

ISTTUTO SUPERIORE DI SCIENZE RELIGIOSE

promosso dalla

UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

- Sede di Brescia –



Tesi di Laurea Magistrale

L'educazione religiosa nella scuola in ospedale

Relatore:

Ch.mo Prof. Giovanni Nicolì

Correlatore:

Ch.mo Prof.ssa Monica Amadini

Candidata/o:

Alessandro Lecchi

Matricola N. 4011255

ANNO ACCADEMICO 2012-2013

Con grande gioia dedico questa tesi al piccolo angelo chiamato Libe e ai suoi due genitori Bittu e Lina. Essi hanno testimoniato a tutti il loro straordinario amore di genitori di fronte alla vita del loro tesoro!

A Barbara, zio Lupo e i tanti che a vario titolo e modo hanno aiutato e confortato questa famiglia.

*A tutte le persone che come la nonna Lelia ho avuto la fortuna di accompagnare lungo la loro malattia e che oggi vedono e assistono dall'alto a questa tappa universitaria con lo stesso affetto fraterno e la stessa amicizia sincera!
A Rino e Lucia per la loro preziosa e costante presenza.*

*Alla Delia, Vittorio, Savina, Gian Battista, Stefano ed Elena per l'affetto e la vicinanza.
A Sandra e Laura che ogni giorno rendono bella la casa del Signore presso l'Ospedale di Chiari.
A Fratel Giorgio e Stefano, unitamente a coloro che mi hanno sempre accompagnato.*

*Agli insegnanti in ospedale in particolare a Cristina; Elisa e Denis!
Al Prof. Nicolì per la sensibilità, l'aiuto e la disponibilità grandi donatimi!*

Alle tante famiglie che hanno i loro figli in ospedale.

Grazie a tutti quelli che con un semplice sorriso, una mano tesa, una parola di conforto, un gesto inaspettato donano una testimonianza concreta di che cosa siano la carità e la dignità verso le persone che sono nella malattia o in difficoltà.

*Ringrazio sentitamente don Maurizio Funazzi, don Agostino Plebani, il Vescovo Giovanni e don Andrea con la comunità del Seminario Vescovile di Pavia, don Marco Gatti e don Roberto Belloni per il modo in cui vivono e testimoniano il servizio a Gesù e ai fratelli!
Un ringraziamento speciale ai ragazzi dell'oratorio di Certosa di Pavia per la loro simpatia, gioia di vivere, capacità di accogliermi con tanta generosità! Grazie a tutti!!*

Un sentito grazie a quelli che hanno accompagnato e accompagnano il mio cammino con la preghiera ed infine un grande grazie (con tutto il significato presente in questa parola) ai miei genitori!

Alessandro

ABBREVIAZIONI E SIGLE

ABBREVIAZIONI

all.	allegato
cap./capp.	capitolo/capitoli
cfr.	confronta
cit.	opera citata
dot.	dottore
dott.ssa	dottoressa
ecc.	eccetera
ed.	curatore/curatori
es.	esempio
<i>ibidem</i>	«allo stesso posto»
<i>idem</i>	«lo stesso»
it.	italiana (in riferimento alla traduzione)
L.	legge
n./nn.	numero/numeri
orig.	originale
prof.	professore
prof.ssa	professoressa
Prot./prot. (dopo Nota)	Protocollo/protocollare
trad.	traduzione
vol./voll.	volume/volumi

SIGLE

A.T.A.	Amministrativo Tecnico ed Ausiliario
C.M.	Circolare ministeriale
DPR	Decreto Presidente della Repubblica
DH	<i>Day Hospital</i>
IRC	Insegnamento Religione Cattolica
IRCCS	Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico
MPI	Ministero Pubblica Istruzione
MIUR	Ministero dell'Università, dell'Università e della Ricerca
POF	Piano dell'offerta formativa
TV	Televisione
U.O.	Unità Operativa
UdL	Unità di lavoro
USR	Ufficio Scolastico Regionale

INTRODUZIONE

Questo lavoro di tesi è nato per un'esperienza significativa che ho vissuto personalmente in questi ultimi tre anni. Si tratta di una lunga malattia tumorale vissuta accanto ad una bambina di sette anni di nome Liberta¹ e ai suoi genitori. Quando ebbe inizio la sua patologia, una grave forma di leucemia, Liberta, aveva cinque anni e frequentava da poco la scuola dell'infanzia. Io conoscevo bene sia i genitori che le realtà educative, scolastiche e sanitarie che la piccola aveva iniziato a frequentare. Tra queste ho avuto modo di conoscere da vicino la realtà pedagogica e scolastica della scuola in ospedale. Questo inevitabilmente mi ha condotto, come insegnante di Religione ed educatore, ad interrogarmi innanzitutto sul dolore dei piccoli, quello che viene denominato "dolore innocente". Esso ci apre ad un profondo mistero che è quello del piccolo dell'uomo che soffre. Come può un Dio infinitamente buono permettere una sofferenza così grande se non addirittura la morte dei bambini? Le domande di fronte a tale mistero conducono il più delle volte a due atteggiamenti opposti: l'impotenza oppure, come nel nostro caso ad una ricerca di senso che spinge alla speranza e all'importanza psicopedagogica che possono avere le relazioni di cura e d'aiuto formativo. Tra queste s'inserisce a pieno titolo la scuola in ospedale che per le sue valenze pedagogiche e didattiche risulta essere una fondamentale agenzia educativa e formativa. Essa, per le sue particolari caratteristiche risulta essere a servizio della scuola, dell'ospedale e dell'intera società civile. Il secondo passaggio riflessivo che ho vissuto è legato alle tante ore trascorse accanto ai genitori e ai familiari dei bambini ricoverati nei reparti di Oncoematologia e di Pediatria nelle strutture ospedaliere di Brescia e Pavia². Tale esperienza mi ha mostrato i vari sentimenti e le dinamiche emotive che si sviluppano lungo il percorso della malattia e dell'ospedalizzazione di un bambino o di un ragazzo che incontrano una seria patologia. L'esperienza del ricovero ospedaliero può causare un significativo trauma psicologico nel bambino e disagi nei suoi genitori. Questo avviene per l'intervento di diversi fattori quali le problematiche legate alla malattia, le

¹ La bambina è morta nel giugno 2013.

² In particolare presso gli Spedali Civili di Brescia e la Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia.

possibili difficoltà relazionali con il personale sanitario, le notevoli interferenze con le abitudini quotidiane, oltre alla brusca interruzione dei naturali ritmi di vita del paziente e della sua famiglia. Infine, l'ultimo passaggio da me compiuto è direttamente legato alla felice scoperta della scuola in ospedale. Questa particolare realtà, per le sue attività, le sue proposte ludiche e i tanti racconti narrativi che spesso ascoltavo³, mi hanno mostrato come essa offra ai bambini e ai ragazzi la possibilità di una autentica integrazione. Tale termine è il più appropriato per dire come gli alunni-pazienti possano sviluppare uno spazio mentale elastico, tra il regno della fantasia e il regno della malattia, che li faciliti nell'assimilare e nell'integrare la realtà che stanno vivendo. L'insegnante, a sua volta, incoraggiando gli alunni nell'espressione di sé ed accogliendo le loro narrazioni o riflessioni si pone come un possibile ponte tra la realtà interna del bambino e la realtà esterna. Sono queste le principali domande e riflessioni che hanno condotto il percorso di questo lavoro e la definizione dell'oggetto di questa tesi: essa si propone, innanzitutto, di cercare di spiegare come all'interno della scuola in ospedale trovi, e possa trovare sempre più, spazio la possibilità di svolgere un'attività educativa quale è quella dell'educazione religiosa. Non solo per l'ampio patrimonio storico e culturale che porta con sé ma anche per le tante caratteristiche interdisciplinari. Ma, soprattutto per la sua valenza psicopedagogica e formativa circa le domande di senso che una situazione, come quella della malattia, inevitabilmente conducono a porsi. Nello sviluppo del lavoro ho delineato un breve quadro storico circa la nascita e lo sviluppo della scuola in ospedale e poi, più recentemente, quella dell'istruzione domiciliare. Poi ho cercato di definire quali sono le caratteristiche che un docente deve possedere per poter operare all'interno di un contesto molto complesso quale è quello di un reparto ospedaliero (cap. I). Il capitolo successivo ha come obiettivo quello di approfondire gli effetti che la patologia e l'ospedalizzazione producono sul vissuto del bambino. Seppur sinteticamente ho descritto quali sono i principali meccanismi di difesa psicologici che il bambino malato attiva, e come essi incidano in modo significativo nella relazione educativa e poi in quella didattica.

³ Rimanendo in ospedale con Liberta spesso mi capitava di partecipare alle lezioni delle maestre che venivano in reparto durante la settimana.

Ho proposto alcune riflessioni, da un punto di vista pedagogico, sul bambino malato tentando d'interpretare il modo in cui il piccolo paziente sperimenta dentro di sé quanto vive. Ciò è finalizzato a comprendere l'importanza che ha nella storia di un alunno-paziente il suo vissuto di malato. Sempre all'interno dello stesso capitolo ho focalizzato l'attenzione sull'importanza che rivestono gli aspetti psicosociali nelle relazioni educative e nell'ambito dell'apprendimento. Ho illustrato le dinamiche che tali aspetti muovono nei processi d'apprendimento caratteristici degli alunni della scuola primaria e quelli della scuola secondaria. Queste basi teoriche consentono di comprendere al meglio l'insegnamento che avviene in ospedale ad alunni che necessitano di particolari strategie didattiche e metodologiche. In particolare mi sono soffermato sul valore psicopedagogico che ha il piccolo-gruppo all'interno della classe ospedaliera. Infine, mi sono occupato della relazione educativa empatica. In particolare, come essa permetta forti legami tra insegnante ed alunni e migliori i loro fattori motivazionali, volitivi e d'apprendimento (cap. II). Di seguito, nello specifico, ho considerato gli aspetti e i fattori principali riguardanti lo sviluppo della religiosità nel bambino durante il periodo evolutivo, ed in particolare durante gli anni scolastici. Sulla scorta di questi dati, l'indagine si è soffermata sugli aspetti pedagogici e didattici che caratterizzano l'educazione religiosa nella scuola in ospedale e nell'istruzione domiciliare. Infine ho preso in considerazione l'esperienza vissuta personalmente presso la scuola in ospedale della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. Ho svolto questa parte grazie anche all'aiuto e all'esperienza educativa, relazionale e didattica di una docente operante presso la stessa struttura ospedaliera pavese (cap. III). Infine nell'ultimo capitolo, di tipo più esperienziale e sperimentale, ho presentato alcuni aspetti psicopedagogici della didattica della Religione e dell'educazione religiosa in ospedale. Per fare questo, ho considerato la struttura scolastica ospedaliera di Pavia attraverso un esempio concreto. Vi è descritta un'unità di lavoro sviluppata durante le lezioni di religione alla scuola dell'infanzia in ospedale. Al termine della descrizione ho svolto una valutazione sull'importanza e sulla peculiarità che riveste l'educazione religiosa in ospedale. Giungeremo a capire come essa possa essere in grado di rispondere ad esigenze e bisogni educativi piuttosto complessi, quali quelli dell'alunno minore ricoverato.

Per la loro natura, tali bisogni richiedono risposte di senso capaci di dare al bambino conforto, fiducia e speranza. In ultima battuta mi sono avvalso dei contributi di due insegnanti in ospedale. Essi hanno dato un prezioso contributo per riflettere su alcuni importanti aspetti relativi al loro servizio presso le scuole, rispettivamente primaria e secondaria delle strutture ospedaliere di Pavia e Bergamo (cap. IV). Da qui il titolo della tesi: l'educazione religiosa nella scuola in ospedale. Da questo percorso d'indagine, dunque, ho cercato di definire come l'educazione religiosa riesca a proporre e a far vivere ai suoi piccoli e grandi alunni-pazienti una proposta educativa che offre un senso positivo a ciò che stanno attraversando. Nello stesso tempo, ritengo che ciò favorisca nell'alunno una interiorizzazione e promozione di quei valori etici e del patrimonio storico-culturale della nostra religione cristiano cattolica e del meglio di quei valori universali presenti anche nella altre religioni e visioni presenti nel mondo. La cura dei bimbi sofferenti in ospedale non è solo clinica, ma anche e soprattutto relazionale ed educativa, testimonianza concreta e sublime dell'Amore di Dio per l'umanità.

CAP. I

LA SCUOLA IN OSPEDALE E L'ISTRUZIONE DOMICILIARE

1. Sintesi storica della scuola in ospedale: dagli anni cinquanta ad oggi

La storia della scuola in ospedale prese avvio intorno agli anni cinquanta del secolo scorso, quando in alcuni reparti di pediatria vennero aperte alcune sezioni di scuole speciali per consentire ai bambini ricoverati di non trovarsi in difficoltà una volta rientrati nelle loro classi d'appartenenza⁴. L'esigenza d'istituire alcune sezioni scolastiche in ospedale derivò dalla constatazione degli operatori sanitari nei riguardi delle ospedalizzazioni prolungate di alcuni piccoli ricoverati che causavano la perdita di prolungati periodi scolastici. La conseguenza negativa che ne derivava consisteva nel fatto che, al momento del rientro a scuola, i bambini già significativamente indeboliti dalla malattia e dal lungo ricovero, non erano in grado di recuperare adeguatamente il ritmo dei loro compagni di classe⁵. Concretamente questo poi si traduceva in una ripetenza e qualche volta anche in abbandono scolastico. Per questo motivo cominciarono ad aumentare le sezioni scolastiche all'interno dei reparti pediatrici ospedalieri. Esse erano finalizzate a sostenere i piccoli degenti in un percorso di formazione, che proseguisse l'attività della scuola di appartenenza⁶ e che, nello stesso tempo, li aiutasse ad affrontare emotiva-

⁴ Per una descrizione inerente lo sviluppo della scuola in ospedale cfr. S. KANIZSA– E. LUCIANO, *La scuola in ospedale*, Carrocci, Roma, 2006, pp. 12-22.

⁵ Va precisato come inizialmente le sezioni scolastiche ospedaliere furono istituite laddove erano presenti scuole speciali, con insegnanti formati e specializzati nel lavoro personalizzato con bambini disabili. Questo significava che i bambini ricoverati per lungo tempo a causa di una particolare malattia venivano assimilati ai bambini disabili che richiedevano/no percorsi didattici e metodi d'insegnamento personalizzati. Tale assimilazione derivava anche dal fatto che, forse, gli insegnanti della scuola "normale" avrebbero fatto molta fatica nel trovare delle strategie e dei metodi didattici di fronte a situazioni psicologicamente molto forti quali appunto quelle di bambini sofferenti a causa delle importanti patologie e delle rispettive cure prolungate.

⁶ La definizione "scuola di appartenenza" trova la sua ragione per il fatto che la scuola in ospedale ha la particolarità di non avere l'iscrizione. La condizione per potervi accedere è legata esclusivamente al ricovero presso un reparto di degenza. L'*iter* procedurale prevede che per un minore ricoverato in un ospedale con sezione scolastica, non sia necessaria alcuna procedura formale da parte del genitore per l'accesso all'istruzione. Sarà cura dei docenti presenti in ospedale prendere contatto con il minore e i suoi genitori e verificare la disponibilità al servizio scolastico. In caso affermativo, automaticamente l'alunno verrà preso in carico dalla sezione scolastica ospedaliera e inizierà l'intervento. Contestualmente, sarà cura dei docenti ospedalieri informare la scuola di provenienza dell'alunno di averlo iscritto alla sezione ospedaliera e richiedere documentazione relativa al piano delle attività formative previste per la classe di appartenenza. Con le dimissioni dall'ospedale e il ritorno alla scuola di riferimento, il team della sezione ospedaliera provvede ad inviare alla scuola di appartenenza la formale documentazione sul percorso scolastico avvenuto.

mente e psicologicamente il particolare momento che vivevano. Fin dall'inizio una delle principali finalità psicopedagogiche, che la scuola in ospedale si proponeva, consisteva nel mantenere il più possibile viva e vivace l'identità del bambino in un contesto ambientale spesso anonimo e spersonalizzante. Verso la fine degli anni settanta, gli studi condotti nell'area psico-pedagogica avevano ampiamente dimostrato le notevoli sofferenze psicologiche ed emotive dei bambini ricoverati a lungo presso gli ospedali⁷. Questi apporti scientifici condussero gli addetti ai lavori ad "umanizzare" il più possibile i luoghi di cura. Essi vennero resi ambiente in cui il bambino e il ragazzo potessero continuare a svolgere, per quanto possibile, le loro attività quotidiane. Al riguardo scrive Kanizsa:

«Il gioco e la scuola fanno parte della vita "normale" dei ragazzi, quindi, per aprire le pediatrie, era necessario per prima cosa che l'ospedale allestisse un luogo nel quale i bambini e i ragazzi potessero giocare [...]. In secondo luogo era necessario che i ragazzi potessero continuare a frequentare la scuola. Così sull'onda di queste sollecitazioni, alcune pediatrie, per aiutare il bambino malato a reggere il trauma del ricovero, permisero l'apertura di spazi in cui operavano volontari ospedalieri o insegnanti di scuola materna, che hanno fatto da apripista al successivo ingresso nei reparti della scuola elementare»⁸.

Negli anni ottanta si verificò un notevole cambiamento della struttura organizzativa e della riflessione filosofica e pedagogica alla base di questi interventi. Il 13 maggio 1986 il Parlamento Europeo emanò la "Carta Europea dei bambini degenti in ospedale", nella quale si riconosceva al bambino la necessità di avere al proprio fianco i genitori durante il periodo dell'ospedalizzazione e si affermava il diritto dei bambini ad avere, all'interno dell'ospedale, ambienti attrezzati per il gioco, per le attività educative, insegnanti e materiali che permettessero loro di continuare la propria educazione. In particolare in tale documento, ai punti r) e t), si sottolinea come il bambino in ospedale, con ricovero parziale o durante il periodo di convalescenza a casa, abbia:

r) diritto di continuare anche durante il periodo di ospedalizzazione la propria formazione scolastica giovandosi di insegnanti e materiale didattico fornito dalle autorità scolastiche, in particolare in caso di ricovero prolun-

⁷ Circa i contributi legati al tema delle difficoltà psicologiche relative all'ospedalizzazione cfr. A. FREUD – T. BERGMANN, *Bambini malati* (orig. inglese 1965), Boringhieri, Torino 1974; J. ROBERTSON, *Bambini in ospedale* (orig. inglese 1958), Feltrinelli, Milano 1973.

⁸ S. KANIZSA – E. LUCIANO, *La scuola in ospedale*, cit., pp. 14-15.

gato, a condizione che la suddetta attività non arrechi pregiudizio al suo benessere e/o ostacoli i trattamenti in corso;

- t) diritto ad avere la possibilità di insegnamento anche nel caso di ricovero parziale (“*day hospital*”) o di convalescenza nel proprio domicilio.

L’Italia fece proprie queste indicazioni nello stesso anno con la circolare ministeriale 2 dicembre 1986, n. 345 del ministero della Pubblica Istruzione. Nella circolare venne sancita la nascita delle sezioni scolastiche all’interno degli ospedali. Inoltre, veniva auspicato il distacco di insegnanti particolarmente motivati e professionalmente preparati a lavorare con i bambini ricoverati e ad interagire con genitori e operatori sanitari, nonché con le scuole di provenienza degli alunni⁹. Uno degli aspetti rilevanti verificatosi con le circolari successive a quella n. 345 dell’86 è stato il riconoscimento del carattere “normale”, pur con le sue specificità, della scuola in ospedale, a tutti gli effetti sezione staccata della scuola del territorio in cui è collocato il presidio sanitario. Le diverse disposizioni di legge degli anni novanta hanno poi reso ancora più stabile il legame esistente tra la scuola e l’ospedale. In particolare:

«...in alcune circolari ministeriali è stato affermato che la scuola in ospedale, pur rientrando a livello generale fra le scuole o istituzioni speciali, è a tutti gli effetti una sezione staccata di una scuola del territorio in cui l’ospedale è collocato: perciò i maestri che prestano servizio presso l’ospedale fanno parte dell’organico di quella scuola»¹⁰.

Un richiamo particolare merita poi la C.M. 7 agosto 1998 n. 353 che ha il pregio di avere regolarizzato e quindi dato piena legittimazione alla realtà delle diverse sezioni scolastiche diffuse sul territorio nazionale. Attraverso questa circolare si è riconosciuto, inoltre, che la scuola in ospedale opera nell’ambito delle possibilità di allargamento dell’offerta formativa (POF) a situazioni presenti sul territorio¹¹ prevista dalla legge sull’autonomia (L. 59/1997). Va altresì segnalato come in questa si riconosce all’insegnante la capacità di gestire in assoluta autonomia un processo d’insegnamento-apprendimento complesso che richiede molteplici com-

⁹ La circolare 345/1986 del MPI stabiliva inoltre la formazione, l’aggiornamento e le modalità di assegnazione degli insegnanti nelle scuole. In tale documento si richiamava il fatto che gli insegnanti non dovevano lavorare soltanto con i piccoli degenti ma sapere necessariamente mantenere rapporti con i genitori, con il personale sanitario e con le scuole di provenienza degli alunni.

¹⁰ S. KANIZSA – E. LUCIANO, *La scuola in ospedale*, cit., pp. 17-18.

¹¹ Quali formazione degli adulti, istituzioni carcerarie, ecc. .

petenze sia nell'ambito disciplinare che relazionale¹². Dal 1998 ad oggi sono stati numerosi i successivi provvedimenti e dispositivi atti a consentire alla scuola in ospedale di potenziare e migliorare sempre più quanto proposto dalla C.M. 353/1998. In particolare ricordiamo i seguenti documenti legislativi¹³:

- il Protocollo d'Intesa tra Ministero della Pubblica Istruzione, Ministero della solidarietà sociale e Ministero della Sanità del 27/9/2000 riguardante i diritti alla salute, al gioco, all'istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati;
- il Protocollo d'intesa tra Ministero della Pubblica Istruzione, Ministero dei Beni e delle attività culturali e Ministero della Sanità del 23/2/2001 riguardante la tutela del diritto alla salute e allo studio dei cittadini di minore età, affetti da gravi patologie, attraverso il servizio d'istruzione¹⁴;
- il Protocollo d'Intesa tra Miur e Ministero della salute del 24/10/2003 relativo alla tutela del diritto alla salute e allo studio dei cittadini di minore età, affetti da gravi patologie, attraverso il servizio d'istruzione domiciliare.

Quest'ultimo documento segna la nascita del servizio d'istruzione domiciliare. Infine vanno menzionate le C.M. n. 108 /2007 e n. 87/2008 nelle quali si esplicitano in modo chiaro la funzione del docente nelle strutture ospedaliere e nel servizio domiciliare. In esse, inoltre, vengono ribadite le finalità dell' intervento scolastico in ospedale tese a garantire il diritto allo studio e alla formazione della persona. L'istruzione degli alunni ospedalizzati negli ultimi anni è diventata una reale struttura scolastica organizzata con una propria identità precisa, diffusa in tutti gli ordini e gradi di scuola e nei principali reparti di pediatria e di oncematologia italiani.

¹² La circolare n. 353/98 avanzava addirittura la possibilità che gli insegnanti ospedalieri potessero frequentare apposite iniziative di formazione promosse dalle stesse istituzioni sanitarie, in modo da favorire a tutti gli effetti il loro pieno inserimento all'interno del reparto e dell'*équipe* degli operatori.

¹³ Questi documenti richiamano l'importante art. 31 della Costituzione Italiana nel quale si afferma come la Repubblica Italiana protegga «l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo».

¹⁴ A seguito dei due protocolli sopracitati sono poi seguite: la C.M. n. 43 prot. n. 283 del 26/2/2001; la C.M. n. 149 prot. n. 40 del 10/10/2001; la C.M. n. 84 prot. n. 1186 del 22/7/2002; la C.M. n. 56 prot. n. 591 del 4/7/2003; la C.M. n. 696 del 25/8/2003. Queste circolari hanno ulteriormente precisato e potenziato i precedenti protocolli d'intesa.

Come sintesi della situazione odierna, possiamo affermare che oggi la scuola in ospedale è completamente calibrata sul singolo paziente, tenendo conto dei ritmi di vita propri dell'ospedale: giro visite dei medici, terapie, visite dei parenti, etc. e della specificità delle patologie che interessano i singoli bambini/ragazzi malati. La modalità didattica-operativa privilegiata della scuola in ospedale è basata sul piccolo gruppo che consente il rapporto uno a uno, docente-alunno. Inoltre, la programmazione delle attività didattiche si basa sull'utilizzo delle tecnologie multimediali e comprende anche attività ludiche e di tipo ricreativo. Questo tipo di strategie desidera assicurare pari opportunità di istruzione a tutti gli alunni ricoverati, per far sì che possano proseguire il proprio percorso didattico senza rischiare difficoltà di reinserimento o di dispersione scolastica. Il docente in ospedale deve promuovere il diritto all'istruzione del piccolo paziente attraverso un percorso formativo individualizzato. Nello stesso tempo, deve garantire un dialogo costruttivo volto al bene del bambino tra la famiglia e l'ospedale. Come si può notare, nel corso del tempo la scuola in ospedale ha sviluppato sempre più una sua specifica offerta formativa per gli studenti malati. Essa costituisce inoltre un concreto esempio di come istituzioni, soggetti e operatori diversi, ciascuno con obiettivi propri, possano non solo incontrarsi, ma anche interagire positivamente per la messa a punto di interventi accomunati da un medesimo fine, quello di promuovere il benessere e la crescita della persona. Ciò avviene in contesti particolarmente delicati e critici. La scuola in ospedale sperimenta e mette costantemente in pratica il modello integrato di interventi per assicurare ai propri destinatari pari opportunità e garantire un ponte tra la famiglia e l'ospedale. Per queste sue particolarità, la scuola in ospedale può allora costituire un modello di riferimento anche per la scuola cosiddetta "normale".

Negli ultimi dieci anni si è sempre più sviluppato anche il servizio d'istruzione domiciliare. La nascita di questa tipologia di servizio formativo è legata principalmente a due fattori:

- la tendenza del Piano Sanitario Nazionale a ridurre al minimo i ricoveri ospedalieri e, come già precedentemente detto,

- alla necessità di garantire il diritto allo studio per tutti quegli studenti che, già ospedalizzati, non erano nelle condizioni di riprendere la normale attività scolastica.

Questi due aspetti hanno fatto emergere l'esigenza di assicurare agli alunni affetti da gravi patologie l'erogazione del servizio d'istruzione domiciliare al fine di limitare il più possibile la dispersione scolastica.

2. Il servizio d'istruzione domiciliare

Il Protocollo d'intesa stipulato il 24 ottobre 2003 tra il Ministero dell'Istruzione e il Ministero della Salute ed intitolato "Tutela del diritto alla salute e allo studio dei cittadini di minore età, affetti da gravi patologie, attraverso il servizio di istruzione domiciliare", impegna i due Ministeri a promuovere, sostenere e sviluppare iniziative volte a garantire la presa in carico globale dei minori malati¹⁵. Inoltre si pone come obiettivo principale quello di garantire, nella misura massima possibile ed in base al contesto, il diritto alla salute e il diritto all'istruzione. Negli ultimi anni, con la Riforma dei Piani Sanitari Nazionali, a partire dal 2002-2004, i periodi di degenza ospedaliera si sono molto ridotti, per cui anche per i casi più gravi e delicati, che prima richiedevano una lunga ospedalizzazione, oggi seguono protocolli terapeutici diversi che prevedono l'alternanza di cicli di cura a casa e in ospedale. Poiché è giusto e necessario che la scuola sia al fianco del minore anche quando è a casa in malattia, è nato il servizio d'istruzione domiciliare, che ogni anno, come avviene per la scuola in ospedale, viene promosso e sostenuto dal Ministero dell'Istruzione¹⁶. Il servizio di istruzione domiciliare viene oggi erogato nei confronti di tutti quegli alunni, iscritti a scuole di ogni ordine e grado, i quali, già ospedalizzati a causa di gravi patologie, siano sottoposti a terapie domiciliari che impediscono la frequenza della scuola per un periodo di tempo non inferiore a 30 giorni. È importante precisare come il servizio in questione possa essere erogato

¹⁵ Essa, riguarda sia l'aspetto sanitario che scolastico. In questo modo può venire assicurata la necessaria continuità dell'intervento e sostenuto un raccordo di tipo inter istituzionale.

¹⁶ Le risorse per tale tipo di servizio fanno riferimento alla legge n. 440/1997. Questa particolare tipologia di erogazione del diritto allo studio è regolamentata dal "Vademecum per l'istruzione domiciliare", messo a punto nel 2003, a seguito del seminario nazionale di Viareggio. Non si tratta ancora di una regolamentazione normativa per cui, dietro la spinta dell'ampliamento del servizio in tutto il territorio nazionale, è stato istituito il Comitato paritetico nazionale interministeriale (in data 16 luglio 2009) che nel corso dei lavori ha elaborato e redatto il testo di un regolamento per l'istruzione domiciliare con annessi criteri di accesso e articolazione di sviluppo.

anche nel caso in cui il periodo temporale, comunque non inferiore a 30 giorni, non sia continuativo, come nel caso che siano previsti cicli di cura ospedaliera alternati a cicli di cura domiciliare. Oppure qualora siano previsti ed autorizzati dalla struttura sanitaria eventuali rientri a scuola durante i periodi di cura a domicilio. Oggi, in attesa che il regolamento per l'istruzione domiciliare venga approvato in conferenza unificata¹⁷, l'attivazione del servizio di istruzione domiciliare avviene, successivamente al ricovero ospedaliero, solo in presenza di alcune gravi patologie, quali:

- Patologie onco-ematologiche;
- Patologie croniche invalidanti che possono comportare l'allontanamento periodico dalla scuola;
- Malattie o traumi acuti temporaneamente invalidanti e Patologie o procedure terapeutiche che richiedono una terapia immunosoppressiva prolungata, oltre il periodo di ospedalizzazione, tale da impedire una normale vita di relazione, per l'aumentato rischio di infezioni. Il tipo di patologia ed il periodo di impedimento alla frequenza scolastica devono essere oggetto di una dettagliata certificazione sanitaria che viene rilasciata dalla struttura ospedaliera in cui l'alunno è stato ricoverato. I responsabili delle azioni di coordinamento del servizio di istruzione domiciliare sono gli Uffici Scolastici Regionali competenti per territorio, ai quali il Ministero dell'istruzione annualmente assegna le risorse finanziarie per gli interventi, dietro attenta azione di monitoraggio dei progetti, delle documentazioni allegate con riferimento al modello organizzativo-didattico d'intervento. L'istruzione domiciliare viene generalmente impartita dai docenti della scuola di appartenenza dell'alunno malato, attraverso le prestazioni aggiuntive all'orario d'obbligo. Questo servizio nato inizialmente sulla base di una disponibilità e volontà di singoli operatori e istituzioni, è diventato nel corso del tempo una struttu-

¹⁷ Nell'ambito del Comitato Paritetico Interministeriale partecipano anche alcuni rappresentanti del Ministero della Salute, del Dipartimento dell'Innovazione e della IX Commissione Istruzione e Formazione della Conferenza unificata, al fine di elaborare le linee di una Intesa nazionale tra Scuola, Sanità, Dipartimento delle Tecnologie ed Enti Locali. Tale intesa è finalizzata a condividere un modello integrato di interventi rivolti alle fasce di utenti in difficoltà. Essi devono poi essere declinati attraverso opportune azioni a livello locale volte a garantire il diritto all'istruzione e alla salute dei minori malati sia in ospedale sia a domicilio. Tutto questo al fine di prevenire fenomeni di dispersione scolastica.

ra formativa integrata e con una sua specifica identità. Attualmente possiamo definire questo tipo d'istruzione un sistema integrato territoriale; una rete reale e condivisa che consente di rispondere in modo globale ai bisogni del soggetto in formazione e di offrire un servizio di qualità, unendo servizi e competenze. Ciò che rimane urgente da compiere è il definire un chiaro inquadramento normativo dell'istruzione domiciliare al fine di fare chiarezza circa le patologie e i quadri orario a domicilio per i diversi ordini e gradi di scuola. Inoltre, secondo la dott.ssa Speranzina Ferraro, coordinatore nazionale della scuola in ospedale e del servizio d'istruzione domiciliare MIUR e direttore generale per lo studente, l'integrazione, la partecipazione, la comunicazione, «andranno sempre più definiti i modelli degli interventi di formazione a domicilio, come, ad es., la didattica personalizzata e la didattica breve, come anche l'acquisizione di competenze relazionali e di tipo meta-emozionale»¹⁸. Gli interventi messi in atto per la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare sono volti ad assicurare agli alunni malati pari opportunità; mettendoli in condizione, ove possibile, di proseguire lo sviluppo di capacità e competenze. Tutto questo al fine di facilitare il loro reinserimento nei contesti di provenienza, prevenendo il più possibile eventuali situazioni di dispersione scolastica. Secondo la stima dei dati riferentisi all'anno scolastico 2010-2011 sono stati 76.803 gli studenti seguiti dalle sezioni ospedaliere e 1238 quelli seguiti in istruzione domiciliare¹⁹.

Ora, alla luce di quanto finora visto, ci soffermeremo sul ruolo che rivestono l'insegnante in ospedale e a domicilio. Vista la particolare situazione degli alunni

¹⁸ Cfr. S. FERRARO, *Scuola in ospedale e servizio d'istruzione domiciliare*, in «Rassegna dell'istruzione», LXVI, 2 (Novembre/Dicembre 2011-2012), pp. 50-56.

Con il termine capacità meta-emozionali s'intendono quelle capacità che permettono di accrescere nell'individuo le seguenti qualità: l'autoconsapevolezza, cioè riconoscere le proprie emozioni e saper essere consapevoli di sé; la verbalizzazione, cioè saper esprimere verbalmente le proprie emozioni e i propri sentimenti; l'autocontrollo, cioè saper controllare le manifestazioni emotive e i propri impulsi ad agire in modo immediato. Inoltre saper riconoscere quei sentimenti e stati d'animo negativi quali le tensioni, l'angoscia, la collera, l'aggressività; la motivazione; cioè saper sostenere un impegno e sapersi concentrare su un obiettivo, rimandando tutto il resto; l'efficacia personale, cioè convincersi di essere in grado di fare e di realizzare obiettivi con risultati buoni/accettabili.

¹⁹ Ferraro S., *La scuola in ospedale e a domicilio: modello di flessibilità in un contesto di ricerca e di innovazione continue*, Roma, 6 novembre 2012, <http://www.wisefirb.it/convegno-finale-1/FERRARO.pdf> (consultato il 14/09/2013).

che il loro contesto di terapia, per il docente²⁰ non è possibile seguire le stesse modalità d'insegnamento o la stessa programmazione che si seguono in situazioni di normalità.

3. L'insegnante della scuola in ospedale e domiciliare: caratteristiche e competenze

L'insegnante che opera in ospedale, o a domicilio, riveste un ruolo molto complesso che necessariamente richiede una grande capacità di adattamento. Adattamento sia per quanto concerne le proposte didattiche, sia in termini di capacità relazionali e di cooperazione con figure e professionalità diverse. Volendo considerare gli aspetti didattici ed educativi, va detto che l'insegnamento non può che essere molto personalizzato poiché al centro deve essere posta la persona del bambino/ragazzo, con i suoi bisogni e la sua storia. L'insegnante deve poi essere in grado di utilizzare metodologie didattiche, strumenti e linguaggi molto diversi dai classici, improntati sul tradizionale schema lezione-compito-studio personale. L'attitudine principale dell'insegnante che opera in contesti di cura è quella della massima flessibilità e adattabilità alla situazione dell'alunno. Un'altra fondamentale caratteristica del docente in ospedale o domiciliare deve essere quella di sapersi relazionare con le famiglie, con gli operatori sanitari, con le scuole di provenienza degli alunni e con i volontari, cioè con le molteplici figure che ruotano intorno al minore malato. E' per tutti questi essenziali aspetti che il docente che opera in ospedale o a domicilio deve possedere una solida qualificazione didattica e metodologica, accompagnate da una personale sensibilità. Va precisato che non si tratta di un docente "speciale", ma di un insegnante che oltre a possedere una solida formazione disciplinare deve saper continuamente accrescere una solida capacità d'accompagnamento relazionale in situazioni precarie o di disagio²¹. Vo-

²⁰ D'ora in poi utilizzeremo con lo stesso significato sia il termine insegnante che quello di docente. Inoltre più avanti ci avvarremo anche del termine maestro, quando parleremo della scuola dell'infanzia e di quella primaria.

²¹ Da più anni il MIUR, nella persona della dott.ssa Speranzina Ferraro, Coordinatore nazionale della scuola in ospedale e del servizio d'istruzione domiciliare, sostiene la necessità di intervenire già a livello di formazione iniziale, affinché per ogni docente di qualsiasi disciplina e di qualsiasi ordine e grado di scuola venga realizzato un modulo di formazione che metta in grado ogni docente di affrontare le più diverse tipologie di alunni e di dare risposta a bisogni differenziati d'istruzione, quale può essere l'organizzazione della cosiddetta "scuola fuori dalla scuola".

lendo meglio precisare le principali competenze che un l'insegnante ospedaliero e/o domiciliare deve possedere e sempre più accrescere, diciamo che:

- nell'ambito delle competenze relazionali il docente opera in una "zona di confine" fra l'attenzione alla salute fisica e l'attenzione alla dimensione psico-educativa. Inoltre, nell'ambito del rapporto tra individuo e contesto, il docente deve saper costruire e gestire relazioni e rapporti significativi sostenendo, nello stesso tempo, il carico psichico presente nelle diverse situazioni di sofferenza;
- tra le molteplici competenze didattico-disciplinari che l'insegnante in ospedale deve possedere, oltre alla spiccata flessibilità didattica, va sottolineata la creatività. Solo attraverso di essa è possibile inventare percorsi didattici originali e personalizzati nei quali lo stile e il metodo devono essere adeguati per ogni occasione. Fondamentale poi risulta essere la conoscenza epistemologica della disciplina d'insegnamento per giungere a definire contenuti non troppo ampi ma significativi. In questo modo risulta agevolata la costruzione di curricula disciplinari trasversali²² e continui. Infine, ma non per ordine d'importanza, è necessario che il docente ospedaliero sappia utilizzare le moderne tecnologie informatiche, per riuscire sia a realizzare una didattica interattiva che per consentire il contatto tra l'alunno malato e la classe di appartenenza o di provenienza;
- rispetto alle competenze organizzative, come abbiamo già detto, è indispensabile che il docente ospedaliero possieda un'attenta e costante flessibilità organizzativa. Essa consiste nella capacità di affrontare l'imprevisto e il nuovo che ogni giornata in ospedale può riservare: nello stesso tempo l'insegnante deve porre costante attenzione a non perdere mai di vista le finalità dell'intervento didattico, unite all'attenzione pedagogica nei confronti del processo di crescita educativa.

Come sintesi dell'importanza che rivestono le tre competenze appena analizzate, relazionali, didattico-disciplinari e organizzative:

«se la scuola è ben organizzata, il lavoro didattico permette al giovane degente di esprimere anche ciò che prova e di riflettere sulla propria esperienza in modo da

²² Nell'ambito della didattica con il termine trasversale intendiamo una correlazione presente tra i diversi saperi disciplinari rispetto ad un singolo argomento.

cercare di dare un senso e un ordine a ciò che gli sta capitando. Non a caso i lavori più interessanti sono quelli del giornalino, del disegno, della drammatizzazione, della poesia, ossia tutto ciò che, pur potenziando abilità di tipo scolastico, è in grado di far emergere come il piccolo ricoverato vive la sua situazione»²³.

Come si legge, la sostanziale caratteristica della scuola in ospedale e/o a domicilio e dell'insegnamento-apprendimento in questi particolari luoghi, consiste nel saper armonizzare, nel miglior modo possibile, le esigenze didattiche a quelle dei singoli vissuti emotivi di ogni piccolo degente. Indispensabile, infine, risultano essere le competenze istituzionali, cioè la conoscenza della normativa, da parte dell'insegnante. Esse prevedono una formazione continua e un'attenta analisi e gestione della documentazione nel campo della legislazione socio-sanitaria e scolastica. In questo ambito di competenze ricordiamo la cura della documentazione che il docente deve avere, in caso di alunni lungodegenti, delle operazioni di scrutinio e di esame per ogni ordine e grado di scuola. Tra le azioni e gli interventi che il docente ospedaliero esercita ricordiamo l'importanza che ha l'aiuto nei confronti del coinvolgimento attivo delle famiglie dei ragazzi ammalati. Spesso, sono proprio esse ad essere "l'anello più debole" nell'approccio e nella gestione di un'esperienza che sconvolge la normale vita familiare.

Alla luce di quanto finora analizzato, emerge come uno dei principali aspetti psicosociali del docente ospedaliero e/o domiciliare sia quello di permettere ai bambini e ai ragazzi ricoverati di non perdere il contatto con la realtà socio-educativa d'appartenenza. Tale aspetto non consiste solamente in un aiuto indirizzato a recuperare competenze e conoscenze ma, soprattutto, consente di prevenire l'insorgenza di eventuali handicap psicosociali, dovuti al distacco dai compagni, dall'aula d'appartenenza, dalla vita prima della malattia. L'insegnante ospedaliero ponendosi come "ponte" tra l'ospedale e la scuola permette al bambino o all'adolescente di mantenere i contatti con la sua scuola di appartenenza sensibilizzando, nello stesso tempo, i suoi insegnanti e i suoi compagni a fare lo stesso. In tal modo si verifica quella che viene definita una comunicazione a doppio senso: essa incoraggia il bambino/ragazzo malato a raggiungere una maggiore indipendenza e ad incrementare la sua interazione con l'ambiente. Tutti gli obiettivi appena descritti possono essere più facilmente perseguiti dal docente grazie ad una conoscenza

²³ S. KANIZSA – E. LUCIANO, *La scuola in ospedale*, cit., pp. 24-25.

aggiornata della situazione clinica dell'alunno-paziente. Essa si realizza soprattutto attraverso lo scambio relazionale e conoscitivo che l'insegnante instaura con i medici curanti ed il personale sanitario. Volendo poi allargare il campo di conoscenza inerente la complessità didattico-ambientale nella quale l'insegnante della scuola in ospedale opera, non possiamo non considerare alcune delle problematiche quotidiane che egli è costretto ad affrontare. Questo ci consentirà nel capitolo seguente di meglio comprendere gli aspetti psicopedagogici e le modalità didattico - operative riferentesi all'insegnamento in ospedale.

3.1 Gli insegnanti in ospedale: alcune problematiche didattico-contestuali quotidiane

Uno degli aspetti che rendono completamente differente la scuola in ospedale, rispetto ad ogni altra scuola, è la continua variazione numerica degli alunni della classe. Questa mutabilità si verifica perché gli allievi vengono accettati e dimessi dall'ospedale in tempi diversi fra loro: per cui,

«vi possono essere periodi, o giorni, in cui la scuola è affollata e giorni in cui l'insegnante è solo perché il reparto è vuoto o perché tutti i bambini sono appena stati operati e non sono in grado di avere rapporti con lui»²⁴.

Va ulteriormente aggiunto che molte volte alcuni bambini pur potendo partecipare alle attività didattiche in sezione non se la sentono o non desiderano farlo²⁵. Questo fatto evidenzia come, a differenza di un insegnante che opera al di fuori dell'ambito ospedaliero, il docente in ospedale deve conquistarsi i suoi allievi giorno dopo giorno. Inoltre, l'insegnante in ospedale, come precedentemente detto, non si ritrova solo con gli allievi, ma deve interagire sia con gli allievi che con i rispettivi genitori. Ogni giorno gli insegnanti, essendo la sezione ospedaliera il più delle volte collocata nei reparti di degenza, devono saper intessere, nel miglior modo possibile, un'alleanza educativa e relazionale con i genitori al fine di poter trovare in loro validi alleati-aiutanti. È solo attraverso questa alleanza con i genitori che l'insegnante può riuscire a trovare degli efficaci collaboratori e, nello stesso tempo, ascoltare le loro richieste di aiuto, derivanti dalla situazione che vi-

²⁴ S. KANIZSA – E. LUCIANO, *La scuola in ospedale*, cit., p. 25

²⁵ La scuola in ospedale, differentemente dalla vita "normale" e dai rigidi tempi della vita ospedaliera (sveglia, terapie, visite, ...), non è obbligatoria.

vono e che si trovano ad affrontare²⁶. Un'ulteriore situazione problematica che l'insegnante può avvertire dentro di sé, o addirittura sperimentare, è il senso di distacco che prova nei confronti della propria scuola di provenienza. Il maestro ospedaliero infatti, per il fatto che viene mandato dalla scuola in reparto si ritrova ogni giorno a reinventarsi la sua professionalità docente, in quanto il contesto nel quale opera lo porta a doversi rapportare/confrontare non con un modulo di colleghi, come normalmente avviene a scuola, bensì con diverse figure sanitarie dell'*équipe* medica. Può capitare così che quando l'insegnante si ritrova nella sua scuola per partecipare a riunioni, consigli o collegi avverta come i suoi problemi e le sue esigenze non siano completamente capite, e le richieste del suo istituto siano un po' diverse e distanti rispetto ai suoi reali bisogni professionali. Un'ulteriore situazione critica che può verificarsi, e che riguarda gli insegnanti ospedalieri, è quando la scuola in ospedale venga percepita e intesa da parte degli operatori sanitari come un qualcosa a parte e non parte integrata e costitutiva del reparto. In questo caso, la scuola si può fare purché non intralci minimamente il lavoro dei diversi operatori sanitari. Una mentalità di questo tipo sottende ad un modo di concepire il luogo di cura come ambiente nel quale possono trovare spazio solo gli interventi terapeutici e di tipo medico. Un solo cenno su un'ultima difficoltà quale è l'ubicazione della scuola in ospedale in stanze che spesso sono utilizzate anche per altre funzioni²⁷. Dagli aspetti, fin qui considerati, emerge ancora come l'insegnante in ospedale debba possedere un grande capacità adattativa, ricca di flessibilità, fortemente motivata e, soprattutto, capace d'intessere relazioni significative al fine di creare quel giusto clima che risulta determinante in chiave formativa e didattica.

Ora, per concludere questa iniziale sintesi descrittiva riguardante la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare, ci occuperemo brevemente degli organismi regionali e nazionali che presiedono al buon funzionamento di tali realtà educative.

²⁶ Molte volte il carico emozionale e psicologico che l'insegnante vive, e a cui deve far fronte, è elevato. Infatti i genitori che vivono l'esperienza di un/a figlio/a con una seria malattia provano una serie di emozioni difficili da comprendere se vissute in solitudine. Solo se vengono condivise attraverso la relazione e il dialogo, sentimenti intensi quali la paura e l'angoscia di cominciare un lungo cammino disseminato di successi e di fallimenti, con un esito incerto, possono trovare forti motivi di speranza e prospettive positive.

²⁷ Ad esempio come stanza-soggiorno adibita a stanza-TV o a stanza dei giochi.

4. Organismi di governo della scuola in ospedale e a domicilio

a) La scuola polo regionale

In ogni regione è presente una scuola polo, chiamata scuola polo regionale, per la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare. Essa, oltre ad avere il compito periodico di registrare tutti i dati e gli interventi attuati nelle sezioni ospedaliere del proprio territorio, ha il fondamentale compito di sensibilizzare ed informare gli operatori su questa complessa area educativa. Inoltre, la scuola polo regionale svolge la funzione di supporto e formazione per tutte quelle scuole che per la prima volta si avvicinano all'istruzione domiciliare.

b) Il Comitato Tecnico Regionale

Questo organismo regionale svolge gli importanti compiti di coordinamento, monitoraggio e sostegno di tutte le attività concernenti la scuola in ospedale e il servizio d'istruzione domiciliare. Allo stesso modo si occupa della progettazione e realizzazione delle campagne informative, nonché del coordinamento della pagina *web* regionale²⁸.

c) Il portale del MIUR per la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare.

Il portale è gestito in collaborazione con il Centro METID (Metodi e Tecnologie Innovative per la Didattica)²⁹ del Politecnico di Milano ed ha la funzione di promuovere e sostenere l'offerta formativa destinata ai minori in obbligo scolastico colpiti da gravi patologie e ospedalizzati. La pagina iniziale del portale è visibile all'indirizzo <http://pso.istruzione.it>. Il portale offre numerose e dettagliate informazioni cercando di soddisfare i bisogni educativi e formativi dei bambini malati e delle loro famiglie. Inoltre, attraverso la piattaforma e-learning, sostiene la formazione dei docenti ospedalieri e domiciliari favorendo la realizzazione di comu-

²⁸ La pagina *web* regionale della scuola in ospedale e domiciliare è il portale informatico digitale dal quale poter attingere le diverse informazioni, disposizioni legislative e risorse di carattere divulgativo. Nel caso, ad es., della regione Lombardia l'indirizzo *web* di riferimento è il seguente: <http://www.hshlombardia.it>.

²⁹ Il Centro METID del Politecnico di Milano si pone come obiettivo quello di supportare i docenti nell'innovazione didattica attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie dell'informatica, della multimedialità e delle telecomunicazioni.

nità di pratiche professionali. Appositi moduli formativi *on line* sono previsti per i docenti, in particolare per coloro che per la prima volta si avvicinano all'istruzione domiciliare che può riguardare ogni scuola nella quale sia presente un bambino colpito da una grave patologia. Uno spazio specifico del portale è dedicato agli Uffici Scolastici Regionali (USR) e alle scuole di ogni regione. Il referente designato da ciascun USR ha la possibilità di inserire novità ed esperienze significative svoltesi sul territorio; vi è poi lo spazio dedicato alle *newsletter*. Il portale consente di aprire *forum* per l'approfondimento di temi specifici, permettendo così, agli operatori, ai genitori e agli studenti lo scambio ed il confronto educativo. Nel portale della scuola in ospedale sono pure presenti le "Faq" cioè tutti i quesiti e le domande posti da docenti e genitori, nonché una raccolta normativa ragionata e *link* significativi e d'interesse nazionale ed internazionale.

Ma, come riporta la dott.ssa Ferraro,

«l'elemento di grossa novità, [...], è la gestione del *database* che riporta i dati informativi relativi al monitoraggio annuale dei dati regionali della scuola in ospedale e dell'istruzione domiciliare, sia per quanto attiene alle risorse, alle azioni e alla formazione a tutti i livelli»³⁰.

Attualmente la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare sono presenti in tutto il territorio nazionale e nei principali ospedali pediatrici italiani, con docenti di tutti gli ordini e gradi di scuola. L'impegno maggiore, però, consiste nel miglioramento continuo del servizio e, soprattutto, nel trovare sempre più occasioni d'incontro e di collaborazione tra la scuola ordinaria e la scuola in ospedale. Così facendo, si riuscirebbe sempre più a creare un effettivo ed ampio miglioramento del servizio scolastico poiché si porrebbe una sempre maggiore attenzione alla persona bambino malato e ai suoi imprescindibili bisogni educativi. È alla luce di quanto appena affermato che tenteremo ora di comprendere la particolare specificità della persona bambino/ragazzo malato. Questo perché non è possibile addentrarci nella didattica della scuola in ospedale senza prima considerare la persona ed il vissuto del bambino in ospedale. Come rileva la dott.ssa Bruna Mazzoncini, del Dipartimento scienze neurologiche e psichiatriche dell'età evolutiva Università «La Sapienza» di Roma,

³⁰ S. FERRARO, *Scuola in ospedale e servizio d'istruzione domiciliare*, cit., p.53.

«La malattia, soprattutto se prolungata e cronica, è un evento traumatico che incide nella vita di ogni persona e in un bambino può lasciare tracce molteplici e a diversi livelli nel suo sviluppo psicologico. Nell’impatto con la malattia, nel doverne fare la conoscenza, egli attiva strumenti conoscitivi particolari e può mettere in gioco modalità di rifiuto e di ritiro cognitivo e affettivo, nel tentativo di negare o non pensare un evento così doloroso»³¹.

La malattia invade lo scorrere della vita ordinaria, altera i ritmi, le abitudini e i rapporti quotidiani. I genitori del bambino malato spesso per ridurre il più possibile il carico emotivo dedicano tempi più ampi all’accudimento del bambino diventando nello stesso tempo più permissivi. Nonostante tutto questo e, come si verifica nella maggioranza dei casi, un attento rapporto da parte degli operatori sanitari, la malattia impone le sue esigenze: sentimenti di espropriazione e di alterazione del proprio corpo possono essere difficilmente sopportabili dal bambino. Questo induce nel piccolo comportamenti e atteggiamenti di regressione tali da influenzarne significativamente i processi di autonomia in atto. D’altro canto anche l’adulto, genitore, insegnante, operatore sanitario, molte volte può viverci come impotente e sentirsi confuso di fronte all’evoluzione della malattia del fanciullo. Può non sapere come contenere paure e angosce, come parlare con lui, cosa dire o cosa non dire su quanto sta avvenendo. Per tentare di riflettere su questi interrogativi risulta utile

«chiederci come il bambino si rappresenta ed elabora la sua esperienza, in quanto unica, in rapporto alle sue caratteristiche individuali e come utilizza modalità cognitive ed emotive per decodificare il fenomeno, tipiche della sua età e della specifica fase evolutiva»³².

Riflettere sul bambino malato da un punto di vista pedagogico significa, quindi, cercare d’interpretare il modo in cui il piccolo paziente sperimenta dentro di sé quanto vive.

Il Capitolo che segue si pone come obiettivo quello di approfondire gli effetti che la patologia e l’ospedalizzazione producono sul vissuto del bambino. Seppur sinteticamente, risulterà poi fondamentale conoscere quali siano i principali meccani-

³¹ B. MAZZONCINI, *Il bambino, la malattia, l’ospedale: aspetti relazionali*, Scuola in ospedale Una formazione di qualità per integrare benessere-apprendimento-salute. Seminario di studio Napoli-Fiuggi 19-22 novembre 2002 - Atti e documenti, in «Quaderni degli Annali dell’Istruzione», 3, 105 (2004), p. 64.

³² *Ibidem*.

smi di difesa psicologici che il bambino attiva e come essi incidano in modo significativo nella relazione educativa e poi in quella didattica.

CAP. II

IL VISSUTO DELLA MALATTIA NEL BAMBINO: UNA LETTURA PSICOPEDAGOGICA E PSICOSOCIALE

1. Il costituirsi del vissuto nel bambino

Per riuscire a cogliere appieno come l'esperienza della malattia e dell'ospedalizzazione influenzino fortemente il costituirsi dell'identità del bambino è necessario comprendere i tre passaggi che determinano il costituirsi di un vissuto partendo da un'esperienza. Affinchè l'esperienza della malattia possa divenire vissuto consapevole, lasci cioè una traccia di sé nella soggettività del bambino, occorre, come afferma Bobbo:

«che si verifichino almeno tre condizioni: prima di tutto che il bambino sia in grado di ricordarla, cioè che abbia sviluppato la capacità mnestica di ricordarla, cioè che abbia sviluppato la capacità mnestica in senso riflessivo, cosciente; secondo che egli possa capire ciò che gli accade, cioè possa integrare dal punto di vista cognitivo tale esperienza. Terzo che questo bambino sappia darle un significato, comprenderla, attribuendole un senso del tutto personale»³³.

Va altresì posto in rilievo come gli elementi percettivi che il bambino esperisce dentro di sé, nel suo mondo interiore, non necessariamente coincidono con gli elementi che entrano nel mondo vitale dei genitori e degli operatori sanitari³⁴. Da queste considerazioni risulta come per il bambino/ragazzo³⁵ malato siano determinanti le componenti mnestiche-cognitive ed emotive. Esse unitamente ad aspetti di natura psicosociale determinano le modalità di significazione della realtà della malattia nell'ambito del vissuto personale. Questo vissuto personale si attua in vari modi, come ad esempio, quando un bambino viene ricoverato per essere sottoposto ad un intervento chirurgico. Oppure, quando è soggetto ad un ciclo di cure o nel momento in cui si trovi in una fase acuta della malattia o sperimenti un certo grado di sofferenza. In queste situazioni tutto ciò che esso vive intorno a sé non sempre risulta per lui importante. Secondo un'analisi trasversale della letteratura

³³ N. BOBBO, *Bambini in ospedale riflessioni pedagogiche e prospettive educative*, Pensa multimedia, Lecce, 2004, p. 26.

³⁴ Quegli adulti che ruotano maggiormente intorno alla vita del bambino malato.

³⁵ Ogni volta che viene utilizzato il termine bambino o ragazzo intendiamo implicitamente entrambi i sessi.

specialistica ciò che il bambino sperimenta realmente è determinato da quattro fattori³⁶:

- Il dolore che la patologia e le cure comportano;
- l'estraneità delle persone e delle realtà spazio-temporali che caratterizzano l'ambiente ospedale;
- il cambiamento d'atteggiamento e l'inadeguatezza provata dai genitori rispetto alla difficile situazione dei figli; ed infine
- il senso di frustrazione provata dal bambino nei confronti della sua privazione di libertà e autonomia.

I fattori posti in evidenza ci consentono ora di svolgere alcune brevi, ma fondamentali considerazioni psicopedagogiche e psicosociali. Esse poi ci permetteranno di comprendere meglio le modalità più opportune per instaurare una significativa relazione educativa. Infine, tenteremo di definire una buona e corretta prassi didattica per l'insegnamento in ospedale.

1.1 *L'esperienza del bambino malato: dare un senso al vissuto della sofferenza*

Grazie allo sviluppo intellettuale e psicomotorio, i bambini dopo i quattro anni riescono gradualmente a distinguere la sofferenza legata alla patologia dal dolore derivante dalle diverse manovre invasive legate alla cura. Questo implica molte volte, da parte degli stessi bambini, una perdita di fiducia nelle figure degli adulti. Infatti, sono proprio essi, nella fattispecie i diversi operatori sanitari, che agiscono direttamente sul corpo del bambino. I medici, gli infermieri, i tecnici e le diverse figure adulte che ruotano intorno al bambino risultano, soprattutto inizialmente, come «presenze imprevedibili, paurose, se non addirittura pericolose»³⁷. Questo aspetto si correla direttamente con il senso di estraneità e di disorientamento che i bambini avvertono a causa delle inabituali e non familiari realtà spazio-temporali³⁸ caratterizzanti l'ambiente ospedale. Il terzo aspetto posto precedente-

³⁶ Cfr. N. BOBBO, *Bambini in ospedale riflessioni pedagogiche e prospettive educative*, cit., pp. 27-32. In particolare nelle note si vedano i numerosi riferimenti bibliografici in merito alla letteratura di genere. Qui segnaliamo in particolare A. FREUD, *L'aiuto al bambino malato*, Boringhieri, Torino 1987; M. L. FALORNI – A. SMORTI – A. M. TEDDE, *Madri in ospedale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1984; C. PERICCHI, *Il bambino malato*, Cittadella, Assisi, 1984.

³⁷ M. T. MANGINI – M. L. ROCCA, *“Cappe gialle” un po' di colore tra i camici bianchi dell'ospedale pediatrico*, Mondadori, Milano, 1996, p. 21.

³⁸ Con realtà spazio-temporali caratterizzanti il luogo ospedale intendiamo tutti gli ambienti e gli spazi che caratterizzano il reparto ospedaliero e che hanno determinati ritmi di vita legati all'assistenza e alla cura.

mente in evidenza riguarda il modificarsi dell'atteggiamento relazionale dei genitori del bambino malato, sia nei confronti dei familiari che degli amici, una volta appresa la diagnosi ed il suo *iter* terapeutico. Gli atteggiamenti negativi che il più delle volte nascono nei genitori³⁹, come ad es. il senso di inadeguatezza, di forte preoccupazione ed anche di vergogna, di riflesso vengono percepiti dal bambino malato. Egli è come se avvertisse intorno a sé un senso di precarietà ed incertezza. Infine, le possibili frustrazioni che il bambino vive durante la malattia rappresentano elementi da non trascurare assolutamente lungo il suo processo evolutivo ed esperienziale. Come scrive la prof.ssa Oliverio Ferraris,

«Per il bambino, specie nella seconda infanzia, assumono [...] grande rilevanza l'esplorazione dell'ambiente e la manipolazione di oggetti. Azioni queste che possono avere per lui il significato di una affermazione della propria volontà e di individuazione della propria personalità rispetto a quella adulta. L'immobilità richiesta dalla malattia può essere allora particolarmente frustrante e lesiva nella sua stabilità emotiva»⁴⁰.

Nel bambino che sta sviluppando sempre più la sua autonomia, risulta quasi incomprendibile sperimentare delle costrizioni da parte di persone che, oltre ad essere per lui significative, fino poco tempo prima lo incoraggiavano ad essere autonomo. Questo senso d'impotenza e frustrazione, come scrivono Dell'Antonio e Ponzo: «possono riflettersi proiettivamente⁴¹ nei bambini mediante la svalorizzazione della propria immagine»⁴². Tutto questo può produrre nel bambino ospedalizzato aggressività, irrequietezza e un'accentuata irritabilità. Quanto detto si unisce poi alla progressiva maturazione cognitiva del bambino che, intorno ai sette anni, vede il graduale avvio del pensiero ipotetico. Questo determina nel piccolo paziente la capacità di rapportare la malattia al sintomo che lo affligge; ma, come sottolinea Petter: «anche in base ad un certo determinismo punitivo: egli è, cioè,

³⁹ Va chiarito che di fatto ogni famiglia affronta le realtà della malattia in modo molto differente e specifico, soprattutto in base alla sicurezza affettiva e relazionale della coppia genitoriale e della rete parenterale.

⁴⁰ A. OLIVERIO FERRARIS – R. SENATORE PILLERI, *Il bambino malato cronico*, Raffaello Cortina, Milano, 1989, p. 80.

⁴¹ Secondo la teoria psicoanalitica la proiezione rappresenta un meccanismo di difesa dal sintomo dell'angoscia sostitutivo dell'insuccesso presentato dal meccanismo della rimozione. Quest'ultima, a sua volta definisce uno dei meccanismi di difesa più arcaici ed universali. Esso consiste nell'inconsapevole cancellazione di un ricordo o di una esperienza che il soggetto ha vissuto come angosciante o traumatica.

⁴² A. DELL'ANTONIO – E. PONZO, *Bambini che vivono in ospedale*, Borla, Roma, 1982, p. 12.

condizionato dalla tendenza a sentirsi colpevole per tutto quanto accade»⁴³. Tale aspetto assume all'interno della relazione educativa tra insegnante e bambino malato una grande rilevanza. Esso, inoltre, si associa alle due fasi che il bambino sperimenta sempre a partire dai sette anni in poi⁴⁴. Esse sono:

- la fase psicologica nella quale il bambino diventa cosciente del suo ruolo nei confronti della malattia e della salute in senso generale. Inoltre il piccolo paziente è in grado di discriminare tra fattori interni ed esterni presenti nella sua malattia;
- la fase psicofisiologica nella quale il fanciullo inizia a comprendere il contributo che i pensieri, le credenze e le speranze hanno sul decorso della malattia o lungo il processo di guarigione.

È dagli undici anni in poi che la capacità cognitiva del preadolescente diviene comparabile a quella di un adulto, ad eccezione naturalmente del numero d'esperienze maturate. A tale riguardo, va segnalato come per i ragazzi d'età compresi tra gli undici e i quindici anni risulti di fondamentale importanza il tipo di atteggiamento che l'adulto tiene nei loro confronti. Infatti, esso stesso, insieme alla possibile ospedalizzazione, determina la percezione nei confronti della loro malattia. Volendo ora cercare di definire le modalità attraverso le quali i bambini, i preadolescenti e gli adolescenti attribuiscono un significato alle loro diverse esperienze legate alla malattia, ci è apparso opportuno avvalerci dell'impianto concettuale elaborato dallo psicologo Erik Erikson⁴⁵. Secondo il modello dello psicologo statunitense lo sviluppo dell'individuo avviene per stadi, organizzati in sequenza. Per ogni stadio lo psicologo ha individuato un particolare compito di sviluppo che, a seconda di come viene affrontato e risolto, condurrà ad esiti posi-

⁴³ G. PETTER, *Dall'infanzia alla preadolescenza*, Giunti, Firenze, 1991, p. 183.

⁴⁴ Cfr. R. BIBACE – M. E. WALSH, *Children's prehospitalization conceptions of illness, cognitive development and personal adjustment*, in «C.H.C», 21, 2 (1992), pp. 103-110.

⁴⁵ Erik Erikson (Francoforte sul Meno, 15 giugno 1902 – Harwich, 12 maggio 1994) è stato uno psicologo e psicoanalista tedesco naturalizzato statunitense. La sua figura ha assunto particolare rilievo per aver inserito i problemi della psicoanalisi infantile in un modello evolutivo denominato Psicosociale. In tale modello Erikson ha tentato di comprendere non solo le dimensioni psichiche dello sviluppo della persona, ma anche quelle sociali, culturali e implicitamente quelle religiose. Il ciclo di vita prende avvio e si perpetua nella costruzione dell'identità consentendo all'individuo di sperimentare dimensioni apparentemente dissonanti quali continuità e mutamento, garantendo l'integrità e l'unitarietà della persona, anche di fronte a importanti cambiamenti storicoculturali e sociali. Per il nostro lavoro si cfr. in particolare: E. ERIKSON, *I cicli della vita, continuità e mutamenti*, Armando, Roma, 1999, p. 73 e seg..

tivi o negativi. Ogni stadio viene giocato sulla bipolarità caratterizzata da un dilemma psicosociale che nasce dalla relazione tra l'individuo e l'ambiente. Tale dilemma deve essere superato affinché nella persona possa avvenire una significativa maturazione. Il processo di costruzione dell'identità, per Erikson, si snoda lungo l'intero arco di vita, ma attraversa una tappa cruciale e decisiva durante l'adolescenza. In questa tappa evolutiva si verifica nella persona lo sviluppo consapevole dell'identità oppure una confusione della propria identità. Per quanto riguarda i periodi evolutivi di nostro interesse ci avvarremo di uno schema semplificato rappresentante solo tre degli otto stadi di sviluppo elaborati da Erikson. Questi tre stadi corrispondono alle fasce d'età riguardanti la scuola dell'infanzia (3-5 anni), la scuola primaria (6-10/11 anni) e l'età adolescenziale (11-15 anni). La tabella sotto riportata evidenzia le richieste conflittuali; le possibili virtù che si possono acquisire e le persone di riferimento che maggiormente interagiscono durante gli stadi dello sviluppo da noi presi in esame.

Fasce d'età	Richieste conflittuali	Virtù acquisibile	Interlocutore privilegiato
3-5 anni	Spirito d'iniziativa/senso di colpa	Finalità dell'agire e interagire personale	Famiglia d'origine (ristretta)
6-10/11 anni	Industriosità/senso d'inferiorità	Competenza	Scuola e vicinato
11-15 anni	Identità/confusione del ruolo	Fedeltà	Pari età

Tabella 1 Tabella semplificata e riadattata del modello evolutivo psicosociale di Erikson.

Erikson, in una sua riflessione faceva notare come le virtù acquisibili possano essere identificate attraverso

«forze umane o qualità dell'io, emergenti dagli strategici stadi dell'infanzia, dell'adolescenza e dell'età adulta: speranza fedeltà e cura, corrispondono a quei più alti valori mistici che chiamiamo speranza, fede e carità»⁴⁶

⁴⁶ E. Erikson, *I cicli della vita*, cit., p. 74.

Come detto poc' anzi nella teoria elaborata da Erikson ad ogni età emerge, per il soggetto, la necessità di scegliere fra due tendenze opposte, tra due modi differenti di porsi di fronte alla realtà. Questa conflittualità conduce il bambino, o il ragazzo, a trovare per ogni crisi evolutiva quelle virtù che gli possano consentire la risoluzione della tensione tra due forze opposte. In questo modo, superando stadio dopo stadio le diverse ed inevitabili crisi evolutive, ogni persona è in grado di agire con autonomia ed in modo responsabile nel mondo. Lo stesso psicologo sottolinea come le diverse forze umane siano strettamente legate al contesto socio-culturale d'appartenenza. Così, ad. es., la speranza emerge dalla fiducia in rapporto alla religione, la fedeltà dall'ordine dei valori con i quali un gruppo sociale s'identifica e la competenza dall'iniziativa collegata alle arti e ai mestieri. Nel nostro caso va sottolineato come, a differenza del modello generale, gli stadi evolutivi debbano necessariamente fare i conti con tutto ciò che caratterizza il contesto psicosociale legato alla malattia. Terminiamo ora questa sintesi schematica integrando il modello di Erikson con alcune riflessioni di autori che si sono occupati delle modalità psicomotriche con la quale i bambini assegnano un senso alle realtà che vivono. Ci occuperemo più propriamente della cosiddetta vita fantasmatica⁴⁷ del bambino e del ragazzo. Questo perché, come scrive Gamba,

«è semplicemente illusorio [...] pensare che un bambino non cerchi di capire quanto gli sta capitando, formulando ipotesi o idee. Ma la malattia in quanto evento viene ad inserirsi non tanto in una storia oggettiva che si compone cioè di fatti, che non esiste per il bambino, quanto nella sua storia emotiva, data dal suo sviluppo affettivo e dalle sue fantasie, acquisendo così un significato che più che biologico è affettivo ed esperienziale»⁴⁸.

Secondo gli studi condotti nel campo della neuropsichiatria infantile⁴⁹ è stato ampiamente dimostrato che quando un bambino viene aggredito da una malattia grave o cronica, più o meno invalidante, la sua vita immaginativa e progettuale può organizzarsi intorno alle problematiche della morte e dell'integrità fisica. È in

⁴⁷ Con tale termine intendiamo i diversi modelli dello sviluppo mentale e affettivo umano che hanno avuto origine dalle osservazioni della psicoanalista Melanie Klein negli anni trenta del secolo scorso, durante le tante sedute di psicoterapia con bambini. Secondo la Klein, il bambino possiede una serie di immagini innate e inconse che orientano gli impulsi istintuali ed esistono indipendentemente dai diversi contributi percettivi provenienti dal mondo esterno. Queste immagini inconse si caratterizzano per una doppia polarità, positiva e negativa, che rispecchia quella tra la pulsione di vita e la pulsione di morte teorizzata da Sigmund Freud.

⁴⁸ A. GAMBA, *Il bambino in cure palliative*, in «Quaderni di cure palliative», 4, 3 (1996), p. 182.

⁴⁹ Cfr. J. DE AJURIAGUERRA, *Manuale di psichiatria del bambino*, Boringhieri, Torino, 1987, in particolare p. 447.

torno all'età di tre anni che le dinamiche psichiche del bambino iniziano a diventare più complesse. A questa età il bambino elabora nella sua mente la falsa rappresentazione della malattia come fosse quasi una punizione alle sue trasgressioni. Esso sembra cercare una spiegazione confusa a quanto sta vivendo, sospeso tra l'incertezza di poter vivere una reale minaccia aggressiva per il suo corpo e la paura di essere abbandonato. Il bambino può giungere addirittura a pensare che esistano delle forze esterne dalle quali non si può difendere e non viene neppure difeso dai suoi riferimenti affettivi principali: la mamma ed il papà. Questo perché, a quest'età, il piccolo ha già interiorizzato sia gli ammonimenti educativi che morali oltre ai possibili castighi da parte dei genitori. Di fronte alle sue trasgressioni il bimbo tende a provare un sentimento di colpa. Come scrive Oliverio Ferraris: «la malattia sembra allora arrivare a marchiare lo sbaglio, a materializzare il castigo»⁵⁰. Il vissuto del bambino si caratterizza quindi nel segno del senso di colpa; dell'attesa di una punizione e dell'angosciosa paura dell'abbandono che, nella mente del fanciullo, sembrano potersi o doversi verificare per un presunto sbaglio da lui commesso. I bambini di età compresa tra i quattro i sette anni sono particolarmente intimoriti dalla minaccia per la loro integrità fisica, e questo limita fortemente la loro capacità d'iniziativa e la loro industriosità. Va sottolineato, come afferma Erikson, come questa riduzione della spinta progettuale nel gioco e nel desiderio della scoperta possa «avere forti conseguenze sulla capacità di acquisire un esercizio consapevole e sicuro della propria volontà e competenza»⁵¹. I fanciulli di quattro anni presentano l'incapacità di riuscire a darsi una spiegazione circa la malattia che stanno vivendo in rapporto agli accadimenti esterni. Questo li conduce, come sottolinea Pinkus, «ad identificare la propria sofferenza con un atteggiamento del mondo circostante persecutorio e cattivo»⁵². La superiore capacità realistica da parte dei bambini più grandicelli, tra i cinque e i sette anni, consente loro di rapportarsi alla realtà difendendosi maggiormente da questo tipo di vissuti aggressivi e di annichimento. Tuttavia ogni tipo di cura invasiva o di terapia intensa, può consentire il riemergere nella mente del bambino di antiche paure di

⁵⁰ A. OLIVERIO FERRARIS, *Psicologia della paura*, Boringhieri, Torino, 1980, p. 99.

⁵¹ E. ERIKSON, *I cicli della vita*, cit., p. 94.

⁵² L. PINKUS, *Rilievi psicodinamici sull'ospedalizzazione nella prima infanzia*, in «Maternità e Infanzia», 46, 5 (1989), p. 393.

aggressione e distruzione da parte di forze ostili e sconosciute. Nei bambini sofferenti l'immaginazione e la realtà si confondono. Questo fatto produce, in corpi già provati e deboli, fantasie inconsce negative. Riassumendo con le parole di Bobbo, possiamo affermare come nei bambini compresi nella fascia d'età tra i cinque e i sette anni i

«vissuti si concentrano [...] sulla minaccia di distruzione e di morte, con scadimento della propria capacità d'iniziativa, e competenza. Dato che l'energia e la forza emotiva di questi fanciulli è impegnata a difenderli da questo tipo di aggressioni»⁵³.

Infine consideriamo brevemente i periodi più complessi e delicati della crescita e della costruzione dell'identità personale: la preadolescenza e l'adolescenza. In questi periodi della vita, il ragazzino prima e l'adolescente poi tentano di trovare una risposta alle due domande che Erikson definisce: «chi sono e chi voglio essere?»⁵⁴. Se il rapporto tra un'identità pensata, immaginata e scelta da un lato, e la totale assenza di scelte dall'altro trova nell'adolescente un giusto equilibrio, si verifica, come sottolinea Gadamer che: «la dispersione diventa dubbio, meglio possibilità di cambiare, apertura all'altro che può dirci qualcosa di noi stessi che noi non conosciamo»⁵⁵. Purtroppo, quando interviene una malattia nella vite del ragazzino o dell'adolescente, si verificano maggiori difficoltà nello scegliere per sé una percorso personale di ricerca della propria identità. Questo perché le diverse esperienze di socializzazione con i pari età spesso pongono il ragazzo in una condizione di disagio o d'inferiorità. Il vissuto, quindi, si concentra in particolare sulla dispersione intesa come una perdita confusa di sé nel cercare di perseguire un'identità pensata prima della malattia. Le difficoltà legate alla malattia e alle cure pongono il ragazzino e l'adolescente nell'impossibilità di programmare e pensare il futuro. In alcuni casi l'incertezza rispetto al futuro pone in dubbio la stessa vita. I tipi di vissuto finora analizzati hanno messo in risalto come favoriscano nei piccoli pazienti sentimenti negativi quali disistima, ritiro in sé stessi e il continuo bisogno di protezione affettiva. Tutto questo unito alla vita in ospedale con i suoi tempi e le sue regole, non favoriscono nel bambino un adeguato sentimento di

⁵³ N. BOBBO, *Bambini in ospedale*, cit., p. 49.

⁵⁴ E. ERIKSON, *I cicli della vita*, cit., p. 91.

⁵⁵ H. G. GADAMER, *Verità e metodo*, Mondolibri, Milano, 1991, p. 437.

sé⁵⁶. Ciò si riflette negativamente durante il rientro a scuola da parte del ragazzo dopo il prolungato ricovero. Una volta in classe, esso a volte si rende conto di essere rimasto indietro con il programma scolastico e ciò può indurre in lui un'ulteriore sensazione d'inferiorità.

Ora, alla luce di tutto questo, intendiamo focalizzare l'attenzione sull'importanza che rivestono gli aspetti psicosociali nelle relazioni educative e nell'ambito dell'apprendimento. Analizzeremo le dinamiche che tali aspetti muovono nei processi d'apprendimento che caratterizzano i ragazzi della scuola primaria e quelli della scuola secondaria di primo e secondo grado. Queste basi teoriche risulteranno fondamentali per tentare di comprendere al meglio quella "particolare" forma d'insegnamento che avviene in ospedale ad alunni che per la loro malattia necessitano di particolari attenzioni didattiche e metodologiche. Come già detto, la caratteristica principale del funzionamento delle sezioni scolastiche ospedaliere è la modalità di erogazione del servizio che tiene conto delle condizioni fisiche quanto psicologiche della persona. Il personale docente deve quindi possedere necessariamente particolari capacità relazionali, in quanto le condizioni in cui si esplica il servizio possono mettere a dura prova la serenità e l'obiettività dei risultati da raggiungere. Diventa quindi fondamentale comprendere quali siano le principali dinamiche psicorelazionali che influenzano i processi d'apprendimento nei bambini che vivono la malattia e situazioni di sofferenza.

2. Gli aspetti psicosociali dell'apprendimento

Secondo le analisi delle più importanti ed accreditate teorie dello sviluppo psicologico⁵⁷ è possibile oggi affermare con che cosa effettivamente produce apprendimento. Molti studi di carattere neurocognitivo e psico-pedagogico concordano sempre più nel porre l'accento sulla dimensione multifattoriale dell'apprendimento. Esso viene definito come un'abilità complessa risultante

⁵⁶ Con sentimento di sé intendiamo una positiva comprensione di sé da parte del bambino, basata sulla fiducia nelle sue possibilità e sulla stima di se stesso.

⁵⁷ Cfr. V. SCHIMMENTI (ed.), *Oltre la madre. Relazioni familiari e sviluppo psicologico*, Franco Angeli, Milano, 2010; P.S. CHURCHLAND – T. SEJNOWSKI, *Il cervello computazionale*, Il Mulino, Bologna, 1995.

dall'interazione di processi cognitivi, metacognitivi, emotivo-motivazionali e sociali. Inoltre si sottolinea il ruolo centrale dell'alunno nella costruzione dei saperi. Partendo da questi risultati la domanda che viene da porsi è la seguente: se ci disinteressiamo di ciò che fa apprendere, come possiamo decidere come insegnare? Il problema viene solitamente superato con il ricorso ai contenuti, l'interesse per i quali viene considerato sufficiente a motivare e mantenere l'impegno. Oppure con l'impianto metodologico: l'apprendimento viene attribuito alla lezione frontale, o alla didattica attiva o ancora all'esperienza del laboratorio. Tuttavia, i contenuti ed il metodo sono l'oggetto o il mezzo attraverso i quali si giunge all'apprendimento, ma non mettono in luce i reali fattori psicopedagogici che causano l'apprendere. In maniera molto generale cerchiamo ora di rispondere alla domanda: cosa fa apprendere? Possiamo identificare tre ordini di fattori:

1. Identificazione e proiezione;
2. La sperimentazione;
3. Il legame interpersonale e sociale.

L'apprendimento avviene sicuramente per l'identificazione dell'allievo con il insegnante-educatore. Apprendiamo per imitazione di un soggetto sul quale investiamo affettivamente, per amore o per invidia di qualcuno che consideriamo migliore, più sapiente, più colto di noi. Questo soggetto non è necessariamente una persona, ma molto spesso è l'ideale che proiettiamo su una certa persona: nello specifico l'insegnante. Possiamo anche affermare che apprendiamo nello sforzo di raggiungere il nostro io ideale, incarnato per proiezione nel soggetto educatore. Questo è evidente nei processi di auto-apprendimento, cioè in quel tipo d'apprendimento senza un formatore fisicamente presente. In questi casi impariamo cercando di raggiungere una forma che non esiste se non come proiezione del nostro io ideale. Da questo fattore discendono tutte le didattiche unidirezionali, a partire da quella più diffusa cioè la classica lezione o conferenza. Un secondo fattore di apprendimento è certamente la sperimentazione. Prove ed errori, applicazione attiva con verifica immediata dei risultati, simulazione non sono esperienze "pure". L'esperienza isolata, però, non può costituire fattore di apprendimento. Essa è un adattamento dell'esperienza, ma protetta dalle eventuali conseguenze dannose. È arricchita dalla verifica e dalla valutazione ed è diretta da una finalità

esplicita. Finalità, protezione e valutazione sono le caratteristiche che distinguono la sperimentazione dall'esperienza. A differenza della sperimentazione scientifica, la sperimentazione utilizzata come fattore formativo non necessita della formalizzazione e della replicabilità, perché riguarda ogni singola soggettività. Dal fattore sperimentazione derivano tecniche didattiche come i laboratori, le simulazioni, l'apprendimento attivo. Il terzo fattore di apprendimento, molto spesso sottovalutato, è il legame di scambio che instauriamo con i singoli compagni di apprendimento o con il gruppo. Quest'ultimo, definito anche "collettivo", rappresenta il campo sociale che ci fa da riferimento. Apprendiamo grazie alle relazioni significative con i compagni di formazione che consentono scambi di natura socio-affettiva. Apprendiamo anche per il senso d'appartenenza poiché diventiamo e restiamo parte di un tutto, di un sistema, di un campo che ci rafforza, ci sorregge e ci dà identità. Ciò che rende possibili e facilita gli scambi comunicativi, quindi lo sviluppo e la realizzazione delle diverse attività, è il modello dell'altro. L'attività dell'altro può essere considerata come un modo di esprimersi in relazione alla realtà circostante. Quest'ultima pone sia limiti che opportunità. In base a questo dato di realtà se il modo di agire dell'altro viene da noi considerato pertinente ed interessante allora lo adottiamo. Questa adozione non è mai presa integralmente, ma è sempre adattata e personalizzata alle proprie caratteristiche personali. In un qualsiasi gruppo di bambini o di ragazzi si verificano frequentemente fenomeni d'imitazione. Questi, però, non diventano mai fenomeni di dipendenza in quanto ogni soggetto è costretto, pena l'esclusione dal gruppo, a partecipare e a dare qualcosa di sé. Questa breve descrizione sottolinea come mai l'appropriazione del modello dell'altro sia considerato un fattore cruciale dello sviluppo dei bambini. Tuttavia anche nel fattore "legame interpersonale" hanno un peso l'identificazione e la proiezione. Le relazioni sono significative non solo quando intercorrono fra persone fisiche, ma anche fra le reciproche immagini ideali. L'appartenenza, in quanto sentimento, concerne entità plurali create mescolando oggetti reali, quindi persone e fatti, e oggetti ideali quali bisogni, credenze, ed ideologie. Da questo fattore discendono tutte le metodologie didattiche basate sul lavoro di gruppo, metodologie che si realizzano pienamente in gruppi di alunni che si organizzano secondo scelte reciproche. Ora, risulta per noi analizzare l'importanza del gruppo-

classe classico rispetto al piccolo gruppo della sezione d'ospedale. Questo al fine di coglierne gli importanti risvolti psicosociali ed educativi utili poi nelle dinamiche d'insegnamento-apprendimento.

2.1 Il gruppo-classe classico: dinamiche relazionali ed educative

La dinamica di/del gruppo è fondamentale al fine di un buon insegnamento e, soprattutto, di un buon apprendimento. Senza la creazione di una relazione di classe positiva si rivela inutile ogni riflessione sul come insegnare, come costruire situazioni che consentano un apprendimento significativo ed efficace. Per chiarire il concetto di gruppo è utile non soltanto operare delle distinzioni basate su alcune caratteristiche proprie del gruppo stesso,⁵⁸ ma anche tener presente che ogni gruppo ha una propria "anima". Nella sua definizione, più generale e sintetica, il gruppo è visto come un insieme di persone unite fra loro da vincoli naturali, da rapporti di interesse, da scopi o idee comuni. Questa definizione però è incompleta in quanto non lascia intuire quel di più che, come Kurt Lewin ha ampiamente dimostrato⁵⁹, che rende un gruppo qualcosa di diverso della somma delle sue singole componenti. Quest'idea ci porta subito ad operare una distinzione tra un insieme di persone casualmente riunite e un gruppo nel quale si instaurano sentimenti di appartenenza e di interdipendenza con gli altri membri. Questi, infatti, sono i fattori che permettono al gruppo di avere un'anima, un'imprescindibile identità in stretta relazione con quella delle persone che lo compongono. Infatti affinché un gruppo sia tale, oltre ai già citati sentimenti, tra i suoi componenti deve aver luogo una integrazione e una soddisfazione emotiva che conduca le persone ad identificarsi con il gruppo stesso⁶⁰. L'interazione delle parti è una condizione irrinunciabile nella scuola. È necessario che i protagonisti della scena, che si ripete per circa

⁵⁸ Queste caratteristiche possono assumere più o meno rilevanza a seconda dei punti di vista che si assumono o si vanno assumendo.

⁵⁹ Cfr. tra i numerosi scritti inerenti gli aspetti caratterizzanti dell'interazione socio-relazionale del singolo nel gruppo: K. LEWIN, *Teoria dinamica della personalità*, Editrice Universitaria, Firenze, 1965; *Idem*, *I conflitti sociali*, Franco Angeli Editore, Milano, 1972; *Idem*, *Il bambino dell'ambiente sociale*, La nuova Italia, Firenze, 1976.

⁶⁰ Altre caratteristiche importanti del gruppo sono: la numerosità che consente di distinguere tra gruppi estesi e gruppi ristretti. Inoltre, secondo il tipo di azione e gli scopi prefissati, possiamo ancora distinguere, ad esempio, gruppi di terapia, gruppi di auto-aiuto, gruppi sperimentali, gruppi politici, sportivi. Ulteriormente possiamo distinguere un gruppo sulla base del suo livello di organizzazione gerarchica e normativa, sul tipo di rete di comunicazione esistente al suo interno, e sul suo grado di permeabilità verso l'esterno. Tutte queste caratteristiche sono presenti, in misura maggiore o minore, in tutti i tipi di gruppo.

trenta ore settimanali, conoscano se stessi e chi vive con loro, le aspettative, i desideri, i problemi, i sogni, le paure, i pregi e i difetti. Bisogna che i vari soggetti coinvolti si accettino gli uni con gli altri, compreso chi è visto come diverso. Il gruppo una volta composto dovrebbe avere un obiettivo comune riconosciuto da tutti i membri. È proprio quest'adesione agli obiettivi principali che porta i soggetti coinvolti, nel nostro caso alunni ed insegnanti, ad impegnarsi per la loro realizzazione. Ciascuno dovrebbe trovare il modo di esprimere le sue potenzialità ed integrarle con quelle degli altri, in modo da sviluppare anche un senso d'interdipendenza e favorire così il senso d'appartenenza al gruppo. È importante che ognuno abbia la possibilità di esprimere ed affermare la propria originalità e creatività facendo in modo che le differenze siano vissute come complementari e non come inconciliabili. Il gruppo-classe rappresenta per il bambino/a ed il ragazzo/a la prima struttura sociale dopo la famiglia. Quest'ultima però, spesso si configura come una struttura rigida, che non permette scambi con l'esterno e nella quale le persone si rifugiano nei momenti di difficoltà e di prova. Nella schema tabellare sotto riportato vengono sinteticamente posti a confronto i due gruppi: quello della famiglia e della classe. Ai fini della nostra analisi, nella colonna di sinistra vengono sinteticamente considerati tre importanti fattori: la modalità di comunicazione; la numerosità e l'interdipendenza fra i diversi membri.

	FAMIGLIA	CLASSE
COMUNICAZIONE	Discendente, dal capofamiglia ai figli	Discendente e gerarchica da parte del docente, circolare per quanto riguarda gli alunni
NUMEROSITA'	Dai 4 ai 6 membri di solito	Dai 15 fino ai 30 membri in alcuni casi
INTERDIPENDENZA	Elevata	Media

Tabella 2 Schema del gruppo-famiglia in rapporto col gruppo-classe rispetto ai fattori della comunicazione, della numerosità e dell'interdipendenza.

Come possiamo notare le dinamiche relazionali che s'instaurano in classe permettono ai bambini d'iniziare a fare esperienza della socialità e della loro capacità di relazionarsi. Il gruppo-classe, inoltre, rappresenta la struttura di base attraverso cui

l'organizzazione scolastica persegue gli obiettivi istituzionali dell'acquisizione sistematica e programmata di conoscenze. Oltre a questo, costituisce anche l'ambito entro il quale si manifestano bisogni di natura individuale, differenti da quelli istituzionali, ad esempio il bisogno di avere amicizie, di conquistare prestigio o di scaricare aggressività⁶¹. Quest'ultimo aspetto, definito da Carli e Mosca come livello sub istituzionale, caratterizza profondamente il processo di socializzazione ed è spesso considerato dagli insegnanti l'ambito all'interno del quale si manifestano problemi di relazione tra gli alunni e il corpo docente. D'altra parte non sempre l'insegnante riesce a cogliere correttamente la qualità e la quantità dei rapporti interpersonali che si instaurano all'interno di una classe. Il gruppo di alunni consente a ciascuno di acquisire la necessaria sicurezza. Inoltre, costituisce un insieme funzionale le cui attività si evolvono a partire dagli scambi tra i ragazzi stessi, dagli scambi tra questi e gli insegnanti e attraverso i cambiamenti che gli alunni contribuiscono a suscitare nell'ambiente. Lo psicoterapeuta e fondatore della Sociometria Moreno⁶² individua nella differenza esistente tra la percezione dell'insegnante e il reale status sociale degli allievi la causa che forse maggiormente incide negativamente nella costruzione di rapporti adeguati e gratificanti tra alunni e docenti. Quindi, un mancato riconoscimento ed una inadeguata esplicitazione dei bisogni emergenti a questo livello può determinare una integrazione problematica e disfunzionale del gruppo-classe. Di conseguenza, tutto ciò si riflette negativamente sul processo primario dell'apprendimento. Attraverso degli efficaci approcci comunicativi, il fine ultimo del processo educativo dovrebbe essere

⁶¹ Cfr. R. CARLI – A. MOSCA, *Gruppo e istituzione a scuola*, Boringhieri, Torino, 1980.

⁶² Cfr. J.L. MORENO, *Principi di sociometria, psicoterapia di gruppo e sociodramma*, ETAS, Milano, 1980. La sociometria secondo Moreno non è un semplice metodo di rappresentazione delle dinamiche di un gruppo, ma assume un ruolo determinante in quanto si costituisce come elemento di rottura della cristallizzazione dei rapporti umani. Qualsiasi unità sociale, sia essa grande o piccola, si caratterizza per il sistema di attrazioni e repulsioni, correnti di simpatia, valutazioni e giudizi reciproci, che, in ultima analisi, corrispondono ad un'operazione di selezione che gli individui compiono gli uni sugli altri non solo sulla base di valutazioni affettive ma anche funzionali. Questo incide in modo profondo sulla loro vita di relazione. Il problema diviene, dunque, quello di individuare i modelli di relazione spontanea tra gli individui attraverso l'applicazione di uno strumento di misura all'essere sociale come afferma lo stesso Moreno. Da questa visione nasce la Sociometria: sinteticamente il metodo sociometrico consiste nel porre ai membri di un gruppo delle questioni che mettano in gioco le valutazioni e le scelte reciproche. Il metodo sociometrico, sempre nella sua versione più elementare, prevede che si pongano due domande ai membri del gruppo, di cui una sul versante socio-funzionale ed una su quello socioaffettivo.

quello di far sì che ciascun membro della classe si senta apprezzato e ben inserito. Questo, indipendentemente dalle sue prestazioni scolastiche, dal suo aspetto fisico, dalla sua etnia o dal suo carattere. Nello stesso tempo, bisogna fare in modo che ogni alunno sperimenti nuovi modi di porsi in relazione alla persone che lo circondano in maniera aperta e suscettibile di cambiamento. A questo punto del discorso non si riesce a concepire una scuola in cui venga trascurato l'aspetto relazionale. Alunni ed insegnanti vivono in aula, vi trascorrono la maggior parte del tempo ed è assolutamente indispensabile che vi stiano volentieri. Non possono esistere un pensiero e uno sviluppo cognitivo indipendentemente dal contatto con i sentimenti e le emozioni sperimentate con i compagni e con gli adulti. La qualità della scuola si misura dai modelli di relazione che vengono messi in atto dagli insegnanti e dall'istituzione in tutte le sue componenti. La scuola dovrebbe essere intesa come un sistema di rapporti che promuova la crescita e lo sviluppo delle persone e non si occupi solo alle regole esteriori e formali. Il docente inteso come colui che deve presiedere al conseguimento degli obiettivi, ha il compito di gestire sia il contenuto professionale sia la qualità delle relazioni. È in queste ultime che si manifestano spesso i problemi più difficili cui far fronte: il lavoro dell'insegnante implica una formazione personale mirata al continuo sviluppo di capacità relazionali. Si tratta di affinare una sensibilità che consenta all'insegnante di riconoscere ed entrare in contatto con i fattori emotivo-affettivi di ogni suo alunno. Migliorare questi aspetti consente ad ogni educatore-docente di comprendere il comportamento, gli atteggiamenti, il modo di apprendere e di conoscere di ogni suo allievo. Un insegnante non deve essere una figura ideale, perfettamente equipaggiata, ma un professionista che sa apprendere dai propri errori. Allo stesso modo una buona formazione e un buon processo educativo non sono quelli che formano soggetti che non sbagliano mai, ma persone che sanno pensare e riflettere su quello che fanno. Le capacità relazionali non sono l'equivalente di un atteggiamento di comprensività paternalistica e buonista che tutto tollera e niente punisce. Piuttosto, risultano essere quelle qualità in grado di fornire ai discenti i supporti conoscitivi, tecnici ed emotivi. A questo si aggiunge un atteggiamento orientato a individuare le cause oggettive e soggettive degli errori o delle mancanze, per correggerle dove possibile. Il docente si deve porre come un interlocutore cre-

dibile, capace di accettare gli atteggiamenti a volte contestativi e provocatori degli allievi, ma abbastanza forte da mantenere con la giusta autorevolezza.

In sintesi egli dovrebbe:

- gestire la complessità interpersonale e quindi presidiare il clima del gruppo di lavoro;
- attivare la comunicazione nelle varie direzioni;
- negoziare i conflitti;
- favorire lo sviluppo di un contesto che soddisfi i bisogni fondamentali degli alunni.

Dopo quanto appena descritto tenteremo ora di analizzare brevemente le principali caratteristiche del piccolo gruppo classe nell'ambiente d'insegnamento apprendimento psicosociale e relazionale dell'ospedale.

2.2 Il piccolo gruppo-classe: valenze psicopedagogiche

Analizzando alcune delle valenze psicopedagogiche che caratterizzano le attività educative svolte in piccolo-gruppo notiamo come una delle più importanti sia la costituzione dei cosiddetti 'microcosmi socio-relazionali'⁶³. Quest'ultimi dipendono dalle personalità individuali e dalle relazioni che si creano e si modificano sulla base delle reciproche interazioni fra i diversi componenti. Poiché le particolarità personologiche del singolo vengono influenzate dalle dinamiche gruppali e dalle caratteristiche ambientali esse vanno incontro a due importanti processi. Tali processi sono: l'organizzazione del processo di socializzazione e lo sviluppo consapevole delle proprie caratteristiche e qualità⁶⁴. Questi processi, in termini cronologici, non avvengono in maniera sequenziale e separata ma si sviluppano in modo reciproco alimentandosi a vicenda. L'attività educativo-didattica svolta nel piccolo gruppo della sezione in ospedale consente al bambino e al ragazzo malato di potere sperimentare se stesso e di conoscere gli altri. Sono tre i principali tipi di relazione che si instaurano in un individuo all'interno di una realtà di scambio socio-comunicativo quale è il piccolo gruppo classe. Essi sono:

- relazione con se stessi: scoperta delle proprie abilità;

⁶³ A. LECCHI, *La dimensione psicologica, sociale ed educativa del gioco del calcio per i disabili*, in A. Mannucci (cur.), *Comunicare con il corpo e con la mente un messaggio educativo dai diversamente abili*, Edizioni Del Cerro, Tirrenia (Pisa), p. 28.

⁶⁴ Cfr. J. DUNN, *La nascita della competenza sociale*, 1990, Cortina, Milano, 1990.

- relazione con gli altri: scoperta delle proprie reazioni emotive;
- relazione con l'ambiente: scoperta del mondo esterno

Tra le principali finalità educative che l'attività didattica svolta in piccolo gruppo consente, vi è quella, come scrive Giudici: «di mantenere viva e vivace l'identità del bambino, all'interno di un ambiente anonimo [...] e in un contesto carico di angosce e paure quale è quello della malattia»⁶⁵. Inoltre, contribuisce significativamente allo sviluppo delle potenzialità mentali di un soggetto: queste ultime costituiscono le componenti costitutive ed imprescindibili dell'essere. Ma che cosa intendiamo per sviluppo mentale? Un interrogativo simile, ci pone di fronte ad innumerevoli studi condotti dalle neuroscienze⁶⁶ rispetto a fenomeni alquanto sorprendenti oltreché complessi. Una delle possibili risposte che possiamo darci è che lo sviluppo mentale, nella sua accezione più vasta, non corrisponde unicamente a ciò che nasce e si sviluppa nella mente, ma raccoglie in sé tutto ciò che appartiene alla parte più intima e profonda della persona. Lo sviluppo mentale diviene depositario di tutti quei valori che rendono l'uomo individuo e persona. Come scrive Sciacca:

«La differenza tra individuo e persona non è trascurabile, pur essendo l'uomo individuo e persona inscindibilmente: tutti i principi attivi costituiscono il soggetto uomo, ma quelli vitali e sensitivi la sua natura di individuo, quelli spirituali la sua persona»⁶⁷.

Alla luce di tali considerazioni comprendiamo ancora meglio come le attività didattiche svolte in piccolo gruppo promuovono dinamiche psicorelazionali che favoriscono nel singolo alunno l'espressione autentica della propria persona. Un altro importante obiettivo che viene raggiunto attraverso l'azione educativa in piccolo gruppo consiste nella capacità da parte del singolo di migliorare la gestione e l'espressione autentica delle proprie emozioni. A tale riguardo, va sottolineato come la maggior parte delle volte i piccoli gruppi classe dei pazienti più piccoli divengono anche degli spazi in cui il dolore si può raccontare e condividere. Quando il numero dei partecipanti poi, si fa più piccolo, sino a 3 o 2 pazienti, la

⁶⁵ S. GIUDICI, *cara Maestra La scuola in ospedale*, in «Infermiere Pavia», XIII, 5 (novembre-dicembre 2003), p. 11.

⁶⁶ Cfr. E. R. KANDEL J. K. SCHWARTZ, T. M. JESSEL, *Principi di Neuroscienze*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1998.

⁶⁷ M. F. SCIACCA, *L'uomo questo "squilibrato"*, Marzorati Editore, Milano, 1972, p. 44.

comunicazione diventa più intima e si parla di compartecipazione dei sentimenti. In definitiva possiamo dire che quanto più il piccolo gruppo si consolida tanto più gli alunni partecipano in modo attivo sia alle diverse materie sia nello scambio della comunicazione verbale. La particolarità che maggiormente si evidenzia nei piccoli gruppi classe dei pazienti più grandi⁶⁸ è la progressiva interazione sul piano del confronto riguardo tematiche concernenti i desideri e le aspettative. Oltre a ciò il confronto tra gli alunni tocca spesso il tema delle delusioni e delle difficoltà inerenti la scuola, il futuro e l'amicizia oltre agli importanti temi legati alla malattia⁶⁹. Sulla scorta di tali evidenze psicopedagogiche risulta determinante per l'insegnante in ospedale, qualsiasi sia la sua materia d'insegnamento, instaurare sin da subito una relazione significativa col bambino/a o ragazzo/a ricoverati. Tale relazione, come vedremo, si può realizzare esclusivamente partendo dalle personali storie dei singoli ragazzi/e: meglio ancora dai loro vissuti. Questo consentirà all'insegnante, almeno inizialmente, di utilizzare l'attività didattica non tanto come fine ma come tramite per iniziare una comunicazione empatica molto più importante della singola attività.

3. La relazione educativa empatica

Qualsiasi relazione umana, professionale o personale, ha per sua natura un'elevata componente di scambio emozionale. Il riconoscimento e l'ascolto di esso sono le basi che consentono lo sviluppo di rapporti umani basati sulla fiducia, la collaborazione e la stima. L'essere in grado di risuonare con l'altro con cui ci relazioniamo viene denominato empatia. Essa è l'abilità che consente alle persone di entrare in sintonia con i propri e altrui stati d'animo. Sviluppare e affinare la capacità di capire cosa sta accadendo nel "qui e ora" di un'interazione tra esseri umani e cosa muove le persone, tutte, dal punto di vista emotivo, significa porre le basi per la riuscita di qualsiasi relazione umana. La capacità empatica permette di cogliere non solo le emozioni che le persone esprimono attraverso le parole; ma anche quelle che, più o meno consapevolmente, sono espresse con il tono di voce,

⁶⁸ Intendiamo i ragazzi appartenenti alla fascia d'età pre adolescenziale e adolescenziale. Tale fascia nel nostro caso racchiude alunni che vanno dagli 11/12 anni fino ai 16-18 anni.

⁶⁹ Cfr. ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EMATOLOGIA E ONCOLOGIA PEDIATRICA, *Tutti bravi Psicologia e clinica del bambino portatore di tumore*, Cortina, Milano, 1999.

dai gesti, dall'espressione del volto e da altri simili canali non verbali. Condividere empaticamente lo stato emotivo di un'altra persona implica che l'individuo, nel nostro caso l'educatore-insegnante, abbia sviluppato la consapevolezza che gli altri vivono pensieri, emozioni e sentimenti differenti dai propri, che si esprimono attraverso differenti modalità. In secondo luogo l'educatore deve essere in grado di discriminare in modo corretto i molti modi di espressione dell'altro. Oltre a ciò, deve saper assumere la prospettiva dell'altro per poterne comprendere le intenzioni e le motivazioni. Entrare profondamente in relazione con gli altri significa comprendere in modo autentico come in situazioni simili ai nostri vissuti essi possono avere modi molto differenti di sentire. Questo perché la loro personalità è diversa, come i loro valori e i loro punti di riferimento. L'intelligenza empatica si fonda su un'intelligenza del cuore, basata sulla fiducia nelle capacità di percezione e di autovalutazione dell'individuo. Inoltre, crede nella possibilità e nella libertà dell'essere umano di raggiungere l'autorealizzazione, attraverso lo stabilirsi di relazioni umane positive e gratificanti. Infine come visto, la relazione empatica con il bambino e il ragazzo nella didattica in ospedale trova un ulteriore sostegno alla luce psicologia dinamica. Come affermano Mangini e Rocca: «L'ottica psicodinamica, [...] riconosce in ogni individuo l'esistenza di una realtà interiore e la possibilità di conoscerla nell'ambito di un rapporto interpersonale autentico»⁷⁰. Solo in questo modo si riesce ad esplorare la qualità emotiva della relazione insegnante ed alunno. Nell'organizzare i tempi relazionali l'insegnante si dovrà poi porsi come osservatore attento delle capacità sensoriali, psicofisiche e di apprendimento dell'alunno in modo da guidarlo verso la piena riscoperta dei propri interessi.

Oltre alle considerazioni finora descritte, vi sono altri principi che vanno tenuti in considerazione se vogliamo stabilire con i bambini e i ragazzi ricoverati dei rapporti positivi e costruttivi. Dobbiamo saper prestare attenzione al:

a) senso di autostima del piccolo paziente. Ognuno di noi ha una percezione di quanto vale per se stesso e per gli altri. Questa percezione non è fissa, ma può variare a seconda delle diverse situazioni in cui ci si trova. Il senso di autostima nasce dal confronto tra noi stessi, i compiti che siamo chiamati a condurre e le opi-

⁷⁰ M. T. MANGINI - M. L. ROCCA, *Cappe gialle*, cit., p. 45.

nioni degli altri. Siamo particolarmente sensibili al giudizio che gli altri hanno su di noi perché questo contribuisce in una certa misura a determinare il valore che ci attribuiamo. E' importante fare molta attenzione al senso di autostima dei bambini perché se questo viene leso involontariamente da qualche nostra affermazione o comportamento, il rapporto ne può risultare compromesso. Ecco quali sono le fondamentali attenzioni da porre:

- Tenere in giusta considerazione il sistema di valori del bambino. Confermando o svalutando il suo sistema di valori in modo netto potremmo metterlo in una situazione di disagio psicologico;

- non “ferire” l'immagine che un bambino ha di sé. Anche se riteniamo che sia irrealistica dobbiamo fare attenzione soprattutto alle sconferte a livello metacomunicativo;

- saper cogliere e valorizzare gli aspetti positivi dei bambini. È importante per ogni fanciullo sapere che gli altri lo stimano. Riconoscendo le prestazioni positive dei bambini non solo si dà un notevole contributo al loro senso di autostima, ma si rinforzano tali atteggiamenti rendendo più probabile il loro verificarsi. È inoltre fondamentale che i riconoscimenti siano autentici e sinceri per due motivi essenzialmente:

- Il primo è che il bambino riesce a cogliere tutti i segnali contrastanti dalla nostra comunicazione non verbale;

- in secondo luogo rischiamo di rinforzare dei comportamenti che in realtà non apprezziamo.

b) Non trascurare i bisogni del bambino; saperli riconoscere affinché il processo comunicativo sia buono. Lo psicologo statunitense Maslow sostiene che i bisogni possono essere rappresentati secondo una scala gerarchica che egli visualizza con una piramide. In sequenza, i bisogni individuati da Maslow sono⁷¹:

⁷¹ Cfr. A. MASLOW, *Motivazione e personalità*, Armando, Roma, 2010². Abraham Maslow ha elaborato la cosiddetta teoria della “piramide dei bisogni” secondo la quale i bisogni si presentano secondo una precisa scala gerarchica. Un bisogno di livello più elevato non è motivante per un individuo se egli non ha soddisfatto prima i bisogni di livello inferiore. La *scala dei bisogni* parte dal presupposto che, una volta che un individuo percepisce un bisogno, pone in essere gli strumenti ritenuti più adatti a soddisfarlo. Secondo tale teoria i bisogni percepiti dall'individuo sono raggruppati in cinque diverse categorie e sono organizzati secondo una precisa gerarchia, per cui un bisogno non è motivante per un individuo se questi non ha prima soddisfatto i bisogni di livello inferiore nella scala gerarchica. Alla base della piramide vi sono i bisogni fisiologici, cioè quei bisogni legati alla stessa sopravvivenza dell'uomo (fame, sete, riposo, riparo). Tali bisogni sono i primi a

- 1) Autorealizzazione;
- 2) Bisogni dell'Io;
- 3) Bisogni Sociali;
- 4) Bisogni di Sicurezza;
- 5) Bisogni di Base;

I bisogni guidano e motivano il comportamento delle persone ma affinché un bisogno si attivi e diventi motivante è necessario che tutti gli altri bisogni fondamentali siano soddisfatti almeno in buona parte. La teoria di Maslow ci consente di riflettere come educatori su quanto sia importante non comunicare con un alunno malato rispetto a problemi relativi a bisogni che sulla scala di Maslow si trovano ad un livello superiore a quello in cui si trovano i bisogni insoddisfatti dell'interlocutore. Vale a dire non si può pretendere attenzione da un piccolo paziente esausto o affamato. Dobbiamo sempre prestare con attenzione i bisogni dei bambini: questi ci danno una chiara indicazione di quali siano i limiti dell'attenzione che essi sono in grado di dedicarci. L'elenco dei bisogni individuati da Maslow, evidenzia come per ciascuno di noi sia necessario appartenere ad un gruppo sociale e riconoscersi in una entità più ampia di quella individuale. L'importanza di poter svolgere le lezioni in piccolo gruppo nella sezione scolastica ospedaliera favorisce in ogni alunno-paziente un forte senso di appartenenza ad una realtà di cui lui è parte integrante. Questo all'interno del gruppo classe facilita notevolmente la serenità nelle forme di interrelazione e di scambio comunicativo tra i singoli bambini o ragazzi.

dover essere soddisfatti e, solamente quanto essi sono appagati in modo regolare, sorgono nell'individuo le altre necessità di livello superiore. Seguono poi i bisogni di sicurezza intesa sia come sicurezza fisica, garantita da norme che tutelano la salute e l'incolumità dei lavoratori, che come bisogno di stabilità del lavoro, quindi l'assistenza contro la disoccupazione, le malattie e gli infortuni. Sostanzialmente si tratta di bisogni legati al desiderio di protezione e di tranquillità. Un gradino più sopra nella scala dei bisogni, troviamo quelli sociali, ovvero il senso di appartenenza al gruppo, il bisogno di essere accettati dagli altri, di ricevere amicizia ed affetto. Poi vengono i bisogni di stima intesa sia nel senso di stima degli altri che di autostima. All'ultimo livello della piramide ci sono i bisogni di autorealizzazione che consistono nel voler essere ciò che si desidera in base alle proprie capacità e alle proprie aspirazioni e nel voler occupare una posizione soddisfacente nel gruppo. Secondo Maslow, un bisogno regolarmente soddisfatto non possiede una elevata forza motivante. Inoltre, un bisogno non è motivante se i bisogni di livello gerarchico inferiore non sono stati soddisfatti, quindi perché un bisogno di livello gerarchico superiore emerga è necessario che quelli di ordine inferiore siano stati tutti soddisfatti.

Ora, sulla scorta di quanto fin qui visto, entreremo in modo più specifico nella riflessione circa l'importanza pedagogica dell'educazione religiosa nella scuola in ospedale. Faremo questo partendo da alcuni aspetti dello sviluppo della religiosità nell'età evolutiva. Poi, nella seconda parte del prossimo capitolo, la nostra descrizione si soffermerà sull'insegnamento della religione nella scuola in ospedale e nell'istruzione domiciliare. In particolare, per fare questo, ci avvarremo dell'esperienza personale vissuta presso il reparto di oncoematologia pediatrica della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. Inoltre, la nostra descrizione si avvarrà del prezioso contributo di una collega docente della scuola primaria che opera nella stessa struttura pavese.

CAP. III

LO SVILUPPO DEL SENSO RELIGIOSO NELL'ETÀ EVOLUTIVA: ASPETTI PEDAGOGICI E DIDATTICI

Avendo considerato nel capitolo precedente quello che è il costituirsi del vissuto esperienziale nel bambino malato, ci spostiamo ora sul versante più cognitivo per cercare di comprendere il modo in cui un bambino pensa e sviluppa un pensiero ed un sentimento religioso. In particolare valuteremo gli aspetti e i fattori principali riguardanti lo sviluppo della religiosità nel bambino durante il periodo evolutivo, ed in particolare durante gli anni scolastici. Poi, sulla scorta di questi dati, soffermeremo la nostra descrizione sugli aspetti pedagogici e didattici che caratterizzano l'educazione religiosa nella scuola in ospedale e nell'istruzione domiciliare. Infine, prenderemo in considerazione l'esperienza vissuta personalmente presso la scuola in ospedale della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. Per ultimo, valuteremo l'esperienza educativa, relazionale e didattica di una docente operante presso la stessa struttura ospedaliera della città di Pavia.

1. La religiosità del bambino

I numerosi studi specialistici condotti nei campi della psicologia della religione e della psicopedagogia, circa la possibilità e la qualità dell'esperienza religiosa nel bambino, hanno evidenziato numerosi spunti di dibattito e riflessione che fino a sessant'anni fa erano sconosciuti⁷². Per riuscire a fare un breve quadro sintetico circa gli sviluppi dei diversi pensieri partiamo da una riflessione di Padre Agostino Gemelli che riconosceva già nel bambino in tenera età un bisogno di dipendenza che dispone al senso religioso. Tuttavia egli sosteneva che non si potesse parlare di religiosità vera prima dei 7-8 anni, cioè prima della conquista dei mezzi conoscitivi e volitivi. Lo stesso Gemelli sosteneva:

«La religiosità si presenta innanzitutto come riconoscimento intellettuale dell'esistenza di un Essere creatore, ritenuto causa prima di ogni cosa, e del quale

⁷² Cfr. D. HELLER, *Il Dio dei bambini. Indagine scientifica sull'idea di Dio in bambini di diverse religioni*, Elledici, Torino, 1991; M. ALETTI, *La religiosità del bambino. Approccio psicopedagogico per insegnanti di religione e catechisti*, Elledici, Torino, 1993; R. COLES, *La vita spirituale dei bambini*, Rizzoli, Milano, 1992; M. DIANA, *Dio e il bambino*, Elledici, Torino, 2007.

sono apertamente ammessi i vari attributi, a seconda della cultura e dell'orientamento mentale del soggetto»⁷³.

L'americano Allport pur concordando con la riflessioni di Gemelli, indirizzava la sua lettura più sul versante comportamentista. Egli riteneva che:

«nell'infanzia manca la religione [...] Né l'intelligenza, né l'autocoscienza sono sviluppate quanto basta per reggere qualunque cosa cui si possa dare il nome di sentimento, meno che mai una organizzazione mentale così altamente complessa come il sentimento religioso. Per questo le prime risposte apparentemente religiose del bambino non sono religiose affatto, ma di natura del tutto sociale»⁷⁴.

Un ulteriore e importante contributo ci viene fornito dagli studi di Milanesi ed Aletti⁷⁵. Essi sostanzialmente affermano che l'inizio dell'esperienza religiosa nel bambino risulta essere ambivalente poiché è condizionata, in eguale misura, sia dai problemi di adattamento della prima infanzia, sia da fattori di apprendimento legati all'ambiente socio-educativo esterno. Leggendo alcune testimonianze di ricercatori sulla religiosità del bambino colpisce vedere come bambini che non hanno ricevuto nessuna educazione religiosa manifestino comunque un senso di Dio. Come esempio, riportiamo le parole di una bambina di tre anni che non frequenta nemmeno la scuola materna e che un giorno chiede al padre:

«Da dove viene il mondo? Il papà, fedele alle sue idee, risponde con un discorso materialista, poi aggiunge: "C'è anche qualcuno che dice che tutto viene da un essere molto potente che chiamano Dio." "Lo sapevo, grida la bambina con gioia mentre si mette a correre per la stanza, lo sapevo che non era vero quello che mi dicevi: è Lui, è Lui!»⁷⁶.

Questo semplice esempio ci rivela come le espressioni della bambina risultino essere ben più "grandi" della sua stessa età. Nello stesso tempo, questo esempio pur descrivendoci un momento fugace ci rivela allo stesso tempo un forte sentimento religioso. È proprio del bambino vivere dapprima in modo discontinuo le ricchezze che gradualmente, e attraverso l'aiuto dell'ambiente, diventeranno un *habitus* costante. Questo esempio, insieme ai numerosi altri descritti nelle ricerche specialistiche riguardanti la psicologia della religione e la psicopedagogia, conduce ad affermare che i bambini:

- sanno, in campo religioso, cose che nessuno ha detto loro;

⁷³ A. GEMELLI, *La psicologia dell'età evolutiva*, Giuffrè, Milano, 1956, pag. 340.

⁷⁴ G. ALLPORT, *L'individuo e la sua religione*, La Scuola, Brescia, 1972, pag. 80.

⁷⁵ Cfr. G. MILANESI - M. ALETTI, *Psicologia della religione*, LDC, Torino-Leumann 1977.

⁷⁶ S. CAVALLETTI, *Il potenziale religioso del bambino*, Città Nuova, Roma, 1993, p. 19.

- sono capaci di relazionarsi con l'invisibile;
- sono capaci di vivere delle forme di preghiera.

Queste considerazioni che dalla maggior parte degli specialisti vengono considerate come dato certo, hanno indirizzato le ricerche verso lo studio dei processi riguardanti lo sviluppo della religiosità nell'età evolutiva. Come scrive Diana:

«L'interrogativo relativo alla possibilità e qualità dell'esperienza religiosa nel bambino solleva questioni di grande rilevanza proprio in ordine alla prassi educativa [...] La religiosità va intesa come un processo, piuttosto che come uno *status*, che, misteriosamente, in alcuni individui c'è e in altri no»⁷⁷.

In questo processo di costruzione e sviluppo della religiosità s'intersecano diversi fattori. Sostanzialmente possiamo raggrupparli in alcuni grandi insiemi:

- fattori intellettuali: lo sviluppo intellettuale determina anche lo sviluppo del senso religioso. Con il graduale evolversi delle capacità del pensiero si accresce nel bambino anche la possibilità di comprendere meglio la realtà divina⁷⁸;
- fattori emotivo-affettivi e socio ambientali: da parecchi studi emerge che l'influenza determinante della dinamica affettiva sulla religiosità è da attribuirsi prevalentemente al rapporto con i genitori. Le figure parentali diventano mediatrici del rapporto con Dio: dal vissuto della relazione con i genitori, sembra infatti accertato che il bambino inferisca simbolicamente il modello di relazione con Dio Padre, riproponendone così le ricchezze e le povertà, le gratificazioni e le frustrazioni. Inoltre anche le esperienze di gratificazione e il soddisfacimento dei bisogni segnano lo svilupparsi dell'immagine di Dio. Ma i genitori non sono solo mediatori della rappre-

⁷⁷ M. DIANA, *Dio e*, cit., p. 90.

⁷⁸ Prendendo come riferimento gli studi di Piaget circa le diverse fasi dello sviluppo cognitivo del bambino possiamo individuare i seguenti periodi evolutivi: periodo senso-motorio (dai 0 ai 2 anni di vita) nel quale il bambino è capace solo di una conoscenza pratica dell'ambiente, attraverso le percezioni e i movimenti; periodo del pensiero intuitivo o pre-operatorio (dai 2 ai 6-7 anni), caratterizzato dalla prevalenza dei dati percettivi immediati su quelli rappresentativi. Il bambino acquisisce il linguaggio e diviene capace di rappresentazioni mentali degli oggetti di cui fa esperienza. Piaget descrive numerose forme di pensiero di questo periodo, che possono essere ricondotte a due principi: l'egocentrismo che definisce l'incapacità del bambino di porsi da un punto di vista diverso dal proprio; la precausalità, cioè l'incapacità a stabilire legami causali adeguati tra sé e il mondo esterno, e tra le cose del mondo esterno. Questi diversi stadi, e quelli che seguiranno, si caratterizzano non per un accrescimento del sapere ma per un modo di conoscere legato ai diversi modi con i quali il bambino si accosta alla realtà. Inoltre si susseguono in modo invariabile ed inevitabile.

sentazione del divino attraverso l'esercizio delle loro funzioni parentali: essi svolgono anche la prima educazione religiosa. Sui bambini influiscono molto gli atteggiamenti che hanno i genitori nei confronti di Dio, ma anche il modo in cui essi vivono la loro relazione reciproca e il modo di soddisfare i bisogni dei figli. Concretamente il bambino scopre gli attributi di Dio nella vita relazionale che egli conduce con il padre e con la madre. I genitori, quindi, rivestono un ruolo fondamentale per favorire atteggiamenti e situazioni che favoriscano la nascita e lo sviluppo del senso religioso. In stretta connessione con i fattori emotivo-affettivi troviamo i

- fattori d'influenza ambientale e culturale. La cultura nella quale la persona è inserita; l'insieme delle credenze del popolo a cui essa appartiene; il modo di "leggere" la vita e di affrontarla insieme alle pratiche religiose, incidono fortemente sullo sviluppo del senso religioso dell'individuo che sta crescendo. Come ultimo, non certo per importanza, insieme di fattori consideriamo i
- fattori legati al vissuto delle esperienze di vita. Tra queste rientrano sicuramente, come abbiamo visto, la malattia e l'ospedalizzazione.

Se teniamo in considerazione tutto i fattori appena descritti ci rendiamo conto di come il senso religioso sia il risultato di un elaborato e graduale processo di costruzione. Esso viene a determinarsi sulla base dello sviluppo del singolo individuo e delle sue esperienze di vita intese in senso lato, cioè nella globalità dei suoi fattori. Tra questi abbiamo visto anche i fattori legati alla conoscenza. Il punto di riferimento dal quale ci muoviamo rimangono gli studi di Piaget⁷⁹ che, come scrive Diana

«hanno dimostrato come lo sviluppo cognitivo proceda attraverso precise sequenze, secondo le modalità generali dell'assimilazione e dell'accomodamento, con l'obiettivo dell'adattamento all'ambiente»⁸⁰.

⁷⁹ Va detto che nel corso dell'ultimo trentennio/ventennio sono stati molto numerosi gli apporti integrativi, se non addirittura le parziali modificazioni, degli studi condotti dallo psicologo svizzero. Resta comunque il fatto che, sostanzialmente essi rimangono ancora i "capisaldi" concettuali nello studio dello sviluppo cognitivo nelle diverse fasi della prima infanzia e dell'età evolutiva.

⁸⁰ M. DIANA, *Dio e*, cit., p. 91.

Considereremo ora i principali dinamismi psicodinamici e socio-educativi che facilitano o inceppano lo sviluppo della religiosità. Poi vedremo quali sono gli atteggiamenti che favoriscono nel bambino il senso religioso e quali sono le grandi domande sulla vita che essi si pongono. Tutto questo, ci aiuterà poi a porre le giuste attenzioni pedagogiche da avere in vista di una adeguata educazione religiosa, soprattutto nell'ambiente della scuola in ospedale.

1.1 I dinamismi evolutivi della religiosità

Lo sviluppo dinamico della religiosità infantile risulta fortemente segnata dagli stessi aspetti che accompagnano la crescita del bambino. Per questo ora cercheremo di delineare le principali caratteristiche e modalità espressive di questa religiosità⁸¹. Essa può essere:

- antropomorfa, nella sua visione egocentrica l'esistenza e l'attività di Dio sono viste dal bambino in funzione dell'uomo. Il fanciullo rappresenta la divinità in termini umani prestandogli le sembianze e i comportamenti che gli sono familiari. Inoltre, attribuisce a Dio i sentimenti che sperimenta nella vita familiare. Verso gli otto anni il bambino mostra di avere la coscienza embrionale della diversità esistente tra Dio e l'uomo. Questa scoperta consente al bambino di attribuire qualità e doti sovrumane alla divinità. Verso i dieci anni il ragazzino si accorge dei limiti del legare Dio all'esperienza concreta. In questa fase egli giunge a formulazioni di pensiero come "Dio non muore mai" oppure "Dio è impossibile disegnarlo". Infine, la rappresentazione di Dio nel ragazzino si distaccherà dal concreto per arrivare, verso gli 11 – 12 anni, ad una rappresentazione di Dio staccata dagli attributi umani e compresi nella loro espressione simbolica.
- animistica, nella quale il ragazzo giunge ad attribuire una vita fisica e un'esistenza, alla realtà che ha dinanzi. E' convinto che esiste nella natura una specie di giustizia, di cui Dio si fa garante, sia nel senso della punizione sia nel senso della protezione dai pericoli. Questa tendenza, molto comune nell'età scolare, tende a sparire verso i 12 anni. Solo verso la fine della fanciullezza il ragazzo superando l'egocentrismo si distaccherà dall'immagine di un Dio che opera artificialmente nel mondo e sarà così in

⁸¹ Cfr. G. C. MILANESI – M. ALETTI, *Psicologia*, cit., pp. 27-44.

grado di comprendere che l'azione provvidenziale di Dio nella storia del mondo e di ogni uomo si attua nel rispetto delle leggi fisiche che regolano il cosmo.

- magica, poiché dal momento in cui il bambino pensa alla divinità in termini antropomorfici, attribuisce a questa particolari proprietà, quali ad es. l'onnipotenza. Perciò Dio diventa una sorta di mago che agisce in modo misterioso⁸²; Questo atteggiamento piano piano diminuisce fino ai 14 anni grazie alla progressiva spiritualizzazione del concetto di Dio.
- Un altro tratto del pensiero pre-operatorio che modella la concezione infantile di Dio è l'artificialismo. Il bambino tende a credere che ogni cosa esista perché qualcuno l'ha fabbricata. Piaget notava come nella formazione di questa modalità di pensiero incida profondamente quanto il bambino sia fortemente dipendente dagli adulti e ritenga che tutto provenga da loro. A livello didattico in questa fase è necessario evitare un insegnamento della religione fondato su concetti astratti oppure tendente, magari per far capire meglio, a classificare tutto come cose materiali, fatte, costruite. Infatti ciò accentuerebbe la tendenza antropomorfica e magico – artificialista;
- rituale, il ragazzo intorno agli undici, dodici anni considera la religione come un insieme di gesti e riti. In lui è forte l'idea che compiendo certi riti o pronunciando certe preghiere si possa influenzare fortemente Dio e la sua volontà.

Dopo aver delineato i principali tratti della religiosità infantile cerchiamo ora di riflettere su alcuni atteggiamenti che, nel bambino e poi nel ragazzo, favoriscono lo sviluppo del senso religioso. Considerare questi aspetti significa, per un insegnante di religione, sviluppare al meglio determinate tematiche all'interno di una relazione educativa che deve andare sempre più consolidandosi. Questo, proprio in virtù degli stessi atteggiamenti che ora considereremo. Essi aiutano a migliorare

⁸² Questa tendenza a livello di didattica della Religione Cattolica può pregiudicare la comprensione della vita sacramentale, in particolare per quanto riguarda il sacramento dell'Eucaristia e quello della penitenza, in quanto si attribuisce alla ricezione dei sacramenti un effetto miracolistico. In altre termini si identifica il segno materiale del sacramento e il suo effetto spirituale. Solo mediante la chiarificazione del linguaggio simbolico, il superamento dell'egocentrismo e l'affermarsi di una concezione più spiritualizzata di Dio, il divino emergerà come realtà trascendente e non più manipolabile mediante gesti rituali e una preghiera tendente al verbalismo.

la relazione empatica tra alunno ed educatore permettendo a quest'ultimo di riuscire ad avere uno sguardo attento all'intera globalità dell'alunno. Inoltre, consentono all'insegnante educatore di comprendere meglio quelle che possono essere le domande dell'alunno circa i grandi perché della vita. Iniziamo a considerare il primo atteggiamento che andrebbe sviluppato:

- lo stupore. Qualsiasi essere umano che si pone davanti a Dio non può non stupirsi, quantomeno per la sua grandezza o indicibilità e per le opere visibili nella creazione.

Semplicemente per queste ragioni la persona che è aiutata a stupirsi, a meravigliarsi anche per le piccole cose, a cogliere ciò che di bello e grandioso c'è nel quotidiano saprà maturare un sentimento religioso profondo. Il secondo atteggiamento fondamentale che consideriamo è

- la disponibilità. Accanto all'apertura, che mette in comunicazione piena con l'altro, c'è la disponibilità, cioè la capacità di dare qualcosa di mio per l'altro e di accogliere dall'altro qualcosa di suo. La disponibilità si basa sul saper cogliere i miei e altrui bisogni, in un dialogo continuo di dare e ricevere che costruisce e affina i rapporti. Davanti ad un Dio che è stato lui stesso così disponibile per l'uomo da scegliere, nell'ottica cristiana, di dividerne concretamente la sua umanità, non si può che essere disponibili ad accogliere e a "lavorare" quei talenti che vengono posti nelle nostre mani. Con i bambini piccoli la meta appare alta e lontana. Ma è solo iniziando da questa età, attraverso i piccoli gesti del quotidiano, che si può favorire nei bambini a sviluppare la collaborazione, la rinuncia a qualcosa di proprio per l'altro, l'attenzione a chi ha maggiormente bisogno di aiuto.
- Sentirsi parte di una comunità. Il bambino ha bisogno di sentirsi parte di una comunità. Solo attraverso le relazioni con gli altri egli sviluppa e comprende al meglio le sue attitudini e capacità. Il rispetto della dignità personale del bambino, della sua individualità e peculiarità è il presupposto di una sana e lungimirante educazione all'autonomia ed al senso di responsabilità. Questa educazione porta a sentirsi toccati e spronati dalle esigenze altrui oltre a sviluppare atteggiamenti positivi nei riguardi del prossimo, riconoscenza, sensibilità e fiducia.

Per quanto poi riguarda l'educazione religiosa nello specifico, il bambino ha bisogno di essere orientato verso quelle situazioni e aspetti della vita nei quali sono presenti aspetti o fenomeni di natura religiosa. Delineiamo ora alcuni criteri orientativi che possono essere d'aiuto a livello didattico soprattutto con i bambini della scuola dell'infanzia. È necessario cercare di:

- stimolare il bambino a porre domande su Dio e dargli la certezza che Dio lo conosce e lo ama. Per fornire al fanciullo un'immagine di Dio possono essere utili dei confronti con le sue esperienze di vita e racconti tratti dalla Bibbia. L'atteggiamento di fiducia del bambino può essere agevolato e rafforzato dall'insegnante con attenzioni amorose rivolte ai singoli fanciulli;
- stimolare i bambini a confidare a Dio le proprie esperienze attraverso la preghiera. Grazie ad essa, il bambino viene aiutato ad entrare in rapporto con Dio. Nella preghiera impara a chiedere e ringrazia coinvolgendo Dio nella sua vita quotidiana. Le preghiere del bambino dovranno basarsi sulle sue esperienze e ricorrere a diverse forme espressive per far fronte alle sue esigenze;
- agevolare lo sviluppo della coscienza infantile in relazione al proprio comportamento ed all'accettazione del prossimo; nella nostra società convivono persone di diverse culture, religioni, convinzioni ed atteggiamenti. Già nel bambino piccolo è necessario stimolare una crescita graduale della coscienza che insegni a rispettare il comportamento e le peculiarità degli altri e a far propri quelli che sono i comportamenti positivi.

Ora alla luce di quanto detto, dopo una iniziale premessa considereremo le domande e i perché che più frequentemente i bambini ed i ragazzi pongono agli adulti nei confronti dei grandi significati della vita.

1.2 Le domande di senso dei bambini e dei ragazzi

Numerose sono le domande che i bambini pongono agli adulti, genitori, insegnanti o educatori. Queste domande possono rivelare piccole ansie, bisogno di rassicurazione ma il più delle volte desiderio di conoscere. Oppure possono essere il frutto di un elaborato lavoro interiore, più o meno inconscio, che nella/e domanda/e trova il modo per uscire allo scoperto. Gli adulti di fronte a tali domande molte volte si sentono completamente inadeguati a rispondere. Essi temono di sbagliare

e di non avere le parole giuste, soprattutto nei confronti di temi importanti. Alla luce di queste brevi considerazioni teniamo però presente una realtà:

«Prioritaria alla necessità di fornire risposte corrette alle domande è l'esigenza di rispondere adeguatamente al bisogno [...], di empatia, di riconoscimento manifestato dal bambino che pone le domande⁸³. Va poi tenuto in considerazione come scrive Filippi che: «Per certi aspetti [...] il bambino recepisce solo quelle conoscenze che sono risposta a delle domande che precedentemente si è fatto»⁸⁴.

Come educatori accanto a queste consapevolezza dobbiamo aggiungerne una terza: il modo in cui si comunica è fondamentale nel dare risposte. Gli esperti della comunicazione affermano che il 10% del comunicare è costituito dai contenuti cioè da ciò che si dice o viene affermato. Il 30% dal tono della voce ed il restante 60% dalla gestualità del corpo. Dalle percentuali si nota chiaramente come non siano le parole ciò che determina il successo o meno della comunicazione. Si potrebbero dire banalità che appaiono verità o, al contrario, dare risposte corrette nel contenuto ma non supportate da un adeguato tono di voce o addirittura contraddette dalla mimica corporea. Se da una lato occorre molta attenzione alla comunicazione, dall'altra occorre essere sempre ben consapevoli di:

- chi pone la domanda. L'attenzione va posta all'età del bambino e alla sua personalità;
- quale sia il reale contenuto della domanda;
- cosa spinge esso a domandare. Bisogna cercare di comprendere quale sia la motivazione che spinge a chiedere;
- capire quale/i siano la/e finalità per la quale viene posta la domanda. Essa è legata alla ricerca di verità, di gratificazione o semplicemente ad un bisogno di ascolto; ed infine
- come viene posta la domanda. È necessario porre attenzione al contesto concreto, al tono della voce e al momento in cui viene formulata la domanda.

Per queste ragioni di carattere psicopedagogico le risposte degli adulti dovranno:

- avere carattere di concretezza;
- servirsi di immagini, paragoni ed esempi;

⁸³ Cfr. G. E.F. AVANTI, *Le domande dei figli da 0 a 15 anni*, Paoline, Milano, 2002.

⁸⁴ M. FILIPPI, *Le domande dei bambini*, in «L'Ora di Religione», 16, 3 (2002), p. 14.

- mantenere fedeltà alla domanda. Non è necessario andare oltre ciò che è chiesto, anzi, a volte può essere dannoso, perché il bambino può non essere pronto a recepire determinati contenuti di risposta. Gli atteggiamenti che assolutamente non vanno tenuti sono invece:
- sottovalutare la domanda del bambino;
- lasciare intuire svalutazione nei confronti del bambino o scarso interesse per lui;
- demandare la risposta ad altri;
- fare discorsi astratti o troppo lunghi.

Le premesse sviluppate individuano la rilevanza di educare alla domanda all'interno di una significativa relazione educativa. Questo per far sì che i bambini siano sempre più motivati a porsi degli interrogativi, via essenziale per poi cercare delle risposte soprattutto quelle di senso. È in tale tipo di educazione e relazione che si realizza un vero processo di buona reciprocità. Esso permette sia all'educatore/insegnante che al bambino/ragazzo di liberare le potenzialità dell'altro e far sì che si esprima una forma di fiducia reciproca⁸⁵. Ora, ci addentreremo sempre più nello specifico dei grandi perché dei bambini oltre a vedere alcune delle loro risposte alle grandi domande della vita. Per far questo utilizzeremo tre esempi concreti tratti dalla mia esperienza personale come educatore-osservatore presso la scuola dell'infanzia e primaria in ospedale all'interno dei reparti di Pediatria ed Oncoematologia pediatrica della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia⁸⁶.

1.3 La mia esperienza personale presso la scuola in ospedale

Iniziamo la descrizione con Francesco, un bambino di quattro anni appartenente alla scuola dell'infanzia che ha visto morire il papà accanto a lui quando aveva solo due anni. Durante le attività in salone lui voleva sempre accanto a sé una sedia vuota. In particolare, quando gli veniva chiesto il motivo della sedia lui rispondeva sempre: "perché lì ci sta il mio papà che gioca con me". Se poi accadeva che qualcuno inavvertitamente occupasse la sedia subito Francesco reagiva in modo

⁸⁵ Cfr. R. REPOLE, *Gesù e i suoi discepoli Educare con stile*, Ed. Messaggero, Padova, 2013, p. 29.

⁸⁶ Tale esperienza come educatore-osservatore si è svolta durante le ore di Religione e nei diversi momenti ludico-ricreativi all'interno del salone delle attività. In seguito (cap. IV) verranno descritti in modo più circostanziato gli spazi, i tempi e le persone con quali ho collaborato.

molto brusco esigendo che la sedia fosse liberata quanto prima. Come si nota da questo primo esempio, ci troviamo di fronte non tanto ad una domanda del bambino quanto ad una sorta di elaborazione del vissuto di morte grazie ad una forma di attività-gioco. Passiamo ora a Michele, sei anni e mezzo, frequentante la scuola primaria. Michele dopo aver vissuto la morte di un suo compagno di stanza, di fronte al distacco del coetaneo mi domanda: “Alessandro, ma perché Federico è morto?”. Questi due brevi ma intensi esempi evidenziano come i perché dei bambini riguardino un po’ tutti gli aspetti della vita. Le loro domande sono serie quanto quelle degli adulti soprattutto quando riguardano l’esistenza del mondo, la sofferenza, la morte, Dio, il bene e il male. Questi interrogativi si concentrano in particolar modo sul problema della diversità che il bambino coglie nei rapporti tra gli uomini e Dio. Inoltre mostrano il passaggio da una religiosità generica ad una presa di coscienza riguardante una religione legata ad un contesto⁸⁷. Il terzo esempio che ora vedremo riguarda un semplice percorso educativo di Religione svolto sempre nella scuola dell’infanzia in ospedale a Pavia⁸⁸. In questo caso, dato il numero esiguo di alunni e le loro condizioni variabili di salute, si è preferito svolgere l’attività in una sezione mista comprendente bambini di cinque e sei anni. Nel periodo precedente la festa dei Santi e la commemorazione dei defunti si era deciso di affrontare nel modo più adeguato possibile il tema della morte. L’argomento veniva aperto grazie ad un racconto dell’insegnante e ad un mio disegno iniziale riguardanti “il seme del grano che muore per poi rinascere ed infine divenire pane”. Contemporaneamente registravo le risposte dei bambini agli stimoli ricevuti da parte della maestra e mia. Riporto⁸⁹ alcune delle singole risposte date da parte dei piccoli pazienti. Alla domanda “Ma voi conoscete altre persone, oltre a Gesù, che sono morte?” Alcuni bambini hanno risposto nel seguente modo:

- La nonna di Giulio è morta (Filippo cinque anni);

⁸⁷ Cfr. G. SOVERNIGO, *Religione e persona. Psicologia dell’esperienza religiosa*, EDB, Bologna, 2003.

⁸⁸ In questo caso l’attività è stata coordinata dalla maestra della scuola dell’infanzia in ospedale della Fondazione IRCSS Policlinico S. Matteo di Pavia, Cristina Zanotti. L’attività si è svolta all’interno del salone polivalente posto nel reparto di Pediatria. Non essendo io lo specialista incaricato per l’insegnamento di Religione nella scuola in ospedale a Pavia tale attività è stata guidata dalla maestra incaricata di Religione. Io, pur intervenendo ho prevalentemente registrato le risposte date dai bambini.

⁸⁹ Manterrò le domande e le risposte identiche. Sia per come sono state formulate, sia per il tipo di risposte emerse quasi sempre spontaneamente dai bambini.

- Io, una mia nonna, (Francesca di sei anni);
- La mia nonna e mio nonno sono morti (Federico, cinque anni).

L'insegnante chiede prima a Federico e poi rivolgendosi con lo sguardo a tutti: "E dove sono ora il tuo nonno e la tua nonna?"

- "In cielo" risponde Federico;
- Mentre Angelo, di sei anni, subito afferma: "Io conosco l'amico di lavoro di mia mamma che è morto in cielo".

Quasi contemporaneamente Francesca dice: "È morta anche la mia gatta che si chiamava Aurora, una macchina le ha schiacciato la testa. Poveretta! E adesso è in cimitero".

L'insegnante chiede a tutti: "Ma come ha fatto ad andare in cielo?"

- Boh, prima era in ospedale e poi è andata in cielo (Angelo);
- Viene Gesù a prenderci (Francesca);
- Vanno in Paradiso e gli tagliano la testa, va in cielo solo la testa (Federico);

Bruna di sei anni che solitamente interviene poco, sembra essere molto riflessiva quando dice:

- "Io vorrei dire questa cosa: che non c'è più niente da preoccuparsi, perché Gesù adesso è risuscitato".

L'insegnante continua la conversazione domandando: "Che cosa significa bambini, secondo voi che Gesù è morto?"

- "Ma gli avranno messo qualcosa nel cuore, un coltello magari", risponde Filippo;
- "oppure un chiodo o una lancia" aggiunge Angelo; infine interviene Bruna la più riflessiva che dice:
- "Io forse lo so. Significa che non è vivo. Che è morto, che è andato in cielo".

Il dialogo continuava ancora per qualche minuto poi si metteva a disposizione dei bambini materiali diversi: carta, cartone, pastelli colorati in legno, ecc.. Inoltre, venivano fatti due piccoli gruppi allo scopo di vedere come i bambini rappresentavano quanto era emerso dal racconto iniziale e dalla conversazione⁹⁰.

⁹⁰ Riporto sinteticamente quanto emerso da uno degli elaborati grafici svolto da uno dei due gruppi di alunni. Nel grande disegno sviluppato su un cartellone veniva rappresentato il villaggio di Gesù con tre cieli differenti. Nel primo ci stanno le stelle e gli uccelli; nel secondo, bianco, c'è un Gesù

Analizzando attentamente gli interventi dei piccoli alunni è possibile capire abbastanza bene quale idea questi piccoli abbiano sulla morte. La morte delle persone e quella degli animali sono praticamente sullo stesso piano come si evince dalla risposta di Francesca. È convinzione quasi generale che la morte sopraggiunga quasi sempre nella vecchiaia anche se a volte sono i bambini a morire. Infatti secondo i bambini la malattia è un'altra causa della morte insieme alla vecchiaia. Ma questo non vale per tutte le malattie. Il cuginetto di uno dei bambini che ha una malattia cardiaca sì, la nonna di Michele che è uscita con la febbre invece è guarita. Infine per tutti i bambini dopo la morte si va da Gesù, in cielo, dove c'è il Paradiso un luogo dove si fa festa. Inoltre per tanti alunni Gesù è morto ma è vivo; le altre persone che sono con lui, secondo un bambino, non risorgono come Gesù. Tutto questo ci dimostra come i piccoli alunni tra i quattro/cinque e i sei anni, ricoverati in ospedale per malattie serie, si pongano grossi interrogativi di senso e cerchino, a loro modo, di dare una risposta. A volte, però, i pensieri vengono messi in dubbio dalla realtà: se è vero che i vecchi muoiono è anche vero che muoiono pure persone non anziane. E allora emerge la malattia, con la consapevolezza, o forse solo l'intuizione, che non tutte le malattie portano alla morte. Il pensiero dell'aldilà non sembra però preoccupare i bambini: si va da Gesù, c'è festa, Gesù accoglie tutti, uomini e animali. Alla luce delle esperienze educativo-didattiche vissute con gli alunni in ospedale, possiamo notare come dai dialoghi sviluppati con i bambini le tematiche emerse tocchino alcuni temi di significato strettamente religioso. In particolare essi riguardano:

- La vita e la morte. I bambini pensano alla morte più di quanto noi pensiamo. Questo aspetto per di più si scontra col fatto che nella nostra società la morte viene amplificata solo nei suoi aspetti più spettacolari come nei grandi incidenti, nelle violente distruzioni, negli sconvolgimenti naturali o nelle catastrofi. Nei bambini, invece, emerge il desiderio di conoscere il valore ed il senso della vita e della morte nei loro significati più profondi. A tale riguardo scrive Philippe Ariès:

in piedi a braccia aperte in atteggiamento di accoglienza; nel terzo ci sono persone e animali morti, in posizione sdraiata.

«Una volta si raccontava ai bambini che nascevano sotto un cavolo, però essi assistevano alla grande scena degli addii, nella camera, al capezzale del morente ... Oggi i bambini vengono iniziati, fin dalla più tenera età, alla fisiologia dell'amore e della nascita, ma quando non vedono più il nonno e chiedono perché, in Francia si risponde loro che è partito per un paese molto lontano, e in Inghilterra che riposa in un bel giardino dove cresce il caprifoglio: Non sono più i bambini a nascere sotto un cavolo, ma i morti a scomparire tra i fiori»⁹¹.

Come abbiamo visto il bambino manifesta stupore e compassione di fronte alla morte. Inoltre egli è in grado, prima confusamente e poi sempre meglio di distinguere la morte dal sonno. Va precisato che nei bambini di quattro anni la morte non risulta ancora un fatto universale è irreversibile. Verso i cinque-sei anni la maggior parte dei bambini arriva a comprendere che la morte consiste in una cessazione delle attività vitali, che dalla morte non si torna più in vita e che è un fatto universale cioè che riguarda tutti gli uomini. Inoltre comprendono come la morte possa essere provocata non solo dall'anzianità, ma anche dalla malattia, dagli incidenti, dai pericoli a cui si è esposti oltrechè dalla violenza;

- la sofferenza in senso lato. Per il bambino, quello malato in particolare, è fondamentale l'atteggiamento relazionale assunto dall'insegnante nei suoi confronti. Il rapporto che l'educatore-insegnante ha con il bambino sofferente non deve essere diverso dal rapporto che lui stesso vive con il dolore. Se il piccolo paziente percepisce questa differenza subito viene compromessa la fiducia nei confronti dell'adulto. Risulta fondamentale quindi che all'interno della relazione tra insegnante ed alunno/i ognuno parli sinceramente di come vive la sofferenza, come la nasconde oppure la rifiuta. L'educatore deve poi imparare a riconoscere il dolore, a vivere con esso attribuendogli un significato. Questo al fine di lottare perché non prevalgano pensieri o atteggiamenti negativi. Inoltre nei confronti dei bambini da parte dell'insegnante, soprattutto quello di religione, occorre un profondo rispetto e una vicinanza rassicurante. Tutto ciò per far percepire al piccolo paziente lo stesso conforto delle persone care e la presenza amorevole di Dio, fonte di fiducia e di speranza. Fondamentale risulta poi essere l'aiuto che l'insegnante può dare nel rielaborare il dolore: esso non deve essere vissuto come una sorta di punizione o allontanamento ma come condizione naturale della nostra fragilità umana.

⁹¹ P. ARIÈS, *Storia della morte in occidente*, Rizzoli, Milano 1989, p. 32.

Per quanto sia difficile o imbarazzante parlare della sofferenza e del dolore non è mai una buona soluzione il tacerne o il far finta di nulla. In particolare l'insegnante di Religione Cattolica che opera in ospedale non deve mai sottovalutare i distacchi che il bambino vive rispetto al suo mondo. Come detto non deve evitare il problema della morte ma anzi cercare di fornire risposte chiare e reali⁹². Infine, deve sapere presentare con molta attenzione il significato cristiano della morte e la promessa donataci da Gesù della vita eterna.

A conclusione del seguente capitolo riporto la testimonianza fornitami dalla maestra Donatella Prato della Scuola dell'infanzia e primaria in ospedale presso il reparto di Pediatria della Pediatrica Degenza "R.G. Burgio" Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia. Donatella Prato presta il suo servizio come maestra in ospedale dal 1991. Vista la sua lunga esperienza pedagogica e didattica ho ritenuto opportuno porle le due domande sotto riportate al fine di poter comprendere appieno le peculiarità educative e didattiche della scuola in ospedale⁹³.

Domanda: "Quali sono i temi principali, intorno al senso della vita, incontrate maggiormente durante la relazione con i bambini in ospedale? Che tipo di modalità o strategie didattiche utilizza?"

Risposta: "La riflessione dei bambini circa il senso delle cose e degli avvenimenti è quasi sempre legata all'immediato e la risposta ai loro interrogativi deve offrire soluzioni spesso immediate, efficaci e credibili. In questi termini, tutta la didattica e le proposte di valore e di senso puntano ad ottimizzare risorse e contesti. Inoltre si cerca di valorizzare ogni aspetto positivo, anche marginale, perché questo possa diventare motore del superamento di un'esperienza difficile e dolorosa. Molto importante risulta essere l'immagine positiva che ogni bambino ha di sé, o che dovrebbe avere, non alterata dalla circostanza della malattia e degli inevitabili adattamenti a cui le normali abitudini vanno incontro. È fondamentale poi fugare il senso di colpa che il bambino prova per lo scompiglio verificatosi nella famiglia a causa della malattia. Essa viene percepita dal piccolo paziente come una sua man-

⁹² Questo naturalmente attraverso adeguati percorsi educativo-didattici che rispettino profondamente l'età dei piccoli pazienti e le singole situazioni individuali.

⁹³ Le risposte riportate corrispondono in modo preciso a quanto mi ha risposto la maestra Prato. Gli incontri avuti con lei sono avvenuti nel mese di dicembre 2013.

canza soprattutto quando i tempi della malattia si allungano e diventano cronici. Occorre poi evitare ogni tipo di approccio che incentivi il disimpegno, la trascuratezza o il disinteresse nei confronti della realtà. Molte volte può rendersi necessario ampliare l'offerta didattica estendendola a campi non tradizionali o comunemente considerati secondari. In questo senso le attività del gioco, quelle manuali e quelle creative offrono un'ampia gamma di possibilità all'alunno ricoverato, consentendogli la massima espressività. L'obiettivo principale è sempre quello di custodire e rinforzare nel bambino ogni interesse anche minimo. Per questo occorre una notevole pazienza e una forte costanza. Tutte queste strategie vogliono generare un clima che, pur non omettendo gli interrogativi più importanti dei piccoli alunni, consenta loro una piena valorizzazione del loro vissuto quotidiano”.

Domanda: “Come insegnante quale è il rapporto educativo che instaura con la/le famiglia/e dei piccoli degenti?”.

Risposta: “La relazione dell'insegnante ospedaliero con la famiglia dell'alunno in ospedale varia notevolmente da quella che s'instaura nell'ambito scolastico tradizionale. Entrano in gioco fattori emozionali ed investimenti relazionali importanti che impongono all'insegnante una continua valutazione dei propri comportamenti in senso lato. Richiede poi un continuo monitoraggio degli meccanismi di coinvolgimento che sono inevitabili ma nello stesso tempo risultano compromettenti. Serve poi una centrata consapevolezza del nostro ruolo, delle nostre competenze e delle nostre responsabilità al fine di non arrecare nessun tipo di danno. Dobbiamo essere in grado, nonostante gli aspetti emozionali implicati, di fornire risposte inerenti il nostro specifico ambito rimandando ad altre competenze di cui non abbiamo sufficiente competenza né l'autorizzazione. Il coinvolgimento del genitore nella vita scolastica del figlio/a malato/a è notevole vista la sua assidua presenza a fianco dei piccoli pazienti. In ospedale si realizza una continuità e corresponsabilità educativa tra la scuola e la famiglia che è difficile trovare in altre situazioni”.

Questa breve intervista ci ha permesso di avere una significativa premessa dei principali temi che verranno trattati nel prossimo capitolo. Esso, ci farà conoscere più da vicino gli aspetti psicopedagogici della didattica della Religione e dell'educazione religiosa in ospedale. In particolare, prenderemo in considerazio-

ne la struttura scolastica ospedaliera di Pavia. Continueremo poi con l'esempio concreto di un'unità di lavoro sviluppata durante le lezioni di Religione alla scuola dell'infanzia in ospedale. Al termine della descrizione, faremo una valutazione sull'importanza pedagogica che ha l'educazione religiosa in ospedale. Essa è in grado di rispondere ad esigenze e bisogni educativi piuttosto complessi, quali quelli dell'alunno ricoverato e privato del suo mondo. Per la loro natura, tali bisogni richiedono risposte di senso capaci di dare al bambino conforto, fiducia e speranza. Infine ci avvarremo dei contributi di due insegnanti in ospedali. Essi ci consentiranno di riflettere su alcuni importanti aspetti didattici e pedagogici relativi al loro servizio presso le scuole, rispettivamente primaria⁹⁴ e secondaria delle strutture ospedaliere di Pavia e Bergamo.

⁹⁴ Nell'ambito del contributo fornitoci dall'insegnante della scuola primaria vedremo anche la lettera di un alunno ricoverato di dieci anni. Tale lettera era stata assegnata come compito dallo stesso maestro per comprendere il significato che la scuola in ospedale aveva per i bambini ricoverati.

CAP. IV

L'IMPORTANZA DELL'EDUCAZIONE RELIGIOSA NELLA SCUOLA IN OSPEDALE

Prima di addentrarci nel descrivere l'importanza dell'esperienza didattica e pedagogica dell'educazione religiosa nella scuola in ospedale occorre premettere un breve inquadramento storico-contestuale della realtà nella quale ho svolto la mia osservazione e collaborazione.

1. Brevi cenni storici della realtà scolastica-ospedaliera di Pavia

La Storia della Scuola nella Clinica Pediatrica dell'Ospedale San Matteo di Pavia risale all'anno 1973 quando una maestra della scuola elementare, di nome Maria, con approvazione dell'allora Direttore Didattico del 1° Circolo di Pavia, iniziava una sorta di 'avventura' fondata sulla solidarietà, sulla disponibilità e, per alcuni versi, sulla missionarietà. Inizialmente, la maestra Maria durante i pomeriggi settimanali entrava nel reparto di Pediatria e si metteva a disposizione dei bambini di età scolare ricoverati. Li aiutava a svolgere i compiti e a rivedere le diverse materie. Col tempo l'ospedale Policlinico San Matteo, nelle sue figure dirigenziali e mediche, si accorse di come era attesa e desiderata la presenza di una scuola all'interno del reparto di Pediatria. Questo perché i bambini ricoverati erano sempre soli nei lettini di degenza e senza le loro famiglie accanto. Il personale infermieristico ed i medici erano sempre presenti, ma giustamente più preoccupati per le loro condizioni di salute. Nel 1981 quando si aprì la nuova Clinica Pediatrica, il Direttore prof. R.G. Burgio e la Direttrice Didattica Piera Capitelli decisero che la scuola dovesse entrare a pieno diritto nei reparti di degenza. Nell'arco di pochi anni riuscirono ad istituire due sezioni di scuola materna e ad ufficializzare la presenza dell'insegnante di scuola elementare⁹⁵. Dalla presenza

⁹⁵ La motivazione di tale scelta, voluta dall'allora Direttore Primario prof. R.G. Burgio, fu legata principalmente nella maggiore disponibilità e flessibilità oraria delle insegnanti e nella disponibilità ad orientare il proprio intervento anche alle fasce della d'età della scuola primaria. Inoltre il gruppo degli insegnanti divenne sempre più consapevole dell'importanza pedagogica di organizzare attività di tipo ludico-didattico alternate a quella di animazione che fossero rivolte a bambini di qualsiasi fascia di età.

volontaria di un insegnante di scuola elementare nel reparto di Pediatria, oggi la scuola dell'infanzia e quella primaria sono presenti nella Clinica Pediatrica con:

- quattro docenti di scuola dell'infanzia nei reparti di Pediatria degenza e di Oncoematologia pediatrica;
- un docente di scuola dell'infanzia nella sezione antimeridiana nell'ambulatorio del D.H. oncoematologico⁹⁶;
- un docente di scuola primaria⁹⁷ per i reparti di degenza con particolare attenzione ai lungo degenti ed ai degenti con ricoveri ricorrenti, malattie croniche, sindromi e disabilità e
- due insegnanti specialisti di IRC, rispettivamente per la scuola dell'infanzia e l'altro per la scuola primaria.

Dal 2003 il Ministero dell'Istruzione attribuisce anche agli ordini superiori la possibilità di poter intervenire nei reparti pediatrici. Da allora nei reparti della Clinica Pediatrica vennero istituite quattro cattedre di scuola media e quattro cattedre di scuola superiore. A tutt'oggi la Scuola di primo e secondo grado è presente con:

- quattro docenti di scuola secondaria di 1° grado;
- quattro docenti di scuola secondaria di 2° grado.

Ad oggi il bacino di utenza del servizio ospedaliero non si limita alla provincia di Pavia, ma è riferimento ed eccellenza anche per le zone meridionali del paese come la Sicilia, la Calabria, la Puglia e la Sardegna. Inoltre si rilevano sempre più degenze di bambini comunitari provenienti dall'Est Europa: albanesi, rumeni, ucraini. Infine abbiamo la presenza di piccoli appartenenti a paesi extra-comunitari come : il Marocco, l'Arabia Saudita, l'India e le nazioni appartenenti all'area del medio-oriente. Infine sono aumentati i piccoli pazienti del Sud America. A tutti questi bimbi e bimbe viene offerta la presenza e l'opera della scuola in ospedale, come risposta al diritto allo studio al quale ogni bambino e bambina devono poter accedere. Dall'anno scolastico 2003/2004 i docenti hanno inserito nel P.O.F. un progetto di Istruzione Domiciliare per gli alunni pazienti che seguono

⁹⁶ Ultimo inserimento nell'organico avvenuto nel 1998.

⁹⁷ Va sottolineato come nel corso di questi ultimi anni la presenza di un'unica insegnante nella scuola primaria abbia coinvolto ancora di più le colleghe dell'infanzia che da sempre seguono i bambini e i ragazzi più grandi nel loro percorso scolastico.

un regime di D.H.⁹⁸. Questo importante progetto ha consentito ai bambini impossibilitati a frequentare la scuola; lontani dalla loro casa e alloggiati presso strutture abitative messe a disposizione da associazioni pavese, di poter usufruire di una importante continuità didattico-educativa. Nell'arco di un breve lasso di tempo la figura dell'insegnante in ospedale si è trasformata, la sua professionalità si è arricchita sempre più di competenze e di specializzazioni. Il desiderio di aprirsi nel mondo della scuola cercando esperienze simili ha condotto alla creazione di coordinamenti nazionali che hanno formato reti di scuole in sinergia tra di loro. Anche la scuola in ospedale di Pavia nell'ultimo ventennio ha vissuto questi percorsi di crescita formativa e professionale. Va poi sottolineato come le tante possibilità legate all'utilizzo dei moderni strumenti informatici e delle moderne tecnologie hanno potenziato l'offerta formativa, arricchendo anno dopo anno le diverse proposte didattiche. Essi hanno anche consentito un miglioramento dei diversi processi d'insegnamento-apprendimento⁹⁹. Concludiamo questa breve sintesi della struttura scolastica ospedaliera pavese con le parole della coordinatrice didattica, Cristina Zanotti. Alla mia domanda¹⁰⁰ circa la presenza di caratteristiche peculiari legate esplicitamente alla scuola in ospedale, la maestra Cristina mi ha risposto:

“La scuola in ospedale si caratterizza soprattutto per la condizione identica di tutti i bambini. Intendo dire che tutti frequentano questa scuola perché similmente sono caratterizzati dalla malattia. Questa, più di altre ci rende veramente senza sesso, razza, estrazione sociale, colore della pelle, pigiama firmato o lingua della propria casa. Essi non sono segni di una distinzione, ma facce variegata dello stesso pianeta di cui siamo tutti cittadini partecipi. La malattia è la vera condizione che ci rende tutti uguali. Mamme di estrazione sociale diversa e di paesi lontani sono amiche solidali, solo per il tempo di un ricovero. Ma tale tempo basta per donarsi reciprocamente aiuto, sollievo e soprattutto per potersi sfogare e sentirsi capite nel proprio

⁹⁸ L'impegno della scuola in ospedale soprattutto nei casi di malattie con lunghi protocolli diviene limitata al momento delle dimissioni. Di conseguenza i ragazzi perdono il contatto con il reparto che hanno imparato a riconoscere come unico luogo frequentato unitamente con la scuola. Essa è l'unico vero ponte con il proprio vissuto lasciato per necessità. L'istituzione del progetto d'Istruzione Domiciliare è stata la risposta alla sollecitazione del progetto di Istruzione Domiciliare del M.P.I. (C.M. n.149 del 10/10/2001 – C.M. n. 84 del 22/07/2002 – C.M. n. 56 del 4/07/2003 – C.M. n. 4308/AO del 15/10/2004 – C.M. prot. n.5296 del 26/09/2006 – C.M. prot. n. 108 del 05/12/2007).

⁹⁹ In particolare l'utilizzo delle nuove tecnologie multimediali ha consentito agli insegnanti di lavorare in modo nuovo e creare le basi per una nuova professionalità, senza mai dimenticare il proprio bagaglio di formazione e di esperienze. Strumenti didattici per avviare una conoscenza cognitiva che non si basa sulla semplice risoluzione del problema ma che iniziano dalla ricerca degli strumenti più opportuni per ottenere la soluzione.

¹⁰⁰ Questa intervista, insieme ad altre domande fatte alla coordinatrice scolastica Cristina Zanotti per conoscere la storia ed il contesto scolastico ospedaliero pavese, è stata effettuata il giorno 13 ottobre 2013 presso il reparto di Pediatria della Fondazione Policlinico San Matteo.

dolore, nella propria rabbia ed impotenza. Le mamme sono compartecipi tre di loro perché ognuna sta compiendo lo stesso *iter* chiamato malattia e cura del proprio figlio. Mentre avviene tutto ciò i bambini giocano e a gesti si comprendono benissimo: la condivisione dei giocattoli diviene veramente solo motivo di serenità ed armonia”.

Analizzeremo ora alcuni aspetti tipici della scuola in ospedale, in particolare quella nella quale sto vivendo la mia esperienza di osservatore-educatore. Poi vedremo più da vicino l'importanza che riveste l'educazione religiosa all'interno di essa. Per fare questo presenterò le testimonianze e i lavori svolti da tre insegnanti di Religione all'interno della scuola in ospedale.

2. Caratteristiche della scuola in ospedale: finalità, criteri metodologici, spazi, luoghi e tempi della didattica

La finalità principale della scuola in ospedale, come già è stato delineato nel capitolo I, è soprattutto quella di mantenere viva l'identità del bambino ricoverato. Ogni piccolo paziente che entra in ospedale non porta con sé solo una malattia, ma anche tutte quelle potenzialità e competenze legate al suo essere bambino. Ecco perché egli, una volta entrato in ospedale, deve incontrare non solo chi si prende cura della sua parte malata, ma anche chi identifica e valorizza appieno la sua parte più propriamente sana. L'insegnante in ospedale, qualsiasi sia la materia o disciplina d'insegnamento, è colui che con molto rispetto e comprensione deve in prima azione comprendere le caratteristiche socio-culturali dell'alunno-paziente. Inoltre deve saper costruire con ogni alunno-paziente, e indirettamente con il familiare che lo assiste, un progetto che permetta al bambino/ragazzo di attivare tutte le risorse al fine di prevenire fasi di regressione o arresto rispetto all'età di sviluppo. Ogni maestro o professore attraverso le attività didattiche ha la possibilità di instaurare un costante dialogo relazionale con l'alunno, senza che la malattia interferisca o prevalga. Il coinvolgimento scolastico dell'alunno unitamente alle attività didattiche svolte nella scuola in ospedale gli consentono:

- sul piano della sua identità personale, un aiuto nella costruzione nel percorso di accettazione della nuova realtà sanitaria;

- sul piano della continuità didattica, la possibilità di realizzare pienamente il diritto allo studio¹⁰¹. Inoltre offrono l'opportunità all'alunno ricoverato di mantenere il contatto con un ambiente a lui familiare. Tale ambiente è costituito da compagni e dagli ambienti scolastici simili alle classi delle scuole d'appartenenza, ricche di cartelloni e lavori creativi esposti.
- Sul piano delle dinamiche sociali, permettono la collaborazione e la cooperazione con i compagni¹⁰².

Gli/Le insegnanti, nel proporre e promuovere le varie attività didattiche e formative, devono tenere presente i seguenti criteri metodologici:

- sostenere l'autostima e la fiducia in sé dell'alunno-paziente;
- valorizzare appieno il piacere del fare ponendo molta attenzione affinché si crei un clima relazionale sereno;
- individualizzare e personalizzare gli interventi didattici. Non esistono programmi e unità di lavoro a priori. Al contrario, gli obiettivi di apprendimento devono essere costantemente e attentamente rimodulati sulla base delle cure e delle condizioni psicofisiche e volitive dell'alunno-paziente.
- utilizzare tecniche di didattica breve;
- favorire le attività di piccolo-medio gruppo;
- stimolare le competenze trasversali e le capacità metacognitive;
- attivare e valorizzare il processo creativo e cognitivo.

Ora vediamo come si svolge giornalmente il lavoro didattico nella scuola in ospedale. Quanto viene di seguito descritto delinea bene la variabilità e l'estrema flessibilità che vengono richiesti alla didattica in ospedale. Questo, soprattutto perché gli spazi e i tempi della scuola in ospedale si devono quotidianamente integrare con la complessità delle cure terapeutiche e delle visite mediche. Ogni giorno al quarto piano del Padiglione 31¹⁰³, dove si trova il reparto di Oncoematologia, ogni

¹⁰¹ La scuola in ospedale promuove e garantisce i diritti inviolabili affermati all'articolo 2 della Costituzione Italiana; oltre al diritto alla studio e alla salute affermati agli articoli 32 e 34.

¹⁰² Cfr. M. CAPURSO (ed.), *Gioco e studio in ospedale Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*, Erikson, Trento, 2001.

¹⁰³ Questo Padiglione comprende cinque reparti disposti su quattro piani all'interno di un'unica palazzina. Al pian terreno dell'edificio è collocato il *Day Hospital*; al secondo si trova il reparto di Chirurgia Pediatrica; al terzo la Pediatria ed al quarto si trovano i reparti di Oncoematologia Pediatrica e la Sezione Trapianti Midollo Osseo. L'insieme del complesso è ubicato all'interno della struttura ospedaliera Fondazione Policlinico S. Matteo sita in Viale Golgi, 19 presso la città di Pavia.

giorno la caposala fornisce l'elenco dei pazienti ricoverati alla coordinatrice didattica della scuola. Gli insegnanti che si trovano in servizio fanno il giro delle camere e svolgono la lezione ai ragazzi che non hanno impegni terapeutici e che si sentono bene fisicamente. Se i ragazzi ricoverati sono in numero elevato, i docenti in servizio si organizzano, grazie alla flessibilità degli orari, per garantire le lezioni a tutti. Questi allievi solitamente rimangono ricoverati per più di un mese e poi, dimessi, entreranno in regime di D.H.. Se vi è un nuovo allievo, la coordinatrice lo intervista per inviare la documentazione alla scuola di appartenenza. Infatti alle scuole di appartenenza dei bambini o dei ragazzi vengono richiesti i programmi e l'elenco dei testi. I programmi vengono poi individualizzati, a seconda della gravità della malattia, del tempo di degenza e delle caratteristiche proprie di ciascun allievo¹⁰⁴. Al D.H. il lavoro è più complesso e difficoltoso visto l'elevato numero di pazienti che vi si recano per i controlli periodici. Non tutti i pazienti sono alunni che sono stati visti al quarto piano durante il periodo di ricovero e con i quali si sia già programmato il lavoro. Alcuni infatti, non conosciuti, vengono in D.H. o mensilmente o settimanalmente¹⁰⁵. L'attenzione principale viene data ai ragazzi lontani da casa. Addirittura, per poter svolgere un numero maggiore di lezioni, gli orari dei professori vengono adattati a seconda di quello dei ragazzi. Al terzo piano si trova il reparto Pediatria Degenza nella quale vengono ricoverati i bambini e i ragazzi di ogni ordine di scuola¹⁰⁶. Sono in numero maggiore e rimangono al massimo per una settimana per poi, quasi sempre, non essere più rivisti. Di conseguenza vengono contattati dopo gli allievi del quarto piano e del D.H.. Se poi vogliono e se la sentono vengono impartite loro lezioni su argomenti da loro richiesti o concordati. Le lezioni sono per lo più individuali a causa delle classi diverse frequentate, della diversa tipologia degli istituti di appartenenza e dei diversi programmi da svolgere. La coordinatrice si tiene in collegamento telefonico mensile con le scuole di appartenenza, alle quali, a fine intervento, manda la documenta-

¹⁰⁴ In questo reparto per alcune discipline ci si avvale anche di insegnanti volontari, il cui orario giornaliero viene organizzato dalla coordinatrice.

¹⁰⁵ Questi ultimi frequentano però la scuola di appartenenza. Gli insegnanti svolgono con loro la lezione solo se avanza del tempo nell'arco della mattinata.

¹⁰⁶ L'intervallo d'età dei bambini e dei ragazzi ricoverati varia dai 15 giorni fino, a volte, agli oltre 20 anni.

zione delle lezioni svolte e dei contenuti sviluppati¹⁰⁷. Con il dirigente scolastico e la coordinatrice didattica della classe degli allievi ricoverati vengono mantenuti contatti anche dopo il reinserimento degli alunni in classe.

3. L'educazione religiosa in ospedale: l'esperienza presso il reparto di Pediatria "R.G. Burgio" la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia

Alla luce dell'esperienza personale sin qui maturata durante l'attuale anno scolastico 2013-2014 propongo ora un esempio di attività svolto con i bambini ricoverati nella scuola dell'infanzia in ospedale presso il reparto di Pediatria. L'insegnante incaricata di religione cattolica per la scuola dell'infanzia ospedaliera, Giuseppina Iorio, con la quale ho condiviso l'esperienza, durante il suo orario settimanale segue:

- le sezioni della scuola dell'infanzia presso la Clinica Pediatrica al terzo piano;
- il DH al pian terreno ed il
- reparto di Oncoematologia Pediatrica posto al quarto piano¹⁰⁸.

Grazie alla collaborazione con le insegnanti delle diverse sezioni la maestra Iorio sta contribuendo alla realizzazione di varie attività educative e didattiche programmate con l'intero modulo di insegnanti. Il costante *turn-over* periodico dei piccoli degenti ha posto l'insegnante nelle condizioni di trovarsi davanti quasi sempre nuovi piccoli alunni. Questo aspetto ha condotto l'insegnante Iorio ad una attenta riflessione sulle attività da privilegiare circa bisogni primari che riscontrava nei piccoli pazienti. Uno dei principali da lei rilevato è stato il bisogno da parte dei bambini di essere supportati emotivamente nel nuovo ambiente ospedaliero a loro sconosciuto. Un altro importante aspetto è quello di limitare il più possibile il distacco da compagni di classe, dagli amichetti e dai familiari. Queste ed altre constatazioni hanno portato a valorizzare l'utilizzo della Bibbia quale fonte di nar-

¹⁰⁷ Nel caso della scuola secondaria di secondo grado il percorso didattico svolto viene rilasciato solo su richiesta dei genitori.

¹⁰⁸ Durante alcune lezioni, soprattutto presso il D.H. e la Pediatria, mi sono affiancato alla maestra Giuseppina seguendo e cercando di comprendere quelli che sono i diversi approcci dell'insegnamento della religione in contesti che, per la loro natura, presentano quotidiane e numerose variabili oltre a complesse dinamiche medico-cliniche, di ordine psicosociale e pedagogico.

razione per i bambini tra i quattro e i cinque anni¹⁰⁹. Per meglio comprendere quanto appena affermato partirò da una concreta esperienza vissuta con i bambini all'interno della scuola dell'infanzia presso il reparto di Pediatria. Questo ci permetterà di svolgere una prima significativa riflessione riguardo alla modalità del narrare la Bibbia ai bambini ricoverati. L'immedesimazione nelle storie ascoltate da parte dei piccoli pazienti ha in sé notevoli risvolti psicopedagogici e didattici. Infine faremo una breve valutazione rispetto a come le indicazioni per l'IRC sostengano pienamente l'ipotesi didattica mostrata dall'esperienza descritta. Prima di passare alla descrizione del lavoro svolto è doveroso chiarire che nel caso fossero presenti bambini non cattolici, ipotesi peraltro sempre frequente¹¹⁰, l'argomento o gli argomenti vengono comunque trattati dal momento che la narrazione di determinati brani racchiude in sé valori, sentimenti e situazioni umane che hanno un intrinseco valore universale. Inoltre per la sua stessa natura la narrazione incoraggia, guida e permette al bambino di esprimersi, di raccontare la propria storia, la propria famiglia, i propri luoghi, nei modi e nei tempi peculiari dell'alunno. Nell'interazione tra il docente e il bambino/ragazzo immigrato, la narrazione rappresenta uno strumento utile per riconoscere e trasformare una potenziale difficoltà, legata alla differenza culturale, di valori, di religione in un'occasione di scambio ed integrazione. Essa si rivela altresì una via di accesso privilegiata per la creazione di un terreno di condivisione su cui costruire l'interazione didattico-educativa.

3.1 Un esempio: sviluppo di un'unità di lavoro

Inizierò delineando brevemente l'unità di lavoro (UdL)¹¹¹ sviluppata e vissuta in una sezione mista di bambini mezzani-grandi.

Denominazione dell'UdL : “L'annuncio della nascita”

¹⁰⁹ Mezzani e grandi.

¹¹⁰ L'indicazione se vi sono bambini ricoverati appartenenti ad altre confessioni o religioni si ha dalle docenti dopo che esse hanno conosciuto la famiglia. Va precisato molto chiaramente che la scuola in ospedale non dispone della modulistica concernente l'avvalersi o meno dell'insegnamento della Religione Cattolica. La modalità con la quale viene deciso se il piccolo paziente partecipi o meno all'attività di Religione è il consenso/non consenso verbale da parte dei genitori o dei familiari presenti col bambino ricoverato.

¹¹¹ Pur soffermandomi principalmente sul secondo incontro mi è sembrato fondamentale inserire almeno gli aspetti principali caratterizzanti gli altri incontri che vanno a costituire l'intera unità di lavoro. Così facendo è possibile riuscire a cogliere il contesto ed il senso autentico della narrazione ai bambini di un determinato brano biblico.

Periodo annuale di svolgimento dell'UdL: mese di novembre, inizio dicembre. Tempo liturgico di Avvento. Massimo due incontri al fine di permettere allo stesso piccolo gruppo di bambini l'intero percorso. Quanto detto è determinato sostanzialmente dalla salute dei bambini; dalle terapie a cui si stanno sottoponendo e dal tipo di controlli o esami che a volte coincidono con gli stessi orari scolastici.

Sviluppo operativo dell'UdL: nel primo incontro viene fatto portare ai bambini nel salone-aula un disegno di se stessi. Poi si dispongono i disegni all'interno di una cesta. I disegni possono anche essere inseriti a loro volta in altrettante buste colorate. Questo consente di avviare all'inizio dell'incontro il gioco "cerca la busta con dentro il tuo disegno". Con i bambini seduti in cerchio, dopo che ognuno ha cercato e trovato il suo disegno, si sollecitano i bambini ad esprimersi verbalmente rispetto ai loro pensieri e sentimenti nei confronti dell'importanza del nascere, della vita e del nome che ognuno di loro possiede. Al termine viene chiesto ai bambini di disegnare su fogli bianchi la sagoma della loro casa incollando all'interno la loro.

Nel secondo incontro viene predisposta la sezione del salone-aula nel seguente modo. In un angolo della sala viene posto un cartellone-poster con rappresentata una stanza di una semplice casa intravista come da un muretto. All'interno di essa s'intravede una giovane donna di nome Maria che sta spazzando la cucina. Alle sue spalle appare avvolto in una luce intensa un angelo dalle bianche vesti. Avendo poi la disponibilità di usufruire di un salone ampio¹¹² e con molti materiali di vario genere, al centro della stanza è stato messo un ampio materassino, dove poi i bambini potranno sedersi in cerchio. È stato poi posto intorno ad esso un piccolo muretto di cartone¹¹³ dell'altezza di circa un metro che oltre ad avere due finestrelle intagliate aveva una piccola porta di forma rettangolare. Infine, per poter dare il senso della luce che gradatamente pervade la stanza nella quale Maria stava compiendo i mestieri di casa, la maestra ha messo un piccolo faretto mobile. Il posizionamento è avvenuto sopra il muretto accanto al poster in maniera da poterlo accendere e muovere al momento delle parole dell'angelo Gabriele.

¹¹² Questa stanza multiuso viene utilizzata anche per le attività di psicomotricità e per i diversi laboratori espressivi quali quello teatrale e dei lavoretti con pasta di sale.

¹¹³ Questo muretto era stato preparato (tagliato ed assemblato) dalle maestre di sezione per una precedente piccola rappresentazione teatrale. Ai bambini era stato chiesto di disegnare su fogli A4 tanti mattoni che sarebbero poi stati incollati sul muro a rappresentare la struttura muraria.

Riadattamento/i per la narrazione (al tempo narrativo presente) del brano evangelico dell'Annunciazione Lc 1, 26-38:

«Dio mandò un angelo di nome Gabriele (sottolineatura vocale posta sull'inviato di Dio Padre) nella città di Nazaret, a una ragazza fidanzata di un uomo di nome Giuseppe (rimando, qualora si sapesse che le conoscenze dei bambini sui genitori di Gesù non fossero completamente sconosciute al suo lavoro artigiano di falegname). La ragazza si chiamava Maria. Allora l'angelo entrato nella casa di Maria la salutò dicendo: "Ave Maria piena di grazia (un saluto luminoso che Maria non capiva) il Signore è con te". Maria rimase spaventata da questo saluto (breve interruzione) ma l'angelo le disse: "non avere paura". Dio ti chiede: "Vuoi diventare la mamma di suo Figlio che chiamerai Gesù, che vuol dire Dio con noi". Maria rispose: "non sono ancora sposata"; ma l'angelo le dice: "lo Spirito Santo scenderà su di te e aspetterai Gesù bambino". Maria disse allora: "sì (un sì vocale forte) lo voglio!". E l'angelo partì dalla casa di Maria e da quel momento Maria cominciò ad aspettare Gesù bambino».

Giro di verbalizzazione, riflessione/domande spontanee

Si prende una pausa e poi, se si è colto¹¹⁴ che l'attenzione dei bambini si è inoltrata nel racconto, si prova a chiedere loro che cosa è piaciuto. Che cosa ha destato stupore o curiosità nel brano appena narrato e ascoltato. È importante da parte dell'educatore fare attenzione a dare voce a tutti i bambini e nello stesso tempo è necessario che ogni bambino non avverta l'obbligo di dare necessariamente una risposta di fronte a tutti.

1° domanda posta ai bambini: "Gesù, secondo voi, è dovuto stare tanto nella pancia di Maria prima di nascere?"

2° domanda: "Anche voi avete dovuto aspettare (con i bambini spesso si rivela più adatto questo verbo rispetto ad attendere) un po' nella pancia della vostra mamma prima di nascere?"

Infine, è stato chiesto ai bambini di colorare la scheda in formato A4¹¹⁵ che aveva come titolo: "L'angelo Gabriele porta a Maria una bellissima notizia".

¹¹⁴ Percepito il clima di ascolto partecipativo da parte dei bambini.

¹¹⁵ Riportata nella pagina seguente, in forma ridotta.



Tutto questo ha permesso all'insegnante di confrontare la nascita dei bambini, rievocata attraverso le fotografie, con quella di Gesù e cogliere così più in profondità il valore della vita e il mistero grande del nascere e del crescere.

Partendo dall'esperienza appena descritta, non avendo la pretesa di descrivere esaustivamente tutti gli aspetti operativi per narrare la Bibbia in un contesto come quello della scuola in ospedale, quelli sotto elencati si sono rivelati adatti rispetto alla situazione dei piccoli alunni-pazienti.¹¹⁶ Vediamoli punto per punto:

- a) Innanzitutto molto importante è la preparazione dell'aula-sezione: i bambini rimangono sempre coinvolti quando vedono il libro della Bibbia¹¹⁷ aperto, posto al centro della sezione sopra un semplice cuscino colorato. Intorno ad essa le sedie potrebbero o dovrebbero già essere poste in cerchio. Questo favorisce quella circolarità comunicativa che consente ai piccoli di percepirsi gruppo.
- b) È poi fondamentale durante il racconto occupare un tempo necessario¹¹⁸ affinché si possa creare un clima di giusta distensione in cui l'ascolto dei bambini divenga sempre più motivato dal desiderio di vivere "quasi come in prima persona" le emozioni e i sentimenti dei protagonisti del brano biblico. Diviene quindi imprescindibile riuscire a creare quella relazione empatica, autentico ponte comunicativo, tra colui che narra e coloro che ascoltano. Questo permette ai bambini di sentirsi bene, di ascoltarsi, di porsi nuove domande e far accrescere in loro il desiderio di partecipare attivamente alla storia.

¹¹⁶ Sia sulla base della mia personale esperienza sul "campo" che rispetto alla formazione teorica e alla letteratura specialistica inerente il tema trattato.

¹¹⁷ Si rivela adattissima una Bibbia per ragazzi, colorata, dotata di ampie rappresentazioni come, ad es. quella di T. DOWLEY, *La mia prima grande Bibbia*, Elledici, Torino. 2011.

¹¹⁸ Minimo quindici, venti minuti.

- c) “Leggere come se si raccontasse”¹¹⁹: questo è il grande segreto per riuscire a far immergere i piccoli nei diversi significati simbolici racchiusi nei racconti biblici. L’insegnante-narratore deve saper dare voce e vita al testo, partecipando vivamente con la mimica, gli sguardi e l’intero corpo al testo che sta raccontando. Dar voce al brano biblico raccontato significa fare percepire al/ai bambino/i che le parole scritte presentano la stessa realtà delle parole orali. La sonorità delle lettere, il suo andamento ritmico con tutte le possibili interruzioni, i cambi di scena all’interno del brano si rivelano caratteristiche che muovono nei bambini il desiderio di ascoltare e contemporaneamente di vedere le pagine per leggere autonomamente.
- d) Alla luce del punto c) è importante, quando è possibile, utilizzare o pezzi di storia messi in sequenza¹²⁰ oppure un pannello-poster con ampie pagine voltabili dal basso verso l’alto che consentano ai piccoli alunni di seguire con la vista ciò che stanno ascoltando.
- e) Infine a livello pratico-operativo è necessario fare sempre un giro o due del gruppo con il libro Bibbia aperto poiché è solo il vedere e il poter toccare¹²¹ che consente al bambino di sentire in modo vitale il libro Bibbia con tutte le sue caratteristiche.

Il narrare ha un fascino particolare perché istituisce e rafforza sempre più un rapporto, una relazione che diviene sempre più circolare. Essa si fonda essenzialmente sulla comunicazione non verbale¹²² del narratore e dei piccoli ascoltatori che si va modulando sulla base del racconto biblico il quale prendendo sempre più una forma vissuta e condivisa permette a tutti di sentirsi partecipi di un evento definito narratologico. L’evento che viene narrato non può essere lineare poiché tra chi racconta e chi ascolta s’instaura un *feedback* di tipo relazionale che è la cartina al tornasole di un clima affettivo grupppale sereno. È indispensabile che colui/ei che

¹¹⁹ Cfr. M. SACRISTANI MOTTINELLI, *Del narrare e del leggere*, La Scuola, Brescia, 2000.

¹²⁰ Una sorta di fotogrammi sia colorati che in bianco/nero, presentati in ordine cronologico.

¹²¹ È sorprendente, almeno per me, come i bambini dell’infanzia quando guardano e toccano la Bibbia lo facciano con molta delicatezza e rispetto, come se percepissero la sacralità racchiusa in quelle pagine.

¹²² Gli sguardi, la mimica del viso, i sussulti, le emozioni espresse con la totalità del corpo tutto questo è ciò che in una comunicazione viene definito non verbale.

educa alla religione impari a raccontare¹²³, poiché è nella natura dei bambini la percezione della sonorità e della prosodia¹²⁴ delle lettere e di tutto ciò che è racconto. Il singolo bambino impegnato nell'ascolto "vissuto" del racconto narrato passa gradualmente a vivere unito al gruppo dei compagni gli eventi descritti nel brano. Tutto ciò in un contesto quello della scuola dell'infanzia in ospedale aiuta molto i bambini nell'affrontare le loro paure e le loro ansie.

3.2 L'utilizzo della Bibbia nella scuola dell'infanzia in ospedale: il valore e i significati in essa presenti

La riflessione ora si concentra a comprendere brevemente quali siano le ragioni che conducono ad utilizzare la Bibbia per l'insegnamento della Religione presso la scuola dell'infanzia in ospedale. la Bibbia non offre spiegazioni immediate della realtà umana, ma offre la visione, l'orizzonte e le motivazioni dell'uomo, degli uomini e degli avvenimenti¹²⁵. Concretamente la Bibbia si presenta in due modi:

- modo diretto: sapere la Bibbia come storia, come pensiero e come linguaggio.
- modo indiretto: sapere attraverso la Bibbia ossia comprendere i grandi temi: Dio e l'uomo, i valori etici e religiosi alla luce della Bibbia.

La Bibbia svolge il suo ruolo di documento religioso nella scuola in generale ed in quella dell'infanzia in particolare, attraverso diverse funzioni¹²⁶:

a) La Bibbia è testimonianza primaria e insostituibile della religione ebraico-cristiana. Attraverso di essa si conoscono le origini del popolo ebraico, di Gesù, della prima comunità cristiana con il loro mondo di persone, avvenimenti, istituzioni e di pensiero.

b) La Bibbia è fonte originale, ampia ed estesa di storia post biblica. Grazie alla Bibbia non si conosce soltanto la Bibbia, ma ciò che essa ha prodotto lungo i secoli. Tali influssi ricadono in effetti religiosi come lo sono una chiesa. In effetti

¹²³ Questo comporta il prepararsi bene, documentandosi, formandosi ed essendo sempre pronti a qualsiasi tipo di richiesta o domanda da parte dei bambini che, come si sa, mettono alla prova anche i più noti teologi.

¹²⁴ Prosodia: termine che nella disciplina della linguistica studia i fenomeni d'intonazione, d'intensità e di durata di un discorso.

¹²⁵ Questo aspetto si lega al fatto che la Bibbia va collegata con la Tradizione, ossia con lo sviluppo dottrinale ed esperienziale nella storia e nella vita della Chiesa e degli uomini.

¹²⁶ In particolare il presente scritto di tipo esperienziale mi porta ad asserire che nella scuola dell'infanzia la valenza particolarmente significativa dell'utilizzo della Bibbia si basa soprattutto sulle funzioni c) ed e).

civili e legislativi come i fondamenti delle tante dichiarazioni dei diritti dell'uomo. Infine codificati in opere letterarie, artistiche e musicali.

c) La Bibbia è criterio d'interpretazione dell'esistenza. Frutto essa stessa di tante esperienze umane lungo molti secoli, il libro sacro¹²⁷ ha il pregio di entrare facilmente in dialogo con le esperienze e i sentimenti fondamentali dell'uomo e dei piccoli dell'uomo, i bambini. Le vicende, le situazioni in essa narrate sono direttamente collegate alle domande di senso, sulla vita e la morte, sul bene e il male, sull'origine e sulla fine.

d) La Bibbia porta in sé una tale saggezza e profondità di risposta, collaudata dall'esperienza millenaria di generazioni che vi si sono accostate, da essere universalmente stimata un capolavoro dell'umanità. Chiamata il Grande Codice, essa è meritevole di essere ascoltata sia dai credenti per convinzione di fede che da tutti per la ricchezza d'umanità in essa racchiusa.

e) La Bibbia è deposito di un ricco e prestigioso linguaggio espressivo e narrativo. È tipico della grande letteratura coniugare strettamente quello che dice con il come lo dice. Alla Bibbia viene riconosciuto il pregio di un linguaggio affine al contenuto e tale mediazione si rivela essenziale rispetto al messaggio. Essa risalta: nei diversi racconti storici dell'Antico Testamento; nell'utilizzo dei simboli e dei suoi differenti significati e nella presenza del linguaggio figurato come, ad esempio le parabole, ossia dei diversi generi letterari adoperati.

f) La Bibbia è fonte teologica o di fede della religione ebraica e cristiana. Chiaramente nella scuola non è proposta la Bibbia da credenti, secondo le dinamiche partecipative proprie della fede, ma serve a conoscere come i credenti intendono la fonte Bibbia, cioè nella logica che deriva dalla Rivelazione e nel contesto della fede della comunità dei cristiani. Questo percorso viene condotto secondo un procedimento specificamente scolastico, accostando cioè come oggetto culturale la stessa fede di coloro che credono.

g) Infine la Bibbia è fonte di dialogo ecumenico. Esso si verifica con i libri sacri di altre religioni: le tre religioni "del libro" per eccellenza: ebraismo cristianesimo, islam, senza dimenticare i testi sacri di altre religioni quali ad esempio

¹²⁷ N.B.: i termini libro sacro e Sacra Scrittura vengono intesi ed adoperati quali sinonimi del termine Bibbia.

l'induismo ed il buddismo. Colti i valori, i significati e le funzioni che la Bibbia racchiude come libro-documento religioso nella scuola, facciamo ora delle brevi considerazioni circa l'importanza narrativa della Bibbia e le competenze bibliche presenti nelle indicazioni nazionali per l'IRC nella scuola dell'infanzia¹²⁸.

Alla luce dell'esperienza personale fino ad oggi provata ritengo che il racconto biblico assuma un fondamentale valenza educativa, culturale e sociale nella scuola dell'infanzia in generale. In particolare, in quella all'interno delle strutture ospedaliere. Grazie al suo contenuto favorisce nel bambino malato un contatto diretto con le sue esperienze, le sue emozioni e i suoi sentimenti. I cinque campi di esperienza delineati nelle Indicazioni nazionali per l'IRC si integrano bene rispetto alla proposta narrativa dei brani biblici¹²⁹. Il Vangelo, in particolare, presentando racconti estremamente semplici ma significativi ed efficaci utilizza lo stesso tipo di linguaggio che utilizza anche il bambino. È il linguaggio delle immagini, delle fiabe, dei racconti, della vita. Tutti questi tipi di linguaggio racchiudono un valore intrinsecamente profondo se il bambino che li ascolta "si sente raccontato", ossia

¹²⁸ Traguardi per lo sviluppo delle Competenze e Obiettivi di Apprendimento dell'insegnamento della Religione Cattolica per la Scuola dell'infanzia e per il Primo Ciclo d'istruzione. Integrazioni alle Indicazioni per il curricolo per la scuola dell'infanzia e per il primo ciclo d'istruzione relative all'insegnamento della religione cattolica (dpr 11 febbraio 2010). Le attività in ordine all'insegnamento della religione cattolica, per coloro che se ne avvalgono, offrono occasioni per lo sviluppo integrale della personalità dei bambini, aprendo alla dimensione religiosa e valorizzandola, promuovendo la riflessione sul loro patrimonio di esperienze e contribuendo a rispondere al bisogno di significato di cui anch'essi sono portatori. Per favorire la loro maturazione personale, nella sua globalità, i traguardi relativi all'IRC sono distribuiti nei vari campi di esperienza. Di conseguenza ciascun campo di esperienza viene integrato come segue:

Il sé e l'altro. Relativamente alla religione cattolica: Scopre nei racconti del Vangelo la persona e l'insegnamento di Gesù, da cui apprende che Dio è Padre di tutti e che la Chiesa è la comunità di uomini e donne unita nel suo nome, per sviluppare un positivo senso di sé e sperimentare relazioni serene con gli altri, anche appartenenti a differenti tradizioni culturali e religiose.

Il corpo in movimento. Relativamente alla religione cattolica: Riconosce nei segni del corpo l'esperienza religiosa propria e altrui per cominciare a manifestare anche in questo modo la propria interiorità, l'immaginazione e le emozioni.

Linguaggi, creatività, espressione. Relativamente alla religione cattolica: Riconosce alcuni linguaggi simbolici e figurativi caratteristici delle tradizioni e della vita dei cristiani (segni, feste, preghiere, canti, gestualità, spazi, arte), per poter esprimere con creatività il proprio vissuto religioso.

I discorsi e le parole. Relativamente alla religione cattolica: Impara alcuni termini del linguaggio cristiano, ascoltando semplici racconti biblici, ne sa narrare i contenuti riutilizzando i linguaggi appresi, per sviluppare una comunicazione significativa anche in ambito religioso.

La conoscenza del mondo. Relativamente alla religione cattolica: Osserva con meraviglia ed esplora con curiosità il mondo, riconosciuto dai cristiani e da tanti uomini religiosi come dono di Dio Creatore, per sviluppare sentimenti di responsabilità nei confronti della realtà, abitandola con fiducia e speranza.

¹²⁹ Soprattutto quelli denominati "Il sé e l'altro" e quello che si riferisce ai "I discorsi e le parole".

si sente partecipe di quel racconto. Esso percepisce che le cose che vengono raccontate sono capitate o potrebbero capitare anche a lui e agli altri come lui. Ogni esperienza della realtà comporta un proprio linguaggio: il linguaggio dell'esperienza religiosa è quello simbolico. Esso assume in particolare le forme letterarie del mito, la narrazione, del rito e dell'attuazione del mito. L'esperienza religiosa possiede entrambe queste caratteristiche: la narrazione ha la funzione mitica di raccontare ciò che sta alla sua origine e contemporaneamente un insieme di riti che hanno il compito di attuare il racconto e far sperimentare nell'oggi la sua efficacia concreta. Questo dato s'inserisce pienamente con il campo d'esperienza dei "Linguaggi, creatività, espressione" dove si sottolinea l'importanza per il bambino di riconoscere i linguaggi simbolici e figurativi. Quanto appena detto ci permette di poter considerare una competenza biblica quell'unità esistente tra l'esperienza profonda che il bambino vive e la possibilità di esprimersi attraverso un gesto simbolico. La scuola, fin dall'infanzia, si configura come:

- luogo privilegiato per sostenere e corrispondere al bisogno di significato che ogni persona esprime come esigenza primaria;
- per consentire una personale rielaborazione della realtà, al fine di passare dal dato sensitivo-percettivo, dalla esperienza vissuta alla cultura della ricostruzione ed organizzazione mentale ed emozionale dell'esperienza stessa.

Prendendo sempre più coscienza che la capacità di comprensione del bambino è strettamente correlata alle sue problematiche interiori la capacità del narrare da parte dell'insegnante si colloca, unitamente al libro Bibbia, come il ponte ideale per aiutare con gradualità i diversi e spesso tortuosi passaggi evolutivi dei piccoli. L'analisi delle competenze bibliche presenti nei campi d'esperienza rafforza la tesi secondo la quale la Bibbia va concepita come una fonte di contenuti religiosi, quindi come testo significante. Essa racconta in particolare l'esperienza religiosa di un popolo. Tale esperienza va interpretata su un registro di storicizzazione, di contestualizzazione e va accostata come a sorgente perenne cui l'uomo di ogni tempo può attingere e dissetarsi. L'approccio simbolico diviene quindi modalità strategica di accostamento ai racconti biblici per tutti, ma in modo particolare per i bambini. Attraverso la funzione simbolica viene consentita ai bambini la matura-

zione della religiosità e il superamento delle emozioni e paure negative. Un ultimo ulteriore importante elemento proveniente dalla psicologia religiosa e che avvalorava ancora di più l'utilizzo della narrazione biblica nella scuola dell'infanzia si basa sul dato che lo sviluppo religioso è un processo di carattere globale che si attua insieme allo sviluppo umano¹³⁰. Lo sviluppo della persona, inteso in senso integrale, richiede una educazione integrale e le esperienze religiose con cui il bambino viene a confronto durante l'ascolto diventano significative, perché lasciano intravedere un totalmente altro rispetto al proprio vissuto e alla realtà circostante e una possibile iniziale risposta ai perché della vita.

Concludiamo questa parte con due significativi contributi che sottolineano come il narrare, in forma orale o scritta, sia un processo di primaria importanza nei processi di sviluppo di una persona. Questo vale maggiormente quando la persona vive direttamente una situazione di malattia o ne sia coinvolta sul piano del vissuto. Inoltre attraverso la forma scritta spesso le descrizioni delle situazioni, delle emozioni e degli ambienti risultano molto chiari e coinvolgono particolarmente il lettore. In particolare i due contributi che vedremo sono:

- la testimonianza¹³¹ di un insegnante di Religione della diocesi di Pavia che per due anni scolastici ha vissuto l'esperienza dell'insegnamento della religione nella scuola primaria della scuola in ospedale;
- la lettera di un bambino di 10 anni ricoverato nel reparto oncoematologico della Pediatria "R.G. Burgio" la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

3.3 Insegnare in ospedale: breve testimonianza. Lettera di un alunno della scuola primaria

Quelle che riportiamo sono le parole di risposta donatemi dall'insegnante di Religione Alessandro Bodini. Alla mia richiesta di sottolinearmi gli aspetti più rilevanti della sua esperienza d'insegnante di Religione presso la scuola primaria ospedaliera egli mi ha risposto con queste parole:

“Ho svolto per due anni scolastici, l'incarico di insegnante di religione presso il reparto di oncoematologia alla Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia. All'inizio pensavo di svolgere la solita lezione frontale, con fotocopie, libri, lavagne e tutto

¹³⁰ Sono come due spirali parallele.

¹³¹ La breve testimonianza del maestro Alessandro Bodini è avvenuta dopo due incontri avuti in ospedale con lui nel mese di novembre 2013.

ciò che solitamente si utilizza. I bambini che ho trovato in ospedale invece, si aspettano dal maestro attenzioni diverse, che esulano dalla pura didattica. Vogliono giocare, farti capire che anche loro sono bambini come quelli che ci sono fuori dall'ospedale. Ecco vogliono una didattica che li affascini e che li accompagni durante questo periodo critico della loro vita. Ecco che il maestro deve entrare nel vissuto del bimbo e trasformare la lezione in una favola, o in un racconto che il piccolo paziente ha appena letto o visto alla tv. Desiderano che il maestro sia un narratore e sempre in ascolto. Desiderano che viva con leggerezza la vita dell'ospedale. Ecco che anche una semplice parabola evangelica si trasforma in un'avventura e la si rappresenta con pongo, canzoni, travestimenti. Per me credente, questa esperienza mi ha fatto cogliere in profondità come nella sofferenza di questi bambini e delle loro famiglie, si nasconde il volto di Cristo e del suo insondabile Mistero. L'aver frequentato due anni la scuola mi ha arricchito tantissimo come persona e ha fortificato la mia fede”.

Ora leggeremo una lettera¹³², assegnata per compito dal maestro Alessandro Bodini ai bambini della scuola primaria in ospedale. Essa intendeva valutare quanto la scuola fosse importante per gli alunni ricoverati. Ecco la lettera:

“Ciao a tutti sono un ragazzo di 10 anni e da due mesi sono ricoverato nel reparto oncoematologico della pediatria di Pavia. Appena arrivato in quest'ospedale ero molto spaventato, non sapevo perché i miei genitori mi avessero portato qui. Forse ne avevo combinata una così grossa? Sono stato accolto da un'infermiera che mi ha spiegato com'era il reparto, cosa potevo fare, ma per quanto provava a rendere più accogliente quest'ambiente, qui era tutto diverso da casa mia. Tutto era cambiato. Poi un giorno bussava alla mia camera una figura con un cartellino attaccato al collo, penso: “... e questa chi è, è un altro dottore che mi viene a esaminare?”. Si presenta, è una delle insegnanti della scuola in ospedale e: “Nooo anche qui in ospedale c'è la scuola, uffa!!” In realtà, fin dal primo momento mi è sembrata un'insegnante diversa dalle altre. Sorrideva e mi ha portato in camera alcuni giochi, ha chiesto cosa mi piaceva e mi ha invitato a vedere la scuola. Mi sono fatto coraggio e l'ho seguita. Anche la scuola era completamente diversa da quella che frequentavo prima di entrare in ospedale. Ci sono pochi tavoli e qui ritrovo i bambini che ora sembrano felici. In questa scuola ci sono bambini di tutte le età, di

¹³² Questa lettera compito è divenuta un articolo pubblicato sul *Corrierino della Pediatria*, nel mese di giugno 2011. Questo giornalino trimestrale è frutto di un progetto creato dagli allievi ricoverati nei reparti della Clinica Pediatrica “R.G. Burgio” Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. Lo scritto è stato riportato nella sua versione originale senza apporto di nessuna modifica.

nazioni e lingue diverse e l'abilità delle insegnanti è riuscire a proporre sempre giochi ed attività adatti a tutti noi. Qui si svolgono i compiti, come in tutte le scuole, per non rimanere indietro ma non mancano attività per socializzare come la tombola e il laboratorio di cucina e c'è anche uno spazio per giocare, per non dimenticare di essere bambini. In questa scuola sono presenti anche le mamme, che sono ricoverate con noi. Forse anche loro hanno bisogno di trovare un posto dove poter chiacchierare per non pensare alla malattia. La scuola qui è proprio bella e tutti si sentono accolti. Si studia, si discute, si trovano amici, si gioca, ma soprattutto si sta bene”.

Ora, ci avverremo di un ultimo importante contributo di un insegnante della scuola secondaria in ospedale. Essa da lungo tempo lavora nella scuola ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera “Papa Giovanni XXIII” di Bergamo¹³³. Con lei ci siamo soffermati in particolare su quelle che sono le principali domande di senso che emergono con frequenza durante le sue lezioni.

4. L'esperienza di un insegnante ospedaliera della scuola secondaria: le riflessioni dei suoi alunni ricoverati inerenti domande di senso

Vorrei ora soffermarmi sulla testimonianza di una collega, la Prof.ssa Anna Cinquino, insegnante di lettere, storia e geografia presso la scuola secondaria di primo e secondo grado della scuola ospedaliera presso l'Azienda Ospedaliera “Papa Giovanni XXIII” di Bergamo¹³⁴. Ho ritenuto opportuno avvalermi della collabo-

¹³³ Precedentemente la struttura nella quale operava la scuola aveva come nome “Ospedali Riuniti di Bergamo”. Nel giugno dello scorso anno è avvenuto il trasferimento e l'inaugurazione ufficiale dell'attuale nuovo ospedale “Papa Giovanni XXIII”.

¹³⁴ La scuola secondaria e di primo e secondo grado di Bergamo ha nel suo organico tre docenti che garantiscono un presidio fisso presso il DH dipartimentale. Questo per privilegiare, a rotazione, le esigenze degli alunni lungodegenti nelle seguenti unità operative (U.O.): Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica; Unità Operativa di Cardiocirurgia; Unità di Pediatria Generale e Sezione emato-oncologica e Trapianti di fegato. Le docenti prendono in carico gli alunni, seguendo i criteri previsti dal POF su segnalazione delle insegnanti della scuola primaria d'appartenenza. Le insegnanti intervengono inoltre nelle U.O. di Traumatologia; Chirurgia Plastica; Unità di recupero e rieducazione funzionale; Unità spinale e Neurochirurgia su segnalazione dei relativi caposala, e nelle case di accoglienza presso cui risiedono gli alunni lungodegenti. I docenti della Sezione emato-oncologica e Trapianti di fegato si incontrano periodicamente con un medico referente, per aggiornamenti sulle condizioni di salute degli alunni degenti, e con la psicologa per l'approfondimento dei casi; Durante le degenze brevi e medie le finalità principali consistono nell'offrire agli alunni ospedalizzati contesti didattici ed educativi professionali, con occasioni di lavoro il più possibile simili a quelle sperimentate nella propria quotidianità scolastica, per contribuire a ridurre la sensazione di straniamento e disagio causata dall'ospedalizzazione. Le Modalità operative utilizzate fan sì che i ragazzi possano esercitarsi nelle

razione della prof.ssa Cinquino per due principali motivi: il primo è legato alla sua lunga esperienza psicopedagogica nel campo dell'insegnamento nell'ambito ospedaliero. Il secondo motivo è legato al fatto che negli ultimi quindici anni una parte cospicua dei ragazzi in ospedale è straniera e molte volte appartenente ad altre religioni. Questo per la prof.ssa Cinquini ha significato a livello didattico reimpostare nel corso del tempo il lavoro in modo sempre più trasversale, permettendo così notevoli punti in comune tra una delle sue discipline, storia, e la storia delle religioni. Tutto ciò ha garantito una riflessione intorno ai valori etici e alla visione antropologica che ogni religione porta con sé. A tale proposito ecco quanto dettomi dalla coordinatrice della stessa scuola ospedaliera, Elisa Canesi, durante uno degli incontri avuti con lei durante l'estate scorsa¹³⁵:

“Molte volte durante l'attività didattica in piccolo gruppo emergono da parte dei ragazzi della scuola secondaria di secondo grado riflessioni che toccano aspetti importanti della loro vita personale, quali la malattia e il senso di essa. Da qui la necessità di avvalerci d'insegnanti che sappiano muovere riflessioni intorno al valore della vita, della morte della giustizia. Questo significa quasi necessariamente svolgere attività legate all'educazione antropologica e soprattutto religiosa”.¹³⁶

Riporto ora le risposte fornitemi dalla prof.ssa Cinquino rispetto alle più significative riflessioni etico-religiose e pedagogiche emerse con i suoi alunni in ospedale nel corso di questi anni d'insegnamento.

Domanda: “Compaiono spesso considerazioni sul valore della vita per gli alunni che sono ricoverati e che si trovano ad affrontare la malattia? Variano tali riflessioni in base alla religione d'appartenenza dei ragazzi ricoverati?”

diverse discipline curriculari, anche con l'ausilio di computer e software didattici, ricevere spiegazioni, ottenere la correzione dei compiti assegnati e/o un supporto nel loro svolgimento, cimentarsi nel lavoro di redazione o lasciare una traccia di sé attraverso una poesia, un disegno, un fumetto, un quadro. Nelle degenze lunghe, invece, la finalità principale è garantire il diritto allo studio, sancito dalla Costituzione Italiana. I docenti ospedalieri operano in stretto contatto con quelli della scuola di appartenenza degli alunni, costituendo con loro, in alcuni casi, un consiglio di classe allargato. Con i singoli docenti di disciplina della scuola di appartenenza degli alunni si concordano programmi individualizzati, periodicità e modalità di rilevazione dei saperi, modalità di trasmissione e computo delle presenze scolastiche (quelle presso la scuola in ospedale valgono a tutti gli effetti come presenze scolastiche), competenze per la valutazione intermedia e finale degli alunni. La metodologia didattica tiene sempre conto delle condizioni di salute dei ragazzi, dei protocolli di cura cui sono sottoposti, degli stili didattici cui gli alunni sono abituati.

¹³⁵ Gli incontri con il *team* dei professori in ospedale e con la coordinatrice della scuola secondaria Elisa Canesi sono avvenuti nei mesi di luglio e agosto 2013. Va sottolineata una significativa iniziativa della scuola ospedaliera di Bergamo, chiamata la scuola in estate. Durante i mesi estivi, grazie ad un gruppo di insegnanti volontari, i ragazzi ricoverati continuano con un orario settimanale ridotto le attività di rinforzo e di recupero delle diverse materie.

¹³⁶ La riflessione intervista dell'insegnante mi è stata concessa in data 21/08/2013.

Risposta: “Il valore della vita è vista nei suoi due principali aspetti. Come un dono bello e, nello stesso tempo, come qualcosa che comporta difficoltà e tanti dolorosi ostacoli. Il 90% dei ragazzi da me seguiti nell'ambito umanistico-letterario e storico-geografico vive una condizione psicologica che li mette a dura prova. E' comprensibile che abbiano bisogno di tempo per elaborare ciò che gli sta accadendo specialmente se provengono dai reparti di oncematologia e trapianti. Il significato della vita, in tale contesto, assume una forte valenza soprattutto nei ragazzi di religione cattolica. Essa è centrata sulla fede in Dio Padre e in suo Figlio Gesù Cristo morto e risorto per gli uomini. Ogni ragazzo e ogni genitore, anche dopo lunghi percorsi e tempistiche che metterebbero a dura prova chiunque, vede la vita come il dono più bello che il Signore potesse offrirgli e apprezza anche la quotidianità. La vita diviene così un'opportunità per far del bene, anche solamente per piccoli aiuti quotidiani! I ragazzi ricoverati appartenenti ad altre religioni, pur condividendo sostanzialmente la vita e il suo valore sacro, mostrano a volte come una sorta di punto interrogativo sul destino legato alla fine della vita”.

Domanda: “Cosa o quali sono le realtà che più importano o hanno maggior valore per il ragazzo durante il periodo della vita in ospedale?”

Risposta: “Sicuramente per tutti i ragazzi ricoverati è fondamentale riappropriarsi della quotidianità. La normalità diviene il fulcro intorno al quale si muove l'alunno/paziente. Fare scuola, studiare per le verifiche, ricevere la visita dei compagni di classe, una mail dagli amici scalda tantissimo i loro cuori”.

Domanda: “Quale è il senso che ha l'amicizia e l'aiuto fraterno per i ragazzi nei momenti di difficoltà o di prova rispetto alle cure a cui stanno sottoponendosi?”

Risposta: “L'amicizia viene amplificata nel suo valore etico tanto da risultare un patto d'aiuto che si stabilisce lungo lo stesso percorso. L'aiuto che giunge da gente che fino al giorno prima erano estranei; il conforto delle parole dei docenti; il sostegno morale e non solo che la Scuola offre fa sì che si diventi una grande famiglia”.

CONCLUSIONI

In questo lavoro di tesi si è voluto mettere in evidenza l'importanza che ha l'educazione religiosa in un contesto scolastico atipico quale è quello dell'ospedale. Partendo dall'esperienza maturata, dalle domande e dalle ragioni che hanno motivato questa ricerca, ho cercato inizialmente di delineare un breve quadro storico sullo sviluppo della scuola in ospedale e dell'istruzione domiciliare. Siamo poi passati a considerare quali debbano essere a livello generale le competenze richieste all'insegnante che opera in ospedale o a domicilio. Questo ha portato a sottolineare come l'insegnante ospedaliero rivesta un ruolo molto complesso che necessariamente prevede una grande capacità di adattamento. Adattamento sia per quanto concerne le proposte didattiche, sia in termini di capacità relazionali e di cooperazione con figure e professionalità diverse all'interno del reparto ospedaliero. Nell'ambito delle competenze relazionali il docente in ospedale opera, come abbiamo delineato, in una sorta di confine fra l'attenzione alla salute fisica e l'attenzione alla dimensione psicoeducativa dell'alunno-paziente. A tale riguardo abbiamo compreso l'importanza che ha per l'insegnante ospedaliero il saper costruire relazioni e rapporti significativi sostenendo, nello stesso tempo, il carico psichico presente nelle diverse situazioni di malattia e/o sofferenza. Considerando poi le molteplici competenze didattico-disciplinari che l'insegnante in ospedale deve possedere, si è posta l'attenzione sull'importanza della flessibilità didattica e alla creatività. Fondamentale poi risulta essere la conoscenza epistemologica della disciplina d'insegnamento per riuscire a definire contenuti non troppo ampi, ma significativi. È altresì necessario che il docente in ospedale sappia utilizzare anche le moderne tecnologie informatiche, per riuscire a realizzare una didattica interattiva che possa consentire il contatto tra l'alunno malato e la sua classe d'appartenenza. La conoscenza generale della scuola in ospedale ha poi permesso di operare una riflessione sul bambino malato da un punto di vista psicopedagogico. Questo ha significato cercare d'interpretare il modo in cui il piccolo paziente sperimenta dentro di sé quanto vive. Approfondire gli effetti che la patologia e l'ospedalizzazione producono sul vissuto del bambino ha poi portato a conoscere quali siano i principali meccanismi di difesa psicologici che il bambino ma-

lato attiva. Da ciò è emerso come essi incidano in modo significativo nella relazione educativa e poi in quella didattica. Nell'indagine svolta si è potuto evidenziare come gli studi condotti nel campo della neuropsichiatria infantile abbiano ampiamente dimostrato che quando un bambino viene aggredito da una malattia grave o cronica, più o meno invalidante, la sua vita immaginativa e progettuale può organizzarsi intorno alle problematiche della morte e dell'integrità fisica. Tutto ciò nel corso del tempo conduce il ragazzino prima e l'adolescente poi a maggiori difficoltà nello scegliere per sé una percorso personale di ricerca della propria identità. Questo perché le diverse esperienze di socializzazione che egli ha vissuto con i pari età o sono venute meno, o hanno posto il ragazzo in una condizione di disagio o d'inferiorità. Da tali ragioni la nostra attenzione è ricaduta sull'influenza che rivestono gli aspetti psicosociali nelle relazioni educative e nell'ambito dell'apprendimento. L'analisi delle dinamiche psicosociali nei processi d'apprendimento dei ragazzi della scuola primaria e secondaria ci ha poi condotti a conoscere da vicino le diverse modalità d'insegnamento che avvengono in ospedale. Alla luce di queste, si è visto come le attività didattiche svolte in piccolo gruppo promuovano :

- dinamiche psicorelazionali che favoriscono nel singolo alunno l'espressione autentica della propria persona;
- la capacità da parte dell'alunno paziente di migliorare la gestione e l'espressione autentica delle proprie emozioni.

Inoltre, l'insegnante in ospedale contribuisce a promuovere un altro aspetto psicosociale e relazionale essenziale: quello di permettere ai bambini e ai ragazzi ricoverati di non perdere il contatto con la realtà socio-educativa d'appartenenza. Tale aspetto non si configura solamente come un aiuto indirizzato a recuperare competenze e conoscenze nell'alunno ricoverato ma consente all'insegnante di facilitare le relazioni tra l'ospedale e la scuola di appartenenza dell'alunno stesso. Questo promuove la sensibilizzazione sia degli insegnanti dell'alunno-paziente che dei suoi compagni. Siamo poi entrati in modo più specifico nella riflessione circa l'importanza pedagogica dell'educazione religiosa nella scuola in ospedale. Lo abbiamo fatto partendo da alcuni fattori riguardanti lo sviluppo della religiosità nell'età evolutiva. Questo ci ha permesso di individuare la rilevanza che ha

l'educare alla domanda all'interno di una significativa relazione pedagogica. Questo perché i bambini siano sempre più motivati a porsi degli interrogativi: essi costituiscono la via essenziale per poi cercare delle risposte, soprattutto quelle di senso. È in tale tipo di educazione e relazione che si realizza un vero processo di buona reciprocità che permette sia all'educatore/insegnante che al bambino/ragazzo di liberare le potenzialità dell'altro e far sì che si esprima una forma di fiducia reciproca. Considerare questi aspetti significa, per un insegnante di religione, sviluppare al meglio determinate tematiche all'interno di una relazione empatica che deve consolidarsi sempre più. A tale riguardo abbiamo visto alcuni atteggiamenti che nell'ambito dell'educazione religiosa andrebbero sviluppati. Lo stupore; la disponibilità e il sentirsi parte di una comunità costituiscono delle espressioni e aspetti che, una volta riscontrati nell'alunno in ospedale, possono indirizzare l'insegnante di religione verso validi criteri di tipo didattico. Essi, soprattutto nella scuola dell'infanzia e primaria in ospedale, possono consistere:

- nello stimolare il bambino a porre domande su Dio e dargli la certezza che Dio lo conosce e lo ama;
- nell'incoraggiare i bambini a confidare a Dio le proprie esperienze attraverso la preghiera. Grazie ad essa, il bambino viene aiutato ad entrare in rapporto con Dio.
- agevolare lo sviluppo della coscienza infantile in relazione al proprio comportamento ed all'accettazione del prossimo;

Nella scuola in ospedale, come in molti altri luoghi della vita contemporanea, s'incontrano diverse culture, religioni, convinzioni ed atteggiamenti. Già nel bambino piccolo è quindi necessario stimolare una crescita graduale della coscienza che insegni a rispettare il comportamento e le peculiarità degli altri e a far propri quelli che sono i comportamenti positivi. Continuando, siamo poi entrati sempre nello specifico dei grandi perché che i bambini si pongono. Oltre a questo abbiamo anche individuato quali siano le loro risposte alle grandi domande della vita. Per far questo abbiamo utilizzato tre esempi concreti tratti dall'esperienza personale come educatore-osservatore presso la scuola dell'infanzia e primaria in ospedale all'interno dei reparti di Pediatria ed Oncoematologia pediatrica della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. L'ultimo passo compiuto è stato

quello di descrivere l'esperienza personale vissuta durante l'attuale anno scolastico 2013-2014. Abbiamo proposto un esempio di attività svolta con i bambini ricoverati nella scuola dell'infanzia in ospedale presso il reparto di Pediatria. Al termine dell'unità di lavoro presentata abbiamo compiuto una riflessione psicopedagogica riguardante sia la modalità del narrare la Bibbia ai piccoli pazienti che l'immedesimazione degli stessi nelle storie ascoltate. Ci siamo accorti di come la narrazione di determinati brani racchiuda in sé valori, sentimenti e situazioni umane che hanno un intrinseco valore universale. Inoltre per la sua stessa natura la narrazione incoraggia, guida e permette al bambino di esprimersi, di raccontare la propria storia, la propria famiglia, i propri luoghi, nei modi e nei tempi peculiari dell'alunno. Essa si rivela anche una via di accesso privilegiata per la creazione di un terreno di condivisione su cui costruire l'interazione didattico-educativa. Abbiamo poi condotto una breve valutazione rispetto a come le Indicazioni nazionali per l'IRC sostengano pienamente l'ipotesi didattica mostrata nell'esperienza descritta. Infine, ci siamo avvalsi dei contributi di due insegnanti in ospedale che ci hanno consentito di estendere la riflessione su importanti aspetti didattici e pedagogici relativi al loro servizio presso le scuole, rispettivamente primaria e secondaria delle strutture ospedaliere di Pavia e Bergamo. Dall'intero percorso compiuto è possibile arrivare a concludere come l'educazione religiosa in ospedale trovi e possa trovare sempre più spazio all'interno dei saperi in un ambiente scolastico come quello ospedaliero. Questo perché l'educazione religiosa in ospedale ha in sé caratteristiche psicopedagogiche, psicosociali, oltreché didattiche, tali da riuscire a far vivere ai suoi piccoli e grandi alunni-pazienti una proposta educativa-formativa in grado di:

- fornire loro un senso positivo a ciò che stanno vivendo;
- fornirgli una prospettiva di vita, un desiderio autentico una volta terminato il ricovero in ospedale.

Nello stesso tempo è in grado di far riflettere, interiorizzare e promuovere quei valori etici presenti nella religione cristiana e sostanzialmente nelle altre religioni. Oltre a questo, l'educazione religiosa promuove apprendimenti trasversali e conoscenze di tipo interculturale e interreligiose. In una realtà sanitaria sempre più fruita da pazienti-alunni provenienti da ogni parte del mondo questo aspetto

s'integra in modo positivo con le situazioni di fragilità presenti in tutti i bambini malati, soprattutto se stranieri. Sempre nell'ambito del contesto ospedaliero l'educazione religiosa è in grado di valorizzare quelle tematiche e quei percorsi legati allo sviluppo del patrimonio storico-culturale e sociale dell'intera umanità. L'indagine svolta ha poi mostrato come gli alunni in ospedale richiedano una rielaborazione dei sentimenti e delle emozioni provate durante la loro esperienza legata alla malattia. In questo l'insegnante di Religione, più di altri, può aiutare e facilitare i bambini e i ragazzi ricoverati attraverso quelle attività didattico-educative svolte in piccolo gruppo. Esse hanno la caratteristica di promuovere la fiducia in se stessi e nelle relazioni con gli amici di pari età. Questo diventa per gli alunni-pazienti stessi un potente stimolo pro sociale e motivazionale: sia nei confronti dell'apprendimento che in quello dell'aiuto reciproco. Questi aspetti facilitano sensibilmente sia i percorsi di cura che quelli scolastici, prevenendo nello stesso tempo la possibile dispersione o abbandono scolastico. Educare l'alunno malato e ricoverato per l'insegnante di Religione significa quindi aiutarlo a sperimentare una libertà che non è più autosufficiente. Essa può essere però concepita come un'opportunità da cui poter farne tesoro in futuro. Educare è cercare d'aiutare l'alunno malato ad entrare nella totalità della realtà. L'educazione religiosa si configura perciò sempre come una proposta di risposta da vivere come un evento personale in cui interagiscono affettività, intelligenza, comunione con gli altri, apertura al trascendente. Essa all'interno della didattica in ospedale consente agli alunni pazienti più grandi di elaborare un ideale di sé che li guidi nelle loro azioni, ponendo al centro un sorta di asse. Tale asse costituisce un fattore centrale d'integrazione della personalità. La proposta educativa della religione da questo punto di vista aiuta pienamente tali processi d'integrazione. Vorremmo poi sottolineare ancora una volta l'importanza che ha l'aiuto da parte dell'insegnante di religione nei confronti del coinvolgimento attivo delle famiglie dei ragazzi ammalati. Spesso, sono proprio esse ad essere l'anello più debole nell'approccio e nella gestione di un'esperienza che sconvolge la loro normale vita familiare. L'insegnante in ospedale ha la reale possibilità di costruire relazioni di sostegno e reale supporto con le famiglie dei bambini ricoverati. Questi ultimi aspetti considerati mostrano come l'insegnante in ospedale contribuisca in maniera non secon-

daria a quel processo, sempre in divenire, chiamato processo di umanizzazione dei luoghi di cura. Infatti, essere insegnante di religione significa come persona e come credente accogliere ogni giorno quella profonda verità racchiusa nelle parole del beato don Carlo Gnocchi:

«quando si arriva a comprendere il dolore dei bimbi, si ha in mano la chiave per comprendere ogni dolore umano e chi riesce a sublimare la sofferenza degli innocenti è in grado di consolare la pena di ogni uomo percosso ed umiliato dal dolore»¹³⁷.

L'impegno educativo e didattico dell'insegnante di religione in ospedale in ultima analisi sta nell'ascoltare e comprendere quali desideri porti con sé l'educando per facilitarne la realizzazione. Solo così si potrà essere veramente d'aiuto nell'evitare che la futura vita dei nostri alunni-pazienti venga privata di un progetto auto elaborato. La proposta educativa religiosa aiuta gli alunni pazienti a cogliere le possibilità dell'esistere, anche quando la stessa esistenza incontra la malattia e il ricovero. In queste considerazioni stanno racchiuse le ragioni e i motivi profondi che hanno sostenuto il percorso di questo lavoro di tesi.

¹³⁷ C. GNOCCHI, *Pedagogia del dolore innocente*, La Scuola, Brescia, 1956, p.3.

APPENDICE

Normativa inerente la Scuola in Ospedale (anni 1986-2010)

Anno 1986

Circolare Ministeriale n. 345 del 12 gennaio 1986: scuole elementari statali funzionanti presso i presidi sanitari

Anno 1998

Circolare Ministeriale n. 353 del 7 agosto 1998: il servizio scolastico nelle strutture ospedaliere

Anno 2000

Protocollo d'intesa per la tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati del 27 settembre 2000.

In particolare, in questa sede vogliamo segnalare gli impegni espressi dal Ministero della Pubblica Istruzione.

Il Ministero della Pubblica Istruzione si impegna:

1. a garantire l'attuazione del diritto allo studio dei bambini e adolescenti ospedalizzati istituendo corsi di studio per le scuole di ogni ordine e grado in presenza di un significativo numero di minori ricoverati e organizzando, altresì, forme d'istruzione domiciliare qualora la grave patologia in atto non preveda il ricovero, ma impedisca, nel contempo, la frequenza della scuola per almeno 30 giorni. A tal fine il Ministero della Pubblica Istruzione si impegna a fornire personale docente ed A.T.A. (Amministrativo Tecnico ed Ausiliario) nei limiti delle dotazioni organiche provinciali;
2. a promuovere iniziative di formazione specifica per il personale docente d'intesa con le OO.SS.;
3. a considerare la scuola ospedaliera tra gli interventi prioritari previsti in applicazione della legge n. 440 del 18 dicembre 1997 relativa all'ampliamento dell'offerta formativa.

Anno 2001

Circolare Ministeriale n. 149 del 10 ottobre 2001

Protocollo d'intesa MPI-Beni Culturali-Sanità del 23 febbraio 2001

Circolare Ministeriale n. 43 del 26 febbraio 2001

Lettera Circ. Prot. n.466 del 23 gennaio 2001

Anno 2002

Nota prot n. 1391 del 13 settembre 2002

Circolare Ministeriale n. 84 del 22 luglio 2002

Anno 2003

Protocollo d'intesa MIUR-Ministero della Salute: Servizio di istruzione domiciliare del 24 ottobre 2003

Nota Prot. n.696 del 25 agosto 2003

Circolare Ministeriale n.56 del 04 luglio 2003

Vademecum per l'istruzione domiciliare 2003

Anno 2004

Nota prot. 5526 del 7 dicembre 2004

Nota prot.n. 7736 del 27 ottobre 2010

Nota prot. 4308 del 15 ottobre 2004

Decreto dirigenziale del 13 ottobre 2004

Anno 2005

Nota Prot. n.5483/A4° del 23 settembre 2005

Anno 2006

Nota prot.n. 5572 del 12 ottobre 2006

Nota Prot. n.5296 del 26 settembre 2006

Nota Prot. n.2810 del 12 aprile 2006

Anno 2007

C. M. n. 108 del 5 dicembre 2007

Nota prot.n. 4104 del 4 settembre 2007

Nota prot.n. 2870 del 7 giugno 2007

Nota prot.n. 2717 del 31 maggio 2007

Nota prot.n. 2054 del 20 aprile 2007

Protocollo d'intesa MPI – Min. Salute: strategie comuni tra salute e scuola del 5 gennaio 2007

Anno 2008

C.M. n.87 del 27 ottobre 2008

Nota prot.n. 3260 del 4 luglio 2008

Nota prot.n. 2039 del 16 aprile 2008

Anno 2009

Decreto Dirigenziale del 16 settembre 2009

Nota prot.n. 4693 del 21 settembre 2009

Nota prot.n. 3915 del 13 luglio 2009

DDG del 18 giugno 2009

Nota prot.n. 2308 del 22 aprile 2009

Nota prot.n. 831 del 9 febbraio 2009

Nota prot.n. 122 del 13 gennaio 2009

Anno 2010

Nota prot.n. 7333 del 15 novembre 2010

Nota prot.n. 4870 del 21 luglio 2010

Nota prot.n. 2701 del 9 aprile 2010

BIBLIOGRAFIA

TESTI UTILIZZATI E CONSULTATI

ALBERTI, V. – BERTELLI, A., *SOS apprendimento: esperienze didattiche e multi-medialità nella scuola superiore in ospedale e nell'istruzione domiciliare*, Vita e Pensiero, Milano, 2005.

ALETTI, M., *La religiosità del bambino. Approccio psicopedagogico per insegnanti di religione e catechisti*, Elledici, Torino, 1993.

ARIÈS, P., *Storia della morte in occidente*, Milano 1989.

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EMATOLOGIA E ONCOLOGIA PEDIATRICA, *Tutti bravi Psicologia e clinica del bambino portatore di tumore*, Cortina, Milano, 1999.

AVANTI, G. E F., *Le domande dei figli da 0 a 15 anni*, Paoline, Milano, 2002.

BALLESTRIN, G., *Alunni pazienti: storie di scuola in ospedale*, Edizioni Erickson, Trento 2007.

BENINI, E., *Bambini in pigiama. Il vissuto dell'ospedalizzazione*, Magi Editore, Roma, 2005.

BOBBO, N., *Bambini in ospedale riflessioni pedagogiche e prospettive educative*, Pensa multimedia, Lecce, 2004.

CAPURSO, M., *Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*, Centro studi Erickson, Trento, 2001.

CAPURSO, M. – TRAPPA, M. A., *La casa delle punture. La paura dell'ospedale nell'immaginario del bambino*, Magi Editore, 2005.

CARLI, R. – MOSCA, A., *Gruppo e istituzione a scuola*, Boringhieri, Torino, 1980.

CAVALLETTI, S., *Il potenziale religioso del bambino*, Città Nuova, Roma, 1993.

CHURCHLAND, P.S. – SEJNOWSKI, T., *Il cervello computazionale*, Il Mulino, Bologna, 1995.

COLES, R., *La vita spirituale dei bambini*, Rizzoli, Milano, 1992.

DE AJURIAGUERRA, J., *Manuale di psichiatria del bambino*, Boringhieri, Torino, 1987.

DELL'ANTONIO, A. – PONZO, E., *Bambini che vivono in ospedale*, Borla, Roma, 1982.

- DIANA, M., *Dio e il bambino*, Elledici, Torino, 2007.
- DI MAIO, M. T. – NUCCIO, F. R. – PERRICONE, G., *Raccontando Aladino... Vincoli e possibilità del lavoro psico-educativo in pediatria*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- DOWLEY, T. *La mia prima grande Bibbia*, Elledici, Torino, 2011.
- DUNN, J., *La nascita della competenza sociale*, 1990, Cortina, Milano, 1990.
- ERIKSON, E., *I cicli della vita, continuità e mutamenti*, Armando, Roma, 1999.
- FALORNI, M. L. – SMORTI, A. – TEDDE, A. M., *Madri in ospedale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1984.
- FILIPPAZZI, G., *Un ospedale a misura di bambino*, Franco Angeli, 2004.
- FREUD, A., *L'aiuto al bambino malato*, Boringhieri, Torino 1987.
- GADAMER, H. G., *Verità e metodo*, Mondolibri, Milano, 1991.
- GNOCCHI, C., *Pedagogia del dolore innocente*, La Scuola, Brescia, 1956.
- KANDEL, E. R., SCHWARTZ, J. K., JESSEL, T. M., *Principi di Neuroscienze*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1998.
- KANIZSA, S. - DOSSO B., *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*, Meltemi Editore, Roma, 2006.
- KANIZSA, S. – LUCIANO, E., *La scuola in ospedale*, Carrocci, Roma, 2006.
- LEWIN, K., *Teoria dinamica della personalità*, Editrice Universitaria, Firenze, 1965.
- LEWIN, K., *I conflitti sociali*, Franco Angeli Editore, Milano, 1972.
- LEWIN, K., *Il bambino dell'ambiente sociale*, La nuova Italia, Firenze, 1976.
- MANGINI, M. T. – ROCCA, M. L., *“Cappe gialle” un po' di colore tra i camici bianchi dell'ospedale*, Mondadori, Milano, 1996.
- MANNUCCI, A., (ed.), *Comunicare con il corpo e con la mente un messaggio educativo dai diversamente abili*, Edizioni Del Cerro, Tirrenia (Pisa).
- MANTEGAZZA, R., *Impazienti di crescere. I bambini in ospedale: ricerche e riflessioni*, Franco Angeli, Milano, 2005.

- MASLOW, A., *Motivazione e personalità*, Armando, Roma, 2010².
- MILANESI, G. C. – ALETTI, M., *Psicologia della religione*, Elledici, Torino, 1977.
- MORENO, J.L., *Principi di sociometria, psicoterapia di gruppo e sociodramma*, ETAS, Milano, 1980.
- PERICCHI, C., *Il bambino malato*, Cittadella, Assisi, 1984.
- PETTER, G., *Dall'infanzia alla preadolescenza*, Giunti, Firenze, 1991.
- OLIVERIO FERRARIS, A., *Psicologia della paura*, Boringhieri, Torino, 1980.
- REPOLE, R., *Gesù e i suoi discepoli Educare con stile*, Ed. Messaggero, Padova, 2013.
- RICCI, G., *Dal curare al prendersi cura. Bisogni e servizi educativi per un bambino ospedalizzato*, Armando, Roma, 2003.
- SACRISTANI MOTTINELLI, M., *Del narrare e del leggere*, La Scuola, Brescia, 2000.
- SCIACCA, M. F., *L'uomo questo "squilibrato"*, Marzorati Editore, Milano, 1972.
- SCHIMMENTI, V. (ed.), *Oltre la madre. Relazioni familiari e sviluppo psicologico*, Franco Angeli, Milano, 2010.
- SOVERNIGO, G., *Religione e persona. Psicologia dell'esperienza religiosa*, EDB, Bologna, 2003.
- BRENTEGANI, C. - ZUCCARI, G - FERRANTE, M. *Esploriamo la vita*, Elledici, Torino, 2006.

ARTICOLI E RIVISTE CONSULTATE

- GIUDICI, S., *Cara Maestra La scuola in ospedale*, in «Infermiere Pavia», XIII, 5 (novembre-dicembre 2003).
- FILIPPI, M., *Le domande dei bambini*, in «L'Ora di Religione», 16, 3 (2002).
- GAMBA, A., *Il bambino in cure palliative*, in «Quaderni di cure palliative», 4, 3 (1996).
- PINKUS, L. *Rilievi psicodinamici sull'ospedalizzazione nella prima infanzia*, in «Maternità e Infanzia», 46, 5 (1989), p. 393.
- MATERNITÀ ED INFANZIA, rivista mensile dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, in particolare il numero 46, 5 (1989), Roma.

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE RICERCA UNIVERSITÀ (ed.), *Scuola in ospedale formazione di qualità per integrare benessere apprendimento salute*, Atti e Documenti del Seminario di Studio, Napoli-Fiuggi, 19-22 novembre 2002, in «Quaderni degli Annali dell'Istruzione», 26, 105 (2004), Le Monnier, Milano.

RASSEGNA DELL'ISTRUZIONE, Bimestrale di informazione scolastica delle regioni, in particolare il numero LXVI, 2 (Novembre/Dicembre 2011-2012), Roma.

SITI INTERNET CONSULTATI

<http://www.wisefirb.it/convegno-finale-1/FERRARO.pdf>

Portale del MIUR di Scuola in Ospedale

<http://hsh.istruzione.it/piattaformahsh/index.do>

Sito nazionale della Scuola in Ospedale

<http://pso.istruzione.it/>

Portale WISE (*Writing Individualised Special Education*)

<http://www.wisefirb.it/>

Associazione gioco e studio in ospedale

<http://www.giocoestudio.it/>

Associazione HOPE (*Hospital Organisation of pedagogues in Europe*)

<http://www.hospitalteachers.eu/>

H.O.P.E

<http://www.hospitalteachers.eu/>

Klini (Programma Socrate)

<http://www.ac-nancy-metz.fr/IA54/Klini/default.htm>

Il “Progetto Andrea” - promosso da AGE (Associazione Italiana Genitori) nasce nel 1995 presso l'ospedale di Latina. Rappresenta un esempio concreto del patto di solidarietà tra i bambini e gli adolescenti ricoverati, i loro genitori, gli operatori sanitari, le istituzioni, il mondo del volontariato, della cittadinanza attiva, della scuola.

<http://www.age.it/index.php?module=CMpro&func=viewpage&pageid=111>

BIBLIOGRAFIA RAGIONATA DEI TEMI TRATTATI

Comunicazione

AUTON, N., *Parlare non basta. L'importanza del contatto fisico e della vicinanza nelle relazioni di cura*, Edizioni E.D., Torino, 1992.

BIRKENHBIHL, V., *L'arte di intendersi*, F. Angeli, Milano, 1995.

LISS, J., *La comunicazione ecologica*, La Meridiana, Molfetta, 2004.

MAMBRIANI, S., *La comunicazione nelle relazioni di aiuto Guida pratica ad uso di familiari e operatori sanitari e sociali*, Cittadella, Assisi, 1992.

WINNICOT, D.W., *Colloqui con i genitori*, Raffaello Cortina, Milano 1993.

Educazione – Didattica – Didattica della Religione

BONDIOLI, A. – FERRARI, M. (ed.), *Manuale di valutazione del contesto educativo*, Franco Angeli, Milano, 2002.

BOSCOLO, P., *Psicologia dell'apprendimento scolastico. Aspetti cognitivi e motivazionali*, UTET, Torino, 1997.

_____, *La qualità dell'apprendimento*, in AA.VV., *La dimensione curricolare*, Paravia-Bruno Mondadori, Milano, 2002.

CARLETTI, A. – VARANI, A., *Ambienti di apprendimento e nuove tecnologie*, Erickson, Trento, 2007.

GENOVESE, L. – KANIZSA, S., *Manuale della gestione della classe nella scuola dell'obbligo*, Franco Angeli, Milano, 2002.

GORDON, T., *Insegnati efficaci*, Giunti, Firenze, 2000.

HELLER, D., *Il Dio dei bambini. Indagine scientifica sull'idea di Dio in bambini di diverse religioni*, Elledici, Torino, 1991.

LEWIS, D., *Mamma ho paura!*, F. Angeli, Milano, 1995.

MASON, L., *Psicologia dell'apprendimento e dell'istruzione*, Il Mulino, Bologna, 2006.

PONTECORVO, C. – AJELLO, A.M.- ZUCCHERMAGLIO, C. (ed.), *I contesti sociali dell'apprendimento. Acquisire conoscenze a scuola, nel lavoro, nella vita quotidiana*, LED, Milano, 1995.

PONTECORVO, C. (ed.), *Discorso e apprendimento*, Carocci, Roma, 2005.

Psicologia in ospedale

OPENHEIM, D., *Dialoghi con i bambini sulla morte*, Erickson, Trento 2004.

NUCCHI, M., *Aspetti psicologici del bambino in ospedale*, Sorbona, Milano, 1995.

SENATORE PILLERI, R.- OLIVERIO FERRARIS, A., *Il bambino malato cronico Aspetti psicologici*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.

SOURKES, B. M., *Il tempo tra le braccia, L'esperienza psicologica del bambino affetto da tumore*, Raffaello Cortina, Milano, 1999.

Scuola e Ospedale

CAMPANA, A., *Educazione e salute del bambino L'ospedalizzazione pediatrica Lo sviluppo integrale del bambino in situazione di malattia*, Centro Editoriale Carroccio, Padova, 1992.

CENTRO ONCOLOGICO DI AVIANO, *Non chiedermi come sto ma dimmi cosa c'è fuori*, Mondadori, Milano, 2008.

INDICE

Sigle ed Abbreviazioni	p. 3
Introduzione	p. 4
CAPITOLO I	
LA SCUOLA IN OSPEDALE E L'ISTRUZIONE DOMICILIARE	p. 8
1. Sintesi storica della scuola in ospedale: dagli anni cinquanta ad oggi	p. 8
2. Il servizio d'istruzione domiciliare	p. 13
3. L'insegnante della scuola in ospedale e domiciliare: caratteristiche e competenze	p. 16
3.1 <i>Gli insegnanti in ospedale: alcune problematiche didattico-contestuali quotidiane</i>	p. 19
4. Organismi di governo della scuola in ospedale e a domicilio	p. 21
CAPITOLO II	
IL VISSUTO DELLA MALATTIA NEL BAMBINO: UNA LETTURA PSICOPEDAGOGICA E PSICOSOCIALE	p. 25
1. Il costituirsi del vissuto nel bambino	p. 25
1.1 <i>L'esperienza del bambino malato: dare un senso al vissuto della sofferenza</i>	p. 26
2. Gli aspetti psicosociali dell'apprendimento	p. 33
2.1 <i>Il gruppo-classe classico: dinamiche relazionali ed educative</i>	p. 36
2.2 <i>Il piccolo gruppo-classe: valenze psicopedagogiche</i>	p. 40
3. La relazione educativa empatica	p. 42

CAPITOLO III
LO SVILUPPO DEL SENSO RELIGIOSO NELL'ETÀ EVOLUTIVA:
ASPETTI PEDAGOGICI E DIDATTICI p. 47

1. La religiosità del bambino p. 47

1.1 *I dinamismi evolutivi della religiosità* p. 51

1.2 *Le domande di senso dei bambini e dei ragazzi* p. 54

1.3 *La mia esperienza personale presso la scuola in ospedale* p. 56

CAPITOLO IV
L'IMPORTANZA DELL'EDUCAZIONE RELIGIOSA NELLA SCUOLA
IN OSPEDALE p. 64

1. Brevi cenni storici della realtà scolastica in ospedale a Pavia p. 64

2. Caratteristiche della scuola in ospedale: finalità, criteri metodologici, spazi, luoghi e tempi della didattica p. 67

3. L'educazione religiosa in ospedale: l'esperienza presso il reparto di Pediatria "R.G. Burgio" Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia p. 70

3.1 *Un esempio: sviluppo di un'unità di lavoro* p. 71

3.2 *L'utilizzo della Bibbia nella scuola dell'infanzia in ospedale: il valore e i significati in essa presenti* p. 76

3.3 *Insegnare in ospedale: breve testimonianza. Lettera di un alunno della scuola primaria* p. 80

4 L'esperienza di un insegnante ospedaliera della scuola secondaria: le riflessioni dei suoi alunni ricoverati inerenti domande di senso p. 82

Conclusioni p. 85

Appendice p. 91

Bibliografia

p. 94

Indice

p.100