più accattivanti le proposte didattiche.

*D14: Gli studenti partecipano attivamente ad attività organizzate dalle classi di appartenenza?*

Questa domanda aveva lo scopo di osservare quanto, effettivamente, fosse possibile incontrare in questa realtà una collaborazione attiva e partecipe tra la SiO e la scuola di appartenenza dei singoli studenti.

Dalle risposte si può intendere come, per un buon numero di insegnanti, questo avvenga raramente. Un solo insegnante ha affermato che gli alunni prendono parte ad attività in collaborazione tutti in giorni e tre hanno invece selezionato che questo non avviene mai,

Attraverso la possibilità di risposta "altro" la maggior parte dei docenti ha voluto evidenziare l'influenza che diversi fattori hanno su questa partecipazione. Questa infatti dipende ovviamente dallo stato di salute degli studenti, dal loro percorso ospedaliero e quindi dalla durata della degenza, dai rapporti mantenuti con la scuola di appartenenza e dalla disponibilità dei docenti di classe.

Un insegnante della Scuola Secondaria di II grado dell'ospedale "Bambino Gesù di Roma Gianicolo" specifica che questo avviene "Di solito nelle materie non disponibili nell'organico della scuola in ospedale".

Un'altra docente della stessa scuola riporta invece come "la situazione clinica dei nostri ragazzi lungodegenti impedisce qualsiasi attività scolastica mattiniera sia con la SiO che con la scuola di appartenenza".

Più positive sono invece le risposte per quanto riguarda i contatti mantenuti dal singolo studente con i suoi compagni di classe.

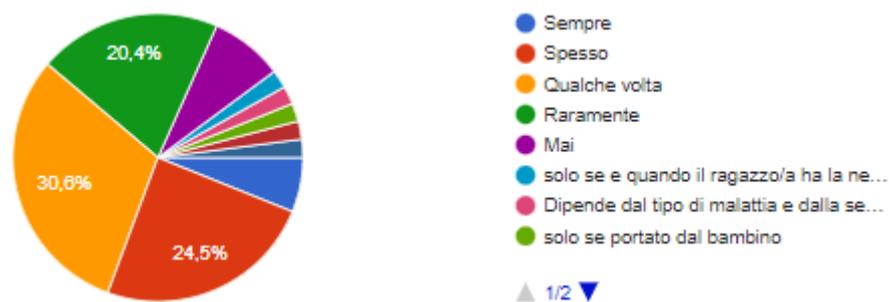
*D15: Gli studenti mantengono i contatti con i compagni di classe?*

Molti docenti infatti confermano un contatto frequente, se non quotidiano, chiaramente a seconda delle singole situazioni.

Viene specificato da alcuni come in questa parte della vita dello studente non sia coinvolta la Scuola in Ospedale: seguendo canali autonomi e privati i contatti con i compagni “possono quindi essere più frequenti”, ovviamente a seconda della situazione personale e del carattere del ragazzo.

D16: *Viene affrontato il tema della malattia con gli alunni?*

Questa domanda riprende l'importanza che, a favore di un percorso di cura più sereno e partecipato, assume la condivisione aperta e sincera con il ragazzo malato della sua situazione di salute, il *Facilitare la comprensione della malattia nel bambino*. (Capurso, 2017)



**Tab. 18: Risposte D16 Viene affrontato il tema della malattia con gli alunni?**

Come si evince dal grafico può capitare che spesso, qualche volta, raramente gli insegnanti della Scuola in Ospedale parlino della malattia con i ragazzi degenti. Solo tre docenti confermano di affrontare sempre il discorso, mentre quattro dei partecipanti non lo affronta mai.

Comprensibilmente alcuni dei docenti specificano come questa “conversazione” debba avvenire in base alle necessità del singolo studente: “solo se e quando il ragazzo/a ha la necessità di esprimersi” e quando “I ragazzi ci raccontano spontaneamente la loro esperienza”.

D17: *Con quale frequenza si rapporta con il personale sanitario degli studenti?*

Questa domanda tocca un altro argomento chiave della SiO: il rapporto base dell’alleanza terapeutica tanto raccomandato tra i docenti ed il personale sanitario. Un buon numero di docenti (19) conferma di rapportarsi con i medici e gli infermieri degli studenti tutti i giorni.

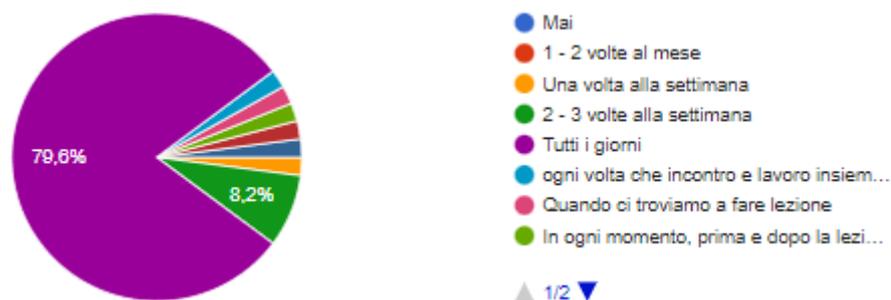
Quindici insegnanti riferiscono della presenza di incontri settimanali, anche 2 -3 volte alla settimana, con i medici e gli infermieri.

Anche in questo caso però viene specificato come la frequenza dei rapporti dipenda soprattutto dal tipo e dalla durata della degenza del singolo: “spesso nel caso di pazienti lungodegenti (almeno una volta a settimana); quasi mai nel caso di pazienti brevi degenti”.

Una docente della SiO dell’ospedale “Meyer” di Firenze precisa come, nonostante i rapporti avvengano “ogni volta che si ritiene opportuno”, è la referente ospedaliera che fornisce ai docenti “le informazioni necessarie in quanto è costantemente in contatto con i dottori”. Dichiara inoltre come vi sia programmato “un incontro mensile con équipe medica”.

Un’altra insegnante, questa volta del reparto di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile di Sassari, conferma quanto emerge dalla ricerca svolta da Lanzetti, Ricci e Piscozzo (2008): “servirebbe più collaborazione”.

D18: *Con quale frequenza si rapporta con le famiglie degli studenti?*



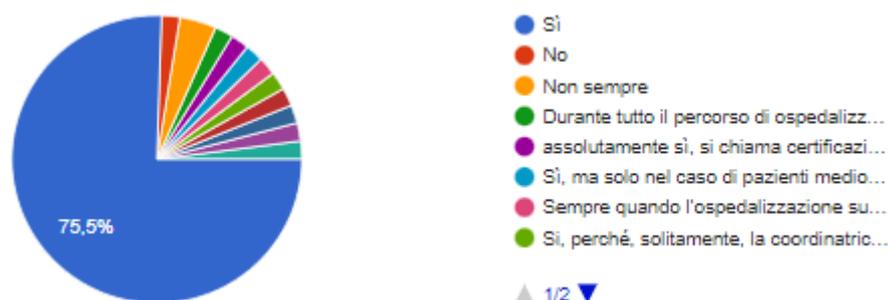
Tab. 19: *Risposte D18 Con quale frequenza si rapporta con le famiglie degli studenti?*

I rapporti con i genitori dei ragazzi, come si può evincere dal grafico, risultano essere per lo più giornalieri. Viene confermato più volte dai docenti come sia costante la presenza dei genitori, anche durante l’intervento didattico-formativo: l’incontro

avviene difatti ogni qualvolta “che incontro e lavoro insieme ad un bambino”, “prima e dopo la lezione”.

Pochi docenti affermano di non avere rapporti quotidiani e costanti con le famiglie: “qualche volta e a seconda dei casi”.

D19: *Al termine dell'ospedalizzazione, per favorire il rientro nella classe di appartenenza, avviene la trasmissione alla scuola di un resoconto su quanto svolto e raggiunto in termine di competenze da parte dello studente?*



**Tab. 20: Risposte D19** *Al termine dell'ospedalizzazione, per favorire il rientro nella classe di appartenenza, avviene la trasmissione alla scuola di un resoconto su quanto svolto e raggiunto in termine di competenze da parte dello studente?*

Le risposte a questa domanda confermano parte del rapporto esistente tra la SiO e la scuola di riferimento. Nella maggior parte dei casi avviene la trasmissione di quello che viene chiamato “protocollo di rientro in classe” (Catenazzo, 2019, pag. 36) oppure “certificazione in uscita”. Questo documento risulta essere essenziale per la scuola di appartenenza in quanto raccoglie “i dettagli di tutti gli argomenti svolti in tutte le materie coperte dalla SiO” ed i bisogni educativi-formativi permettendo ai docenti di realizzare una progettazione individualizzata, in aggiunta “viene usata per gli scrutini ed è fondamentale per il superamento dell'anno scolastico”.

Viene specificato da alcuni docenti come questa procedura sia attivata a partire da ricoveri di qualche giorno: “solo nel caso di pazienti medio degenti (laddove si sia svolto un congruo numero di attività); sempre nel caso dei lungodegenti”.

Un’insegnante della Scuola Primaria delle sezioni ospedaliere del “Meyer” di Firenze precisa il suo modus operandi: “Durante tutto il percorso di ospedalizzazione stilo una documentazione (PEP, Griglia d'Osservazione, ecc.) che ho studiato e predisposto e che consente uno scambio formale con le scuole di

appartenenza, dei progetti educativi. La procedura è ufficiale e la documentazione è divenuta prassi adottata dal Collegio del mio Istituto”.

Per le ultime due domande, le quali offrivano uno spazio per rispondere apertamente, sono state individuate autonomamente diverse categorie di risposta nelle quali sono state racchiusi termini ed espressioni riconducibili ad una stessa area.

A partire da quest’ultime, con l’applicazione *Free Word Cloud Generator*<sup>35</sup>, sono state create due rappresentazioni grafiche che permettono di visualizzare istantaneamente le categorie espresse più volte dai partecipanti e quindi comprendere quali idee e opinioni siano maggiormente condivise tra i docenti.

D20: *In poche parole: quali sono gli aspetti più difficili di questo lavoro?*

| CATEGORIE  | FREQUENZA |
|--|-----------|
| Precarietà/provvisorietà del ruolo                                     | 1         |
| Formazione dei nuovi docenti   | 1         |
| Insufficienza dei fondi  | 1         |
| Nessuno  | 3         |
| Collaborazione con il personale medico e con la scuola di appartenenza | 11        |
| Esposizione a patogeni   | 1         |
| Burocrazia   | 2         |
| Necessità di avere molta esperienza didattica                          | 1         |
| Flessibilità/elasticità  | 7         |
| Instaurare una relazione con i bambini e le famiglie                   | 10        |
| Il contatto con la sofferenza, la malattia e la morte                  | 9         |
| Personalizzazione didattica/catturare l’interesse                      | 5         |
| Progettare a lungo termine   | 1         |

<sup>35</sup> <https://www.freewordcloudgenerator.com/>

|   |   |
|---|---|
| L'influenza della salute sulle relazioni e sull'apprendimento | 4 |
| Il bisogno di energia   | 1 |
| La necessità di coordinazione tra i docenti                   | 1 |
| Il carico emotivo   | 6 |
| Evitare il coinvolgimento                                     | 3 |
| L'organizzazione  | 2 |
| Trasmettere serenità/empatia                                  | 2 |

**Tab. 21: Categorie di risposte a D20** *In poche parole: quali sono gli aspetti più difficili di questo lavoro?*



**Tab. 22: Rappresentazione grafica delle categorie di risposta a D20**

Dalla rappresentazione si può evincere come gli aspetti più complicati della professione siano caratterizzate dal rapporto con l'altro. La collaborazione, o meglio la non-collaborazione, con la scuola di appartenenza e con il personale sanitario complica ed ostacola l'impegno degli insegnanti ospedalieri nel garantire un'educazione di qualità rispettosa dello studente, delle sue esigenze fisiche, psicologiche, affettive e relazionali. La difficoltà infatti di creare "per il singolo studente di un progetto comune e condiviso sia tra tutti i docenti che la famiglia e tutti i professionisti che ruotano intorno al discente-paziente, nel quale ogni parte miri al raggiungimento degli stessi obiettivi".

Risulta difficile inoltre riuscire ad instaurare un rapporto di fiducia e complicità con il bambino e la sua famiglia a causa della delicatezza della situazione. Capita infatti che la scuola assuma in questo contesto un ruolo secondario.

Anche la necessità di una costante flessibilità ed elasticità didattica, metodologica e organizzativa rende ancora più difficile progettare ed attuare delle lezioni e delle attività individualizzate, per poter dar risposta ai bisogni educativi dei singoli studenti.

Ovviamente collegate tra loro troviamo successivamente il continuo contatto con la sofferenza, la malattia, talvolta la morte dei piccoli pazienti e di conseguenza il grande carico emotivo che questo comporta.

D21: *In poche parole: quali sono gli aspetti più gratificanti di questo lavoro?*

| CATEGORIE   | FREQUENZA |
|---|-----------|
| Le relazioni con il bambino e la famiglia                                 | 16        |
| Sentirsi utili/prendersi cura/aiutare                                     | 5         |
| Favorire la normalità e la quotidianità                                   | 11        |
| Permettere allo studente di mantenere il contatto con la realtà esterna   | 3         |
| Permettere la continuità didattica  | 8         |
| I sorrisi e le risate   | 4         |
| La scuola come distrazione dalla malattia                                 | 1         |
| Sfida personale/possibilità sperimentare nuove metodologie/innovazione    | 3         |
| Personalizzazione didattica   | 2         |
| Collaborazione con il personale medico e con la scuola di appartenenza    | 5         |
| L'affetto, la gratitudine e la soddisfazione dei ragazzi e delle famiglie | 5         |
| L'entusiasmo e la partecipazione attiva degli studenti                    | 7         |
| Ruolo della SiO nella prevenzione alla dispersione scolastica             | 1         |

**Tab. 23:** *Categorie di risposte a D21 In poche parole: quali sono gli aspetti più gratificanti di questo lavoro?*



**Tab. 24: Rappresentazione grafica delle categorie di risposta a D21**

Tra gli aspetti più gratificanti individuati dai docenti partecipanti si ritrovano subito le relazioni, i rapporti che nascono con i ragazzi e le loro famiglie, l'affetto che cresce con i sorrisi e la gratitudine.

Di seguito si possono trovare i due obiettivi principali che si pone la Scuola in Ospedale: favorire attimi di normalità in un contesto così fragile e delicato, in una vita temporaneamente stravolta dalla malattia e assicurare la continuità didattica, offrire agli studenti la possibilità di proseguire gli studi, restare al passo con i propri compagni per poter presto ritornare in classe.

La collaborazione, che nella domanda precedente era per alcuni docenti un aspetto difficile del lavoro in ospedale, per altri diventa invece un punto di forza. Risalta quindi l'importanza di un lavoro di equipe con la scuola di appartenenza e con il professionale sanitario: “se si riesce a portare avanti un lavoro di squadra con il rispetto delle diverse competenze, le soddisfazioni arrivano”.

Ciò che motiva gli insegnanti a credere nel ruolo della Scuola in Ospedale è inoltre la partecipazione attiva degli studenti alle attività proposte, la loro motivazione “ad apprendere per ritornare alla classe di appartenenza”.

Nello spazio reso disponibile alla fine del questionario i docenti hanno offerto suggerimenti, consigli, opinioni:

*“Importantissimo il continuo aggiornamento”*

*“Il far stare bene ogni ragazzo è il nostro grande obiettivo ritagliando un piccolo spazio per attività didattiche e ludiche nel contesto ospedaliero”*

*“È un lavoro che logora l’anima e al contempo l’arricchisce. Vanno trovati personalmente sempre nuovi spunti e sfide professionali altrimenti si rischia di essere operatori ludici.”*

*“Flessibilità e adattamento sono le parole chiave per poter lavorare nel contesto ospedaliero!”*

*“Non penso che la Scuola in Ospedale sia un contesto di insegnamento adatto a tutti. Occorre entrare in punta di piedi nel rapporto con i bambini e le famiglie; bisogna muoversi nei reparti senza disturbare il lavoro sanitario di tutto il personale medico; è necessario essere empatici ma sempre molto discreti con i genitori, rispettarli quando si dimostrano diffidenti e saperli ascoltare se desiderano aprirsi con noi; non dimenticare mai il nostro ruolo e non travalicare mai il confine di ciò che ci compete.”*

Hanno voluto approfondire determinati argomenti, riportando limiti, mancanze e necessità della Scuola in Ospedale:

*“Servirebbero spazi più ampi”*

*“La SiO è una realtà ancora sconosciuta: ancora oggi quando mandiamo la certificazione in uscita alle scuole di appartenenza capita che ci venga detta "ma voi non siete una scuola vera, non potete mettere i voti". Spero che nascano sempre più iniziative per promuovere la SiO e la competenza dei docenti SiO perchè sono convinta che la Scuola in Ospedale sia la Vera Scuola, le altre sono tentativi didattici”*

*“L'aspetto normativo della ospedalizzazione di allievi frequentanti la scuola è ancora in fase di coerente organizzazione (Esame di Stato, PCTO, Invalsi, ecc.). Spesso troppo è devoluto alla professionalità dei singoli docenti e risulta complesso per il Dirigente della Scuola Polo gestire 4 segmenti di scuola (Infanzia, Primaria, Secondaria di I e di II grado).”*

*“La normativa della scuola in ospedale necessiterebbe di indicazioni più esplicite per la scuola secondaria di 2 grado. Indicazioni che tengano presente che ci sono molte tipologie di scuole con materie di indirizzo quasi mai presenti nei nostri organici. Inoltre, Indicazioni più precise per prove INVALSI, esami di Stato ed esami per recupero debiti.”*

*“Essere docente di scuola in ospedale richiede un lavoro continuo e costante su sé stessi. Fondamentale è la formazione che purtroppo quasi sempre manca al momento dell'ingresso in questa realtà.”*

Hanno lasciato un commento personale:

*“È un'esperienza forte, ma ricchissima.”*

*“È una esperienza di vita e non solo di insegnamento che consiglio a tutti”*

*“Grazie per l'opportunità riflessiva che mi ha offerto”*

#### **4.5 Discussione**

Gli insegnanti e la Scuola in Ospedale giocano un ruolo fondamentale nella tutela dei diritti e dei bisogni educativi di bambini e adolescenti degenti, favoriscono la socializzazione, il contatto con la realtà temporaneamente messa “in pausa” offrendo agli studenti e alle famiglie piccoli momenti di serena quotidianità in un contesto così fragile, delicato ed imprevedibile.

I docenti devono essere in grado di progettare interventi didattici-educativi atti a garantire e supportare il naturale sviluppo psicofisico, sociale, culturale ed affettivo dei ragazzi usufruendo di tutte le risorse, metodologie, strumenti e competenze che permettono loro di creare attività ed unità didattiche stimolanti, arricchenti e soprattutto personalizzate.

Le risposte raccolte attraverso il questionario confermano quanto analizzato e riportato nella bibliografia.

L'ambiente di apprendimento dove la maggior parte dei docenti afferma di svolgere le lezioni, nelle camere di degenza dei singoli alunni, può essere in parte determinante

della scelta metodologica di lavorare prettamente su un piano individuale. Il rapporto 1:1 permette difatti di offrire una risposta educativa adeguata ed individualizzata in un contesto classe per lo più eterogeneo, soprattutto nei casi in cui lo studente si ritrova impossibilitato a spostarsi liberamente nelle sale comuni, adibite allo svago e alla didattica.

I risultati confermano inoltre l'impiego di strategie didattiche più interattive e collaborative. Una didattica laboratoriale in grado di coinvolgere attivamente lo studente nel suo apprendimento, alla scoperta della realtà che lo circonda, proiettandolo "fuori" dalle mura dell'ospedale. La discussione, strategia che richiede all'alunno di esprimersi liberamente, scambiare le idee e le esperienze, confrontarsi con i pari ed il docente sviluppando il senso critico, le capacità argomentative e relazionali, il rispetto per sé stesso e per l'altro.

Gli strumenti tecnologici si dimostrano essere ormai parte integrante e fondamentale della realtà scolastica, in particolare di quella ospedaliera. Le Tecnologie della Informazione e della Comunicazione supportano il processo di insegnamento-apprendimento e la socialità dei piccoli pazienti permettendo loro di partecipare attivamente alla continuazione del percorso formativo proprio e della classe di appartenenza, con attività in collaborazione e mantenendo i contatti amicali, essenziali per sostenere il compagno durante la degenza.

Viene confermata inoltre la complessità dei rapporti interpersonali che il docente è chiamato a mantenere e promuovere affinché si possa creare un'alleanza terapeutica multidisciplinare e multiistituzionale in grado di prendersi cura globalmente dei piccoli pazienti. Risultano fondamentali infatti gli incontri con i medici e gli infermieri per poter progettare e calibrare l'intervento didattico sulla base della salute e delle prestazioni psicofisiche del singolo. Emergono insufficienti i rapporti con la scuola di appartenenza dei ragazzi: scuola a volte poco sensibilizzate, poco partecipi alla vita ospedaliera dell'alunno e che ostacolano la creazione di un programma condiviso tra i professionisti. Si dimostra ancora più complesso il rapporto genitore-maestro. A differenza della scuola "tradizionale" infatti la famiglia del bambino degente è una presenza costante al fianco del figlio, anche durante le lezioni. Il docente, in questa relazione, non ricopre solo il ruolo di professionista ma, come afferma Mourik, deve possedere le competenze per diventare "a discussion partner of parents" (Mourik, 2008, p.7), una figura con i quali i genitori possano parlare e confidarsi, non solo in

merito alla situazione didattica del bambino, ma soprattutto per quanto riguarda le preoccupazioni e le paure per il suo futuro.

I risultati, in accordo con la letteratura, confermano da parte degli insegnanti l'esigenza di corsi di formazione specifici, focalizzati su una preparazione continua e aggiornata in campo tecnologico, affinché i docenti siano in grado di sfruttare al massimo le possibilità offerte dalla tecnologia, didattico-metodologico, per poter offrire agli studenti interventi innovativi, efficaci, stimolanti, nell'ambito organizzativo-legislativo per far fronte alla burocrazia scolastica che ostacola e rallenta l'attivazione dei servizi della Scuola in Ospedale e dell'Istruzione Domiciliare, e soprattutto per quanto riguarda l'area psicologica-relazionale.

Il carico emotivo e psicologico, le relazioni affettive create con i bambini e le famiglie, la sofferenza di fronte alla malattia e alla morte, l'empatia necessaria per potersi muovere in punta di piedi nei corridoi dei reparti, i sorrisi e la soddisfazione di bambini e genitori rappresentano allo stesso tempo gli aspetti più gratificanti e più difficili del lavorare all'interno degli ospedali. I professionisti devono essere in grado di riconoscere e gestire prima di tutto le proprie emozioni, per poter poi essere una figura di riferimento e di supporto per gli altri, per potersi prendere cura di chi, in un momento così fragile e drammatico, è sopraffatto dalle emozioni.

## Conclusioni

La Scuola in Ospedale e l'Istruzione Domiciliare, baluardi del sistema educativo di istruzione e di formazione, rimangono, a distanza di 25 anni dall'istituzionalizzazione della SiO, una realtà purtroppo ancora sconosciuta dalla società e poco rappresentata a livello professionale, istituzionale ed economico.

I minori in quanto tali, e soprattutto coloro che sono debilitati dalla malattia e impossibilitati nel proseguimento, seppur talvolta temporaneo, di una vita "normale", vissuta al massimo delle sue potenzialità in casa, al parco, nelle scuole hanno il diritto affinché i loro bisogni educativi, sociali, culturali, fisici, psicologici e relazionali vengano garantiti e tutelati.

Sono numerosi i documenti come la *Carta di HOPE* redatti a livello nazionale ed internazionale con lo scopo di promuovere e assicurare le misure legislative e pratiche che le diverse istituzioni e i distinti professionisti, chiamati ad assistere il minore degente, devono tenere in considerazione ed attuare per una presa in carico che supporti e salvaguardi il bambino nella sua complessità ed unicità.

I servizi della Scuola in Ospedale e dell'Istruzione Domiciliare non garantiscono solo la continuità didattica e formativa fondamentale per lo sviluppo culturale e cognitivo dei bambini. Gli insegnanti cercano infatti di offrire ai giovani pazienti e alle loro famiglie piccoli attimi di "sana quotidianità" (Catenazzo, 2019, p.69), un supporto psicologico ed emotivo per sostenere una crescita armoniosa, integrale.

I risultati del questionario, analogamente a quanto riportato in letteratura, evidenziano limiti e mancanze che ostacolano la messa in atto di un servizio educativo di qualità. In risposta alle limitate risorse materiali ed economiche messe a disposizione della SiO, all'inadeguata formazione offerta ai docenti e al mancato riconoscimento a livello istituzione e professionale del valore di questo servizio, si può ritrovare la passione e la dedizione degli insegnanti. Professionisti che si mettono in gioco in un contesto tanto delicato e fragile per poter offrire ai bambini e alle famiglie momenti di distrazione, sorrisi, scoperte, nuove competenze, amicizie, sogni, idee, progetti e speranze.

Con questo lavoro di approfondimento ho potuto confermare il ruolo imprescindibile che la Scuola in Ospedale e gli insegnanti svolgono nel garantire e tutelare i diritti e i bisogni educativi di bambini e adolescenti degenti.

Le risposte dei docenti che hanno partecipato al questionario ribadiscono inoltre la necessità, già rilevata in letteratura, di un cambiamento a livello politico, economico, formativo e sociale che sia in grado di garantire ai minori ricoverati una proposta didattica, formativa ed educativa equa e di qualità, capace di sostenerli nel loro sviluppo, aiutandoli a mantenere un contatto con la realtà esterna, temporaneamente “messa in pausa”, a custodire la speranza per il proprio futuro.

## **Appendice 1. Carta di HOPE**

### **DIRITTI E BISOGNI EDUCATIVI DI BAMBINI E ADOLESCENTI MALATI**

1. Ogni bambino o adolescente malato ha diritto a ricevere una educazione, sia a casa che in ospedale, anche quando viene curato in un paese diverso dal proprio.
2. Lo scopo di questa attività è quello di fare proseguire ai bambini ed adolescenti il proprio percorso formativo, consentendo loro di continuare a vivere il proprio ruolo di studenti.
3. La scuola in ospedale, creando una comunità di bambini ed adolescenti, favorisce la normalità nella vita quotidiana. L'educazione può svolgersi in gruppi classe, come insegnamento individualizzato e/o direttamente in camera di degenza.
4. L'insegnamento domiciliare e quello svolto in ospedale devono adattarsi ai bisogni ed alle capacità di ogni bambino o adolescente e verranno svolti in collaborazione con la scuola di appartenenza.
5. L'ambiente di apprendimento deve essere adattato ai bisogni di bambini ed adolescenti malati. Le tecnologie della informazione e della comunicazione potranno essere usate anche per prevenire forme di isolamento.
6. Le attività didattiche faranno uso di una pluralità di risorse e metodi. I contenuti del curriculum formativo tradizionale potranno essere ampliati con aspetti relativi a particolari bisogni che derivano dall'ospedalizzazione o dalla malattia.
7. Gli insegnanti che operano in ospedale ed in assistenza domiciliare devono essere pienamente qualificati per questo lavoro e avere accesso ad ulteriori percorsi di formazione in servizio.
8. Gli insegnanti di bambini ed adolescenti malati sono a pieno titolo membri dell'équipe multidisciplinare di cura e fungono da collegamento tra il bambino o adolescente malato e la sua scuola di appartenenza.
9. I genitori devono essere informati del diritto all'istruzione scolastica e delle opportunità educative per il proprio bambino o adolescente malato. Essi saranno considerati partner responsabili ed attivi di questi progetti.
10. L'integrità personale di ogni bambino o adolescente malato dovrà sempre essere rispettata. Particolare attenzione verrà posta alla tutela delle informazioni mediche e al rispetto di ogni forma di credenza personale.

**Carta di HOPE: Promulgata dalla Assemblea Generale di HOPE, Barcellona – 20 maggio 2000<sup>36</sup>**

---

<sup>36</sup> Tratto da [www.hospitalteachers.eu](http://www.hospitalteachers.eu) consultato il 20/02/2023

## **Appendice 2. Questionario ai docenti della Scuola in Ospedale**

### **La Scuola in Ospedale: gli insegnanti**

Benvenuto/a.

Mi chiamo Irene Castellaro e sono una studentessa dell'ultimo anno di Scienze della Formazione Primaria.

Questo questionario ha lo scopo di arricchire la mia tesi di laurea, incentrata sull'approfondimento del ruolo della Scuola in Ospedale e in particolare quello dei docenti ospedalieri.

La Vostra partecipazione mi permetterà di raccogliere e descrivere esperienze dirette degli insegnanti da inserire come integrazione della parte teorica.

Non verranno raccolte le Vostre mail o altri dati sensibili: le risposte saranno completamente anonime.

Per motivi burocratici è necessario compilare anche il Modulo di Consenso Informato, sulla privacy, il quale deve essere inviato firmato alla mail [castellaroirene@gmail.com](mailto:castellaroirene@gmail.com)

Se questo non fosse disponibile potete richiederlo direttamente alla mail mail di qui sopra.

Vi ringrazio infinitamente per la partecipazione e l'aiuto.

#### **Da quanti anni lavora come insegnante nella Scuola in Ospedale? \***

- Da meno di 5 anni
- Da 5 – 10 anni
- Da più di 10 anni
- Fuori servizio
- Altro...

#### **In quale ospedale? \***

La tua risposta....

**In quale ordine di scuola? \***

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria di I grado
- Secondaria di II grado
- Altro...

**Quale motivazione l'ha spinto/a a diventare insegnante delle sezioni ospedaliere? (Possono essere selezionate più risposte) \***

- Storia personale
- Desiderio di mettersi in gioco
- Desiderio di aiutare gli altri
- Unicità del contesto
- Studio, ricerca e/o approfondimento
- Altro...

**Dove svolge principalmente le lezioni? \***

- Nelle camere di degenza dei singoli studenti
- In uno spazio condiviso con altri professionisti
- In una sala adibita esclusivamente all'insegnamento
- Altro...

**Le lezioni si svolgono prevalentemente (Possono essere selezionate più risposte)**

\*

- Individualmente
- A coppie
- In piccoli gruppi
- In gruppi
- Altro...

**Se in gruppi o piccoli gruppi**

- Omogenei per età
- Eterogenei per età
- Altro...

**Quali metodologie didattiche predilige? (Possono essere selezionate più risposte)**

\*

- Lezione frontale
- Role Playing/Drammatizzazione
- Cooperative Learning
- Didattica laboratoriale
- Project Based Learning (Apprendimento basato sui progetti)
- Game Based Learning (Apprendimento basato sul gioco)
- Problem Based Learning (Apprendimento basato sui problemi)
- Discussione
- Brainstorming
- Circle time
- Didattica metacognitiva
- Altro...

**Sono presenti strumenti tecnologici a disposizione del processo di insegnamento-apprendimento? \***

- Sì
- No
- Altro...

**Se sì, quali? (Possono essere selezionate più risposte)**

- Computer fisso
- Computer portatile
- Tablet
- Cellulare
- Lavagna Interattiva Multimediale (LIM)
- Altro...

**Come vengono impiegati? (Possono essere selezionate più risposte)**

- Videoconferenza con la classe di appartenenza
- Scambio di e-mail
- Scambio di materiale digitale
- Scrittura collaborativa di testi
- Partecipazione ad attività e progetti esterni alla struttura ospedaliera
- Software didattici
- Altro...

**Ha svolto/svolge corsi di formazione specifici? \***

- Sì, una volta
- Sì, più di una volta
- No, mai
- Altro...

**Su quali aree ritiene necessario svolgere più formazione? (Possono essere selezionate più risposte) \***

- Area organizzativa-legislativa
- Area psicologica-relazionale
- Area didattica-metodologica
- Area tecnologica
- Altro...

**Gli studenti partecipano attivamente ad attività organizzate dalle classi di appartenenza? \***

- Mai
- 1 – 2 volte al mese
- Una volta alla settimana
- 2 – 3 volte alla settimana
- Tutti i giorni
- Altro...

**Gli studenti mantengono i contatti con i compagni di classe? \***

- Mai
- 1 – 2 volte al mese
- Una volta alla settimana
- 2 – 3 volte alla settimana
- Tutti i giorni
- Altro...

**Viene affrontato il tema della malattia con gli alunni? \***

- Sempre
- Spesso
- Qualche volta
- Raramente
- Mai
- Altro...

**Con quale frequenza si rapporta con il personale sanitario degli studenti? \***

- Mai
- 1 – 2 volte al mese
- Una volta alla settimana
- 2 – 3 volte alla settimana
- Tutti i giorni
- Altro...

**Con quale frequenza si rapporta con le famiglie degli studenti? \***

- Mai
- 1 – 2 volte al mese
- Una volta alla settimana
- 2 – 3 volte alla settimana
- Tutti i giorni
- Altro...

**Al termine dell'ospedalizzazione, per favorire il rientro nella classe di appartenenza, avviene la trasmissione alla scuola di un resoconto su quanto svolto e raggiunto in termine di competenze da parte dello studente? \***

- Sì
- No
- Non sempre
- Altro...

**In poche parole: quali sono gli aspetti più difficili di questo lavoro? \***

La tua risposta....

**In poche parole: quali sono gli aspetti più gratificanti di questo lavoro? \***

La tua risposta....

**Spazio libero per eventuali e graditi approfondimenti**

La tua risposta....

## Bibliografia

- Äärelä T., Määttä K., Uusiautti S. (2016), *The challenges of parent–teacher collaboration in the light of hospital school pedagogy*, In *Early Child Development and Care*
- Arduino G. M., Avagnina N., Danna E., Destefanis L., Gonella E., Peirone S., Terzuolo C. (2002), *L’approccio TEACCH: esperienze ambulatoriali, domiciliari e scolastiche con un gruppo di bambini autistici*, In *Difficoltà di Apprendimento e Didattica Inclusiva*, vol. 8, n. 1, pp. 85-102, Edizioni Erickson, Trento
- Armani S. (2018), *Benessere e intercultura. Nuove prospettive per favorire l’inclusione di malati e disabili migranti*, Franco Angeli, Milano
- Assemblea generale delle Nazioni Unite (1989), *Convention on the Rights of the Child*, New York
- Benigno V., Fante C. (2020), *Hospital School Teachers’ Sense of Stress and Gratification: An Investigation of the Italian Context*, In *Continuity in education*, vol. 1, n. 1, pp. 37–47
- Benigno V., Fante C., Caruso G. (2017), *Docenti in ospedale e a domicilio. L’esperienza di una scuola itinerante*, Franco Angeli, Milano
- Benigno V., Ghezzi M., Patriotta G. (2003), *Le tecnologie digitali e la scuola in ospedale: attività realizzate e scenari per il futuro*, In *TD – Rivista di Tecnologie Didattiche*, pp. 52-59
- Benigno V., Trentin G. (1998), *Scuola in ospedale e tecnologie della Comunicazione*. In *Atti del X Congresso Nazionale di Informatica Medica AIIM ’98*, pp. 147-151, Istituto Italiano di Medicina Sociale Editore, Roma
- Bergamini R. (2018), *Modelli di leadership per una scuola di qualità. La sinergia pedagogica delle unità dislocate in presidi pediatrici sanitari pubblici*, Aracne, Roma
- Boffo V. (2022), *La scuola in ospedale. Tirocinio e formazione degli insegnanti*, Editpress, Firenze
- Bonaiuti G. (2014), *Le strategie didattiche*, Carocci, Roma
- Borghi C. (2019), *Umanizzazione dello spazio di cura. Strategie di progettazione all’interno dei reparti pediatrici esistenti*, Politecnico di Torino, Laurea Magistrale in Design sistemico
- Camera dei Deputati, Senato della Repubblica (1971), Legge 30 marzo 1971, n. 118, *Conversione in legge del D.L. 30.01.1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili*

- Capurso M. (2006), *Bambini malati cronici a scuola*, In *Difficoltà di Apprendimento*, vol. 12, n. 1, pp. 51-70, Edizioni Erickson, Trento
- Capurso M. (2017), *Facilitare la comprensione della malattia nel bambino. Aspetti teorici e indicazioni pratiche per medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali*, Franco Angeli, Milano
- Capurso, M., Di Castelbianco, F. B., & Di Renzo, M. (2021). “*My life in the hospital*”: *Narratives of children with a medical condition*, In *Continuity in education*, vol. 2, n. 1, pp. 4–25
- Capurso M., Falk-Schalk G. (2010), *La tutela educativa di bambini e ragazzi malati in Europa: un’indagine internazionale*, In *L’integrazione scolastica e digitale*, vol. 9, n. 1, pp. 49-60, Edizioni Erickson, Trento
- Casiraghi G., Chopard S., Clerici C. A., Ferrari A., Giovanetti M., Massimino M., Pagani Bagliacca E., Podda M., Veneroni L. (2019), *Il supporto alla continuità scolastica nella cura multidisciplinare dei pazienti con patologie gravi: esperienze in oncologia pediatrica*, In *Recenti Progressi in Medicina*, vol. 110, n. 3, p. 131-137
- Catenazzo T. (2019), *La scuola in ospedale e l’istruzione domiciliare. Formazione e linee di indirizzo nazionali*, Carocci, Roma
- Chiara D., Orlando V. (2017), *Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, In *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Supplemento ordinario n. 15 alla “Gazzetta Ufficiale”, Roma
- Christiansen H. L., Elam M., Hoag J., Irwin M. K., Noll R. B., Pao M., Patterson Kelly K., Thompson A. L., Voll M. (2015), *Academic Continuity and School Reentry Support as a Standard of Care in Pediatric Oncology*, In *Wiley Periodicals, Inc.*, n. 62, pp. S805–S817
- Coyne I. T. (1995), *Partnership in care: parents’ views of participation in their hospitalized child’s care*, In *Journal of Clinical Nursing*, n. 4, pp. 71-79
- Costagli M. (2012), *Le linee guida per la sicurezza del paziente. Wayfinding in ospedale*, Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente – GRC, Toscana
- Delle Fave A., Marsicano S. (2004), *L’umanizzazione dell’ospedale. Riflessione ed esperienze*, Franco Angeli, Milano

- Del Nord R., Marino D., & Peretti G. (2015), Humanization of care spaces: a research developed for the Italian Ministry of Health. In *TECHNE - Journal of Technology for Architecture and Environment*, n. 9, pp. 224–229
- Del Nord R., Peretti G. (2012), *L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida*, Ministero della Salute-*TESIS*, Firenze
- Delloso, S., Gannoni, A., & Roberts, R. M. (2021), *Maintaining schooling for children with cancer during and post treatment: parents' perspectives of a theory based program*, In *Continuity in education*, vol. 2, n. 1, pp. 26–41
- Dipartimento per i Servizi del Territorio (2003), Protocollo n.696, *La scuola in ospedale come laboratorio per le innovazioni nella didattica e nell'organizzazione. Scuole Polo Ospedaliere*
- Georgiadi M., Kourkoutas E. E. (2010), *Supporting pupils with cancer on their return to school: a case study report of a reintegration program*, In *Procedia Social and Behavioral Science*, n. 5, pp. 1278-1282
- Hay G. H., Nabors M. L., Sullivan A., Zygmund A. (2015), *Students with pediatric cancer: a prescription for school success*, In *Physical Disabilities: Education and Related Services*, vol. 34, n. 2, pp. 1-13
- Hen, M. (2020), *Teaching Emotional Intelligence: An Academic Course for Hospital Teachers*, In *Continuity in Education*, vol. 1, n. 1, pp. 22–36
- Iacolino A., Iacolino C. (2005), *La scuola in ospedale. Organizzazione e tecnologie al servizio del bambino ospedalizzato*, Salvatore Sciascia, Roma
- Jankovic M., Leoni V., Masera G., Spinelli M., Vallinoto C. (2008), *La relazione terapeutica con il bambino e l'adolescente affetti da leucemia*, In *Giornale Italiano di Medicina del lavoro ed Ergonomia*, vol. 30, n. 3, pp. B71-B76
- Kanizsa S., Luciano E. (2006), *La scuola in ospedale*, Carocci, Roma
- Lanzetti C., Ricci G., Piscozzo M. (2008), *La scuola in ospedale. Risultati di una ricerca*, Franco Angeli, Milano
- Lloyd M. (2005), *Towards a definition of the integration of ICT in the classroom*, In *AARE '05 Education research*
- Luzi A. M., Pasqualino G. M., Pugliese L., Schwarz M., Suligoì B., Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità (2015), *L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative*, Seconda Edizione, Roma

Mescon J. A. W., Honig A. S. (1995), *Parents, teachers and medical personnel: helping children with chronic illness*, In *Early Child Development and Care*, vol. 111, pp. 107-129

Metastasio R. (2021), *La media education nella prima infanzia (0-6). Percorsi, pratiche e prospettive*, FrancoAngeli, Milano

Ministero della Pubblica Istruzione (1986), Circolare Ministeriale n.345, *Scuole elementari statali funzionanti presso i presidi sanitari*

Ministero della Pubblica Istruzione (1998), Circolare Ministeriale n.353, *Il servizio scolastico nelle strutture ospedaliere*

Ministero della Pubblica Istruzione (2001), Circolare Ministeriale n.43, *Protocollo di intesa "Tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati" e protocollo di intesa "La scuola in strada e nelle zone a rischio"*

Ministero della Pubblica Istruzione, Ministero della Sanità, Ministero per la Solidarietà Sociale (2000), Protocollo d'Intesa, *Tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati*

Ministro della salute, Turco L. (2006), *Un New Deal della Salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*, Audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati

Ministero dell'Istruzione, Ministero della Salute (2022), Protocollo d'Intesa, *Tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione*

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2003), *Vademecum sul Servizio di Istruzione Domiciliare*

Ministero dell'Istruzione, dell'Università, della Ricerca (2012), Circolare Ministeriale n.60, *Indicazioni operative per la progettazione dei percorsi di scuola in ospedale e a domicilio per alunni temporaneamente malati*

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2015), *Piano Nazionale Scuola Digitale*

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2019), *Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare*

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Ministero della Salute (2003), Protocollo d'Intesa, *Tutela del diritto alla salute e allo studio dei cittadini di minore età, affetti da gravi patologie, attraverso il servizio d'istruzione domiciliare*

- Ming-Gon J. L., Hiu Nam H. C. (2003) *Major Concerns of Hospitalized School-Age Children and Their Parents in Hong Kong*, In *Physical Disabilities: Education and Related Services*, vol. 22, n. 1, pp. 37-49
- Moricca C. (2016), L'innovazione tecnologica nella scuola italiana. Per un'analisi critica e storica. In *Form@re - Open Journal per la formazione in rete*, n. 1, pp.177-187
- Mosconi G., Zaninelli F. L. (2022), *Quando un bambino si ammala. Accompagnare i genitori nell'esperienza della malattia*, In *Rief*, vol. 20, n. 1, pp. 143-154
- Mourik O.H. (2008), *Professional profile for hospital teachers*, In *ZieZon: The National Network Illness and Education*, Rotterdam
- Nagera H. (1978), *Children's Reactions to Hospitalization and Illness*, In *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 9, n. 1
- ONU (1989), *Convenzione sui diritti del fanciullo*, New York
- Oylum Dikmen (2012), *Children's hospital schools as social environments and their effects on healing and well-being: case study in Izmir Behçet Uz children's hospital school*, School of Social Sciences of Izmir University of Economics
- Paolucci G. (2001), *Il punto di vista dell'ospedale*, in AA. VV., *La scuola fuori dalla scuola: la scuola in ospedale nel contesto europeo*, pp. 20-26
- Parlamento Europeo (1986) *Carta europea dei bambini degenti in ospedale*
- Parlamento Europeo (2011), *Direttiva 2011/24/UE del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera*
- Presidente della Repubblica, Napolitano G. (2009), Decreto del Presidente della Repubblica 22 giugno 2009, n. 122 *Regolamento recante coordinamento delle norme vigenti per la valutazione degli alunni e ulteriori modalità applicative in materia, ai sensi degli articoli 2 e 3 del decreto-legge 1° settembre 2008, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2008, n. 169*, Roma
- Robasto D. (2014), *La ricerca empirica in educazione. Esempi e buone pratiche*, Franco Angeli, Milano
- Rokach A. (2016), *Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children*, In *Clinical Case Reports and Reviews*, vol. 2, n. 4, pp. 399-401
- Tinio V. L. (2003), *ICT in Education*, E-ASEAN Task Force, UNDP
- Vygotskij L. S. (1934), *Pensiero e linguaggio*, Giunti, Firenze (2007)

## Sitografia

[www.hospitalteachers.eu](http://www.hospitalteachers.eu)

[www.miur.gov.it](http://www.miur.gov.it)

<https://scuolainospedale.miur.gov.it/sio/>

<https://www.translators4children.org/>

<https://www.treccani.it/>

<https://arasaac.org/>

<https://nuovadidattica.wordpress.com/>

<https://it.padlet.com/>

<https://www.thinglink.com/>

<https://www.thinglink.com/>

<https://etwinning.indire.it/>

[https://www.istruzione.it/archivio/web/istruzione/piano\\_scuola\\_digitale/hsh\\_network.html](https://www.istruzione.it/archivio/web/istruzione/piano_scuola_digitale/hsh_network.html)

<https://www.progetto-clipso.it/>

<https://www.andreabocellifoundation.org/it/>

<https://education.ec.europa.eu/it>

<https://www.museoegizio.it/>

<https://www.uffizi.it/>

<https://www.orizzontescuola.it/>

<https://www.apa.org/>

<https://serviziomarconi.istruzioneer.gov.it/>

<https://www.icsturla.edu.it/>

<https://www.lifeskills.it/>

<https://www.cnr.it/>

<https://www.elnortedecastilla.es/>

<https://www.gaslini.org/>

<https://www.labandegliorsi.it/>

<https://sites.google.com/view/inviaggioperguarire>

<https://www.freewordcloudgenerator.com/>

