



**UNIMORE**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
MODENA E REGGIO EMILIA

**Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia**

**Dipartimento di Educazione e Scienze Umane**

**Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico**

**in Scienze della Formazione Primaria**

**A.A. 2025/2026**

**LA TEMPESTA IMPROVVISA**

**E LA LUCE CHE GUIDA:**

**La scuola in ospedale come spazio di speranza**

**RELATRICE**

**Prof.ssa Erika Benassi**

**LAUREANDA**

**Giorgia Serradimigni**

**Matricola 170690**

*A tutti i bambini che affrontano ogni giorno  
il coraggio di una tempesta più grande di loro.*

*A tutti i bambini che continuano a sognare,  
imparare e sorridere anche tra le mura di un ospedale.*

*E a tutte le persone che, con il loro tempo,  
il loro amore e la loro presenza,  
scelgono ogni giorno di essere una luce nel loro cammino,  
trasformando la corsia in un luogo di speranza, crescita e vita.*

# INDICE

|                    |   |
|--------------------|---|
| INTRODUZIONE ..... | 1 |
|--------------------|---|

## CAPITOLO 1: LA SCUOLA IN OSPEDALE: INQUADRAMENTO GENERALE

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| .....                                                                                         | 4  |
| 1.1 Le origini della scuola in ospedale e l'evoluzione della cura pediatrica .....            | 5  |
| 1.2 Nascita ed evoluzione della Scuola in Ospedale in Italia .....                            | 8  |
| 1.3 Il diritto all'istruzione e all'inclusione scolastica .....                               | 13 |
| 1.4 Il quadro normativo di riferimento per i diritti del bambino in ospedale .....            | 21 |
| 1.5 Integrazione tra scuola in ospedale, istruzione domiciliare e scuola di provenienza ..... | 31 |
| 1.6 La scuola in ospedale come parte integrante del percorso di cura .....                    | 34 |
| 1.6.1 Il modello biopsicosociale e la funzione educativa nella cura del bambino .....         | 35 |
| 1.7 Il valore della scuola in ospedale per il benessere psicologico .....                     | 39 |
| 1.7.1 La scuola in ospedale vista con gli occhi dei bambini .....                             | 44 |

## CAPITOLO 2: IL BAMBINO IN OSPEDALE .....

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1 “Quando arriva la tempesta”: l'esperienza della malattia e dell'ospedalizzazione in età evolutiva ..... | 49 |
| 2.2 Livelli di comprensione della malattia durante le fasi di sviluppo .....                                | 53 |
| 2.2.1 La teoria di Bibace e Walsh .....                                                                     | 54 |
| 2.2.2 Il modello TEC .....                                                                                  | 58 |
| 2.3 Perdersi nel “bosco”: l'ingresso in ospedale .....                                                      | 62 |
| 2.4 La comunicazione della malattia al bambino .....                                                        | 66 |
| 2.4.1 L'ascolto del malato come strumento di cura .....                                                     | 70 |
| 2.5 La malattia dal punto di vista dei bambini .....                                                        | 74 |
| 2.5.1 Le reazioni del bambino di fronte alla malattia .....                                                 | 75 |
| 2.6 I bisogni del bambino in ospedale .....                                                                 | 80 |
| 2.6.1 Il bisogno di sicurezza e protezione: trovare rifugio nella tempesta .....                            | 81 |
| 2.6.2 Bisogni educativi e relazionali .....                                                                 | 83 |
| 2.7 Diversi modi di vivere la scuola durante l'ospedalizzazione .....                                       | 84 |

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| 2.8 I colori delle emozioni di fronte al “grande mostro” .....       | 87  |
| 2.8.1 La paura del “lupo cattivo” .....                              | 91  |
| 2.8.2 Percorsi educativi per affrontare la paura dell’ospedale ..... | 94  |
| 2.9 Disegni e parole: l’espressione del bambino in ospedale .....    | 97  |
| 2.9.1 Il disegno come rappresentazione della malattia .....          | 97  |
| 2.9.2 Narrazioni tra immaginazione e speranza .....                  | 101 |

### **CAPITOLO 3: LA LUCE CHE GUIDA NELLA “TEMPESTA” .....**

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1 Finalità educative e pedagogiche della Scuola in Ospedale .....                                         | 110 |
| 3.2 Una scuola tra le corsie: costruire normalità nel tempo sospeso della cura .....                        | 114 |
| 3.3 Senza cattedra ma sul bordo del letto: il docente come àncora di salvezza emotiva ..                    | 119 |
| 3.3.1 Competenze professionali, pedagogiche e relazionali dei docenti ospedalieri .....                     | 121 |
| 3.3.2 Tra ascolto, empatia e cura: la delicatezza dell’insegnante ospedaliero .....                         | 125 |
| 3.3.3 Insegnare nella fragilità: difficoltà e stress nella scuola in ospedale .....                         | 127 |
| 3.4 Strategie didattiche e organizzazione: una scuola che si adatta per restare vicina .....                | 134 |
| 3.4.1 “Cucire l’apprendimento”: una scuola su misura .....                                                  | 135 |
| 3.4.2 La scuola in una borsa: flessibilità, inclusione e movimento nella didattica in ospedale .....        | 136 |
| 3.5 Le funzioni del gioco nello sviluppo globale del bambino .....                                          | 138 |
| 3.5.1 Il gioco come equilibrio tra normalità e resilienza nel tempo della degenza .....                     | 140 |
| 3.5.2 Il gioco che cura: il valore terapeutico e catartico del gioco .....                                  | 142 |
| 3.6 La corsia che si apre al mondo: laboratori di vita in ospedale .....                                    | 147 |
| 3.7 Il tempo percepito dal cuore: i volontari nei reparti pediatrici .....                                  | 150 |
| 3.7.1 Presenze leggere nella cura: il volontario per un’alleanza relazionale e una mediazione emotiva ..... | 151 |
| 3.7.2 Clownterapia: curare con il sorriso .....                                                             | 152 |
| 3.8 Una rete che cura: l’équipe multidisciplinare nella presa in carico del bambino .....                   | 157 |

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <b>CONCLUSIONI .....</b> | <b>160</b> |
|--------------------------|------------|

## **APPENDICE A**

|                                                                              |            |
|------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Dentro la corsia: parole ed esperienze della scuola in ospedale .....</b> | <b>162</b> |
| Intervista a un'insegnante della scuola in ospedale .....                    | 162        |
| Intervista a un medico del reparto di oncoematologia pediatrica .....        | 172        |
| Intervista a una volontaria clown .....                                      | 181        |
| Intervista a un volontario clown .....                                       | 188        |

## **APPENDICE B**

|                                            |            |
|--------------------------------------------|------------|
| <b>Relazione finale di Tirocinio .....</b> | <b>193</b> |
|--------------------------------------------|------------|

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b> | <b>219</b> |
|---------------------------|------------|

## INTRODUZIONE

Il presente lavoro di tesi nasce da un profondo interesse personale verso il servizio di Scuola in Ospedale (SiO), un argomento incrociato per la prima volta durante il corso di *Psicologia I* al primo anno di università. Quella iniziale curiosità ha dato il via a un percorso di studio, informazione e ricerca personale che si è arricchito di una fondamentale esperienza sul campo: la preziosa opportunità di osservare direttamente la realtà della scuola in ospedale presso il Policlinico di Modena. Qui è stato possibile conoscere figure chiave della cura globale: un'insegnante, un medico del reparto di Oncoematologia Pediatrica e i volontari che operano in corsia.

Dal punto di vista pedagogico e psicologico, l'evento della malattia infantile, specialmente in ambito oncoematologico, viene descritto come una “tempesta improvvisa”, che irrompe violentemente nella vita del bambino, scardinando abitudini, relazioni, routine quotidiane e la stessa percezione di sé, configurandosi come un'esperienza traumatica e destabilizzante. In questo scenario di sofferenza e disorientamento, la Scuola in Ospedale si rivela come una *luce* per questi bambini. La scuola, infatti, non si limita a riproporre il modello tradizionale in corsia, ma come espresso da Ballestrin (2007), *“lo spazio della lezione diventa un'isola di libertà per il ragazzo. Se i medici si occupano del corpo malato, l'insegnante si siede accanto a ciò che resta sano: la mente, la fantasia, la voglia di scoprire”*. Quando l'alunno-paziente si concentra sullo studio, *“la malattia fa un passo indietro”* e la stanza d'ospedale scompare, permettendo al minore di riappropriarsi della propria identità di bambino e di studente, e non solo di malato.

La tesi si articola in tre capitoli che approfondiscono il tema della Scuola in ospedale da una prospettiva pedagogica, psicologica ed educativa, analizzando l'impatto della malattia sullo sviluppo del minore, il ruolo delle figure professionali coinvolte e le strategie didattiche volte a promuovere il benessere globale del bambino ricoverato.

**Il primo capitolo** offre un inquadramento teorico e storico della Scuola in Ospedale, inserendola all'interno del più ampio tema della tutela dell'infanzia malata. Viene ricostruita l'evoluzione dell'assistenza pediatrica, dal modello centrato esclusivamente sulla cura fisica a una visione orientata al benessere globale del bambino. Il ricovero viene interpretato come una “frattura biografica” che interrompe la continuità esistenziale del minore, esponendolo a vissuti di isolamento e paura. Il capitolo ripercorre inoltre la nascita e lo sviluppo della SiO in Italia, evidenziando il passaggio da strumento di contrasto all'abbandono scolastico a diritto all'istruzione e all'inclusione. Viene sottolineato il ruolo del quadro normativo nazionale e internazionale nel garantire la continuità educativa come elemento di normalità e speranza.

**Il secondo capitolo** approfondisce il rapporto tra il bambino e la malattia da una prospettiva psicologica, pedagogica e relazionale. Attraverso i contributi di Piaget, Bibace e Walsh e del Modello TEC, si evidenzia come la comprensione della malattia evolva con lo sviluppo cognitivo. Si sottolinea l'importanza di una comunicazione autentica e

adeguata all'età, superando l'idea che il bambino debba essere escluso dalla conoscenza della propria condizione. Viene inoltre evidenziato il passaggio da una logica di semplice cura della patologia (*to cure*) a una presa in carico globale della persona (*to care*), in cui relazione ed educazione diventano strumenti fondamentali di benessere. In questo quadro, l'insegnante ospedaliero assume un ruolo centrale non solo nella continuità didattica, ma anche nella costruzione di uno spazio relazionale che valorizzi la parte sana del bambino: la sua mente, la sua creatività, i suoi desideri e il suo bisogno di futuro. Attraverso l'empatia, l'ascolto attivo e la collaborazione con famiglia, medici e operatori sanitari, la relazione educativa diventa così uno strumento privilegiato di resilienza.

**Il terzo capitolo** approfondisce le strategie didattiche e i processi di umanizzazione delle cure. La Scuola in Ospedale richiede una forte flessibilità del modello scolastico tradizionale: le lezioni si adattano alle condizioni cliniche del bambino, spesso svolgendosi direttamente sul letto del paziente. Simbolo di questa didattica "sartoriale", flessibile e altamente personalizzata, è la "borsa dell'insegnante", che raccoglie materiali e strumenti adattabili ai diversi contesti. Viene, inoltre, approfondita la didattica esperienziale e laboratoriale, orientata alla costruzione di significati e non alla semplice trasmissione di contenuti. Particolare rilievo assume il gioco, inteso come strumento fondamentale di regolazione emotiva e rielaborazione del trauma, attraverso un continuo "movimento a onda" tra immaginazione e realtà. Anche la lettura, la scrittura e le attività artistiche assumono una funzione terapeutica, contribuendo alla narrazione dell'esperienza di malattia e al mantenimento dell'identità personale.

Il contributo originale della tesi risiede nella realizzazione e nell'analisi di interviste semi-strutturate somministrate a tre attori fondamentali della Scuola in Ospedale Policlinico di Modena: un'insegnante ospedaliera che, tramettendomi la sua grande passione verso l'insegnamento, mi ha permesso di indagare la "didattica sartoriale" e il valore della flessibilità nella scuola in corsia, la ricerca dell'equilibrio tra ritmi della cura medica e apprendimento, l'importanza di guardare il bambino nella sua interezza e di farlo sentire importante, l'idea di scuola come "finestra sul mondo" che permette uno sguardo sul futuro; un medico del reparto di Oncoematologia Pediatrica che mi ha fornito uno sguardo clinico ma profondamente umano sull'impatto psicologico dell'ospedalizzazione, facendomi capire il valore della verità, cioè il non nascondere ai bambini le cose dolorose per paura di ferirli o per paura che non possano capire, inoltre, la ricchezza del lavoro d'équipe che, con rispetto reciproco delle competenze dei colleghi, dà vita a una "dinamica incasinata bellissima"; e i volontari clown che operano in corsia e, con la loro gioia contagiosa, regalano il loro tempo per cercare di strappare un sorriso ai piccoli pazienti e, quando il dolore è molto grande nella stanza, cercano semplicemente di partecipare, a volte anche in silenzio, alle emozioni del bambino e della sua famiglia, mostrando la loro presenza e vicinanza.

I risultati emersi dall'incrocio tra la letteratura scientifica e le testimonianze raccolte sul campo evidenziano tre pilastri fondamentali:

1. **La centralità del gioco e della narrazione come regolatori emotivi:** il gioco non è un semplice intrattenimento, ma un bisogno vitale, che consente al bambino di alternare fuga immaginativa e contatto con la realtà, riducendo ansia e paura.
2. **Il valore trasformativo della relazione educativa:** la scuola diventa uno spazio di normalità in cui il bambino può sospendere temporaneamente il ruolo di paziente, mentre gli insegnanti stessi sperimentano una profonda crescita personale: sono i ragazzi stessi a insegnare il coraggio, la resilienza e la pazienza.
3. **L'importanza della collaborazione interdisciplinare:** medici, infermieri, psicologi, insegnanti e volontari cooperano in sinergia, costruendo una rete integrata che migliora il benessere complessivo del bambino e facilita l'adesione ai percorsi di cura.

In conclusione, la ricerca evidenzia come la salute del bambino ospedalizzato non possa essere ridotta alla dimensione biologica, ma debba includere quella psicologica, relazionale ed educativa. La Scuola in Ospedale rappresenta un elemento fondamentale di continuità esistenziale e di umanizzazione delle cure. Essa contribuisce a trasformare l'esperienza del ricovero in uno spazio in cui sia ancora possibile apprendere, esprimersi e immaginare il futuro. Questa tesi invita a riflettere su come la condivisione della fragilità possa trasformare un luogo di sofferenza in un autentico "ospedale dell'armonia", dove l'obiettivo comune è fare spazio alla vita, alla speranza e al domani, nonostante tutto.

## CAPITOLO 1

### La Scuola in Ospedale: inquadramento generale

## **1.1 Le origini della scuola in ospedale e l'evoluzione della cura pediatrica**

Già nel Medioevo gli ospedali accoglievano anche i bambini, sebbene con un ruolo diverso rispetto a quello che assunsero nell'epoca moderna e contemporanea.

L'ospedale rappresentava soprattutto un luogo di assistenza per persone povere, bisognose ed emarginate; uno spazio in cui, più che curare, si praticava la carità. Al suo interno, infatti, trovavano rifugio poveri, mendicanti e bambini privi di famiglia, configurandosi così anche come luogo di accoglienza per gli "innocenti" (Caso, 2015).

Il termine "ospedale", infatti, deriva dal latino *hospitalis*, da cui *hospitale*, parola che indicava un luogo di accoglienza gratuita destinato ai malati (Caso, 2015).

In questo contesto, però, la malattia veniva spesso confusa con la povertà, e per questo motivo tutti ricevevano più o meno le stesse cure, senza una reale distinzione in base alle diverse patologie. Non esisteva neppure una separazione tra adulti e bambini, riflesso di una mentalità diffusa all'epoca che considerava il bambino come un adulto in miniatura.

Questa situazione si protrasse a lungo: il ricovero dei bambini in reparti per adulti continuò infatti fino agli inizi del Novecento, nonostante già da tempo emergessero voci che sottolineavano la necessità di spazi specializzati, capaci di rispondere ai bisogni specifici dell'infanzia.

Un primo importante cambiamento si ebbe nel 1802 a Parigi con la fondazione dell'Hôpital des Enfants Malades, il primo ospedale dedicato esclusivamente ai bambini.

In seguito, esperienze simili si diffusero anche in altri paesi: in Inghilterra nacque nel 1852 il Hospital for Sick Children, mentre negli Stati Uniti, verso la fine dell'Ottocento, vennero inaugurati ospedali pediatrici a New York e Philadelphia. In Italia, invece, le prime strutture rivolte ai bambini furono inizialmente concepite più come luoghi di isolamento per malattie contagiose che come veri centri di cura e terapia (Caso, 2015).

Con il passare del tempo si sviluppò progressivamente una disciplina autonoma, la pediatria, accompagnata da un cambiamento fondamentale nella concezione dell'infanzia: il bambino iniziò a essere considerato come un individuo con caratteristiche e bisogni propri, inserito in un percorso di crescita e apprendimento in continua evoluzione, nel quale l'ambiente svolge un ruolo essenziale. Per favorire uno sviluppo armonico, diventa quindi necessario che l'ambiente si adatti alle esigenze del bambino, soprattutto sul piano psicologico.

A partire dagli anni Trenta del Novecento, fu Anna Freud tra le prime studiose ad approfondire in modo sistematico l'esperienza del bambino malato, mettendo in luce le profonde differenze tra la psicologia dell'adulto e quella infantile di fronte alla malattia (Caso, 2015).

Le sue ricerche evidenziavano come la malattia potesse provocare nei bambini significativi cambiamenti emotivi e nelle relazioni familiari, generando sentimenti di fragilità e dipendenza, ma anche sensazioni di paura, minaccia e vulnerabilità.

Alla luce di queste trasformazioni, diventa sempre più evidente come l'ospedale non possa limitarsi alla sola cura fisica, ma debba tenere conto della complessità dei bisogni del bambino. Per crescere in modo armonico e per elaborare positivamente anche l'esperienza della malattia, il bambino ha infatti bisogno di vivere in un contesto che favorisca l'autonomia, che lo faccia sentire rispettato come persona e che gli permetta di riflettere sulle situazioni, arrivando, per quanto possibile, a compiere delle scelte.

In questa prospettiva, risulta particolarmente significativa l'osservazione di Silvia Kanizsa, secondo cui il bambino "sa" e, quando non sa, immagina (Caso, 2015).

Questa affermazione contribuisce a superare l'idea riduttiva di un'infanzia fatta soltanto di gioco e fantasia, mettendo invece in luce come il bambino sia in grado di confrontarsi con la realtà, anche quando essa è segnata dal dolore e dalla sofferenza. Il bambino malato, dunque, non è estraneo alla propria condizione, ma la vive, la interpreta e cerca di darle un senso.

Proprio da questa consapevolezza nasce l'esigenza di ripensare l'ambiente ospedaliero in una prospettiva più attenta alla dimensione educativa e relazionale.

In tale contesto si colloca l'esperienza della scuola in ospedale, che si sviluppa per rispondere in modo concreto alla situazione di fragilità vissuta da bambini e adolescenti ricoverati.

La malattia, infatti, interrompe, o modifica profondamente, i loro percorsi di vita e di apprendimento. La presenza della scuola rappresenta, quindi, un elemento fondamentale di continuità, capace di sostenere non solo lo sviluppo cognitivo, ma anche quello emotivo e relazionale, contribuendo a restituire al bambino una dimensione di normalità all'interno dell'esperienza ospedaliera.

L'ospedalizzazione, soprattutto quando è prolungata o ricorrente, comporta infatti non solo conseguenze sul piano fisico, ma anche importanti ricadute sul piano emotivo, relazionale

e scolastico, determinando isolamento, discontinuità negli apprendimenti e difficoltà nel mantenere un legame con la quotidianità. Risulta perciò necessario un intervento educativo capace di affiancarsi al percorso di cura, integrandosi con esso e contribuendo al benessere complessivo della persona.

È proprio in questa prospettiva che si colloca la scuola in ospedale, che non si limita a garantire la prosecuzione degli apprendimenti, ma promuove una vera e propria presa in carico globale del bambino ospedalizzato. Il bambino viene considerato nella sua interezza, non soltanto come paziente o come alunno, e il suo percorso è sostenuto attraverso una collaborazione tra tutte le figure coinvolte, secondo il principio dell'alleanza terapeutica, che lo rende parte attiva sia del percorso di cura sia di quello educativo (Catenazzo, 2019). In questo modo, la scuola in ospedale consente anche di mantenere una continuità nel percorso scolastico, permettendo agli studenti ricoverati di continuare a conoscere e apprendere nonostante la malattia (Catenazzo, 2019).

Come osservano Kanizsa e Luciano (2006), essa rappresenta uno spazio di normalità all'interno di una condizione profondamente anomala, offrendo al bambino un momento di distacco dalla malattia. Questo è possibile perché la scuola costituisce una parte fondamentale della quotidianità dei bambini, e quindi della loro idea di vita "normale" (Kanizsa & Luciano, 2006; Kanizsa & Dosso, 1998, cit. in Kanizsa & Luciano, 2006).

In tal senso, la scuola diventa un luogo in cui è possibile continuare a progettare il futuro e a costruire un'immagine di sé positiva, non segnata dalla malattia o da una condizione di svantaggio (Aliberti, 2019).

Allo stesso tempo, essa rappresenta un'occasione preziosa di crescita anche in un contesto straordinario come quello ospedaliero, configurandosi come un'esperienza di continuità e di speranza (Conti, 2023).

In una situazione spesso caratterizzata da confusione, perdita di libertà e distacco dagli affetti familiari, la scuola diventa infatti un punto di riferimento stabile, capace di far sentire il bambino o l'adolescente ancora parte attiva della comunità scolastica (Aliberti, 2019).

Non va inoltre dimenticato che l'esperienza scolastica offre anche un momento di sollievo rispetto alle procedure mediche, spesso dolorose e invasive, vissute in un clima di paura e incertezza che coinvolge non solo i bambini, ma anche i loro genitori (Kanizsa & Luciano,

2006). In questo senso, la scuola contribuisce a costruire una sorta di protezione emotiva, aiutando il giovane paziente a fronteggiare l'ansia legata alla malattia e al ricovero.

A dare voce in modo particolarmente efficace a questa esperienza è la testimonianza della studentessa di scuola in ospedale Angela Sara Ciafardoni, che descrive questo luogo non tanto come un luogo di trasmissione di nozioni, quanto come uno spazio di sollievo e di ritorno alla normalità: *“Questa è una scuola dove non si regalano nozioni, ma sorrisi: le lezioni sono il momento dove si lasciano i dolori e si riprende la normalità. Tanti non possono forse capire, ma la scuola per noi è sollievo”* (Testimonianza di Angela Sara Ciafardoni, in Catenazzo, 2020)

## **1.2 Nascita ed evoluzione della Scuola in Ospedale in Italia**

La scuola in ospedale nasce circa cinquant'anni fa con lo scopo di garantire ai bambini di tutte le età il diritto all'istruzione, ma soprattutto quel benessere psicofisico e improvvisamente negato dal repentino insorgere della malattia e dal relativo e coatto allontanamento dalla realtà quotidiana (Dell'Antonia & Varriale, 2019).

In Italia l'importanza di non interrompere il percorso scolastico di bambini e ragazzi colpiti dalla malattia, e quindi costretti a periodi di ospedalizzazione, è stata riconosciuta, anche se non formalmente, fin dagli anni Cinquanta del secolo scorso, mentre l'istituzionalizzazione della Scuola in ospedale inizia negli anni Ottanta, quando il Ministero dell'Istruzione avvia le prime sezioni di scuola ospedaliera.

Inizialmente la Scuola in ospedale aveva come principale finalità quella di contrastare l'abbandono scolastico da parte dei bambini ospedalizzati; successivamente, nel tempo, la sua funzione si è ampliata, arrivando a promuovere più in generale il benessere globale della persona, benessere dell'anima e del corpo.

La sua genesi può essere fatta risalire al 1925, quando frate Alessandro Alessandrini, religioso della congregazione dei Fratelli delle Scuole Cristiane e preside dell'Istituto De Merode di Roma, fondò l'Associazione Educatrice Italiana (AEI) mettendo a disposizione la propria scuola per accogliere i feriti di guerra. Questi bambini ricevevano assistenza medico-sanitaria, supporto psicologico ed educativo, e l'associazione presentò al Ministero dell'Interno un progetto per creare corsi di formazione dedicati alle “educatrici del fanciullo malato” che operavano come volontarie negli ospedali (Aliberti, 2019).

Fin da subito si cercava quindi un equilibrio tra la cura medico-ospedaliera e il supporto psicologico. A tal proposito, già Platone nel V secolo si era posto il problema affermando come non sia possibile separare la cura del corpo da quella della mente, poiché essi sono un “tutto inseparabile” (Aliberti, 2019).

La prima traccia normativa risale al 31 luglio 1936, quando una circolare ministeriale sancisce la nascita della scuola in ospedale e nello stesso anno viene organizzato un convegno nazionale per le educatrici del fanciullo malato, ispirato alle teorizzazioni di Decroly, Cleparède, Ferrière, Montessori e delle sorelle Agazzi. Nel 1939 fu elaborata una proposta di legge per estendere la scuola pubblica anche agli ospedali, ma lo scoppio della Seconda guerra mondiale interruppe l’iniziativa.

Nel dopoguerra, il gran numero di orfani e la lunghezza dei ricoveri portarono alla necessità di aprire le prime sezioni di scuola speciale, inizialmente nelle scuole elementari, con insegnanti formati per il lavoro con alunni in difficoltà o disabili (Aliberti, 2019).

Intorno agli anni Cinquanta, in alcuni reparti pediatrici furono aperte delle sezioni di scuole speciali in modo che i piccoli degenti non si trovassero in difficoltà nel momento del rientro nella classe di provenienza (Kanizsa & Luciano, 2006).

In quel periodo i ricoveri in ospedale spesso duravano lungo e gli operatori sanitari avevano notato che frequentemente l’ospedalizzazione prolungata provocava la perdita di uno o più anni di scuola perché, una volta rientrati nella classe di provenienza, i bambini e i ragazzi, provati indeboliti dall’esperienza della malattia e del ricovero, non erano in grado di rimettersi al passo con i compagni e di conseguenza finivano con il ripetere l’anno (Kanizsa & Luciano, 2006). Quindi, per fare in modo che i bambini potessero tornare a scuola “in pari” con i compagni, si è deciso di permettere di proseguire il percorso scolastico durante la degenza.

Inizialmente le richieste di apertura di sezioni ospedaliere erano state rivolte alle scuole speciali, dove lavoravano insegnanti specializzati nel lavoro con alunni disabili, quindi in difficoltà. Questo vuol dire che i bambini malati erano dunque assimilati ai bambini disabili che necessitano di metodi di insegnamento speciali e personalizzati (Kanizsa & Luciano, 2006).

In quegli anni i genitori potevano fermarsi nei reparti solamente durante l’orario di visita e per il resto del tempo i bambini restavano soli in una situazione per loro molto angosciante,

perché dovevano fronteggiare, sentendosi abbandonati dalla famiglia, la malattia, le cure e l'essere assolutamente nelle mani di estranei (Kanizsa & Luciano, 2006).

In questa situazione, se da una parte la scuola rappresentava per loro un momento di normalità, dall'altra le angosce, le paure e il senso dell'abbandono erano così forti da rendere a volte difficile l'apprendimento (Kanizsa & Luciano, 2006).

Si trattava perlopiù di una scuola non assimilabile a quella "normale", bensì di una scuola speciale, con insegnanti specificamente formati per portare in ospedale un'occasione di "normalità" e per prendersi carico del percorso scolastico di bambini in difficoltà, malati, terrorizzati da una situazione ospedaliera allora difficile perché per nulla umanizzata, debilitati, e considerati per questa la pari di bambini disabili (Kanizsa & Luciano, 2006).

Ripercorriamo l'evoluzione della scuola in ospedale a partire dagli anni '50 dello scorso secolo:

### **Anni '50**

Negli anni Cinquanta, le prime scuole ospedaliere italiane nacquero a Roma presso il Policlinico Umberto I e a Bologna presso la Clinica Pediatrica Gozzadini (Aliberti, 2019).

Inizialmente, si trattava di scuole speciali, con insegnanti formati per portare nei reparti un'occasione di "normalità" e per occuparsi del percorso scolastico di bambini debilitati e terrorizzati dall'ambiente ospedaliero (Kanizsa & Luciano, 2006).

Solo verso la fine degli anni Ottanta i genitori furono ammessi a tempo pieno in reparto, permettendo una maggiore continuità emotiva e affettiva (Kanizsa, Luciano, 2006).

Quindi, ci sono voluti circa vent'anni dai primi studi che indicavano l'assoluta necessità che i familiari restassero al fianco del bambino ospedalizzato perché ciò avvenisse.

Tuttavia, la scuola ospedaliera di Stato fa fatica a trovare un'identità pedagogica: la mancanza di un corso di formazione per insegnanti ospedalieri e l'assenza di una didattica educativa specifica sono solo due dei tanti problemi (Aliberti, 2019).

### **Anni '60**

Alla fine degli anni Sessanta, sulla base degli studi che avevano dimostrato le sofferenze mentali, il terrore, le angosce e le conseguenze psicologiche che potevano derivare dall'essere ospedalizzati senza i genitori al fianco, si sviluppò la consapevolezza della necessità di "umanizzare" le pediatrie, consentendo ai bambini di svolgere attività

quotidiane, tra cui gioco e scuola, per conservare almeno una parte della vita “normale” durante la degenza (Kanizsa & Luciano, 2006).

### **Anni ‘70**

Negli anni Settanta la scuola ospedaliera, sulla base delle normative in materia di tutela del diritto allo studio viene recuperata la valenza positiva della scuola ospedaliera, anche se viene spesso concepita più come un’occasione di “animazione” del bambino, piuttosto che come reale possibilità di apprendimento e di crescita (Aliberti, 2019).

Poi, nel 1971 la legge 30 marzo N. 118, Art. 29, ne formalizzò l’istituzione, e gradualmente furono attivate sezioni di scuola materna ed elementare in numerosi ospedali, grazie al supporto di comuni e provveditorati (Aliberti, 2019; Kanizsa & Luciano, 2006).

### **Anni ‘80**

Fino agli anni Ottanta, le scuole ospedaliere rimasero principalmente rivolte a bambini lungodegenti e spesso erano sezioni di scuole speciali. Fu in questo decennio che si assistette a un cambiamento significativo: la Carta europea dei bambini degenti in ospedale, approvata dal Parlamento Europeo il 13 maggio 1986, riconosceva il diritto dei bambini di avere accanto i genitori durante il ricovero e di accedere a spazi attrezzati per attività ludiche ed educative. In Italia, la CM 345/1986 del Ministero della Pubblica Istruzione permise l’apertura di sezioni scolastiche all’interno degli ospedali, con insegnanti selezionati in base a competenze specifiche per affiancare i bambini sia nell’apprendimento sia nel mantenimento dei legami con la scuola di provenienza (Aliberti, 2019; Kanizsa & Luciano, 2006). La formazione degli insegnanti ospedalieri rimaneva comunque un punto critico, richiedendo passione, desiderio di conoscere un contesto innovativo, adattabilità e competenze didattiche innovative (Aliberti, 2019).

Solo nel 1987 si parlò per la prima volta a livello nazionale di scuola ospedaliera, anche se limitatamente alla scuola primaria.

### **Anni ‘90**

Negli anni Novanta le scuole in ospedale si diffusero rapidamente, radicandosi sia in ospedali piccoli che grandi. La CM 353/1998 regolamentò formalmente l’organizzazione e

il funzionamento di queste sezioni, affermando il ruolo della scuola in ospedale nel prevenire dispersione e abbandono scolastico (Kanizsa & Luciano, 2006). Oltre ad affermare che organizzare la scuola in ospedale significava riconoscere anche i piccoli ricoverati il diritto-dovere all'istruzione, la circolare ministeriale assegnò correttamente alla scuola in ospedale la funzione di prevenire la dispersione e l'abbandono scolastico.

### **Anni 2000**

Con l'inizio del nuovo millennio, la consapevolezza dell'importanza della scuola in ospedale crebbe ulteriormente (Kanizsa & Luciano, 2006), sebbene per molti anni l'intervento educativo mantenne un carattere frammentario e provvisorio, in quanto mancava la costruzione di un progetto globale e organico in grado di integrare la dimensione medica con quella educativa interna all'ospedale e con l'istituzione scolastica (Aliberti, 2019).

Oggi la scuola in ospedale, presente dalla Scuola dell'Infanzia fino alla Secondaria di Secondo Grado, rappresenta un servizio strutturato che tutela il diritto all'istruzione e al gioco, promuove il benessere psicofisico e assicura la continuità educativa anche durante la malattia, permettendo ai bambini e agli adolescenti di crescere, conoscere e apprendere nonostante le difficoltà ospedaliere (Aliberti, 2019; Kanizsa & Luciano, 2006).

Col tempo però, è diventato un servizio di vera tutela, che realizza la moderna concezione di salute quale ricerca del completo benessere fisico, mentale e sociale degli alunni e delle alunne: è questa la direzione indicata dal MIUR nelle nuove Linee di indirizzo (Catenazzo, 2019).

*La scuola in ospedale è un contesto in continuo evoluzione e, ad oggi, si può osservare una realtà scolastica ospedaliera abbastanza ampia e all'avanguardia (Aliberti, 2019).*

### 1.3 Il diritto all'istruzione e all'inclusione scolastica

*Perché è importante la scuola?*

La risposta non riguarda soltanto l'acquisizione di conoscenze, ma investe la crescita complessiva della persona. La scuola contribuisce infatti in modo determinante alla costruzione dell'identità, allo sviluppo delle competenze sociali e alla definizione del proprio progetto di vita.

Numerosi studi evidenziano come il livello di scolarizzazione influenzi significativamente la qualità della vita presente e futura: esso è correlato allo stato di salute, alle aspettative di vita, alla possibilità di costruire obiettivi personali e di raggiungerli, nonché alla realizzazione di una vita attiva e soddisfacente (Capurso, 2014).

In questa prospettiva, l'istruzione rappresenta un diritto fondamentale della persona.

*In Italia l'educazione dei bambini malati va anzitutto inquadrata nella garanzia di fondamentali diritti costituzionali* (Capurso, 2014).

Le **Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare** (MIUR, 2019) ribadiscono come tale diritto sia strettamente connesso ad altri diritti essenziali, primo fra tutti quello alla salute.

*La Scuola in ospedale è nata per garantire i diritti costituzionali: quello alla salute e quello all'istruzione* (Aliberti, 2019).

Le sue radici affondano nella **Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo** del 1948, che all'articolo 26 riconosce l'istruzione come diritto universale, e trovano piena espressione nella Costituzione italiana.

La **Costituzione Italiana** con l'Art. 34 afferma “*la scuola è aperta a tutti*”, riconoscendo l'istruzione come un diritto di tutti i cittadini e impegnando alla Repubblica a “*rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese*” (Art. 3).

La scuola italiana è riconosciuta a livello internazionale come avanguardia delle strategie di inclusione scolastica per il successo formativo di tutti che si realizza “*attraverso strategie educative e didattiche finalizzate allo sviluppo delle potenzialità di ciascuno nel rispetto del diritto all'autodeterminazione e all'accomodamento ragionevole, nella*

*prospettiva della migliore qualità di vita”* (Art. 1 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66).

Ovviamente questo impegno è rivolto anche a tutte le bambine e i bambini, alunne e alunni che incontrano la malattia in una fase della loro vita.

*L'erogazione di servizi scolastici di qualità costituisce il fattore più importante nella prevenzione delle conseguenze psicosociali negative a lungo termine* (Capurso, 2014).

L'importanza attribuita all'istruzione si inserisce all'interno di un più ampio percorso storico di riconoscimento dei diritti dell'infanzia.

La **Dichiarazione dei diritti del fanciullo**, nota come **Dichiarazione di Ginevra**, è stata il primo documento internazionale a riconoscere specifici diritti legati all'infanzia. Già nel 1924 si affermava a livello internazionale la necessità di tutelare i bisogni fondamentali dei bambini, riconoscendo loro il diritto a cure, protezione ed educazione.

*“Il fanciullo malato deve essere curato”* (Dichiarazione di Ginevra, 1924)

Questo documento, pur non vincolante, rappresentò un passaggio fondamentale verso una nuova concezione dell'infanzia, non più vista come oggetto di assistenza, ma come soggetto titolare di diritti. Questa Dichiarazione fu redatta da Eglantyne Jebb, fondatrice dell'International Save the Children Union, e adottata dalla Società delle Nazioni il 26 settembre 1924. Il contesto storico in cui nacque era quello del dopoguerra: le devastazioni della Prima guerra mondiale avevano evidenziato la necessità urgente di tutelare i bambini, spesso vittime della povertà, della malnutrizione e della mancanza di assistenza.

La Dichiarazione di Ginevra stabiliva cinque principi fondamentali, ponendo l'accento sui bisogni materiali e spirituali dei minori. Tra questi, vi era l'obbligo di garantire ai bambini i mezzi necessari per uno sviluppo normale, nutrire i bambini affamati, curare quelli malati e proteggere quelli in difficoltà, offrire loro assistenza prioritaria in situazioni di emergenza, proteggerli dallo sfruttamento e educarli al senso di responsabilità verso gli altri.

Pur non essendo un trattato vincolante, la Dichiarazione aveva un forte valore morale e politico: invitava gli Stati a riconoscere e applicare questi principi nelle legislazioni nazionali e nelle pratiche sociali. La sua eredità è stata significativa, perché ha rappresentato il primo passo verso il riconoscimento internazionale dei diritti dei bambini.

Quindi, possiamo dire che la Dichiarazione di Ginevra del 1924 ha segnato l'inizio di un percorso fondamentale nella tutela dei minori, affermando che i bambini non devono

essere considerati solo oggetti di assistenza, ma soggetti titolari di diritti specifici, il cui benessere deve essere al centro delle politiche e dell'attenzione della comunità internazionale.

Negli anni successivi, tali principi furono progressivamente rafforzati.

La **Carta dell'Infanzia** del 1942 ribadì l'importanza dell'istruzione e dell'accesso alla cultura, affermando i “*diritti essenziali da assicurare e garantire a tutti i bambini, senza considerazione alcuna di sesso, razza, nazionalità, di confessione religiosa o di posizione sociale*”. Tra i diritti ritenuti prioritari c'erano quelli relativi all'assistenza, all'istruzione e all'educazione: ogni bambino doveva poter ricevere le cure mediche e il trattamento necessario, avere accesso alle fonti di sapere e cultura e disporre del tempo adeguato per completare la propria formazione scolastica. Questa Carta, redatta in un periodo storico segnato dalla Seconda guerra mondiale, rappresentava un tentativo di definire un nucleo minimo di diritti universali dei bambini, in un contesto in cui milioni di minori erano vittime di conflitti, povertà e privazioni.

Nel 1948 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite approvò la **Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo**, segnando una svolta fondamentale nel riconoscimento dei diritti fondamentali della persona. In questo contesto, un ruolo centrale venne attribuito anche alla tutela, alla promozione e all'educazione dei minori. Il documento rappresentò infatti un passaggio decisivo, poiché inseriva i diritti dei bambini all'interno di un più ampio sistema di diritti universali, sancendo con chiarezza l'obbligo degli Stati di proteggere le persone più vulnerabili e di garantire loro condizioni adeguate di crescita e sviluppo.

Particolare rilievo assume l'articolo 26, che stabilisce il diritto all'istruzione come un diritto universale. In esso si afferma che ogni individuo deve poter accedere all'istruzione, la quale deve essere gratuita almeno nei livelli elementari e fondamentali, nonché obbligatoria nella fase di base. L'istruzione non è concepita soltanto come trasmissione di conoscenze, ma come strumento essenziale per il pieno sviluppo della personalità umana e per il rafforzamento del rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali. Essa deve promuovere valori quali “*la comprensione, la tolleranza, l'amicizia fra tutte le Nazioni, i gruppi razziali e religiosi, e deve favorire l'opera delle Nazioni Unite per il mantenimento della pace*”, contribuendo così alla costruzione di una società più pacifica e solidale.

In questo modo, la Dichiarazione sancisce in maniera definitiva il valore dell'educazione come pilastro imprescindibile per la dignità umana e per lo sviluppo di società giuste e inclusive.

Dieci anni dopo, nel 1959, l'ONU tornò sul tema con una nuova **Dichiarazione dei diritti del bambino**, composta da dieci principi fondamentali. Nella dichiarazione venivano ribaditi i diritti essenziali come il diritto a un sano sviluppo fisico e psicologico, a non subire discriminazioni, a possedere un nome e una nazionalità, a ricevere assistenza e protezione dallo Stato di appartenenza, nonché il diritto all'istruzione e a cure particolari in caso di handicap fisico o mentale, anticipando concetti oggi centrali nel campo dell'inclusione educativa. Questa dichiarazione non aveva valore vincolante, ma costituiva una base morale e politica fondamentale che avrebbe guidato la successiva normativa internazionale.

Un passaggio decisivo si ebbe nel 1989 con la **Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza** (Convention on the Rights of the Child, CRC), che per la prima volta definì un sistema giuridicamente vincolante di diritti per tutti i minori. In particolare, essa sottolinea che anche i bambini con disabilità o malattie devono poter condurre una vita piena e partecipare attivamente alla società. Con questa Convenzione, i diritti dei bambini non sono più intesi solo come protezione, ma come strumenti per favorire sviluppo, inclusione e partecipazione. La CRC ha avuto anche un forte impatto sulle legislazioni nazionali, influenzando leggi, carte dei diritti locali e politiche scolastiche, inclusa la nascita della scuola in ospedale e dell'istruzione domiciliare, strumenti concreti per garantire il diritto all'educazione anche ai bambini malati o con bisogni speciali.

L'UNICEF<sup>1</sup> sottolinea come la Carta dei diritti non rappresenti soltanto un insieme di prerogative da garantire, ma anche una vera e propria Carta dei doveri per tutti coloro che hanno responsabilità nei confronti dei minori. Genitori, insegnanti, membri della comunità e Stati sono chiamati a rispettare, promuovere e concretamente applicare questi diritti, garantendo che i bambini e gli adolescenti possano esercitarli nella vita quotidiana.

Ciò implica, oltre alla protezione dai pericoli e dalle discriminazioni, la creazione di ambienti sicuri, inclusivi e stimolanti, dove l'educazione, la cura e la partecipazione dei minori siano prioritari.

---

<sup>1</sup> UNICEF, Convenzione sui diritti dell'infanzia (<https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/>)

Questo nuovo orientamento del considerare i diritti dei bambini non più solo a livello di “protezione”, ma anche come strumenti per favorire lo sviluppo, è stato ulteriormente rafforzato a livello internazionale dalla **Dichiarazione di Salamanca** (1994), che afferma il diritto all’educazione per tutti, promuovendo un modello inclusivo capace di accogliere ogni studente, indipendentemente dalle sue condizioni.

I principi della Carta di Salamanca sono coerenti con quanto sancito dalla successiva **Dichiarazione mondiale sulla salute**, approvata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel maggio 1998, con la quale gli Stati membri si impegnano a realizzare un ampio programma per l’attuazione di una “Strategia della Salute per tutti” nel corso del XXI secolo.

La dichiarazione fornisce un quadro di riferimento comune per gli interventi nei settori dell’istruzione, del sociale e della comunicazione sulla salute, introducendo un cambiamento culturale significativo: si passa dal concetto di salute intesa come semplice assenza di malattia a una visione più ampia e universale di benessere (Capurso, 2014).

Si diffonde così una visione più ampia di “salute”, intesa non solo come assenza di malattia, ma come stato di benessere complessivo, rafforzando il legame tra educazione e qualità della vita. Il documento sottolinea inoltre che le politiche educative dei singoli Paesi dovrebbero garantire che *“ogni bambino con disabilità possa frequentare, nel proprio quartiere di residenza, la stessa scuola che avrebbe normalmente frequentato se non avesse avuto alcuna disabilità”* (articolo 18, cit. in Capurso, 2014).

In questo quadro si inserisce l’impegno della scuola italiana, riconosciuta per la sua attenzione all’inclusione. Il **Decreto legislativo 66/2017** sottolinea che l’azione educativa deve essere orientata allo sviluppo delle potenzialità di ciascuno, nel rispetto dell’autodeterminazione e attraverso il principio di accomodamento ragionevole. Ciò implica che il sistema scolastico debba garantire opportunità di apprendimento anche agli studenti che si trovano in condizioni di fragilità, come nel caso della malattia.

Proprio da questa esigenza nasce la scuola in ospedale, che rappresenta una concreta applicazione dei principi costituzionali di tutela della salute e dell’istruzione (Aliberti, 2019).

Essa si configura non solo come un servizio volto ad assicurare la continuità didattica, ma anche come uno spazio educativo capace di offrire ai minori ricoverati una dimensione di normalità e di relazione, contribuendo al loro benessere complessivo.

Negli anni più recenti, questo orientamento è stato ulteriormente rafforzato da interventi normativi e pedagogici che hanno consolidato la collaborazione tra i diversi attori coinvolti. In particolare, le **Linee di indirizzo nazionali** del 2019 hanno promosso una più stretta integrazione tra scuola, sanità e famiglia, riconoscendo la centralità di una presa in carico condivisa dello studente.

A tale percorso si sono aggiunte le importanti riflessioni maturate durante la pandemia da Covid-19, che ha reso ancora più evidente la necessità di garantire il diritto all'apprendimento anche in situazioni di emergenza e vulnerabilità. In questo contesto si colloca il **Manifesto della scuola che non si ferma**<sup>2</sup>, elaborato nel 2020 dal movimento Avanguardie Educative e promosso da INDIRE, che ha rilanciato il valore di una scuola capace di adattarsi, innovarsi e restare presente anche nei momenti di maggiore difficoltà. Questo principio risulta particolarmente significativo nel contesto della scuola in ospedale, dove continuità educativa e cura si intrecciano in modo profondo.

Nato come risposta alla crisi causata dalla pandemia, il Manifesto si propone come una bussola per orientare la strategia educativa in situazioni emergenziali, offrendo l'occasione per ripensare profondamente il concetto di scuola, apprendimento e didattica.

Il Manifesto si configura come una dichiarazione di impegno della scuola italiana: afferma che l'educazione deve proseguire anche in circostanze difficili, attraverso nuove modalità di insegnamento, collaborazione tra scuole e uso consapevole delle tecnologie. L'idea centrale è che la scuola non debba mai interrompere il proprio ruolo educativo, ma continuare a sostenere studenti, famiglie e docenti, anche ricorrendo alla didattica a distanza e a metodologie innovative.

I principi fondamentali su cui si basa il Manifesto possono essere sintetizzati in sei parole chiave:

- **Crescita:** la scuola è un ambiente di apprendimento dove, attraverso la relazione educativa e i legami affettivi, gli studenti sviluppano competenze di cittadinanza e partecipazione responsabile, favorendo il loro sviluppo personale e culturale.
- **Innovazione:** la pandemia ha mostrato come la scuola possa aprirsi rapidamente all'adozione di nuove metodologie e strumenti didattici,

---

<sup>2</sup> Manifesto della scuola che non si ferma  
(<https://www.indire.it/wp-content/themes/indire-2018/manifesto-la-scuola-non-si-ferma.pdf>)

promuovendo la formazione del personale docente e l'uso efficace delle tecnologie digitali.

- Responsabilità: l'educazione è un impegno condiviso tra docenti, studenti e famiglie, fondato su corresponsabilità e fiducia reciproca.
- Sistema: la scuola funziona come un organismo integrato, in cui ogni componente collabora al funzionamento complessivo.
- Rete: la collaborazione e la condivisione di esperienze tra scuole e insegnanti rafforza l'efficacia educativa.
- Comunità: la scuola è una comunità educante, composta da studenti, docenti e famiglie, dove tutti contribuiscono all'apprendimento.

Secondo il Manifesto, la scuola è dunque un luogo di crescita e formazione, uno spazio di relazione e collaborazione, un ambiente che favorisce creatività, conoscenza e benessere, e una comunità in cui tutti i soggetti partecipano attivamente.

In questo contesto si inserisce il **progetto europeo LeHo** (Learning at Home and in the Hospital), dedicato agli studenti che non possono frequentare la scuola normalmente per motivi di salute. Il progetto, finanziato dall'Unione Europea, mira a migliorare l'istruzione di bambini e ragazzi in ospedale o in assistenza domiciliare, studiando i modelli esistenti nei diversi Paesi europei, raccogliendo buone pratiche didattiche e sviluppando strumenti tecnologici per collegare lo studente con la propria classe. Il progetto produce materiali concreti come guide pratiche per docenti e operatori, un modello europeo di istruzione domiciliare e ospedaliera e un *toolkit* con esempi di attività didattiche.

In linea con le teorie del costruttivismo sociale, i membri del progetto LeHo hanno identificato un insieme di Fattori Educativi Fondamentali (Key Educational Factors - KEF) per l'istruzione di bambini con bisogno di assistenza medica domiciliare, in ospedale e nelle scuole ordinarie (Capurso & Dennis, 2015; Capurso & Dennis, 2017).

Tra i KEF individuati dal gruppo di progetto rientrano l'importanza delle relazioni sociali, la costruzione attiva delle conoscenze, il riconoscimento dell'unicità di ogni studente, lo sviluppo della metacognizione e la collaborazione tra scuola, famiglia e istituzioni. Tali principi permettono di progettare interventi educativi personalizzati e di garantire un apprendimento significativo anche in condizioni di fragilità.

In conclusione, il diritto all'istruzione si configura come un elemento centrale per il benessere e lo sviluppo della persona, strettamente connesso al diritto alla salute. La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare rappresentano strumenti fondamentali per rendere effettivo questo diritto, assicurando continuità educativa, inclusione e qualità della vita anche nei momenti più difficili.

In questa prospettiva, il diritto all'istruzione e all'inclusione scolastica assume un valore imprescindibile anche nei contesti di fragilità, come sottolinea R. Gasperini nel testo "La scuola in ospedale, parte integrante di una rete per la cura e il benessere":

*“Una cura specifica per il benessere, che metta al centro ciò che può essere fonte di normalità anche in un percorso impegnativo di malattia: la scuola, il gioco, le attività didattiche e ludiche come attività fondanti e viste come diritti riconosciuti da garantire ad ogni bambino o ragazza in qualsiasi situazione, anche in ospedale.”*

## 1.4 Il quadro normativo di riferimento per i diritti del bambino in ospedale

*“Ogni vita ha diritto  
A protezione e cura  
Dal primo giorno all’ultimo,  
Dice madre, natura.”<sup>3</sup>*

Parlare oggi di cura significa necessariamente parlare di diritti.

I 33 diritti del cittadino malato rappresentano un riferimento fondamentale, poiché definiscono le condizioni affinché ogni persona possa essere assistita nel rispetto della propria dignità, dei propri bisogni e della propria individualità.

La **Carta dei 33 diritti del cittadino malato** fu proclamata a Roma il 29 giugno 1980 dal Tribunale per i Diritti del Malato, segnando una svolta per la tutela dei pazienti.

Sebbene il documento originario del 1980 contasse 33 punti, i principi cardine si sono evoluti nella attuale **Carta Europea dei Diritti del Malato** (2002), basata su 14 diritti fondamentali, tra cui:

- Diritto a misure preventive: Accesso a servizi per prevenire malattie.
- Diritto all'accesso: Cure adeguate senza discriminazioni.
- Diritto all'informazione: Accesso completo alla propria cartella clinica e diagnosi.
- Diritto al consenso: Partecipazione attiva alle decisioni terapeutiche.
- Diritto alla libera scelta: Selezione tra diverse procedure e fornitori di cure.
- Diritto alla privacy e confidenzialità: Riservatezza dei dati personali.
- Diritto al tempo: Rispetto dei tempi di attesa e dignità del tempo del paziente.
- Diritto alla sicurezza: Standard di qualità elevati e assenza di danni.
- Diritto all'innovazione: Accesso a procedure all'avanguardia.
- Diritto all'evitamento del dolore: Accesso a terapie del dolore e cure palliative.

---

<sup>3</sup> Il testo “I pigiami fanno ecci: i diritti dei bambini e delle bambine in ospedale” (2024) di Anna Sarfatti raccoglie una rielaborazione sotto forma di filastrocche per bambini sui diritti dei piccolo degenti in ospedale, elaborata dall’associazione degli ospedali pediatrici e materno-infantili italiani AOPI insieme all’autorità garante dell’infanzia e dell’adolescenza. La citazione riprende i principi contenuti nell’articolo 24 della Convenzione ONU sui diritti dell’infanzia, il quale sancisce il diritto del minore al miglior stato di salute possibile, all’accesso ai servizi medici e di riabilitazione, e all’assistenza sanitaria

- Diritto al trattamento personalizzato: Percorsi di cura su misura.
- Diritto al reclamo e risarcimento: Tutela in caso di malasanità.

La Carta del 1980 ha contribuito in modo significativo a umanizzare le strutture sanitarie e a rafforzare il ruolo del cittadino all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Il quadro normativo di riferimento della scuola in ospedale si è sviluppato nel tempo attraverso un percorso progressivo e articolato, che intreccia fonti internazionali, europee e nazionali, evidenziando una crescente attenzione al diritto all'istruzione del minore malato come parte integrante del diritto alla salute.

Diritti fondamentali della persona, istruzione e salute costituiscono l'uno il presupposto dell'altro, cioè sono collegati tra loro e si sostengono a vicenda: da una parte, per prendersi cura della propria salute in modo consapevole serve un certo livello di istruzione (ad esempio, per capire cosa dice il medico, comunicare con le strutture sanitarie e dare un consenso informato alle cure); dall'altra, il diritto all'istruzione deve essere garantito a tutti i bambini, anche a quelli malati. Per questo è importante tutelare la salute nelle scuole e, nei casi più gravi, assicurare l'istruzione anche in ospedale o a casa, attraverso servizi specifici come la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare (Bosisio & Cavaletto, 2025).

*La scuola in ospedale non è un progetto, ma un servizio pubblico unico, con alle spalle un percorso normativo lungo che ha permesso di andare incontro a un'emergenza educativa del tutto particolare e di affermarsi nel tempo, quale struttura reale e organizzata con una propria precisa identità presente nei principali presidi ospedalieri (Aliberti, 2019).*

A livello internazionale, un primo fondamento è rappresentato dalla **Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo** del 1948, che all'art. 26 riconosce l'istruzione come diritto fondamentale, successivamente rafforzato dalla **Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza** del 1989 (artt. 24, 28 e 29), ratificata in Italia con la **L. 176/1991**, che sancisce il diritto alla salute, all'educazione e allo sviluppo armonico del minore.

In ambito europeo, un passaggio decisivo è costituito dalla **Risoluzione del Parlamento Europeo n. 148/37** del 13 maggio 1986, che promuove l'adozione di una **Carta dei diritti dei bambini ospedalizzati**, riconoscendo, tra gli altri, il diritto alla presenza dei genitori, a

spazi adeguati per il gioco e l'apprendimento e alla continuità educativa anche durante il ricovero.

Questa Carta riconosce *“la necessità della presenza dei genitori nelle stanze di degenza; il diritto del piccolo paziente ad essere trattato con tatto, educazione e comprensione e ad essere rispettato nella sua intimità; [...] ad essere seguito durante il suo ricovero ospedaliero da personale particolarmente preparato, capace di comprendere le necessità fisiche e psichiche dei bambini nelle diverse fasce d'età; [...] a disporre di ambienti arredati e attrezzati secondo le necessità ospedaliere, educative e ludiche, conformi alle norme vigenti in materia di sicurezza; a continuare, anche durante il periodo di ospedalizzazione, la propria formazione scolastica, usufruendo di insegnamenti e di materiale didattico forniti dalle autorità scolastiche, in particolare in caso di ricovero prolungato, a condizione che tale attività non arrechi pregiudizio al suo benessere e/o non ostacoli i trattamenti in corso.”* (Parlamento Europeo, 1986).

I principi di questa risoluzione hanno poi ispirato numerose Carte e standard operativi per la tutela dei minori malati in Europa (Capurso, 2014).

Tali principi trovano ulteriore sviluppo nella **Carta di Leida** del 1988. Proprio a Leida (Olanda) le associazioni di volontariato di alcuni paesi europei approvano una Carta di riconoscimento dei diritti dei minori ospedalizzati dove, dopo aver ribadito il diritto alla privacy, alla presenza dei genitori o comunque di adulti di riferimento per tutto il periodo di degenza, era scritto: *“il bambino deve essere assistito insieme ad altri bambini con le stesse caratteristiche psicologiche e non deve essere ricoverato in reparti per adulti. Non deve essere posto un limite all'età dei visitatori. Il bambino deve avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatta alla sua età e condizione, e deve essere ricoverato in ambiente strutturato, arredato e fornito di personale adeguatamente preparato”* (Carta di Leida, Olanda, maggio 1988).

Nella successiva **Carta EACH<sup>4</sup>** (1993), che pone l'accento sulla centralità della famiglia, sulla partecipazione attiva di bambini e genitori e sulla dimensione globale della cura, includendo esplicitamente la necessità di attività educative e ricreative nei contesti ospedalieri (Bosisio & Cavaletto, 2025).

*“Ogni bambino ha diritto a godere di una buona salute: se si ammala, ha diritto a ricevere le migliori cure mediche possibili”*. Questa affermazione sottolinea il valore centrale del

---

<sup>4</sup>Associazione EACH for Sick Children (<https://each-for-sick-children.org/>)

diritto alla salute, elemento imprescindibile nella cura e nella tutela dell'infanzia (Capello, 2014).

Questa Carta valorizza e pone l'accento sulla dimensione globale della cura del bambino – intesa spesso come *care familiare* – e sulla necessità di garantire una partecipazione attiva di tutti gli attori coinvolti (bambini e genitori) in ogni fase del percorso di cura, non solo quindi durante l'eventuale ospedalizzazione.

Nella carta di EACH troviamo anche tra i diritti fondamentali del bambino l'articolo sette che afferma che *“un bambino o una bambina ricoverati avranno la possibilità di giocare, divertirsi e lavorare in maniera adeguata alle loro età e condizione medica. Avranno la possibilità di vivere in un ambiente pensato e attrezzato per le loro esigenze in questo senso”*.

*“Hai diritto a ricevere cure, attenzioni e coccole”*<sup>5</sup>

Nella stessa direzione si colloca la **Carta HOPE**<sup>6</sup> (Hospital Organization of Pedagogues in Europe) del 2000, che sottolinea il valore della scuola in ospedale come elemento di normalità quotidiana, riconoscendo gli insegnanti come membri a pieno titolo dell'équipe multidisciplinare e i genitori come partner attivi nel percorso educativo e di cura (Bosisio & Cavaletto, 2025).

La **Carta Europea per la tutela educativa di bambini e adolescenti malati**, curati in ospedale o in assistenza domiciliare, promulgata da HOPE riassume le linee della cura educativa ai bambini malati:

1. *Ogni bambino o adolescente, malato ha diritto a ricevere un'educazione, sia a casa che in ospedale;*
2. *Lo scopo di questa attività è quello di far proseguire ai bambini ed adolescenti il proprio percorso formativo, consentendo loro di continuare a vivere il proprio ruolo di studenti;*
3. *La scuola in ospedale, creando una comunità di bambini e adolescenti, favorisce la normalità nella vita quotidiana. L'educazione ospedaliera può*

---

<sup>5</sup> Il testo “Ti diritti dei bambini in ospedale” di Tiziana Capello (2014) riscrive la Carta dei diritti dei bambini in ospedale, pubblicata dal parlamento europeo nel 1986, spiegando i diritti dei minori ospedalizzati ai bambini stessi

<sup>6</sup> Carta HOPE <https://www.hospitalteachers.eu/who/hope-charter/>

*svolgarsi in gruppi di classe, come insegnamento individualizzato e/o direttamente in camera di degenza;*

- 4. L'insegnamento domiciliare e quello svolto in ospedale devono adattarsi ai bisogni e alle capacità di ogni bambino e adolescente e verranno svolti in collaborazione con la scuola di appartenenza;*
- 5. L'ambiente di apprendimento deve essere adatto ai bisogni di bambini e adolescenti malati. Le tecnologie della informazione e della comunicazione potranno essere usate anche per prevenire forme di isolamento;*
- 6. Le attività didattiche faranno uso di una pluralità di risorse e metodi. I contenuti del curriculum formativo tradizionale potranno essere ampliati con aspetti relativi a particolari bisogni che derivano dall'ospedalizzazione o dalla malattia;*
- 7. Gli insegnanti che operano in ospedale ed in assistenza domiciliare devono essere pienamente qualificati per questo lavoro e avere accesso ad ulteriori percorsi di formazione in servizio;*
- 8. Gli insegnanti di bambini ed adolescenti malati sono a pieno titolo membri dell'équipe multidisciplinare di cura e fungono da collegamento tra il bambino o adolescente malato e la sua scuola di appartenenza;*
- 9. I genitori devono essere informati del diritto all'istruzione scolastica e delle opportunità educative per il proprio bambino o adolescente malato. Essi saranno considerati partner responsabili ed attivi di questi progetti;*
- 10. L'integrità personale di ogni bambino o adolescente dovrà sempre essere rispettata. Particolare attenzione verrà posta la tutela delle informazioni mediche e al rispetto di ogni forma di credenza personale.*

*Questa intensa produzione conferma la crescente attenzione del mondo sanitario e associativo ai diritti dei bambini e alle loro peculiarità a seconda delle situazioni e condizioni (Bosisio & Cavaletto, 2025).*

Alla base di questi documenti vi è il rispetto del minore in quanto portatore di diritti anche in ospedale e proprio in ragione della sua minore età. Soggetto competente, in grado di comprendere la realtà e di dare ad essa un senso, al bambino viene riconosciuto il diritto di essere informato in un linguaggio per lui comprensibile sul proprio stato di salute e sulle

pratiche mediche diagnostiche e terapeutiche, nonché di dire “la sua” su tutte le questioni che lo riguardano direttamente e di vedere tutelata la propria privacy (Caso, 2015).

*Finalmente il benessere in corsia è garantito e promosso come diritto statuito per tutti i giovani degenti* (Ricci, 2003).

Parallelamente, in Italia, il riconoscimento del diritto all’istruzione in condizioni di malattia si radica nei principi costituzionali (**art. 32 e 34**), che sanciscono rispettivamente il diritto alla salute e il diritto allo studio, considerati interdipendenti: l’uno presuppone l’altro e ne consente il pieno esercizio (Bosisio & Cavaletto, 2025).

A partire dagli anni Ottanta, tale principio trova concreta attuazione attraverso una serie di interventi normativi e amministrativi. Con la **Circolare Ministeriale n. 345/1986** vengono istituite le prime scuole ospedaliere come sezioni distaccate delle scuole del territorio e vengono stabiliti i compiti, la formazione, l’aggiornamento e i criteri di assegnazione dei docenti nelle scuole in ospedale.

Negli stessi anni, anche grazie all’azione di associazioni come l’ABIO (Associazione per il bambino in ospedale), si diffonde una maggiore attenzione ai diritti dei bambini ricoverati, tra cui quello al gioco, alla relazione e allo studio (Filippazzi, 1997; Kanizsa & Luciano, 2006).

L’idea principale era rendere la vita ospedaliera meno segregata e riconoscere al bambino e al ragazzo il gioco e lo studio come specificità e necessità prioritarie (Kanizsa, Luciano, 2006). Da quel momento volontari ospedalieri hanno attivamente operato nelle pediatrie proponendo giochi e attività ludico-ricreative, cercando di aiutare i genitori nei momenti di difficoltà, stabilendo rapporti con gli insegnanti e supportando il loro lavoro.

Negli anni Novanta, il quadro normativo si consolida ulteriormente, infatti una serie di circolari rende più saldo il legame fra scuola e ospedale (Kanizsa & Luciano, 2006).

La **Legge n. 104/1992** presenta un articolo riguardante il diritto all’istruzione e l’educazione dei minori handicappati, stabilendo che anche ai bambini che non versavano in situazioni di handicap, ma temporaneamente erano impossibilitati a frequentare la scuola per motivi di salute, dovevano essere garantite educazione e istruzione.

Si evidenzia così l’urgenza e l’esigenza di assicurare ad alunni e studenti affetti da gravi patologie, l’erogazione di servizi scolastici alternativi che permettessero agli stessi di non interrompere il proprio corso di studi, siccome questa interruzione rischia di trasformarsi in abbandoni scolastici. In seguito a questa legge, il rapporto tra scuole e ospedale si

fortifica e le sezioni ospedaliere diventano sezioni distaccate della scuola del territorio in cui l'ospedale è collocato.

Le **leggi n. 285 e n. 451** del 1997 rafforzano le politiche di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza. Un passaggio fondamentale è rappresentato dalla **Circolare Ministeriale n. 353** del 7 agosto 1998, che ha per oggetto “il servizio scolastico nelle strutture ospedaliere”, sancisce il passaggio della scuola in ospedale da iniziativa episodica a struttura scolastica stabile e organizzata, una scuola reale.

In considerazione della particolarità della condizione degli alunni ricoverati, per i quali deve essere attuato un percorso formativo individualizzato, alla scuola in ospedale spettano i seguenti compiti fondamentali:

- Promuovere l'istruzione degli alunni lungodegenti;
- Recuperare i ritardi cognitivi degli alunni ricoverati per brevi periodi;
- Programmare gli interventi per gli alunni curati in day-hospital;
- Personalizzare la dimensione dell'accoglienza;
- Garantire tendenzialmente la presenza di tutti gli organi e gradi scolastici (ospedali metropolitani);
- Programmare il raccordo con la scuola di provenienza (ospedale dei centri urbani medio-piccoli)”.

Nel 2000 si registra un ulteriore avanzamento con l'approvazione del **Piano nazionale di azione per l'infanzia e l'adolescenza**. Infatti, il documento sottolinea la necessità di garantire che il bambino sia curato in ospedale soltanto nel caso in cui l'assistenza di cui ha bisogno non può essere fornita pari livello a domicilio o presso ambulatori, garantendo comunque la presenza in ospedale dei genitori o persone ad essi gradita, il ricovero in strutture idonee all'età di minori e comunque non in strutture dedicate agli adulti, la possibilità di usufruire anche gli spazi ludici e di studio, la continuità dell'assistenza da parte dell'équipe ospedaliera pediatrica, l'informazione corretta e completa adeguata alla capacità del minore e dei genitori.

Con il **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 tra Ministero della Pubblica Istruzione, Ministero della Sanità e Ministero della Solidarietà Sociale, viene fatto un grande passo avanti nel cammino volto a

dare cittadinanza, con pari diritti e dignità, a tutti i bambini o specializzati. Viene quindi riconosciuto formalmente il diritto dei minori malati alla salute, al gioco, all'istruzione e al mantenimento delle relazioni affettive, sancendo la collaborazione tra sistema scolastico e sanitario e attribuendo alla didattica un ruolo parte integrante del processo di cura (Bosisio & Cavaletto, 2025). Tale impostazione viene rafforzata nel 2001, quando il servizio didattico viene esplicitamente riconosciuto come elemento capace di contribuire al benessere psicofisico dell'alunno, mantenendo vive le relazioni sociali e scolastiche. Nello stesso periodo si moltiplicano anche Carte e dichiarazioni a livello nazionale, come la **Carta dei diritti del bambino in ospedale**<sup>7</sup> (AOPI, 2005), quella promossa da ABIO e SIP (2008) e documenti analoghi elaborati da singole strutture ospedaliere, a conferma della crescente attenzione istituzionale e sociale verso i diritti dei minori ricoverati (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Possiamo quindi notare che il diritto alla protezione e alle cure necessarie per il benessere dei bambini è sempre più dichiarato nelle carte internazionali e formato dalla legislazione nazionale.

La **Carta dei diritti del bambino in ospedale**, adottata in Europa e sostenuta dall'AOPI, formulata nel 2001 e attuata nel 2005, è un documento che riassume in 14 articoli i principi intorno ai quali è articolato il “prendersi cura” del piccolo paziente e della sua famiglia, diverso dal semplice “curare”, poiché chiama in causa una concezione olistica dell'assistenza pediatrica. Questo documento rappresenta un impegno di tutti gli operatori e si rifa' ai principi della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia del 1989. Essa stabilisce i principi fondamentali per tutelare i minori ricoverati, garantendo loro assistenza, presenza dei genitori, ambiente idoneo, gioco, istruzione e rispetto della dignità personale in ogni fase della cura. Diritti fondamentali del bambino ricoverato:

1. Diritto al ricovero in reparti pediatrici: Evitare il ricovero in reparti per adulti, preferendo strutture a misura di bambino.
2. Diritto alla presenza costante dei genitori: I genitori o chi ne fa le veci hanno il diritto di restare con il bambino 24 ore su 24 (rooming-in).
3. Diritto al gioco e alle attività ricreative: Disponibilità di spazi, attrezzature e personale qualificato per il gioco e la socializzazione.

---

<sup>7</sup> Associazione Ospedali Pediatrici Italiani, Carta dei diritti del bambino in ospedale (<https://www.aopi.it/project/carta-dei-diritti-del-bambino-in-ospedale/>)

4. Diritto all'istruzione: Mantenimento dei contatti con la scuola e possibilità di proseguire gli studi durante la degenza prolungata.
5. Diritto di essere informato: Ricevere informazioni chiare e adatte all'età sulla propria salute e sulle procedure.
6. Diritto a non subire sofferenze inutili: Massima attenzione alla gestione del dolore e alla prevenzione di sofferenze fisiche e psichiche.
7. Diritto al trattamento rispettoso: Essere trattato con tatto, comprensione e nel rispetto dell'intimità.
8. Diritto all'assistenza da parte di personale formato: Cure fornite da personale specializzato in pediatria.
9. Diritto a un'assistenza globale: Il personale deve "prendersi cura" del bambino nel suo complesso, non solo curare la malattia.
10. Diritto alla continuità delle cure: Garanzia di un percorso di cura coerente, anche a domicilio se necessario.
11. Diritto di non subire discriminazioni: Accesso alle cure indipendentemente da nazionalità, sesso, religione o condizione sociale.
12. Diritto all'istruzione all'auto-cura: Essere educati a gestire autonomamente la malattia e i sintomi, quando possibile.
13. Diritto al consenso informato: Il minore ha diritto di essere coinvolto nelle decisioni che riguardano la sua salute, proporzionalmente alla sua maturità.
14. Diritto alla privacy: Rispetto della vita privata e della riservatezza durante la degenza

Questa Carta è importante perché mette al centro i bisogni e i diritti specifici dei bambini quando sono malati o ricoverati, riconoscendo che non sono semplicemente “piccoli adulti”, ma persone con esigenze particolari. Essa, quindi, contribuisce a tutelare i diritti del bambino, migliorare la qualità delle cure, promuovere il ruolo attivo del bambino, coinvolgere la famiglia, proteggere il benessere emotivo, fornire linee guida agli ospedali. Questa Carta contribuisce a rendere l'ospedale un luogo più umano e adatto ai bambini, dove non si cura solo la malattia, ma si protegge la persona nel suo insieme.

Nel complesso, come evidenziato dalla letteratura, la scuola in ospedale si configura oggi non più come intervento emergenziale, ma come servizio pubblico strutturato e consolidato, volto a garantire pari opportunità educative e a sostenere il benessere complessivo del minore, riconoscendo nello studio, nel gioco e nelle relazioni elementi essenziali del processo di cura e di continuità della vita quotidiana (Furlan, 2019; Aliberti, 2019; Bosisio & Cavaletto, 2025).

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 proprie dell'ospedale e della specificità delle patologie che interessano i singoli bambini/ragazzi malati (Aliberti, 2019).

*La scuola è un diritto/dovere e quindi lo Stato deve mettere chiunque, in particolare i bimbi e i giovani colpiti dalla malattia e impossibilitati alla frequenza, in condizione di paritetica fruizione dei compagni non svantaggiati. (Furlan, 2019).*

## 1.5 Integrazione tra scuola in ospedale, istruzione domiciliare e scuola di provenienza

A partire dai primi anni Duemila si sviluppa il servizio di istruzione domiciliare, formalizzato con il **Protocollo d'Intesa** del 2003, come risposta alla riduzione delle degenze ospedaliere e alla diffusione delle cure domiciliari: esso garantisce la continuità del percorso scolastico agli studenti impossibilitati alla frequenza per periodi prolungati, contribuendo a prevenire fenomeni di dispersione scolastica (Kanizsa & Luciano, 2006; Aliberti, 2019; Fiorini, 2019). Con questo protocollo nasce l'istruzione domiciliare.

Dal punto di vista organizzativo, quindi, il sistema italiano prevede due principali modalità di intervento: la scuola in ospedale (SIO) e l'istruzione domiciliare (ID), entrambe volte a garantire il diritto-dovere all'istruzione anche in situazioni di malattia temporanea (MIUR, 2019)<sup>8</sup>. Questi percorsi, validi a tutti gli effetti, si basano su piani didattici personalizzati e individualizzati, costruiti in base alle specifiche esigenze degli studenti, e sono riconosciuti anche in ambito sanitario come parte integrante del percorso terapeutico.

Nel caso di ricoveri prolungati o ricorrenti, l'istruzione viene erogata direttamente in ospedale attraverso sezioni scolastiche dedicate (Capurso, 2014; Kanizsa e Luciano, 2006). Ma, siccome negli ultimi anni i periodi di degenza ospedaliera si sono molto ridotti, anche nei casi più gravi, o in quelli che una volta richiedevano una lunga ospedalizzazione, si tende a rimandare a casa il bambino o il ragazzo che verrà poi seguito in day-hospital per tutta la durata della cura (Kanizsa & Luciano, 2006).

Per questo, le ultime circolari ministeriali riguardanti il bambino malato puntano molto sull'ampliamento della scuola domiciliare (Kanizsa & Luciano, 2006).

La scuola ospedaliera è una realtà sempre in cambiamento e miglioramento e lo sviluppo dell'istruzione domiciliare è un esempio di adattamento al cambiamento: essa è stata una risposta alla diminuzione delle degenze lunghe in ospedale e all'incremento delle terapie in ambiente domestico (Aliberti, 2019).

L'istruzione domiciliare, essa può essere attivata per studenti impossibilitati alla frequenza per almeno trenta giorni, anche non continuativi, e può accompagnare o sostituire temporaneamente la frequenza scolastica, adattandosi ai cicli di cura e alle condizioni di salute dell'alunno (MIUR, 2019).

---

<sup>8</sup> Ministero dell'Istruzione e del Merito, Scuola in ospedale e istruzione domiciliare (<https://www.miur.gov.it/scuola-in-ospedale-e-istruzione-domiciliare>)

L'istruzione domiciliare può essere successiva al periodo di degenza, alternata ai periodi di day-hospital necessari per le terapie, oppure non essere preceduta dall'ospedalizzazione e svolgersi totalmente a causa dell'alunno malato. Questa realtà si propone di garantire il diritto all'apprendimento, nonché di prevenire le difficoltà degli studenti e delle studentesse colpiti da gravi patologie o impediti a frequentare la scuola per un periodo di almeno 30 giorni, anche se non continuativi, durante l'anno scolastico (Fiorini, 2019). Come la scuola in ospedale, è parte integrante del percorso terapeutico e rappresenta l'ancora di normalità emotiva in un periodo della vita destabilizzato dalla malattia e di garanzia della prosecuzione del percorso scolastico, favorendo la riduzione della dispersione (Fiorini, 2019).

Successivi interventi normativi, tra cui le circolari ministeriali del 2007 e del 2008 e la **Legge n. 107/2015** con il **D.Lgs. n. 66/2017**, rafforzano ulteriormente il principio dell'inclusione scolastica e della personalizzazione dei percorsi educativi, prevedendo misure specifiche per gli alunni impossibilitati alla frequenza per motivi di salute, oltre a esplicitare in modo chiaro la funzione del docente nelle strutture ospedaliere nel servizio domiciliare.

Infatti, gli insegnanti che operano in questo contesto sono docenti ordinari con competenze specifiche, sia relazionali sia organizzative, e spesso fanno parte dell'équipe curante, contribuendo alle decisioni relative al benessere bio-psico-sociale del bambino (Capurso, 2001; Perricone et al., 2004). Uno dei loro compiti principali è quello di creare un ponte tra la realtà ospedaliera e la scuola di appartenenza, garantendo continuità e coerenza nel percorso educativo (Kanizsa e Luciano, 2006).

Il percorso trova una sintesi nelle Linee di indirizzo nazionali per la Scuola in ospedale e l'Istruzione domiciliare, adottate con il **D.M. n. 461** del 2019, che configurano tali servizi come parte integrante dell'offerta formativa e strumenti operativi per garantire il diritto-dovere all'istruzione anche nei contesti di cura. Esse promuovono una presa in carico globale dell'alunno malato, attraverso percorsi personalizzati e una stretta collaborazione tra scuola, famiglia e sistema sanitario.

Tuttavia, se la scuola in ospedale risulta oggi relativamente ben strutturata dal punto di vista normativo, l'istruzione domiciliare presenta ancora alcune criticità, legate sia ad aspetti organizzativi sia alla complessità del lavoro educativo in ambito domestico, che

implica una gestione attenta delle dimensioni emotive e relazionali (Capurso, 2006; Shaw & McCabe, 2008).

Fondamentale, in questo sistema articolato, è l'integrazione tra scuola in ospedale, istruzione domiciliare e scuola di appartenenza. Solo attraverso una progettazione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti — docenti, famiglia, personale sanitario e istituzioni — è possibile garantire un percorso formativo coerente e continuo (MIUR, 2019).

Il raccordo tra le diverse realtà educative consente infatti di mantenere quella “continuità esistenziale” che alimenta la speranza, la fiducia nel futuro e il senso di appartenenza dello studente al proprio gruppo classe.

Le Linee di indirizzo nazionali sottolineano inoltre che il servizio scolastico in ospedale deve essere assicurato nel rispetto delle esigenze di cura e in stretta collaborazione con la scuola di appartenenza, garantendo la validità del percorso formativo e una documentazione accurata delle attività svolte (MIUR, 2019). La collaborazione tra le diverse figure educative e sanitarie si realizza in un'ottica di co-gestione del processo formativo, fondata sulla condivisione di informazioni, progettualità e responsabilità.

In definitiva, garantire un'istruzione di qualità ai bambini e ai ragazzi malati non significa soltanto tutelare un diritto fondamentale, ma contribuire concretamente al miglioramento della loro qualità di vita presente e futura, influenzando anche le loro possibilità di partecipazione attiva alla vita sociale da adulti.

Si tratta, come sottolinea Capurso (2014), di un obiettivo che giustifica pienamente ogni sforzo educativo e organizzativo.

## **1.6 La scuola in ospedale come parte integrante del percorso di cura**

La scuola in ospedale rappresenta oggi una realtà educativa di grande valore, tanto da essere considerata parte integrante del percorso di cura del bambino o del ragazzo malato.

Essa, infatti, non si limita a svolgere una funzione didattica, ma contribuisce in modo significativo al benessere complessivo della persona, concorrendo al processo di cura e accompagnando, auspicabilmente, verso la riconquista della salute (Bosisio & Cavaletto, 2025). Per i bambini ospedalizzati, dunque, la scuola ospedaliera si configura come un elemento essenziale del percorso terapeutico, in quanto promuove il benessere globale della persona (Bosisio & Cavaletto, 2025).

In questa prospettiva, scuola e servizi sanitari condividono una stessa visione di benessere, inteso secondo l'approccio del *whole child*, che considera il bambino nella sua interezza.

In esso convergono dimensioni fisiche, primariamente oggetto di cura da parte delle strutture sanitarie, ma anche dimensioni relazionali, cognitive e affettive, alle quali contribuisce in modo determinante l'azione educativa della scuola (Bosisio & Cavaletto, 2025).

All'interno dell'ospedale, la scuola assume quindi un ruolo fondamentale non solo nella tutela di diritti essenziali, ma anche come spazio di continuità tra il "prima" e il "dopo" della malattia. Essa diventa un luogo in cui diverse figure professionali collaborano e lavorano fianco a fianco, condividendo un obiettivo comune: il benessere della persona malata (Aliberti, 2019). In questo senso, si configura come una vera e propria "scuola all'ennesima potenza", una realtà in cui tempi, spazi, relazioni ed emozioni risultano amplificati e in cui la dimensione educativa assume un'intensità particolare (Catenazzo, 2020).

Si tratta, inoltre, di una scuola "fuori dalla scuola", in cui lo spazio materiale e quello psicologico si intrecciano e si modellano reciprocamente, contribuendo a contrastare il senso di estraneità legato all'ospedalizzazione e alla malattia.

In questo contesto, il bambino o l'adolescente può proseguire il proprio percorso cognitivo ed emotivo, mantenendo un legame significativo con la scuola di appartenenza e con la propria quotidianità (Dell'Antonia & Varriale, 2019).

Non a caso, la scuola in ospedale è oggi riconosciuta come uno dei modelli di eccellenza del sistema nazionale di istruzione e come un vero laboratorio di innovazione pedagogica e didattica. Essa ha infatti sperimentato nel tempo soluzioni flessibili dal punto di vista

organizzativo, metodologico e valutativo, promuovendo la personalizzazione degli apprendimenti, l'uso delle tecnologie e una particolare attenzione alla relazione educativa (MIUR, 2019). Si svolge in sezioni scolastiche dipendenti da istituzioni scolastiche statali, il cui funzionamento è autorizzato all'interno dell'ospedale nel rispetto delle priorità terapeutico-assistenziali. In questo modo, garantisce la continuità degli studi e il diritto all'istruzione anche durante la malattia, nel rispetto dei tempi e delle esigenze terapeutiche (MIUR, 2019).

La scuola in ospedale si fonda su un progetto di presa in carico globale dello studente, considerato non solo come paziente o alunno, ma nella sua interezza, secondo il principio dell'alleanza terapeutica, che pone lo studente al centro dell'azione sanitaria ed educativa e lo rende parte attiva del proprio percorso (MIUR, 2019).

In questo quadro, la presenza della scuola stessa è considerata un indicatore di qualità del servizio sanitario, poiché offre uno spazio di normalità capace di contenere vissuti di dolore, isolamento e fragilità, trasformando esperienze difficili in occasioni di crescita e sviluppo (Capurso, 2014).

Emblematica, a tal proposito, è la testimonianza di Giovanna, una bambina di dieci anni, che descrive la scuola in ospedale come il momento più bello della giornata, poiché le consente di disegnare, scrivere e incontrare altri bambini, rendendo l'esperienza dell'ospedale "più bella":

*“Secondo me l'idea di mettere la scuola in ospedale è stata un'idea geniale. La scuola in ospedale è una stanza piccola ma è piena di lavoretti colorati fatti dai bambini. Dopo la visita dei dottori io vado a scuola, è il momento della giornata che mi piace di più, perché stare tutto il giorno a letto mi fa star male invece a scuola scrivo, disegno e posso conoscere altri bambini. E così l'esperienza dell'ospedale è più bella.”* (Capurso, 2007)

### **1.6.1 Il modello biopsicosociale e la funzione educativa nella cura del bambino**

Nel contesto della scuola in ospedale, il concetto di salute assume una dimensione ampia e articolata, intrecciandosi profondamente con l'evoluzione della concezione di infanzia e

con il riconoscimento del ruolo attivo dei bambini all'interno della società. I childhood studies e la sociologia dell'infanzia hanno infatti contribuito a ridefinire il bambino come soggetto sociale competente, dotato di agency e capace di partecipare attivamente alle decisioni che lo riguardano. Tale prospettiva è coerente con quanto sancito dalla Convenzione internazionale sui diritti dei bambini e delle bambine del 1989 e dalla Convenzione europea del 1996, che riconoscono il diritto all'ascolto, all'espressione delle proprie opinioni e all'accesso alle informazioni (Bosisio & Cavaletto, 2025).

In questo scenario, risulta evidente come i bambini con bisogni sanitari speciali siano maggiormente esposti al rischio di insuccesso scolastico, con ricadute significative sul piano sociale, psicologico ed economico (Capurso, 2014; Forrest et al., 2000). Ciò rende indispensabile una collaborazione stretta e continuativa tra professionisti della salute e dell'educazione, al fine di garantire interventi tempestivi, coordinati ed efficaci. È oggi ampiamente condivisa l'idea che salute e apprendimento siano strettamente interdipendenti: le condizioni di salute influenzano le capacità cognitive, la sfera emotiva, la motivazione e la partecipazione scolastica, mentre esperienze educative significative contribuiscono al benessere globale del bambino (Forrest et al., 2000).

Questa impostazione si colloca all'interno del modello biopsicosociale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che dal 1948 definisce la salute non come semplice assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. In tale prospettiva, Momcilo Jankovic (2020) individua tre dimensioni fondamentali – medica, psicologica e sociale – che devono essere integrate nel percorso di cura del bambino, affinché egli possa non solo guarire, ma anche continuare a svilupparsi armoniosamente e mantenere una piena partecipazione alla vita sociale (Jankovic, 2018).

In modo analogo, John Spinetta, psicologo dell'Università di San Diego e studioso dei bambini affetti da patologie oncologiche e delle loro famiglie, ha evidenziato tre dimensioni essenziali verso cui devono convergere gli sforzi di genitori ed équipe curanti:

- **Dimensione medica:** il bambino necessita innanzitutto di cure adeguate alla patologia.
- **Dimensione psicologica:** è fondamentale che le cure non compromettano l'equilibrio emotivo del bambino, aiutandolo a vivere la terapia non come una minaccia, ma come un sostegno al processo di guarigione.

- **Dimensione sociale:** spesso sottovalutata, ma centrale, riguarda la possibilità per il bambino di mantenere relazioni significative e di essere accompagnato verso una futura partecipazione attiva alla vita adulta, scolastica e lavorativa.

In coerenza con questa visione integrata della cura, anche i documenti normativi internazionali ribadiscono l'importanza di un approccio globale. La Carta di Leida, attraverso i suoi dieci principi, riconosce il diritto del bambino e della sua famiglia a essere protagonisti del percorso di cura, valorizzando in particolare la relazione, la comunicazione, l'informazione e la promozione del benessere. Ne emerge chiaramente come i bisogni del bambino non possano essere ridotti alla sola dimensione clinica, ma richiedano un'attenzione complessiva che includa aspetti psicologici e sociali, attraverso il contributo di professionisti adeguatamente formati.

A queste riflessioni si affiancano i concetti di resistenza e resilienza, intesi rispettivamente come capacità di affrontare le aggressioni fisiche e di adattarsi agli eventi stressanti, dimensioni che trovano nella scuola un contesto privilegiato di sviluppo. L'istruzione, infatti, non rappresenta un elemento accessorio, ma una componente integrante del processo di cura e, in alcuni casi, un fattore che incide direttamente sulla salute anche a livello biologico (Furlan, 2019).

Numerosi studi evidenziano inoltre la stretta correlazione tra livello di istruzione e stato di salute: le disuguaglianze educative tendono a tradursi in disuguaglianze di benessere, mentre esperienze scolastiche positive influenzano in modo significativo il profilo psicologico, le prospettive future, gli stili di vita e il capitale sociale (Catenazzo, 2019). In questo quadro, l'educazione assume una duplice funzione: da un lato protettiva, poiché restituisce al bambino una dimensione di normalità e quotidianità; dall'altro promozionale, perché rafforza competenze, autostima e senso di autoefficacia, elementi fondamentali anche nel percorso di cura (Catenazzo, 2019).

La scuola in ospedale si configura quindi come uno spazio privilegiato di promozione della salute, in cui l'esperienza della malattia – spesso percepita come frattura o fallimento – può essere rielaborata e trasformata in occasione di crescita personale (Catenazzo, 2019). In questo contesto, i progetti educativi e formativi si intrecciano strettamente con il percorso terapeutico, contribuendo non solo allo sviluppo cognitivo, ma anche alla costruzione dell'identità e della resilienza del bambino (Catenazzo, 2019). Ne deriva la necessità di

investire in interventi qualificati che migliorino la qualità delle pratiche educative e didattiche, riconoscendo pienamente il valore della scuola come bene pubblico essenziale per la salute e il benessere collettivo.

In definitiva, la scuola in ospedale rappresenta un contesto in cui il legame tra salute ed educazione emerge in tutta la sua complessità e profondità. Essa non si limita a garantire la continuità dell'apprendimento, ma diventa parte integrante del processo di cura, contribuendo al benessere globale del bambino. In questo intreccio tra dimensione clinica, psicologica ed educativa si apre la possibilità di ripensare la malattia non solo come esperienza di fragilità, ma anche come spazio di trasformazione e crescita. Come suggerito da Natalicchio (2013), anche nelle situazioni di maggiore vulnerabilità è possibile individuare “un punto di leva per ribaltare il dolore e trasformarlo in qualcos'altro”, restituendo così al bambino la possibilità di un percorso di vita autenticamente integrato e significativo.

## 1.7 Il valore della scuola in ospedale per il benessere psicologico

La scuola in ospedale rappresenta un elemento cruciale per la promozione del benessere psicologico dei bambini e degli adolescenti malati, poiché, come detto precedentemente, si colloca all'incrocio tra due diritti fondamentali: il diritto alla salute e il diritto all'istruzione. Sebbene a prima vista questi ambiti possano apparire separati e indipendenti, si sta sempre più affermando la consapevolezza che siano invece strettamente interconnessi, in particolare durante fasi delicate dello sviluppo o in momenti di fragilità e vulnerabilità (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Nel tempo, il concetto di salute si è progressivamente ampliato: dall'originaria definizione di assenza di malattia si è passati allo «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale», come sancito nel preambolo dell'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1948. Analogamente, anche il significato di istruzione si è evoluto: dall'idea tradizionale di saper leggere, scrivere e far di conto, si è giunti a includere tutte le azioni finalizzate *«al pieno sviluppo della personalità umana e al rafforzamento del rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali, promuovendo la comprensione, la tolleranza e l'amicizia fra tutte le Nazioni, i gruppi razziali e religiosi [...] per il mantenimento della pace»* (art. 26, comma 2, Dichiarazione universale dei diritti umani, 1948) (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Salute e istruzione contribuiscono quindi entrambe alla costruzione del benessere personale. Garantire il diritto all'istruzione anche in condizioni di malattia diventa così una missione fondamentale, soprattutto considerando che si rivolge a bambini e adolescenti, in una fase cruciale del loro sviluppo e percorso di crescita (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Il concetto di benessere, quando riferito ai bambini, comprende molte dimensioni: *«dal godere di buona salute all'andare bene a scuola, dall'avere buoni rapporti in famiglia all'essere soddisfatti di ciò che si è e si fa, dall'essere inserito in una rete di coetanei all'avere progetti verso il futuro»* (Olagnero, 2016).

Per questo, parlare di benessere in relazione a bambini malati può apparire inizialmente un ossimoro, un controsenso, poiché la malattia comporta sensazioni di malessere, dolore, debolezza, perdita di funzionalità e uno stravolgimento della quotidianità attesa, delle relazioni e delle prospettive di crescita, un insieme quindi di stati fisici, emotivi e psicologici che rimandano esattamente all'opposto di una condizione di benessere.

*Inoltre, quando la malattia, soprattutto quella severa, irrompe nella vita di bambini e ragazzi provoca uno stravolgimento rispetto ad un percorso atteso, e spesso anche immaginato, di crescita, socializzazione e formazione, in sostanza quello che viene definito “orientamento al futuro” (Bosisio & Cavaletto, 2025).*

Proprio per queste ragioni, la malattia rende ancor più urgente perseguire obiettivi di benessere. Per i bambini che vivono una “rottura biografica” dovuta a malattie gravi e degenze prolungate, il concetto di benessere include la possibilità di continuare a svolgere attività che costituiscono la loro identità e favoriscono il pieno sviluppo del loro potenziale (Bosisio & Cornali, 2021).

*Se la malattia rappresenta uno sconvolgimento della quotidianità, fatta di spazi (la cameretta, la scuola, il parco giochi, la palestra, ecc.) e soprattutto di relazioni (con i genitori, i fratelli e le sorelle, gli insegnanti, gli amici, i compagni di scuola, ecc.), la garanzia del diritto all’istruzione rappresenta una continuità con il mondo vitale del bambino. Nel consueto percorso della vita di bambini e ragazzi la scuola occupa infatti un posto molto rilevante. (Bosisio & Cavaletto, 2025)*

In questo contesto, il diritto all’istruzione diventa un ponte tra il mondo dell’ospedale e la vita quotidiana: la scuola non è solo un luogo di apprendimento, ma un ambiente in cui il bambino mantiene relazioni con coetanei e adulti, sperimenta nuove responsabilità, alterna momenti di impegno e svago e costruisce la propria identità sociale (Bosisio & Cavaletto, 2025).

In sintesi, la scuola in ospedale non si limita a garantire la continuità del percorso educativo, ma diventa uno strumento fondamentale per sostenere il benessere psicologico dei bambini e degli adolescenti malati. Attraverso l’apprendimento, le relazioni con pari e adulti, le attività ludiche e la partecipazione attiva, essa favorisce la conservazione di un senso di normalità e identità, contribuendo a ridurre l’isolamento e l’ansia legati alla malattia. In questo modo, il diritto all’istruzione si configura come un vero e proprio fattore protettivo della salute mentale e del benessere complessivo del bambino.

La scuola in ospedale dimostra quindi come l’istruzione e il sostegno psicologico siano strettamente intrecciati, mostrando che prendersi cura di un bambino malato significa non

solo curarne la malattia, ma promuovere la sua crescita, il suo sviluppo e la sua partecipazione attiva alla vita, secondo una visione globale e integrata del prendersi cura. La scuola in ospedale assume un ruolo fondamentale non solo per garantire il diritto all'istruzione, ma anche come strumento di sostegno al benessere psicologico dei bambini e degli adolescenti ricoverati. Quando la scuola arriva in reparto, anche nei casi più gravi, nelle giovani menti si fa strada un pensiero fondamentale:

*“Se continuo a fare scuola, se un insegnante si spende per venire da me a portarmi la scuola, viene da me e proprio per me... vuol dire che c'è speranza, che ce la posso fare. Vuol dire che sono importante.”* (Gasperini, 2023).

La scuola diventa quindi una presenza che testimonia attenzione, cura e interesse, un segnale concreto di riconoscimento della dignità del bambino. Come osserva Gasperini (2023),

*“Ho visto bambine e ragazzi fare scuola fino a pochi giorni prima di morire, disegnare cose splendide, dei capolavori, scrivere le pagine più significative della loro breve vita.*

*Ragazzi che sono riusciti ad affrontare ed arrivare all'esame di maturità preparati e poi purtroppo a volte anche soccombere alla malattia, ma quella meta importante li aveva tenuti “in vita” nel senso più vero: in una vita attiva, che sa trasmettere speranza e desiderio di farcela.”*

In questo contesto, la scuola del fare, la scuola attiva e laboratoriale, gioca un ruolo terapeutico, in quanto può aiutare ad affrontare il dolore che è inevitabilmente parte della malattia mettendo la bambina, il ragazzo, all'opera da protagonista.

La scuola appunto ha l'importante compito di proporre attività che mettano in movimento le mani e la mente, rendendo il bambino, la ragazza protagonista del proprio percorso di cura di cui la Scuola in Ospedale è parte integrante: disegnare, dipingere, ritagliare, incollare, cucire, suonare, scrivere, creare... *Le mani sono le antenne dell'anima, se le metti all'opera invii segnali di cura alla parte più profonda di te. Se crei, il dentro inizia a*

*muoversi. Mani e cuore sono connessi, il dolore non passerà ma si potrà trasformare in un capolavoro.*

*La scuola del fare, la scuola delle mani laboriose, la scuola attiva.* (Gasperini, 2023)

Il percorso di cura del bambino malato non è una questione semplice, perché, oltre a essere caratterizzato da vissuti emotivamente significativi cui è difficile far fronte, deve essere rivolto verso il complessivo benessere della persona. (Abbate, 2019).

Il percorso di cura non può limitarsi al trattamento della malattia fisica, ma deve guardare alla persona nella sua globalità, considerando tutti gli aspetti del suo benessere: fisico, emotivo, sociale e psicologico (Abbate, 2019).

*Per curare efficacemente la malattia di un minore è fondamentale guardare al problema da tutti i punti di vista possibili e “prendersi cura” dei diversi aspetti che costituiscono la persona* (Abbate, 2019). Per occuparsi e preoccuparsi della persona malata nella sua globalità è necessario avviare un percorso di cura costruito su una rete integrata di strutture e servizi che interagiscono unitariamente e collaborano con il solo fine del benessere della persona.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ricorda come la salute sia uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattia (World Health Organization, 1946). Per mantenere lo stato di benessere di una persona non basta, quindi, prendersi cura del corpo in quanto tale, ma anche della sua mente e degli aspetti sociali ed emotivi ad esso collegati. Lo stato di benessere risulta essere uno stato complesso, che richiede quindi un prendersi cura di se stessi e dell'altro/a, che chiama in causa numerose componenti, variabili e persone con competenze e significati diversi (Gasperini, 2023).

Partendo da questo presupposto ci rendiamo conto che “nessuno si salva da solo” (Papa Francesco, 2020) e che il concetto di benessere di un individuo è strettamente connesso al benessere sociale. L'idea che la Scuola in Ospedale rappresenti un elemento essenziale per il benessere degli alunni e delle alunne ricoverati non è più una semplice supposizione; nonostante ciò, il suo valore non viene ancora pienamente riconosciuto a tutti i livelli (Gasperini, 2023). Negli ultimi anni, però, si è diffusa sempre di più la consapevolezza dell'importanza della scuola e delle attività ludico-didattiche all'interno dei percorsi di cura. Per questo motivo, è necessario continuare a valorizzare il contributo che la dimensione educativa e ricreativa offre al benessere dei bambini e delle bambine, soprattutto nei casi di ricoveri prolungati. Tale benessere può essere rafforzato grazie alla

collaborazione tra tutte le figure che accompagnano il minore durante il percorso di malattia. È quindi fondamentale lavorare insieme affinché bambini, bambine e ragazzi possano sentirsi protagonisti attivi della propria esperienza. In questo percorso, anche il contributo delle associazioni di volontariato assume un ruolo significativo.

Per assicurare una presa in carico realmente globale, la Scuola in Ospedale si inserisce in una rete multidisciplinare formata da medici, infermieri, psicologi, operatori sanitari, insegnanti e volontari, tutti accomunati dallo stesso obiettivo: promuovere il benessere del minore. La collaborazione tra queste figure, ciascuna con competenze specifiche e complementari, consente di costruire un percorso educativo e ricreativo in sintonia con le esigenze terapeutiche, contrastando l'isolamento, valorizzando le risorse personali e preservando una dimensione di quotidianità. In questa prospettiva, il lavoro di squadra diventa indispensabile: ogni figura coinvolta è chiamata a svolgere il proprio ruolo con responsabilità, mantenendo sempre al centro il bambino o la bambina, veri protagonisti del percorso di cura.

Come sottolinea Momcilo Jancovich (2020) (medico, pediatra e oncoematologo tra i più noti in Italia nel campo delle leucemie infantili e delle cure palliative pediatriche, conosciuto come il “Dottor Sorriso” per il suo approccio empatico e attento alla dimensione emotiva dei bambini ricoverati) nel testo “Ne vale sempre la pena” (2018) “*le pillole di bellezza sono fondamentali*” nella cura del bambino, pillole che possono essere di diversa natura: attività ludico-didattiche, laboratori artistici e musicali, momenti di socializzazione, sorrisi e incoraggiamento contribuiscono concretamente al benessere psicologico, trasformando l'ospedale in un ambiente più umano e accogliente. La scuola diventa così uno strumento concreto di *cura*, capace di integrare il trattamento clinico con il sostegno emotivo, sociale e cognitivo, restituendo al bambino protagonismo e senso di speranza.

La scuola in ospedale rappresenta un chiaro esempio di come il diritto all'istruzione sia parte integrante della cura del bambino malato. Garantire attività educative, creative e relazionali non è solo un obbligo pedagogico, ma un vero atto di prendersi cura: una cura che va oltre la malattia, investe l'interezza della persona e ne promuove la crescita, il benessere e la resilienza.

*“ Ogni bambino  
è un insieme speciale,  
per questo ha bisogno  
di assistenza globale.  
Io sono corpo  
sempre in azione.  
Io sono cuore  
tutto emozione.  
Io sono mente  
che impasta pensieri.  
Io sono sensi,  
i miei messaggeri.  
Sono come gli altri  
ma da tutti diverso.”<sup>9</sup>*

### **1.7.1 La scuola in ospedale vista con gli occhi dei bambini**

*“La mia scuola in ospedale  
è davvero speciale  
perchè posso giocare  
e anche imparare  
tante nuove cose  
e trascorrere ore deliziose:  
conoscer nuovi amici  
per viver momenti felici  
in loro compagnia  
e insieme all'allegria.”*

(Testimonianza di Giulia in Capurso, 2007)

---

<sup>9</sup> Il testo “I pigiami fanno ecci: i diritti dei bambini e delle bambine in ospedale” (2024) di Anna Sarfatti raccoglie una rielaborazione sotto forma di filastrocche per bambini sui diritti dei piccolo degenti in ospedale, elaborata dall’associazione degli ospedali pediatrici e materno-infantili italiani AOPI insieme all’autorità garante dell’infanzia e dell’adolescenza. La citazione riprende i principi contenuti nell’articolo 29 della Convenzione ONU sui diritti dell’infanzia, la cui idea centrale è che ogni bambino è unico e va sostenuto nel suo sviluppo globale e armonico.

Osservata attraverso lo sguardo dei bambini, la scuola in ospedale assume un significato profondamente diverso rispetto a quello che può avere nel contesto ordinario. In un ambiente spesso percepito come freddo, frammentato e centrato sulla malattia, essa rappresenta un elemento di rottura positiva, capace di trasformare il reparto in uno spazio più umano e accogliente. Se i letti allineati tendono a isolare e separare, la scuola diventa invece luogo di incontro, relazione e condivisione, contribuendo a rendere l'ospedale un contesto meno estraneo e più “abitabile” (Capurso, 2007).

Per molti bambini ricoverati, la scuola è vissuta come qualcosa di “buono”, un’esperienza che interrompe la monotonia della degenza e alleggerisce il senso di solitudine. Le testimonianze e i disegni raccolti nelle ricerche mostrano come essa venga percepita come uno spazio atteso e desiderato, capace di restituire un senso di normalità e continuità con la vita quotidiana (Capurso, 2007). In questo senso, la scuola non è soltanto un luogo di apprendimento, ma anche uno spazio simbolico in cui il bambino può ritrovare parti di sé che la malattia rischia di mettere in secondo piano.



(Disegno di Serena, 10 anni. Capurso, 2007. pag. 99)

Un aspetto particolarmente significativo è la possibilità, offerta dalla scuola in ospedale, di valorizzare non solo la dimensione “malata”, ma anche quella sana del bambino.

Attraverso attività di studio, gioco e relazione, si crea uno spazio in cui il bambino può esprimere competenze, interessi e potenzialità, sentendosi riconosciuto nella sua interezza.

Anche la presenza di una routine — orari, appuntamenti, attività ricorrenti — assume un

valore importante: in un contesto segnato da incertezza e imprevedibilità, essa offre stabilità, sicurezza e punti di riferimento (Capurso, 2007).

La scuola rappresenta inoltre un'importante occasione di socializzazione che va oltre la dimensione familiare. Permette al bambino di sperimentare, anche in ospedale, forme di autonomia e di relazione con i pari e con gli adulti, elementi fondamentali per uno sviluppo equilibrato. Questo recupero di autonomia è particolarmente rilevante se si considera che la malattia, al contrario, tende a generare dipendenza e a limitare gli spazi di libertà personale (Capurso, 2007).

Per comprendere pienamente il valore della scuola in ospedale, è utile distinguere tra istruzione ed educazione. La prima riguarda la trasmissione di conoscenze e contenuti; la seconda, invece, si riferisce a un processo più ampio e complesso, volto a sostenere la crescita globale della persona. L'istruzione rappresenta certamente una componente dell'educazione, ma da sola non è sufficiente a garantire uno sviluppo armonico. Parlare di educazione significa adottare una prospettiva olistica, che considera il bambino nella sua totalità: nelle relazioni, nelle emozioni, nelle capacità di pensiero e nelle competenze trasferibili in diversi contesti (Capurso, 2007).

Quando la scuola entra in ospedale, è chiamata a confrontarsi con una realtà profondamente diversa da quella tradizionale: tempi incerti, condizioni di salute variabili, vissuti emotivi intensi. In questo contesto, la sua efficacia non dipende tanto dalla rigidità dei programmi, quanto dalla capacità di adattarsi ai bisogni del bambino. Diventa quindi fondamentale passare da una "logica del programma" a una "logica del bambino", in cui l'insegnamento si costruisce a partire dalla persona, dai suoi ritmi, dalle sue emozioni e dalle sue esperienze (Capurso, 2007).

Gli insegnanti, in questa prospettiva, assumono un ruolo delicato e centrale: non solo trasmettono contenuti, ma creano spazi di ascolto, accoglienza e riconoscimento. Offrono sostegno alle paure e alle ansie, valorizzano i vissuti individuali e costruiscono relazioni significative che contribuiscono al benessere complessivo del bambino.

Questa visione emerge con chiarezza anche nei disegni dei bambini. Micaela, ad esempio, rappresenta una scuola in cui prevalgono gioia e partecipazione: la maestra è presente in modo discreto, accompagna senza imporsi, mentre i bambini appaiono sorridenti e

coinvolti, proiettati con entusiasmo verso le attività condivise. È l'immagine di una scuola che non opprime, ma sostiene; che non impone, ma accompagna (Capurso, 2007).



(Disegno di Micaela, 10 anni. Capurso, 2007)

In conclusione, la scuola in ospedale, vista con gli occhi dei bambini, non è semplicemente un servizio educativo, ma uno spazio vitale che restituisce significato all'esperienza del ricovero. Essa rappresenta un ponte tra la malattia e la vita, tra il presente difficile e un futuro possibile, contribuendo in modo decisivo non solo all'apprendimento, ma anche al benessere emotivo e alla crescita personale del bambino.

## CAPITOLO 2

### Il bambino in ospedale

## **2.1 “Quando arriva la tempesta”: l’esperienza della malattia e dell’ospedalizzazione in età evolutiva**

La malattia, soprattutto in età evolutiva, può apparire come una **tempesta improvvisa** che irrompe nel cielo sereno dell’infanzia. Come un temporale inatteso, essa interrompe la quotidianità, altera i ritmi abituali e costringe il bambino a confrontarsi con una realtà nuova, spesso difficile da affrontare e da comprendere. All’improvviso, il vento della paura, la pioggia dell’incertezza e i lampi del dolore si intrecciano, generando un’esperienza intensa che coinvolge non solo il corpo, ma anche le dimensioni emotive e relazionali.

In questa tempesta, il bambino può sentirsi smarrito nell’ospedale, che gli può sembrare un mare agitato in cui è difficile orientarsi.

Tuttavia, proprio come ogni tempesta, anche la malattia non è soltanto distruzione: può diventare un’esperienza che, se accompagnata da presenze rassicuranti e da relazioni significative, permette al bambino di trovare nuovi equilibri e riscoprire risorse inattese.

L’esperienza della malattia e dell’ospedalizzazione in età evolutiva rappresenta un evento complesso e profondamente incisivo, un’esperienza “spersonalizzante” (Caso, 2015) e traumatica (Bortolotti, 2023), capace di coinvolgere simultaneamente dimensioni fisiche, emotive, relazionali e cognitive del bambino o del ragazzo.

Non si tratta soltanto di affrontare una patologia, ma di vivere una vera e propria rottura rispetto alla continuità della propria esistenza quotidiana, che investe abitudini, relazioni e senso di identità (Capurso, 2007).

Come sottolinea il dottor Palazzi nell’intervista (vedi Appendice A), uno degli aspetti più traumatici dell’esperienza oncologica è la brusca interruzione delle abitudini quotidiane. Secondo il medico intervistato, il bambino si trova improvvisamente privato delle attività che scandivano la sua vita ordinaria: la scuola, lo sport, gli amici e gran parte delle occasioni di socializzazione vengono drasticamente ridotte a causa delle esigenze terapeutiche e della necessità di prevenire le infezioni. Tale privazione comporta un profondo cambiamento nella percezione di sé e del proprio mondo relazionale, rendendo ancora più importante il ruolo delle attività educative e sociali promosse all’interno dell’ospedale.

La condizione di malattia comporta infatti una **sofferenza multidimensionale**, legata non solo alla gravità clinica, ma anche alla necessità di adattarsi a uno stile di vita completamente diverso da quello precedente alla diagnosi.

La **malattia** irrompe nella vita del bambino come un incidente, un'interruzione improvvisa della routine rassicurante che sostiene i suoi progetti e desideri (Capurso, 2007).

In alcuni casi può inizialmente essere percepita come un evento straordinario, capace di attirare attenzioni e cure particolari; tuttavia, quando è accompagnata da dolore, limitazioni o vissuti di invalidità, essa assume rapidamente una connotazione minacciosa, mettendo in crisi il senso di onnipotenza tipico dell'infanzia (Capurso, 2007). Tale rottura si amplifica con l'ospedalizzazione, che impone un distacco forzato dall'ambiente familiare, dalla scuola e dalle relazioni con i pari, riducendo drasticamente le opportunità di gioco, apprendimento e socializzazione.

Il bambino si trova così immerso in una realtà estranea, caratterizzata da nuovi ritmi, spazi limitati e regole sconosciute, deve adattarsi a un ambiente anonimo, privo di intimità, circondato da persone sconosciute e sottoposto a procedure spesso incomprensibili e talvolta dolorose (Kanizsa, 1988; Caviezel-Hidber, 2000).

Insomma, entrare in ospedale comporta per il malato delle mortificazioni che si sommano alle ansie che ciascuno ha nei confronti della malattia e, in particolare, l'entrata in ospedale comporta un cambiamento nella vita delle persone, che vengono "spogliate" della loro veste abituale per rivestire i panni del malato (Kanizsa, 1988).

Non sorprende quindi che uno degli aspetti più traumatici dell'ospedalizzazione sia proprio l'improvviso ingresso in un contesto estraneo, in cui si è malati e contemporaneamente esposti a interventi esterni percepiti come minacciosi.

L'ospedale, infatti, è comunemente associato a un luogo di sofferenza non solo fisica, ma anche psicologica. I fattori di stress legati alla malattia e al ricovero possono avere effetti sia immediati sia a lungo termine sul benessere del bambino (Bortolotti, 2023).

Dal punto di vista psicologico, il bambino vive la malattia come un'esperienza destabilizzante: si sente diverso, confuso e invaso da qualcosa di estraneo.

Un aspetto particolarmente rilevante riguarda il **ruolo degli adulti di riferimento**.

Il bambino reagisce ad esperienze dolorose non solo con la paura ma anche con rabbia e sentimenti di furia e di vendetta nei confronti delle persone di riferimento, dalle quali si

sente tradito. Inoltre, il modo in cui il bambino affronta la malattia dipende anche dall'atteggiamento nei confronti della malattia da parte delle persone di riferimento, soprattutto i genitori (Caviezel-Hidber, 2000). Spesso genitori e familiari, sopraffatti dalle proprie emozioni, tendono inconsapevolmente a negare o minimizzare il dolore del bambino, come se egli non fosse in grado di provarlo. Questo atteggiamento, se da un lato protegge l'adulto, dall'altro può indurre il bambino a reprimere le proprie emozioni per non aggravare la sofferenza dei genitori, dando luogo a una sorta di “**anestesia emotiva**” che può ostacolare la costruzione dell'identità personale (Caso, 2015). Il bambino, infatti, non solo vive il proprio dolore, ma assorbe anche paure e insicurezze degli adulti, che rischiano di amplificare il suo stato di ansia (Caviezel-Hidber, 2000).

Il **dolore**, in tutte le sue forme, è parte integrante dell'esperienza infantile e non può essere ignorato. I bambini lo conoscono già nelle piccole frustrazioni quotidiane, nelle mancanze di attenzioni, nei capricci insoddisfatti, nei litigi con i compagni...

Però, la malattia e l'ospedalizzazione lo rendono più intenso e complesso.

Se non viene riconosciuto ed espresso, esso può trasformarsi in un ostacolo allo sviluppo; al contrario, quando è accolto e accompagnato da adulti capaci di sostenerlo senza esserne spaventati, può diventare un'occasione di crescita.

In questo processo si inserisce il concetto di **resilienza**, parola comunemente usata per *designare la capacità di un metallo di riprendere la propria forma dopo aver ricevuto un colpo non abbastanza forte da provocare la rottura* (Caso, 2015), intesa, però in questo caso come la capacità di rielaborare l'esperienza dolorosa e trasformarla in una risorsa per il futuro, non per tornare alla condizione precedente, ma per costruire nuovi equilibri (Caso, 2015).

Fondamentale, in questa prospettiva, è la presenza di un **sistema di supporto** che includa non solo le cure mediche, ma anche interventi educativi, relazionali e psicologici.

Le figure adulte che operano nel reparto sono per i piccoli pazienti evidentemente molto importanti: devono essere in grado, però, di “sintonizzarsi” con i loro stati d'animo e parlare con un linguaggio a loro “misura” in grado di rassicurarli (Caso, 2015).

“Prendersi cura” del bambino significa considerarlo nella sua globalità, valorizzando le sue risorse e favorendo la possibilità di dare significato all'esperienza vissuta (Capurso, 2007).

In tal senso, la scuola in ospedale riveste un ruolo cruciale, contribuendo a mantenere un senso di normalità e a prevenire conseguenze psicosociali negative a lungo termine (Cutler e Lleras-Muney, 2006). Quando il bambino è aiutato a comprendere ciò che gli accade, può affrontare l'esperienza con maggiore serenità e fiducia, rafforzando il proprio senso di integrità.

La malattia e l'ospedalizzazione, pur rappresentando eventi critici e potenzialmente traumatici, possono trasformarsi in occasioni di crescita se adeguatamente sostenute. Al centro di questo processo vi è il riconoscimento del bambino come soggetto attivo, portatore di emozioni, bisogni e risorse. Perché, in fondo, come ricordato da Conti (2023), *se anche in ospedale non si smette mai di imparare, è perché la spinta vitale e la capacità di adattamento possono essere più forti della malattia stessa.*



(Disegno di un bambino di quinta elementare. Capurso & Trappa, 2005)

## 2.2 Livelli di comprensione della malattia durante le fasi di sviluppo

La comprensione della malattia in età evolutiva rappresenta un processo complesso e dinamico, strettamente connesso al livello di sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale del bambino o dell'adolescente.

La malattia, infatti, non è problematica soltanto per le sue implicazioni fisiche, ma anche perché entra in conflitto con bisogni evolutivi fondamentali: limita il processo di autonomia, può generare il timore di essere diversi dagli altri e interferisce con la costruzione delle relazioni sociali e con il percorso scolastico. Inoltre, essa comporta una restrizione della libertà personale, imponendo regole e divieti che il bambino fatica a comprendere (*“non correre”, “non uscire”, “non sudare”...*), soprattutto quando non è in grado di prevedere la durata di tali limitazioni o di attribuirne un significato (Caso, 2015).

L'età, e quindi il livello di sviluppo psicologico raggiunto, non è influente nel determinare la risposta infantile all'ospedalizzazione (Caso, 2015), per questo possiamo associare le diverse fasi dell'età infantile a diversi livelli di comprensione della malattia (Guidotti, 2022):

- Nei primi anni di vita (**0-2 anni**), il bambino non possiede ancora strumenti cognitivi per comprendere ciò che accade: non percepisce le cause della malattia e comunica con difficoltà i propri bisogni, vivendo soprattutto attraverso le emozioni trasmesse dai genitori;
- **Tra i 3 e i 5 anni** emergono le prime forme di comprensione, ancora vaghe e spesso caratterizzate da pensiero magico: il bambino può associare la malattia a una punizione per aver commesso qualcosa di brutto, e risente fortemente delle procedure mediche e del dolore fisico, manifestando stati emotivi influenzati da quelli provati dal genitore;
- **Dai 6 anni in poi**, invece, si sviluppa una maggiore capacità di comprendere le cause della patologia, ma cresce anche la consapevolezza delle conseguenze sociali, come la separazione dai pari e la perdita della routine quotidiana. Il bambino percepisce i suoi stati d'animo e la preoccupazione del genitore;
- In **adolescenza**, infine, la malattia si inserisce in una fase già complessa di costruzione dell'identità: minaccia l'immagine corporea, ostacola il processo di autonomia e amplifica il senso di diversità, con possibili ricadute emotive e

comportamentali rilevanti, come isolamento, rabbia o difficoltà nell'aderire alle cure.

### 2.2.1 La teoria di Bibace e Walsh

Un contributo fondamentale alla comprensione di come i bambini interpretano la malattia è offerto dalla teoria di Bibace e Walsh (1981), che si inserisce nel quadro dello sviluppo cognitivo delineato da Piaget (1952). Attraverso uno studio su bambini e ragazzi tra i 4 e i 14 anni, gli autori hanno individuato diverse modalità di spiegazione della malattia, organizzate in stadi evolutivi.

Vediamo i vari livelli di comprensione della malattia (Caso, 2015):

- Nei **primi anni di vita** (stadio senso-motorio secondo Piaget, 1952), la malattia risulta per il bambino qualcosa di difficile da comprendere: egli percepisce soltanto episodi isolati di dolore, senza riuscire a metterli in relazione con cause precise. Le informazioni vengono acquisite principalmente attraverso i sensi e la sua visione della realtà si limita a ciò che è immediatamente presente e visibile. Di conseguenza, le relazioni di causa-effetto vengono attribuite solo ai fenomeni osservabili in quel momento.

Tutto ciò che sfugge a questa comprensione, o che non si integra nella sua rappresentazione del mondo, tende a essere escluso, dimenticato o rimosso. Questo processo funge da meccanismo di difesa, permettendo al bambino di avvicinarsi gradualmente alla realtà e proteggendolo da esperienze che non sarebbe ancora in grado di interpretare, evitando così un'angoscia eccessiva che potrebbe ostacolare il suo sviluppo.

In questa fase, la malattia viene vissuta come una successione frammentata di esperienze dolorose, in cui non è possibile distinguere chiaramente tra la malattia e le sue cause. Ancora più difficile da tollerare è il dolore stesso, poiché il bambino non possiede ancora le capacità cognitive necessarie per proiettarsi nel futuro e attribuirgli un significato, come ad esempio considerarlo utile ai fini della guarigione.

- Con l'ingresso nello **stadio pre-operatorio** (circa 2-7 anni; Piaget, 1952), iniziano a emergere spiegazioni di tipo fenomenologico o magico. Il bambino può attribuire la malattia a eventi naturali visibili oppure a cause immaginarie, come una sorta di contagio “magico”. Il pensiero resta fortemente ancorato a ciò che è immediatamente percepibile, rendendo difficile comprendere i legami più complessi tra causa ed effetto.
  - Verso i **3-4 anni**, il bambino si percepisce immerso in un mondo ricco di elementi fantastici, in cui si confronta sia con le creature della propria immaginazione sia con i pericoli reali. È anche la fase dei continui “perché”, in cui manifesta una forte curiosità e cerca spiegazioni per ciò che osserva. Parallelamente, cresce la consapevolezza del proprio corpo: diventa più capace di localizzare il dolore e, grazie allo sviluppo del linguaggio, riesce a comunicarlo meglio agli adulti;
  - Verso i **5 anni**, il bambino acquisisce progressivamente la capacità di distinguere diversi sintomi, sia riferiti alla stessa malattia sia a condizioni differenti, e inizia a ipotizzare anche cause non immediatamente visibili.
- Nello **stadio operatorio-concreto** (7-11 anni; Piaget, 1952), si sviluppano competenze cognitive più avanzate: il bambino è in grado di distinguere tra interno ed esterno e comincia a interpretare la malattia come conseguenza del contatto con agenti esterni o come qualcosa che entra nel corpo:
  - In una fase iniziale prevale la spiegazione basata sulla **contaminazione**: la causa viene individuata in elementi esterni percepiti come dannosi, che provocano la malattia attraverso il contatto fisico.
  - Successivamente, con una maggiore maturazione, si afferma la spiegazione di **introiezione**: la malattia viene localizzata all'interno del corpo, mentre la causa può comunque essere esterna (ad esempio attraverso ciò che si ingerisce o si respira). Il bambino diventa più consapevole del fatto che determinati comportamenti possono favorire l'insorgenza della malattia, anche se può ancora attribuirsi una

responsabilità personale, interpretandola come una punizione per azioni ritenute scorrette.

- Solo nello **stadio operatorio-formale** (dagli 11 anni; Piaget, 1952), si raggiunge una comprensione più articolata: la malattia viene interpretata in termini psico-fisiologici, riconoscendo l'interazione tra fattori biologici e psicologici. Il pensiero diventa più astratto e consente di cogliere la complessità dei processi corporei e delle cure, integrando diverse prospettive esplicative.

Secondo Bibace e Walsh (1981), dunque, la conoscenza infantile della malattia è qualitativamente diversa da quella adulta, poiché si basa su strutture cognitive in evoluzione. Solo con la maturazione si giunge a una comprensione pienamente logica e articolata (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007). Questo implica che ogni intervento educativo o comunicativo debba partire dall'ascolto delle rappresentazioni del bambino, rispettando il suo livello di sviluppo e utilizzando un linguaggio adeguato, evitando di smantellare bruscamente eventuali spiegazioni difensive (Caso, 2015).

Nella seguente tabella possiamo osservare esempi di spiegazioni dei bambini riguardo la malattia nelle varie categorie di comprensione ideate da Bibace e Walsh sulla base degli stadi evolutivi di Piaget (Capurso, 2001a).

| <b>Età</b> | <b>Stadio evolutivo (Piaget)</b> | <b>Categoria di comprensione (Bibace e Walsh)</b> | <b>Esempio di spiegazione del bambino</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------|----------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0-2        | Sensomotorio                     | Incomprensibile                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2-7        | Pre-operatorio                   | Fenomenico                                        | <p>Come si prende la malattia?<br/> <i>Dal sole.</i><br/>           Come fa il sole a darti il raffreddore?<br/> <i>Dagli alberi.</i><br/>           Come si prende il morbillo?<br/> <i>Da Dio.</i><br/>           Come fa Dio a dare il morbillo alle persone?<br/> <i>Lo fa dal cielo.</i></p> |

|      |                     |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------|---------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                     | Contagio o magia                                            | <p>Come si prende il raffreddore?<br/> <i>Da fuori.</i><br/>         Come si fa a prenderlo da fuori?<br/> <i>Si prende e basta. Ti viene perché qualcuno ti viene vicino.</i><br/>         Ma come si fa?<br/> <i>Non so. Penso per magia.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 7-11 | Operatorio concreto | <p>Contaminazione per contatto</p> <p>Internalizzazione</p> | <p>Che cos'è il raffreddore?<br/> <i>È quando c'è l'inverno...</i><br/>         Come si fa a prenderlo?<br/> <i>Quando tu esci senza un berretto e poi inizi a starnutire. La tua testa diventa fredda, perché il freddo la tocca e poi il freddo ti va in tutto il corpo.</i></p> <p>Che cos'è un raffreddore?<br/> <i>Fai un sacco di starnuti, parli in modo strano e il tuo naso è tutto otturato.</i><br/>         Come fa la gente a prendere il raffreddore?<br/> <i>Quando c'è l'inverno, si respira troppa aria nel naso e questa finisce per otturarlo.</i><br/>         Come fa questo a causarti il raffreddore? <i>I batteri ti entrano dentro quando respiri. Poi i polmoni diventano troppo molli (fa un respiro) e ti va nel naso.</i><br/>         Come si fa a guarire?<br/> <i>Aria calda e pulita. Ti va nel naso e rimanda via l'aria fredda.</i></p> |
| 11+  | Operatorio formale  | Fisiologica                                                 | <p>Come fa la gente a prendersi il raffreddore?<br/> <i>Credo che sia causato da dei virus. Altra gente ha questi virus e loro raggiungono il tuo sangue e ti causano il raffreddore.</i><br/>         Tu sei mai stato malato? Che problema avevi?<br/> <i>Il livello delle mie piastrine era troppo basso.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|  |  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--|--|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | Psico-fisiologica | <p>E cioè?</p> <p><i>Nel sangue, sono un po' come i globuli bianchi, ti aiutano ad uccidere i microbi.</i></p> <p>Perché ti sei ammalato?</p> <p><i>C'erano più microbi che piastrine e le piastrine stavano morendo.</i></p> <p>Come hai fatto ad ammalarti?</p> <p><i>Per via dei microbi. Stavano uccidendo le piastrine.</i></p> <p>Che cos'è un attacco al cuore?</p> <p><i>È quando il tuo cuore non funziona più bene. Qualche volta batte troppo piano, altre volte troppo forte.</i></p> <p>Come fa la gente ad avere un attacco di cuore?</p> <p><i>Può succedere perché i tuoi nervi sono troppo tesi. Uno si preoccupa troppo e la tensione può far male al tuo cuore.</i></p> |
|--|--|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 2.2.2 Il modello TEC

Un ulteriore modello interpretativo è rappresentato dal sistema TEC (*Through the Eyes of the Child*), elaborato da Koopman et al. (2004), che riprende gli studi di Bibace e Walsh integrandoli con la teoria dello sviluppo percettivo di Werner (1948).

Secondo questo approccio il sistema percettivo costituisce il motore primario di ogni cambiamento nello sviluppo mentale e la comprensione della malattia evolve attraverso tre livelli: da una percezione globale e indifferenziata, si passa a una fase più analitica, fino a giungere a una capacità di integrazione complessa degli elementi.

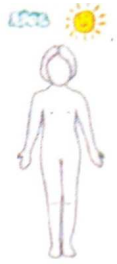
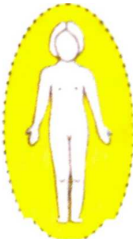
A differenza del modello piagetiano, Werner sottolinea che le modalità di pensiero più primitive non scompaiono con lo sviluppo, ma restano disponibili e possono riemergere in situazioni nuove o stressanti.

Il modello TEC, quindi, interpreta la comprensione della malattia come un processo in cui il bambino costruisce significati progressivamente più articolati, mantenendo però anche forme precedenti di interpretazione (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007).

Un elemento centrale di questo modello è la percezione della distanza tra il soggetto e l'agente patogeno. Nei livelli iniziali, il bambino non riesce a stabilire connessioni logiche tra gli elementi dell'esperienza: ad esempio, può elencare oggetti o eventi (come strumenti medici) senza coglierne il significato complessivo. Nei livelli più avanzati, invece, emerge la capacità di collegare sintomi, cause e vissuti emotivi, integrando progressivamente le informazioni in una rappresentazione coerente della malattia.

Koopman et al. (2004) riprendono i diversi stadi di comprensione della malattia già definiti da Bibace e Walsh, e li ridefiniscono secondo una sequenza evolutiva che prende in esame la percezione della distanza tra agente patogeno e soggetto che si ammala (Capurso, 2007).

La seguente tabella mostra i livelli di comprensione della malattia corrispondenti alle diverse fasce d'età secondo il modello TEC (Capurso, 2007).

| <b>Età</b> | <b>Categoria secondo il modello TEC</b> | <b>Visualizzazione</b>                                                                |
|------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 0-2        | Invisibile                              |   |
| 2-7        | Distanza                                |  |
|            | Prossimità                              |  |



Per consentire ai bambini di comprendere concetti medico-sanitari è necessario che questi vengano presentati in modo coerente allo stadio di sviluppo mentale che essi vivono.

Non è possibile per un bambino comprendere spiegazioni che richiamano concetti che richiedono strutture mentali non ancora possedute (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007).

È quindi non solo possibile, ma necessario parlare di malattia con i bambini, adattando il linguaggio al loro livello di sviluppo e favorendo una comprensione graduale e partecipata. La comunicazione non dovrebbe essere un processo unidirezionale, ma un percorso costruito insieme, che consenta al bambino di dare senso a ciò che vive e di affrontarlo con maggiore consapevolezza. In questo modo, la conoscenza diventa uno strumento di adattamento e crescita, capace di sostenere il bambino anche nelle situazioni più difficili.

## 2.3 Perdersi nel “bosco”: l’ingresso in ospedale

*“Quando un bambino entra in ospedale,  
è come se fosse portato nel bosco, lontano da casa.  
Ci sono bambini che si riempiono le tasche di sassolini bianchi,  
in modo da poter ritrovare la strada di casa anche di notte,  
alla luce della luna.  
Ma ci sono anche i bambini che  
non riescono a far provvista di sassolini, e lasciano delle briciole  
si pane secco come traccia per tornare indietro.  
È una traccia molto fragile e bastano le formiche cancellarla:  
i bambini si perdono nel bosco e non sanno più ritornare a casa”  
(Canevaro, 1976)*

Il ricovero ospedaliero in età pediatrica rappresenta un evento delicato e altamente significativo nella vita del bambino e della sua famiglia, che si colloca all’interno di una condizione già complessa: quella della malattia.

Non a caso, la Carta EACH sottolinea nell’articolo 1 che *“un bambino e una bambina saranno ricoverati in ospedale solo se le cure di cui hanno bisogno non possono essere assicurate, con la stessa efficacia, a casa o in regime di day-hospital”*, evidenziando come il ricovero debba costituire una scelta necessaria e non ordinaria, perché esso si presenta spesso come un’esperienza improvvisa e destabilizzante, vissuta come una frattura nella continuità dell’esistenza quotidiana, *uno strappo nella trama dell’esistenza* (Caso, 2015).

Il ricovero, infatti, segna un passaggio importante: sancisce la gravità della condizione di salute e introduce il bambino in un ambiente estraneo, caratterizzato da ritmi, regole e relazioni completamente diversi da quelli familiari.

La malattia mette in pausa tutto: la quotidianità si interrompe, le abitudini vengono stravolte e anche le relazioni subiscono trasformazioni profonde. Il bambino si trova improvvisamente immerso in un contesto sconosciuto, circondato da persone estranee e sottoposto a procedure mediche che spesso non comprende (Kanizsa & Luciano, 2006). Questo cambiamento può generare risposte emotive intense e talvolta disadattive, configurando il ricovero come un evento critico sia per il bambino sia per il suo sistema familiare.

Numerosi studi hanno evidenziato come l'ospedale sia associato, soprattutto nei più piccoli, a vissuti di **paura e angoscia**. Tra le paure più frequenti emergono quelle legate alle iniezioni, al dolore, agli interventi chirurgici, alla separazione dai genitori e dagli amici, ma anche al timore dell'ignoto e, nei casi più gravi, alla morte (Caso, 2015).

Questi timori influenzano profondamente le reazioni del bambino all'ospedalizzazione, contribuendo a rendere l'esperienza ancora più complessa (Caso, 2015).

*Il bambino ha soprattutto paura. Paura di essere abbandonato, di non ritrovare le cose com'erano, di perdere i genitori, di diventare brutto. L'ospedale, è evidente, è l'“estraneo”. Ricoverarsi è andare in un luogo che non conosce. “Che cosa mi succederà?”. Ecco il pensiero che costantemente accompagna l'esperienza del ricovero e che si intreccia a timori ancora più devastanti, quali quello di essere abbandonato dai genitori o di non poterli più rivedere. Su queste si innestano mille altre paure ancora. Il genitore, dal canto suo, pensa: “che cosa succederà al mio bambino?”. Ed è investito dal timore di non essere all'altezza della situazione. Il tema del lasciare, del non sapere che cosa potrebbe accadere, è quello che accomuna le sensazioni e le emozioni vissute da mamme, papà e bambini.<sup>10</sup>*

L'ingresso in ospedale comporta infatti una molteplicità di fattori stressanti: il dolore legato alla patologia e alle procedure diagnostiche e terapeutiche, l'estraneità dell'ambiente, il cambiamento nel comportamento dei genitori, le limitazioni imposte dal ricovero e la perdita di autonomia. A ciò si aggiungono la necessità di adattarsi a nuovi ritmi, la riduzione o perdita della propria intimità e la dipendenza dagli adulti. Tutti questi elementi contribuiscono a generare un vissuto di disagio che varia in intensità in base alla gravità della malattia, alla durata del ricovero e alle caratteristiche individuali del bambino.

Dal punto di vista esperienziale, il bambino può vivere il ricovero come un vero e proprio **trauma**. Non sempre comprende perché, proprio nel momento in cui si sente male e vorrebbe restare a casa, venga portato in un luogo percepito come ostile, dove deve affrontare visite, esami, cure dolorose e regole rigide (Kanizsa & Luciano, 2006).

---

<sup>10</sup> R. Caso, intervista a Manuela Trinci, “Se il mio letto è una nave...”. Un incontro tra “camici” e “pigiami”, in “Pedagogia più Didattica”

L'ambiente ospedaliero, con i suoi odori pungenti, i suoni, la presenza di altri bambini spaventati e sofferenti che gridano e piangono, può risultare poco rassicurante e accentuare il senso di smarrimento (Capurso, 2001b; Colombini & Jankovic, 2003). In questo contesto, il bambino può percepire il crollo del proprio mondo e, osservando l'ansia nei volti dei genitori, sviluppare l'idea che la situazione sia grave e difficile da risolvere (Kanizsa & Luciano, 2006).

Ogni traccia di normalità sembra essere scomparsa dalla loro vita.

Non è raro che i bambini interpretino la malattia e il ricovero come una **punizione**, soprattutto quando non ricevono spiegazioni adeguate.

Spesso, inoltre, tendono a non esprimere le proprie paure, sia perché troppo intense, sia perché percepiscono la preoccupazione degli adulti e non vogliono aggravarla. Questo silenzio può alimentare un senso di solitudine e impotenza, rendendo il bambino ancora più vulnerabile, infinitamente piccolo e incapace di fronte alla nuova situazione (Raimbault, 1978; Colombini, Jankovic, 2003; Massaglia & Bertolotti, 1998).

In risposta a questa condizione, alcuni bambini manifestano comportamenti regressivi o capricciosi, mentre altri si chiudono in sé stessi, mostrando apatia o ripetitività nei giochi. Tali reazioni rappresentano tentativi di fronteggiare l'ansia e di dare un senso a un'esperienza difficile da comprendere (Capurso, 2001b; Kanizsa & Luciano, 2006).

In questo scenario, risulta fondamentale valorizzare non solo la "parte malata" del bambino, ma anche quella sana, che continua a esistere e a svilupparsi nonostante la malattia.

Studi nell'ambito della **psiconeuroendocrinoimmunologia** confermano, infatti, l'interconnessione tra mente e corpo, evidenziando come il benessere psicologico possa influire positivamente sul decorso della malattia. La psiconeuroendocrinoimmunologia è un nome complesso che studia un concetto importante: la relazione tra sistema nervoso, endocrino e immunitario, per capire in che modo la mente e lo stato di salute della persona si influenzano vicendevolmente.

L'attivazione di questa "**parte sana**" può essere favorita da alcune esperienze fondamentali all'interno dell'ospedale, come il gioco, la relazione con i pari e la scuola. In particolare, la possibilità di incontrare altri bambini nella stessa situazione aiuta a ridurre il senso di isolamento e a condividere vissuti ed emozioni. Il gruppo dei pari diventa così una risorsa preziosa per affrontare la malattia, offrendo sostegno e normalizzazione dell'esperienza.

Tra tutti gli strumenti di continuità con la vita precedente, la scuola in ospedale riveste un ruolo centrale. Essa rappresenta un ponte tra il “prima” e il “durante”, permettendo al bambino di mantenere un legame con la propria identità di studente e con la quotidianità interrotta dal ricovero (Kanizsa, 2000). Attraverso le attività scolastiche, il bambino può ritrovare una dimensione di normalità e coltivare la speranza di un ritorno alla vita di sempre.

*“Ecco a cosa serve la scuola in ospedale. Serve, soprattutto, a quei ragazzi impegnati nella battaglia più dura che la vita può riservare: quella contro il cancro. Per loro l’ospedale non è una breve parentesi. È la spiaggia del naufrago dalla quale bisogna ripartire. Intanto, però, dall’altra parte del mare, all’orizzonte, la vita continua. E anche la scuola. una scuola un po’ strana, la scuola in ospedale”*  
(Di Fiore & Ormanni, 2015).

In questa prospettiva, la scuola in ospedale assume un significato profondo, diventa uno spazio in cui **la vita continua**, nonostante tutto, e in cui il bambino può sentirsi ancora protagonista del proprio percorso.

Il ricovero ospedaliero in età evolutiva è un’esperienza complessa, che comporta una profonda riorganizzazione della vita del bambino e della sua famiglia.

Pur rappresentando un momento di difficoltà e vulnerabilità, esso può trasformarsi in un’occasione di crescita se accompagnato da un’adeguata attenzione ai bisogni emotivi, relazionali ed educativi del bambino.

## 2.4 La comunicazione della malattia al bambino

Nel contesto della malattia in età evolutiva, la comunicazione assume un ruolo centrale e imprescindibile, configurandosi non soltanto come trasmissione di informazioni, ma come vera e propria forma di cura. In particolare, all'interno della scuola in ospedale, il “prendersi cura” dell'altro si realizza attraverso una **relazione educativa e comunicativa** che mette al centro il bambino nella sua globalità, favorendone il benessere insieme a quello della famiglia (Ricci, 2018). Comunicare, dunque, non significa semplicemente spiegare una diagnosi, ma entrare in relazione, ascoltare, accogliere emozioni e costruire significati condivisi.

*“ Io posso esprimere sulle mie cure  
Le mie opinioni, le mie paure.  
E voi ascoltatevi, vorrei risposte  
Non solamente punture e supposte!”<sup>11</sup>*

Negli ultimi anni stiamo assistendo a un orientamento della cultura medica maggiormente propensa a considerare il “prendersi cura”, e non semplicemente la cura, della persona. Linguisticamente parlando risulta significativa la distinzione anglosassone dei due termini: “*Cure*” indica l'insieme di trattamenti terapeutici di una malattia, invece con “*Care*” si intende l'interessamento costante e premuroso verso la persona (Ragazzini & Biagi, 1990), sottolineando così l'importanza di un approccio che promuova non solo il recupero fisico, ma anche il **benessere psicologico e sociale**, in linea con la definizione di Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Tuttavia, persistono ancora pregiudizi che ostacolano una comunicazione aperta, soprattutto con i bambini affetti da gravi malattie: spesso si tende a proteggerli evitando di parlare della loro condizione, nella convinzione che non siano in grado di comprendere temi complessi come la malattia o la morte (J. J. Spinetta & P. D. Spinetta, 1987).

---

<sup>11</sup> Il testo “I pigiami fanno ecci: i diritti dei bambini e delle bambine in ospedale” (2024) di Anna Sarfatti raccoglie una rielaborazione sotto forma di filastrocche per bambini sui diritti dei piccolo degenti in ospedale, elaborata dall'associazione degli ospedali pediatrici e materno-infantili italiani AOPI insieme all'autorità garante dell'infanzia e dell'adolescenza. La citazione riprende i principi contenuti nell'articolo 8 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, che riguardano il diritto a preservare la propria identità..

Come hanno messo in luce J. J. Spinetta e P. D. Spinetta in *“Comunicare con i bambini affetti da una grave malattia cronica”* esistono alcuni pregiudizi che ostacolano il dialogo aperto tra la famiglia, i medici e gli operatori vari che si occupano di prendersi cura del bambino malato. Ad esempio, è diffuso il pregiudizio di ignorare che il bambino possa conoscere il significato della morte e quindi “evitare di aggravare la situazione raccontando cose che essi non possono neppure immaginare”, lasciando il bambino nella sua incertezza, piuttosto che porlo di fronte alla realtà, evitando così di portargli “altri problemi”; del resto *“gli adulti vicini al bambino hanno la forza necessaria per addossarsi questo peso”* (J. J. Spinetta & P. D. Spinetta, 1987).

*“Ho diritto, sì o no,  
Di sapere che male ho?  
Se ho il morbillo o un’allergia  
Se ho allergillo o una morbia  
Informatemi via via!  
Che nomi assurdi le malattie!  
[...] e a noi i bambini, troppo pazienti,  
Tocca imparare coi nomi sfuggenti,  
Perché per vincere la malattia  
Bisogna chiamarla ... così via via!”<sup>12</sup>*

Questa tendenza, apparentemente protettiva, rischia invece di lasciare il bambino in una condizione di incertezza e solitudine emotiva. Come evidenziato da Spinetta, gli adulti preferiscono talvolta “non aggiungere problemi”, assumendosi il peso della situazione, ma così facendo escludono il bambino da una comprensione che, in realtà, egli è spesso in grado di costruire autonomamente (J. J. Spinetta & P. D. Spinetta, 1987).

---

<sup>12</sup> Il testo “I pigiami fanno ecci: i diritti dei bambini e delle bambine in ospedale” (2024) di Anna Sarfatti raccoglie una rielaborazione sotto forma di filastrocche per bambini sui diritti dei piccolo degenti in ospedale, elaborata dall’associazione degli ospedali pediatrici e materno-infantili italiani AOPI insieme all’autorità garante dell’infanzia e dell’adolescenza. La citazione riprende i principi contenuti nell’articolo 7 della Convenzione ONU sui diritti dell’infanzia, che riguarda il diritto del bambino a conoscere la propria malattia e a riceverne la comunicazione con un linguaggio adatto a lui

Numerosi studi dimostrano che una comunicazione chiara e condivisa all'interno della famiglia favorisce un senso di sicurezza, riduce l'ansia e migliora l'aderenza alle cure (Ricci, 2003).

Anche il dottor Giovanni Palazzi nell'intervista (vedi Appendice A) sottolinea l'importanza del dire al bambino le cose come stanno, dire la verità. *“È fondamentale non mentire e non dire mai "non è niente", perché non è vero”*. Questa affermazione richiama il valore della comunicazione autentica con il bambino malato. Il medico sottolinea l'importanza di fornire spiegazioni adeguate all'età e alle capacità cognitive del paziente, evitando sia la minimizzazione sia la negazione della realtà. La costruzione della fiducia passa infatti attraverso una comunicazione sincera e rispettosa, capace di offrire sicurezza senza alimentare false aspettative.

“Se una cosa si chiama leucemia, leucemia si chiamerà. Se una cosa si chiama tumore, tumore la chiameremo.” (Dottor Palazzi)

La comunicazione si rivela quindi uno strumento ambivalente: se autentica ed empatica può sostenere e contenere, ma se carente o distorta può generare isolamento e paura (Ricci, 2003).

In questo scenario, il ruolo dell'**educatore ospedaliero** diventa fondamentale, chiamato a interpretare non solo le parole, ma anche i segnali non verbali del bambino e della sua famiglia, offrendo uno spazio di ascolto e comprensione, per rispondere ai bisogni di comprensione, accoglienza e supporto, limitando invece chiusure e paure.

Attraverso la relazione quotidiana, l'educatore diventa spesso un punto di riferimento emotivo, capace di mediare tra il mondo sanitario e quello affettivo del bambino, collaborando con medici e infermieri per costruire un percorso di cura integrato (Ricci, 2003). Anche la **comunicazione non verbale** – fatta di gesti, silenzi, espressioni e tonalità della voce – assume un valore cruciale, soprattutto con i bambini più piccoli, che spesso non riescono a esprimere verbalmente i propri vissuti.

La scuola in ospedale si configura così come uno spazio privilegiato di espressione e rielaborazione: attraverso attività come il disegno, la scrittura e il dialogo, il bambino può dare forma alle proprie emozioni e costruire un significato rispetto all'esperienza di

malattia (Capurso, 2001b). In questo senso, parlare, rassicurare e spiegare diventano azioni fondamentali della relazione di aiuto (Capurso & Trappa, 2005).

L'importanza di una comunicazione adeguata emerge con particolare forza quando si considera il rapporto tra informazione e benessere psicologico. Le evidenze scientifiche mostrano che un aumento della preoccupazione è spesso legato alla scarsità di informazioni e alle difficoltà comunicative con il personale sanitario; al contrario, un bambino che comprende la propria malattia tende a essere più collaborativo e a rispondere meglio alle cure (Caso, 2015). Per questo motivo, l'informazione dovrebbe essere chiara, aggiornata e calibrata sulle capacità di comprensione del bambino e della sua famiglia, includendo non solo la descrizione della patologia, ma anche le risorse disponibili per affrontarla (Caso, 2015).

Idealmente, questo processo comunicativo dovrebbe iniziare già prima del ricovero, attraverso una preparazione adeguata che aiuti il bambino a familiarizzare con l'ambiente ospedaliero e con le pratiche diagnostiche e terapeutiche. Medici, educatori e genitori dovrebbero collaborare per fornire informazioni attraverso modalità accessibili, come il gioco, la narrazione o attività creative (Caso, 2015). In questa direzione si inseriscono anche strumenti come i quaderni operativi destinati ai bambini, che attraverso linguaggi semplici e attività ludiche facilitano la comprensione di ciò che accade in ospedale (Luciani, 2002).

Informare il bambino sulla propria malattia significa, inoltre, riconoscergli un ruolo attivo nel processo di cura, permettendogli di partecipare consapevolmente alle decisioni terapeutiche e favorendo la costruzione di un'alleanza tra medico, famiglia e paziente (Caso, 2015). Al contrario, l'esclusione dalla comunicazione può generare angoscia e vissuti di insicurezza, ostacolando lo sviluppo e la possibilità di trasformare l'esperienza in un'occasione di crescita (Caso, 2015).

È importante sottolineare che i bambini possiedono spesso capacità di comprensione superiori a quelle che gli adulti attribuiscono loro: sono in grado di cogliere segnali, interpretare comportamenti e costruire rappresentazioni personali della propria condizione. Inoltre, mostrano una naturale propensione a raccontarsi e a condividere emozioni e pensieri. Una comunicazione basata sull'ascolto e sulla partecipazione attiva favorisce lo sviluppo di strategie di coping e resilienza, contribuendo positivamente anche all'andamento della malattia (Caso, 2015).

Un aspetto delicato riguarda la **comunicazione della diagnosi**: essa dovrebbe avvenire in modo diretto ma sensibile, utilizzando un linguaggio comprensibile, immagini o metafore e lasciando spazio alle domande del bambino. È fondamentale che il processo sia dialogico e che si costruisca gradualmente, evitando sia l'eccesso di informazioni sia il silenzio. Inoltre, particolare attenzione va posta alla coerenza tra comunicazione verbale e non verbale, poiché i bambini sono particolarmente sensibili a quest'ultima e possono percepire incongruenze che li portano a proteggere emotivamente gli adulti, invertendo i ruoli (Jankovic, 2020).

Comunicare con il bambino malato non è solo un atto informativo, ma un processo relazionale profondo, che richiede autenticità, empatia e consapevolezza. La parola, in questo contesto, diventa uno strumento potente, capace di rassicurare, dare senso e costruire legami significativi (Telesca, 2020). Promuovere una comunicazione aperta e rispettosa significa quindi non solo migliorare la qualità dell'assistenza, ma anche sostenere il bambino e la sua famiglia in un percorso di cura che sia realmente umano e integrale.

#### **2.4.1 L'ascolto del malato come strumento di cura**

Nel contesto della scuola in ospedale, il “prendersi cura” dell'altro, già fondato sull'importanza della comunicazione, trova il suo completamento naturale nell'**ascolto del bambino**. Se la comunicazione rappresenta la base della relazione educativa e di cura, è proprio attraverso un ascolto autentico che essa si trasforma in un incontro reale e significativo.

Essere “ascoltatori privilegiati” dei bambini malati significa avvicinarsi a loro con attenzione e intenzionalità, offrendo uno spazio in cui possano sentirsi accolti, compresi e più sereni. Ascoltare, infatti, non è un atto spontaneo o improvvisato, ma una competenza relazionale che permette al bambino di dare senso a ciò che sta vivendo e di affrontarlo con maggiore consapevolezza.

Nonostante ciò, non sempre l'ascolto trova spazio nella pratica quotidiana: spesso viene percepito come qualcosa che richiede troppo tempo o energie, portando gli operatori a

rifugiarsi in modalità relazionali più tecniche e distaccate, “dietro l’anonimato di un rapporto più specialistico che umano” (Kanizsa & Luciano, 2006).

In realtà, come evidenzia Rogers (1961), non è tanto la quantità di tempo a fare la differenza, quanto la qualità della relazione. Un **ascolto autentico** nasce dalla volontà di sostenere la crescita dell’altro, favorendone lo sviluppo e il benessere anche in una situazione di fragilità.

In questa prospettiva, l’ascolto diventa la dimensione più profonda della comunicazione: non solo scambio di parole, ma apertura all’altro che si esprime anche attraverso silenzi, gesti e atteggiamenti. È proprio questa disponibilità ad accogliere che rende possibile una relazione educativa significativa.

Le più recenti prospettive culturali e scientifiche, inoltre, sottolineano un approccio olistico alla cura, in cui l’ascolto assume un ruolo centrale per comprendere il vissuto soggettivo della malattia (Trinci, 2024). In questo senso, la scuola in ospedale rappresenta un contesto privilegiato, dove comunicazione e ascolto si intrecciano, sostenendo il bambino nel mantenere una continuità educativa e relazionale e contribuendo ad affrontare in modo più sereno l’esperienza dell’ospedalizzazione (Caggiano et al., 2021).

Le ricerche dimostrano, infatti, che la mancanza di ascolto e di riconoscimento può generare frustrazione e disagio nei bambini ricoverati, mentre un ambiente capace di accogliere e valorizzare la loro espressione emotiva promuove benessere e sviluppo dell’intelligenza emotiva (Gasperini, 2023).

Un esempio significativo in tal senso è offerto dallo studio condotto da Dell’Antonio e Paolucci Ragni (1978), che hanno realizzato uno studio basato su un’osservazione sistematica delle interazioni tra infermiere e bambini lungodegenti, con l’obiettivo di comprendere in che misura atteggiamenti e comportamenti del personale sanitario incidessero sulle manifestazioni depressive e sulle difficoltà di adattamento dei piccoli pazienti in ospedale. Attraverso questa analisi, i ricercatori intendevano verificare l’ipotesi secondo cui la depressione nei bambini ricoverati non potesse essere attribuita esclusivamente alla separazione dalla famiglia; per questo motivo, concentrarono l’attenzione anche su altri fattori presenti nel contesto ospedaliero capaci di influenzare lo stato emotivo dei bambini.

I risultati evidenziarono che, all’interno dell’ospedale, l’espressione dei bisogni e delle emozioni dei bambini veniva spesso scoraggiata: l’ambiente appariva rigidamente

organizzato secondo le esigenze dell'istituzione, portando i piccoli pazienti a sentirsi frequentemente svalutati e frustrati. Questa situazione contribuiva a generare un clima di "disconferma", favorendo l'insorgenza di stati depressivi. In generale, l'ospedale emergeva come un contesto potenzialmente frustrante, soprattutto per i bambini.

Lo studio ha coinvolto 16 bambini ricoverati per lungo periodo, di età compresa tra i due anni e mezzo e i cinque anni e mezzo, affetti da tubercolosi polmonare, con una degenza media di circa 103 giorni. I bambini sono stati osservati a giorni alterni per un periodo complessivo di 10 giorni, in diversi momenti della giornata, con particolare attenzione alle attività di gioco e ai pasti.

Il momento del gioco è risultato particolarmente rilevante perché permetteva di osservare più chiaramente la qualità della relazione tra bambini e infermiere e il grado in cui il bambino veniva riconosciuto come individuo. In queste situazioni, il comportamento del personale appariva spesso caratterizzato da distacco, divieti o rimproveri, soprattutto quando i bambini utilizzavano oggetti considerati potenzialmente rischiosi. Inoltre, nei momenti in cui i bambini non giocavano, le infermiere mostravano scarso interesse e, talvolta, sembravano preferire che restassero inattivi, probabilmente per ridurre possibili situazioni problematiche.

Anche durante i pasti si riscontravano dinamiche simili: molti bambini rifiutavano il cibo e reagivano piangendo, mentre il personale interveniva per lo più con atteggiamenti distaccati o limitandosi ad alimentarli direttamente. Un ulteriore elemento significativo emerso dallo studio è la totale assenza di iniziativa relazionale da parte delle infermiere, che non avviavano spontaneamente interazioni, ma si limitavano a rispondere ai tentativi di contatto dei bambini.

In conclusione, i bambini osservati mostravano chiari segnali di sofferenza emotiva e depressione e si trovavano in un ambiente che, di fatto, tendeva a non riconoscerli pienamente come persone.

Queste evidenze rafforzano l'idea che l'ascolto autentico sia una componente imprescindibile della relazione di cura. Affinché l'ascolto sia autentico, è però necessario che l'operatore sviluppi una profonda consapevolezza di sé, superando atteggiamenti difensivi e riconoscendo la propria vulnerabilità (Kanizsa & Luciano, 2006); *solo così è*

*possibile costruire una relazione fondata sulla fiducia, condizione essenziale perché il bambino possa esprimersi liberamente* (Kanizsa & Luciano, 2006).

Tale prospettiva è coerente anche con i principi sanciti dalla Carta di EACH e dalla Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale, che riconoscono il diritto del minore a essere ascoltato, informato e sostenuto nella sua globalità.

Quindi, l'ascolto del malato fa parte del prendersi cura attraverso la comunicazione: se comunicare significa entrare in relazione, ascoltare significa dare valore e significato a quella relazione.

Nella scuola in ospedale, questa integrazione tra comunicazione e ascolto permette di costruire un ambiente educativo e terapeutico capace di accogliere il bambino nella sua totalità, sostenendolo non solo nel percorso di apprendimento, ma anche in quello, più profondo, di crescita personale e di rielaborazione dell'esperienza della malattia.

*“In un clima caldo, così a loro volta imparavano ad ascoltare, ascoltarsi, ad ascoltare le proprie emozioni, a dare un nome alle emozioni, a riconoscerle e gestirle per vivere meglio. È una modalità per lavorare sull'intelligenza emotiva, che è fondamentale per saper stare bene con se stessi e con gli altri.”* (Gasperini, 2023)

## 2.5 La malattia dal punto di vista del bambino

Comprendere la malattia attraverso lo sguardo dei bambini significa entrare in un mondo fatto di emozioni intense, significati personali e tentativi, spesso complessi, di dare senso a un'esperienza che irrompe improvvisamente nella loro vita.

La malattia, infatti, non è solo un evento biologico, ma una realtà vissuta, raccontata e interpretata dal bambino in base alla propria età, alle proprie esperienze e alle risorse cognitive ed emotive di cui dispone.

La dimensione narrativa è fondamentale anche negli strumenti educativi pensati per i bambini in ospedale. Testi come *“Cioccolato in fiale”*, ideato da Paolo Siani, non solo informano il bambino sui suoi diritti e sull'ambiente ospedaliero, ma gli offrono spazi per esprimersi attraverso il disegno e la scrittura. In questo modo, il piccolo paziente non è più visto soltanto come portatore di una malattia, ma come persona nella sua totalità, con vissuti, emozioni e bisogni che possono diventare parte integrante del percorso terapeutico (Caso, 2015).

Analogamente, il progetto *“Passo passo... ti racconto il mio ospedale”* (Aiello et al., 2008), realizzato presso l'ospedale Gaslini di Genova, accompagna il bambino alla scoperta dell'ambiente ospedaliero attraverso una narrazione guidata da personaggi simbolici.

Questo approccio consente di ridurre la paura dell'ignoto e favorire una graduale familiarizzazione con luoghi, strumenti e figure professionali, trasformando un'esperienza potenzialmente traumatica in un percorso più comprensibile e affrontabile (Caso, 2015).

Proprio per questo motivo, diversi autori sottolineano l'importanza di iniziare a parlare di ospedale e malattia già in ambito scolastico, anche in assenza di esperienze dirette.

Le paure legate all'ospedalizzazione, infatti, sono presenti anche nei bambini sani e possono influenzare profondamente il modo in cui essi vivranno un eventuale ricovero proprio o altrui. Portare l'ospedale “in classe” attraverso attività educative e linguaggi accessibili può contribuire a ridurre l'impatto emotivo dell'esperienza e a favorire una rappresentazione più realistica e meno angosciante (Caso, 2015).

In questa prospettiva si collocano progetti come *“Conosciamo l'ospedale”* (Capurso & Trappa, 1999), che mira a fornire conoscenze di base sulle pratiche mediche, aiutare i bambini a elaborare le proprie paure e favorire la comunicazione con la famiglia.

Questo progetto, svolto da un'équipe educativo-sanitaria composta da medici, infermieri, insegnanti e psicologi, si articola in sei incontri a tema svolti nell'arco dei tre mesi e dà vita a un percorso al termine del quale ogni bambino dovrebbe prendere consapevolezza del fatto che l'ospedale non è un luogo dove si somministra il dolore, ma dove invece si riacquista la salute (Caso, 2015).

L'iniziativa promossa dall'ABIO (Associazione per il bambino in ospedale) nel 2003, *"L'ospedale non è il lupo cattivo. Conoscere per non avere paura"*, utilizza strumenti ludici e creativi per avvicinare i bambini alla realtà ospedaliera in modo rassicurante (Caso, 2015). L'obiettivo comune di questi interventi è trasformare l'ospedale da luogo di dolore a spazio di cura e guarigione.

### **2.5.1 Le reazioni del bambino di fronte alla malattia**

Come detto precedentemente, dal punto di vista psicologico, la comprensione della malattia da parte dei bambini è strettamente legata al loro sviluppo cognitivo. Gli studi di matrice piagetiana evidenziano come le spiegazioni che i bambini elaborano rispetto alla malattia seguano una progressione coerente con l'evoluzione del pensiero e del concetto di causalità (Caso, 2015). Tuttavia, ridurre l'esperienza della malattia alla sola dimensione cognitiva risulterebbe limitante. Al di là delle capacità di comprensione, ciò che emerge con particolare intensità è la complessità e la profondità delle risposte emotive e comportamentali.

Quando la malattia irrompe nella vita del bambino, è come se si scatenasse una tempesta improvvisa: al di là delle capacità di comprensione, ciò che emerge con particolare intensità è la complessità e la profondità delle risposte emotive e comportamentali.

La malattia e, ancor più, l'ospedalizzazione rappresentano per il bambino eventi potenzialmente destabilizzanti. In questo contesto, il bambino può sperimentare una gamma ampia e articolata di **emozioni**: paura, ansia, tristezza, rabbia, senso di colpa e, nei casi più complessi, vissuti di abbandono o perdita di controllo. Tali emozioni non sempre trovano una verbalizzazione adeguata, soprattutto nei bambini più piccoli, e tendono quindi a manifestarsi attraverso il comportamento, con regressioni, oppositività, ritiro o somatizzazioni.

È importante sottolineare come queste reazioni non siano semplicemente risposte disfunzionali, ma tentativi, spesso adattivi, di **dare significato** a un'esperienza difficile da comprendere e da gestire. Il modo in cui il bambino interpreta la malattia – ad esempio come punizione, evento casuale o conseguenza di comportamenti propri – influisce profondamente sulla qualità delle sue emozioni e sul modo in cui affronta il percorso di cura.

In questo senso, l'esperienza della malattia non è mai solo un fatto biologico, ma si configura come un **evento globale** che coinvolge il bambino nella sua totalità, intrecciando aspetti cognitivi, emotivi e relazionali. Comprendere e accogliere questa complessità rappresenta un passaggio fondamentale per promuovere interventi di cura realmente centrati sul bambino.

Come evidenziato già da Anna Freud (1974), le **reazioni** possono essere molto diverse: alcuni bambini si chiudono in sé stessi, mostrando apatia e ritiro, voltano il viso alla parete e respingono giocattoli, cibo e coccole; altri diventano più esigenti e dipendenti, ricercando costantemente attenzione e rassicurazione (Freud, 1974). In entrambi i casi, il loro equilibrio emotivo, ancora fragile, viene messo a dura prova, anche perché essi dispongono di minori risorse per affrontare frustrazioni e paure (Caviezel-Hidber, 2000). A ciò si aggiunge la difficoltà di accettare la perdita di autonomia e la limitazione del movimento, elementi fondamentali per lo sviluppo, che possono generare rabbia, aggressività o comportamenti regressivi.

Thompson e Stanford (1981) fanno una distinzione tra **reazioni attive** (pianto, opposizione alle cure, aggressività, ricerca di contatto con i genitori) e **reazioni passive** (ritiro, apatia, scarso interesse per il gioco, eccessivo sonno). Se le prime risultano più visibili e spesso più preoccupanti per gli adulti, sono le seconde a richiedere maggiore attenzione, poiché possono indicare un disagio più profondo e rischiare di incidere negativamente sullo sviluppo del bambino (Caso, 2015).

Dall'intervista con il pediatra Giovanni Palazzi (vedi Appendice A), sono frequenti entrambe le tipologie di reazioni da parte del bambino, sia quelle attive, sia quelle passive e, per cercare di comprendere il bambino e aiutarlo a sentirsi compreso, è necessario il lavoro d'équipe:

*“E’ chiaro che per noi operatori la risposta più subdola è quella passiva, perché il bambino che risponde passivamente è il bambino che non dà fastidio, non dà problemi e quindi ci illudiamo che vada tutto bene. Ecco che in questi casi serve il lavoro d’équipe, perché l'impressione che ha un medico delle volte non è l'impressione che ha l'infermiere, l'impressione che hanno i clinici delle volte non è l'impressione che hanno gli insegnanti, le nostre impressioni possono non essere le stesse dello psicologo. Allora delle volte fare incontri di equipe e confrontarsi costantemente tra tutti gli operatori, è importante perché potremmo pensare a un bambino che è adeguato nella cura, quando in realtà, “si sta tenendo tutto dentro”, e in questo senso tutte le figure sono utili.”.*

Quando l’esperienza della malattia diventa troppo difficile da elaborare, il bambino può attivare diversi **meccanismi di difesa**, come descritti dalla tradizione psicoanalitica a partire da Anna Freud (1974). Tra questi, la **regressione** è particolarmente frequente nei bambini ospedalizzati e si manifesta con il ritorno a comportamenti tipici di fasi precedenti dello sviluppo, come succhiarsi il pollice o perdere il controllo sfinterico. Può essere un meccanismo utile per aiutare il bambino a gestire la fase iniziale della propria malattia, ma al persistere di comportamenti regressivi, può costituire motivo di particolare preoccupazione, perché può voler dire che la malattia è stata vissuta dal piccolo come un evento che ha scardinato la sicurezza che egli riponeva nelle proprie capacità (Caso, 2015). La **negazione**, invece, porta il bambino a rifiutare la realtà della malattia, talvolta opponendosi alle cure. Nel caso del bambino ospedalizzato la malattia, carica di vissuti di paure e di angoscia, può essere mascherata dal piccolo con fantasie e bugie, soprattutto per esorcizzare le proprie paure. La negazione della propria condizione di malattia può tradursi nel rifiuto delle cure: accettarle significherebbe anche accettare di essere ammalato e questo potrebbe voler dire precipitare in un mare di disperazione (Caso, 2015). Altri meccanismi, come la **proiezione** o la **razionalizzazione**, contribuiscono a rendere l’esperienza più tollerabile, ma possono diventare problematici se persistono nel tempo (Caso, 2015).

Un altro tema centrale nelle narrazioni dei bambini malati è quello della **diversità**. Le trasformazioni corporee, come la perdita dei capelli nei pazienti oncologici, possono essere

vissute come una minaccia all'identità e all'immagine di sé, generando sofferenza e senso di isolamento. Le parole di una ragazza tredicenne raccontano con intensità questa esperienza, descrivendola come una “favola” segnata da tristezza ma anche dalla speranza di un lieto fine (Caso, 2015).

*“La prova più difficile, e che non scorderò mai è quando mi sono accorta che mi cadevano i capelli e sono rimasta senza, la mamma mi consolava dicendomi: “Non preoccuparti, ti cresceranno più forte e più belli”. Portavo il capo coperto da un fazzoletto. Ci sono stati giorni di sofferenza e mesi difficili da superare, pregavo e speravo in Dio per farmi guarire, ringrazio i miei genitori che mi sono stati vicini soffrendo con me. Questa è la mia favola, la racconterò per sempre finché avrò vita, è la favola piena di tristezza e malinconia, spero che un giorno sia una favola piena di felicità e di divertimento, la favola più bella che ci sia.”* (Saccomani, 2001).

A tutto ciò si aggiunge il vissuto di **solitudine**, che può assumere forme diverse. Come sottolinea Trinci (2024), è importante distinguere tra una solitudine scelta e positiva (*solitude*) e una solitudine subita (*loneliness*), che può risultare profondamente dolorosa. Nello **tsunami emotivo** che si accompagna al momento del ricovero in ospedale in quelle che possono essere le conseguenze di un evento così forte e spesso inaspettato nella vita dei bambini della sua famiglia, c'è il rischio che, nella solitudine, *loneliness*, a vacillare sia la possibilità di sentirsi vivi (Trinci, 2024).

Gli operatori sanitari ed educativi si trovano quindi di fronte alla sfida di comprendere tanti segnali e di promuovere una risposta adattiva, capace di sostenere il bambino nel suo percorso, perchè la malattia, dal punto di vista dei bambini, è un'esperienza complessa e profondamente soggettiva, che intreccia aspetti cognitivi, emotivi e relazionali.

Le loro narrazioni, i loro comportamenti e le loro reazioni rappresentano tentativi di dare senso a ciò che accade e di trovare un equilibrio in una situazione destabilizzante.

Per questo motivo, è fondamentale che gli adulti – genitori, operatori sanitari ed educatori – sappiano ascoltare, accogliere e interpretare questi vissuti, offrendo strumenti adeguati per comprendere e affrontare la malattia. Solo così sarà possibile trasformare

un'esperienza potenzialmente traumatica in un'occasione di crescita, resilienza e costruzione di significato.

In questa prospettiva, le reazioni emotive e comportamentali dei bambini di fronte alla malattia non possono essere comprese isolatamente, ma devono essere lette come espressione di un'esperienza complessa che coinvolge l'intera persona. Il modo in cui il bambino sente, interpreta e affronta la malattia si riflette nei diversi ambiti della sua vita, influenzando atteggiamenti, motivazioni e modalità di relazione con l'ambiente. Riconoscere questa complessità rappresenta un passaggio essenziale per comprendere pienamente i bisogni del bambino e accompagnarlo in modo adeguato nel suo percorso.

## 2.6 I bisogni del bambino in ospedale

La malattia e l'ospedalizzazione implicano un coinvolgimento della **sfera corporea**, con dolore fisico, limitazioni funzionali e interventi medico-sanitari spesso invasivi; della **sfera affettiva**, caratterizzata da paura, ansia e preoccupazione, che riguardano sia il bambino sia i caregiver; e della **sfera sociale**, che viene profondamente alterata a causa della sospensione della quotidianità, della scuola, del gioco, della libertà di movimento e delle relazioni con i pari.

Negli ultimi anni si è sviluppata una crescente attenzione al tema del **benessere globale** del paziente, in particolare del bambino, sottolineando come un sistema sanitario efficace debba prendersi cura della persona nella sua totalità. In questa prospettiva si inserisce il concetto di *patient satisfaction*, che evidenzia come la qualità della cura non dipenda soltanto dall'efficacia clinica, ma anche dalla percezione soggettiva del paziente rispetto all'esperienza vissuta. Ciò richiama una visione fenomenologica secondo cui ciò che conta non è solo la realtà oggettiva, ma il modo in cui essa viene percepita e interpretata dal soggetto.

Tra i bisogni fondamentali emerge quello di **ricevere informazioni** adeguate e comprensibili, nonché la possibilità di partecipare attivamente al proprio percorso di cura. Tuttavia, questo non sempre avviene, anche perché non tutti gli operatori sanitari possiedono una formazione specifica nell'ambito della psicologia dello sviluppo e sulle modalità con cui i bambini comprendono la malattia e le cure.

Il bambino piccolo, in particolare, risente in modo marcato dell'esperienza ospedaliera: le sue limitate capacità cognitive non gli consentono di comprendere pienamente ciò che accade e il ricovero può essere vissuto come un evento incomprensibile e minaccioso. Spesso emergono vissuti di abbandono e punizione, talvolta rinforzati anche da modalità educative in cui la figura del medico viene associata a una minaccia (Caviezel-Hidber, 2000).

L'**ospedale** stesso viene spesso percepito come un ambiente estraneo e poco accogliente: spazi impersonali, odori sconosciuti, strumenti medici percepiti come minacciosi e un linguaggio difficile da comprendere contribuiscono a generare paura e disorientamento. Inoltre, il bambino è chiamato ad affrontare procedure dolorose senza disporre sempre degli strumenti cognitivi per comprenderne il senso. In assenza di spiegazioni adeguate,

egli si trova esposto alle proprie fantasie, che possono amplificare la percezione di pericolo. Le reazioni emotive possono manifestarsi attraverso comportamenti regressivi o disfunzionali, come pianto, disturbi del sonno e dell'alimentazione, aumento dell'aggressività o bisogno di rassicurazione continua (Caviezel-Hidber, 2000).

### **2.6.1 Il bisogno di sicurezza e protezione: trovare rifugio nella tempesta**

Tra i bisogni più profondi del bambino in ospedale emerge quello di sicurezza, che si esprime principalmente attraverso la necessità di mantenere un legame stretto con le figure di riferimento, in particolare con la madre. Come sottolinea Filippazzi (1997), la madre rappresenta per il bambino un filtro fondamentale per avvicinarsi al mondo esterno: è lo spazio sicuro da cui partire per esplorare e a cui tornare nei momenti di paura.

Questo bisogno diventa ancora più intenso in un contesto percepito come minaccioso, dove il bambino cerca protezione nel contatto fisico, nel calore e nella familiarità della relazione.

Una ricerca riportata da Capurso e Trappa (2002)<sup>13</sup> evidenzia chiaramente questo aspetto attraverso le parole di una bambina: *“Per fortuna la mamma mi teneva la mano, il papà mi teneva l'altra mano...”*, sottolineando quanto la presenza dei genitori rappresenti una fonte primaria di conforto e contenimento emotivo.

Anche Robertson (1973) evidenzia come il bisogno fondamentale del bambino sia quello di una **relazione affettiva stabile e continua** con la figura materna (o un suo sostituto), capace di aiutarlo a regolare l'ansia e a mantenere un equilibrio emotivo tollerabile.

La presenza fisica, il contatto e le spiegazioni adeguate svolgono una funzione essenziale nel contenere la paura e favorire l'adattamento alla situazione.

Non a caso, anche i documenti sui diritti dei bambini in ospedale ribadiscono l'importanza di garantire affetto, rispetto e supporto emotivo durante il ricovero, sottolineando come il personale sanitario debba impegnarsi non solo a curare, ma anche a rassicurare e sostenere il bambino nel suo vissuto emotivo.

---

<sup>13</sup> Ricerca pubblicata da una rivista Eriksson: M. Capurso, M. Trappa, Le paure dell'ospedale in bambini di età scolare: una ricerca basata su sistemi proiettivi, “difficoltà di apprendimento”, vol.8, N.1, ottobre 2002.

In modo poetico, questo bisogno viene espresso anche nei testi rivolti ai più piccoli, che evidenziano il diritto a ricevere cure “amorose”, rispetto e vicinanza affettiva (Sarfatti, 2004).

*“È mio diritto  
ricevere affetto  
cure amorose e pieno rispetto.  
E non trattatemi da bambolotto...  
Guai a chi mi chiama “bel passerotto”!  
Quando mi portano all’ospedale  
è perché vedono che sto proprio male,  
a volte è colpa di un alto febbrone  
o della puntura di un calabrone,  
a volte è colpa di un brutto taglio  
o di una biglia ingoiata per sbaglio  
a volte è colpa di uno stupido dente  
o di un’ustione con l’acqua bollente...  
Sia l’una o l’altra la mia malattia  
quando mi portano, sono in vostra balia,  
mi sento piccolo, mi sento sola  
anche se ho Mamma che mi consola.  
E all’improvviso ho bisogno di tutto,  
di medicine, carezze e rispetto,  
di continuare a sentire vicini  
la casa, la scuola, la strada, i giardini.  
È mio diritto ricevere affetto!”  
(Sarfatti, 2004)*

Allo stesso tempo, è fondamentale che gli adulti non si sottraggano alla relazione nei momenti più difficili, ma rimangano presenti e accompagnino il bambino lungo tutto il percorso di cura, anche nelle situazioni più complesse (Jankovic, 2020).

La **presenza autentica e partecipe** costituisce infatti un elemento chiave per sostenere il bambino nel dare senso alla propria esperienza.

### 2.6.2 Bisogni educativi e relazionali

Accanto ai bisogni emotivi, assumono un ruolo centrale anche quelli educativi e relazionali. Il bambino, anche durante la malattia, mantiene il bisogno di apprendere, esprimersi, giocare e relazionarsi. Tuttavia, l'ospedalizzazione limita fortemente queste possibilità, rendendo necessario creare contesti che favoriscano la continuità dello sviluppo.

È fondamentale offrire al bambino occasioni di espressione e comprensione, attraverso attività che gli permettano di rielaborare l'esperienza vissuta. Allo stesso tempo, la relazione con i pari rappresenta una risorsa preziosa, perché consente di condividere emozioni e vissuti, riducendo il senso di isolamento.

Un altro bisogno cruciale riguarda la **partecipazione attiva** al proprio percorso di cura: essere informato, ascoltato e coinvolto nelle decisioni contribuisce a rafforzare il senso di controllo e di competenza del bambino, migliorando anche la sua capacità di affrontare la malattia.

I bisogni del bambino in ospedale non possono essere ridotti alla sola dimensione clinica, ma richiedono un **approccio integrato** che tenga conto della sua globalità. Il bisogno di sicurezza, protezione, relazione, espressione e partecipazione rappresenta un elemento fondamentale per il suo benessere e per il buon esito del percorso di cura. Riconoscere e rispondere a questi bisogni significa non solo migliorare la qualità dell'assistenza, ma anche restituire al bambino il suo ruolo di soggetto attivo, capace di comprendere, partecipare e crescere anche all'interno di un'esperienza difficile come quella della malattia.

## 2.7 Diversi modi di vivere la scuola durante l'ospedalizzazione

L'esperienza della scuola in ospedale si inserisce in un contesto esistenziale profondamente segnato dalla malattia, che incide sui tempi, sulle priorità e sui significati attribuiti alle attività quotidiane. In questo scenario, anche il rapporto con l'apprendimento assume caratteristiche peculiari, strettamente legate ai vissuti emotivi e alle modalità con cui il bambino sta affrontando la propria condizione. Lo **studio**, infatti, può essere percepito in modi molto diversi, diventando per alcuni una risorsa e per altri una difficoltà.

In questo contesto, il rapporto dei bambini con l'**apprendimento** può assumere forme molto diverse, talvolta persino opposte. Alcuni vivono la scuola come un'ancora che li collega alla vita "di prima", un modo per mantenere un senso di continuità e normalità, negando la situazione in cui si trovano; altri, invece, la rifiutano, come se impegnarsi nello studio significasse confrontarsi con un futuro incerto o con la paura di non poter più tornare alla vita di prima (Kanizsa & Luciano, 2006).

In questa prospettiva, è possibile individuare diverse tipologie di atteggiamento (Guidotti, 2022):

- Ci sono **bambini e ragazzi** che si mostrano **motivati** fin da subito: sin dai primi giorni di ricovero manifestano interesse, curiosità e desiderio di riprendere le attività scolastiche. Sono propositivi, mostrano i loro libri, fanno domande e vedono nella scuola un punto di riferimento stabile.
- Accanto a loro, vi sono **bambini ansiosi**, preoccupati per la distanza dalla propria classe, dagli insegnanti e dagli amici; temono di "rimanere indietro" e vivono con senso di colpa le interruzioni dovute alle condizioni di salute.
- I **bambini oppositivi**, ad esempio, tendono a rifiutare le proposte didattiche: la malattia e il ricovero occupano tutto lo spazio mentale, prendono il sopravvento, e rendono difficile investire energie nello studio. Rimandano, evitano, faticano a collaborare, non mostrano interesse verso la scuola.
- I **bambini disinteressati o passivi**, invece, partecipano alle attività senza reale coinvolgimento: svolgono i compiti perché "devono farlo", ma senza entusiasmo né prospettiva futura, come se il ritorno alla scuola fosse qualcosa di troppo lontano per essere immaginato.

Al di là di queste differenze, emerge con forza come, in ospedale, lo studio possa assumere un significato nuovo e profondo. Non è più soltanto un dovere, ma può diventare una risorsa preziosa, una finestra aperta sul mondo esterno, un modo per distrarsi e sentirsi ancora parte della vita quotidiana: *“Quando sei malato, lo studio diventa un lusso, diventa una gioia perché è una finestra sul mondo”* (Di Fiore & Ormanni, 2015).

Le testimonianze degli insegnanti restituiscono con grande intensità questo vissuto.

In ospedale, l'alunno non è mai “uno tra tanti”, ma una presenza unica, con una storia e una fragilità evidenti. Lo sguardo dello studente, a volte stanco ma non rassegnato, racconta il bisogno di normalità e, insieme, il desiderio di resistere.

*“In ospedale ci sono gli alunni, gli studenti, uno per uno. C'è il tuo studente che ti guarda con gli occhi a volte un po' stanchi, ma mai rassegnati, che nelle pause della lezione chiede anche a te, perché le ho chiesto silenziosamente tante volte a se stesso, se poi i capelli gli ricrescono, dopo la chemioterapia, e si aggrappa al Cinque Maggio di Alessandro Manzoni come mai sarebbe accaduto in una classe di quelle normali, per dimostrare a se stesso, e a te, e ai medici, e alla mamma e papà, che quel letto non sarà la sua Sant'Elena.”* (Di Fiore & Ormanni, 2015)

Nella relazione educativa, le reazioni degli alunni si collocano spesso lungo un continuum tra **fiducia e sfiducia**. Gli studenti che hanno sviluppato un atteggiamento fiducioso tendono a collaborare, riconoscono il ruolo dell'insegnante e sono capaci di chiedere aiuto, segno di un'esperienza positiva pregressa. Al contrario, chi ha vissuto insuccessi o difficoltà scolastiche può manifestare diffidenza, chiusura o atteggiamenti oppositivi.

In questi casi, anche la “timidezza” o il ritiro possono diventare una sorta di barriera che ostacola la concentrazione e l'apprendimento.

Per questo motivo, l'intervento educativo in ospedale richiede grande flessibilità e sensibilità. In una prima fase, può essere necessario ridurre le richieste e costruire una relazione basata su piccoli momenti di incontro, garantendo al bambino la possibilità di interrompere quando ne sente il bisogno. Progressivamente, attraverso la costruzione di una relazione stabile e significativa, è possibile avviare un lavoro più strutturato, centrato sulle difficoltà e sui bisogni dell'alunno.

Un elemento fondamentale di questo processo è il cosiddetto **contratto didattico**, che nella scuola in ospedale viene reso esplicito e condiviso: obiettivi, tempi, ruoli e attività vengono concordati tra insegnante e alunno, restituendo a quest'ultimo un senso di controllo e di centralità nel proprio percorso (Ballestrin, 2007). È proprio questa **co-costruzione** che può trasformare la relazione educativa in uno spazio di fiducia, collaborazione e, talvolta, di autentica complicità.

Fare scuola in ospedale significa confrontarsi con una pluralità di vissuti e atteggiamenti, che riflettono la complessità dell'esperienza di malattia. Riconoscere e accogliere queste differenze non è solo una necessità pedagogica, ma una condizione essenziale per costruire percorsi educativi realmente significativi, capaci di sostenere il bambino non solo nell'apprendimento, ma anche nel suo percorso di crescita personale.

## 2.8 I colori delle emozioni di fronte al “grande mostro”

Quando la malattia entra nella vita di un bambino, non lo fa mai in silenzio: irrompe, sconvolge, trasforma. Il suo vissuto emotivo diventa allora un intreccio delicato e complesso, fatto di paure spesso senza nome, di smarrimento e di tentativi, a volte silenziosi, di comprendere ciò che sta accadendo. In questo **universo interiore**, la malattia prende spesso la forma di un “grande mostro”: una presenza oscura e ingombrante, improvvisa e difficile da capire, che spezza gli equilibri quotidiani e lascia il bambino sospeso tra paura e impotenza. Questa immagine, propria del linguaggio simbolico dell’infanzia, non è una semplice fantasia, ma un modo autentico e profondo per dare voce e significato a un’esperienza così toccante.

Come racconta Michele, nove anni, *“la malattia ha bussato alla porta della mia vita, è un’esperienza difficile da superare”* (Capurso, 2007): poche parole che restituiscono con immediatezza l’impatto profondo che la malattia può avere sull’identità e sulla quotidianità del bambino.

Uno dei momenti più delicati è senza dubbio la comunicazione della diagnosi, che segna una frattura tra un “prima” e un “dopo”. In quel momento il bambino viene proiettato in una realtà nuova e spesso incomprensibile, che genera un intreccio di emozioni difficili da nominare.

Emblematica è la testimonianza di un bambino leucemico di otto anni, che associa colori diversi alle emozioni vissute. Questo linguaggio simbolico evidenzia come i bambini siano capaci di attribuire senso alla propria esperienza anche attraverso modalità espressive alternative.

*“Quando ho scoperto di avere la leucemia, sono impallidito per lo shock. Ecco il motivo per cui ho scelto il giallo: il giallo è un colore pallido. La paura è rossa, per via del sangue. Avevo paura degli aghi, dei dottori, di ciò che mi sarebbe successo. Ero arrabbiato (nero) per una serie di motivi: rimanere in ospedale, prendere le medicine, il midollo osseo e le punture spinali, le flebo, svegliato nel cuore della notte. Ed ero triste (viola) perché non avevo i miei giochi e sentivo la mancanza di tutto. Per la solitudine ho scelto il blu, perché piangevo per il fatto di non essere a casa e di non poter uscire. Il verde è la speranza: di guerrieri, di tornare a casa, di mangiare quello che cucina la mamma e di vedere i miei amici.”* (Sourkes, 1999).

La malattia, anche quando non è grave, si accompagna frequentemente a stati emotivi negativi quali paura, tristezza, stanchezza e delusione (Caso, 2015).

Tali vissuti possono assumere forme intense e difficili da contenere, dando voce a sentimenti di rabbia, frustrazione e senso di ingiustizia. Lo esprimono con forza le parole di Nicola, un ragazzino di quattordici anni: *“O malattia, perché sei mia? O malattia, sai di essere la mia agonia? O malattia, perché lasci la scia? O malattia, perché non te ne vai via lasciandomi la vita mia?”* (Jankovic, 2018).

In alcuni casi, tali vissuti possono diventare così pervasivi da occupare l'intero spazio mentale del bambino, fino a fargli percepire la malattia come parte integrante e permanente della propria identità, come racconta una ragazza di dodici anni:

*“Certe volte penso che sono sempre stata malata, non mi ricordo più di quando stavo bene, di quando ero piccola, e penso anche che sarò malata per sempre”*  
(Saccomani, 2001).

In queste situazioni emergono emozioni profonde e ambivalenti, difficili da esprimere e da comprendere anche per gli adulti. Molto toccante è la testimonianza di Edoardo, dodici anni:

*“Io non voglio morire ma ho paura di vivere”* (Jankovic, 2018), che racchiude il conflitto interiore tra il desiderio di vita e il timore di affrontarne la sofferenza.

Tuttavia, accanto a queste esperienze, emergono anche narrazioni di forza e resilienza, come quella di Matteo, dieci anni, che dopo un intervento al cuore si descrive come “forte e coraggioso”, capace di sorridere nonostante tutto:

*“Io sono arrivato in ospedale in macchina, con i miei genitori, il 20 febbraio. Ero tranquillo perché ero con Mamma e Papà e sapevo cosa mi aspettava. Mi hanno operato al cuore mio padre mi dice che sembro un uomo ragno perché ho tanti fili che mi escono dalle braccia. Mi chiamano anche Bionico perché ho una valvola metallica. Io mi sento forte e coraggioso perché non ho mai avuto paura, non mi sono lamentato e mi piace sorridere”*  
(Capurso, 2007).

Le modalità con cui il bambino affronta la malattia dipendono anche da fattori individuali, come la sua storia personale e le esperienze pregresse, ma sono fortemente influenzate anche dal contesto familiare. In molti casi si osserva infatti una sorta di “**contagio emotivo**”, per cui gli stati d’animo dei genitori si riflettono nei vissuti del bambino.

Le emozioni non elaborate possono tradursi in comportamenti disfunzionali, sia internalizzanti (chiusura, apatia) sia esternalizzanti (aggressività, opposizione), che rappresentano tentativi di far fronte a una situazione percepita come minacciosa.

Un tema particolarmente delicato è quello della percezione di “**diversità**”. Il bambino malato, soprattutto in presenza di cambiamenti fisici visibili, può sentirsi diverso dagli altri e da se stesso, sperimentando sentimenti di perdita, rabbia e frustrazione. Per evitare che questa percezione si trasformi in una visione negativa e limitante, è fondamentale aiutarlo a rileggere la propria esperienza in termini di “**specialità**”, valorizzando risorse e capacità.

In questa direzione si collocano anche molte narrazioni per l’infanzia, come la storia del piccolo Antonino e del suo “pentolino” (Carrier, 2009), che diventa simbolo di una difficoltà trasformata in risorsa (Caso, 2015). La storia di Antonino rappresenta un significativo percorso di accettazione di sé, perché lui inizialmente viene visto da tutti come “diverso”, in senso negativo, per via di quella strana abitudine di trascinarsi sempre dietro di sé un pentolino. Il sentirsi diverso è una percezione che spesso il bambino malato può vedere riflessa nell’immagine che gli altri gli rimandano di sé e che viene accresciuta dalle difficoltà che egli stesso avverte nel convivere con la propria malattia che spesso gli impedisce di fare le cose che un tempo faceva abitualmente. E questo gli costa fatica, rabbia, lacrime, il desiderio di liberarsi dalla propria malattia (liberarsi del pentolino). A un certo punto della storia, però, “bussa” proprio a quel pentolino nel quale ha ormai infilato la testa per nascondersi (come il bambino malato che a volte rischia di sparire sotto il proprio “disturbo”), un ippopotamo speciale, proiezione simbolica dell’adulto o curante, che ha il compito di insegnargli che si può convivere anche con un pentolino che ci segue dappertutto, se impariamo a renderlo parte di noi. Antonino scopre così che proprio quel pentolino può renderlo più forte e aiutarlo a esprimere se stesso e i propri talenti.

Come ricorda Di Fiore (2015), i bambini possiedono una straordinaria capacità di **vivere e attraversare le emozioni**, anche nei momenti più difficili, mantenendo il desiderio di

giocare e di vivere. Tuttavia, ciò richiede la presenza di adulti capaci di accogliere e ascoltare tali emozioni, senza negarle o minimizzarle.

Le emozioni, infatti, non rappresentano solo una risposta alla malattia, ma svolgono un ruolo attivo nel processo di cura. Le emozioni sono l'ingrediente che permette di dare "colore" alle nostre esperienze (Durosini & Triberti, 2022), cioè di dare significato all'esperienza, influenzando i comportamenti e incidendo anche sul decorso della malattia stessa, in virtù del profondo legame tra mente e corpo (Durosini & Triberti, 2022).

Le emozioni svolgono un ruolo importante nella gestione della salute e di conseguenza nell'efficacia delle terapie, e possono, in un certo senso, curare le malattie, in quanto componenti di processi psichici complessi.

Proprio per la loro forza intrinseca, le emozioni possono agire non solo sulla nostra sfera psicologica, ma anche rappresentare un forte collegamento con la nostra salute fisica.

Per questo motivo, prendersi cura del bambino malato significa anche prendersi cura del suo mondo emotivo, riconoscendone la complessità e accompagnandolo in un percorso di elaborazione che possa trasformare la sofferenza in possibilità di crescita.

**Comprendere e accogliere le emozioni** dei bambini in ospedale non è un aspetto secondario della cura, ma una componente essenziale di un approccio realmente integrato. Solo attraverso uno sguardo attento e sensibile è possibile sostenere il bambino nel dare senso alla propria esperienza, favorendo non solo il benessere psicologico, ma anche una più efficace risposta al percorso terapeutico.

*“Come i palloncini, anche i bambini volano e poi scompaiono all'orizzonte. Non li vediamo più, ma forse loro ci vedono. [...] Ho imparato così che la grandezza dei bambini è nelle loro emozioni, che i bambini sanno viverle anche nei momenti più tristi e che hanno voglia di giocare fino alla fine. E noi, noi non dobbiamo fare altro che saperle ascoltare.”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015)

### 2.8.1 La paura del “lupo cattivo”

*“La paura  
una cosa che ti perseguita  
e non ti lascio un attimo di respiro  
un peso che deve essere scacciato  
per non tornare mai più.  
Tu sei l’unico che ci può riuscire,  
e se vuoi, puoi farlo.  
in tutto il mondo il peso nero gira,  
ma quando si dissolve,  
compaiono ogni sorrisi e le facce dolci,  
che scherzano, giocano...  
Ora siamo in allegria.”*

(Ambra, Scuola Boccaccio, Firenze, 1999)

L’esperienza dell’ospedalizzazione è spesso accompagnata, nei bambini, da un intenso vissuto emotivo, in cui la paura occupa un posto centrale. Questa “**nuvola nera**” (Trinci, 2024) rappresenta un’emozione universale, una risposta naturale dell’organismo di fronte a una minaccia percepita. Nell’infanzia, tuttavia, essa assume caratteristiche peculiari: il bambino, soprattutto se molto piccolo, non dispone ancora di strumenti cognitivi e linguistici adeguati per comprenderla e verbalizzarla, e tende quindi a esprimerla attraverso comportamenti, fantasie e immagini simboliche (Capurso & Trappa, 2005; Caso, 2015).

In questa prospettiva, anche la letteratura per ragazzi offre immagini significative, come il personaggio di Olga di Carta, creato da Elisabetta Gnone nel romanzo “Olga di carta”.

Il viaggio straordinario, rappresenta una potente metafora della **fragilità** infantile: una bambina fatta di carta, delicata e vulnerabile, esposta agli elementi, eppure dotata di una resistenza inattesa. Allo stesso modo, i bambini ricoverati, soprattutto nei primi momenti successivi alla diagnosi, possono percepirsi fragili e indifesi, come se la loro stabilità fosse improvvisamente messa in discussione.

Già prima del ricovero, i bambini che magari hanno da poco ricevuto la diagnosi della loro malattia, sembrano avere la consistenza della bambina di Carta, infatti associano l’ospedale a esperienze negative: aghi, dolore, interventi, separazione dai genitori, ambienti

sconosciuti. Di fronte alla malattia, emergono domande profonde e spesso cariche di senso di colpa: *“Forse per punizione alle disubbidienze? alle bugie dette? E per quale motivo i genitori non hanno, adesso, il potere di riportarli a casa del tutto guariti?”* (Trinci, 2024).

Le testimonianze raccolte da Capurso e Trappa (2002)<sup>14</sup> mostrano con chiarezza come questi vissuti siano radicati nell’esperienza infantile:

*“Secondo me il bambino ha avuto paura dell’analisi del sangue... dei dottori... e di restare da solo perché non aveva nessun amico.”*

(bambina di seconda elementare).

*“Non era tanto l’operazione che lo spaventava, ma la solitudine che provava in quel momento.”*

(bambino di quinta elementare).

*“Nell’ospedale ho avuto paura dell’atmosfera e dell’aria che di solito c’è in un ospedale.”*

(un bambino di quinta elementare)

In assenza di un adeguato contenimento emotivo, l’angoscia può estendersi, fino a permeare ogni aspetto dell’esperienza del bambino, rendendo la realtà indistinta e spaventosa, come “un mare bianco” che invade ogni cosa (Capurso & Trappa, 2005).

Un ulteriore elemento critico è rappresentato dall’ambiente ospedaliero stesso, spesso percepito come estraneo, oscuro, minaccioso, disorientante. Lontano dai riferimenti abituali — la casa, la scuola, gli amici — il bambino si trova immerso in uno spazio fatto di suoni, odori, strumenti sconosciuti e nuove regole, in cui perde parte della propria autonomia. Anche le figure sanitarie, talvolta identificate come “camici bianchi anonimi” (Capurso, 2001a; Capurso, 2009), possono essere vissute in modo ambivalente: da un lato rappresentano la cura, dall’altro sono associate a procedure dolorose (Caso, 2015).

---

<sup>14</sup> Testimonianze prese da: Ricerca pubblicata da una rivista Eriksson: M. Capurso, M. Trappa, Le paure dell’ospedale in bambini di età scolare: una ricerca basata su sistemi proiettivi, “difficoltà di apprendimento”, vol.8, N.1, ottobre 2002:

In questa cornice, l'ospedale può assumere i tratti simbolici di un "lupo cattivo", una figura minacciosa simile a quelle delle fiabe, attraverso cui il bambino cerca di rendere comprensibile una realtà percepita come pericolosa. Emblematica, in questo senso, è la narrazione riportata da Caso (2015), in cui un bambino immagina di essere stato "rapito" dai medici e sogna di diventare poliziotto per salvare altri bambini dall'ospedale:

*"In ospedale, andrei a trovare, vestito da poliziotto, tutti i bambini malati e porterei loro i palloncini, i giocattoli e darei loro i soldi per comprarsene ancora. Infine, ordinerei a tutti i dottori all'infermiere di portare i bambini solo medicine buone e di non farli piangere quando devono fare le punture, ma di mettergli il catetere perché fa meno male."* (Gamba, 2000).

I timori non riguardano soltanto il presente, ma si estendono anche al **futuro**: la possibilità di non guarire, di subire cambiamenti fisici o di diventare "diversi", fino ad arrivare, nei casi più gravi, al pensiero della morte (Caso, 2015). A questi si intrecciano altre emozioni, come vergogna, rabbia, noia e tristezza, che contribuiscono a rendere l'esperienza complessa e destabilizzante.

Nei primi giorni di ricovero, tale vissuto può assumere una dimensione totalizzante, coinvolgendo anche la famiglia e generando confusione e disorientamento (Ballestrin, 2007). In queste situazioni si può parlare di **esperienza traumatica**: una "ferita" psicologica che emerge quando il bambino si trova ad affrontare eventi che superano le sue capacità di elaborazione (Durosini & Triberti, 2022). Gli effetti possono manifestarsi non solo nel breve termine, ma anche a distanza di tempo.

Secondo il modello di Michael Balint (1969), ripreso da Trinci (2024), il trauma si sviluppa in tre fasi: una condizione iniziale di dipendenza e fiducia nell'adulto; l'irruzione di un evento improvviso e destabilizzante; infine, la ricerca di senso e contenimento attraverso la relazione. In quest'ultima fase, la qualità del legame con l'adulto diventa fondamentale per integrare l'esperienza e restituirle significato.

Nonostante l'intensità di questi vissuti, è importante sottolineare come essi possano rappresentare anche una possibilità evolutiva. Con il supporto di adulti significativi e di contesti educativi sensibili, il bambino può trasformare l'esperienza in occasione di

crescita. La letteratura per l'infanzia, ad esempio, propone spesso metafore di attraversamento — come il bosco o il labirinto — che aiutano a rielaborare le emozioni e a scoprire risorse interiori (Caso, 2015).

In questa prospettiva, diventa essenziale costruire un ambiente ospedaliero a misura di bambino, capace di accogliere e contenere il suo vissuto emotivo. Relazioni significative, spazi di gioco e opportunità espressive possono contribuire a trasformare l'ospedale da luogo di paura a spazio di cura e crescita. La paura, dunque, pur rappresentando una componente centrale dell'esperienza, non è immutabile: se riconosciuta e accompagnata, può essere attraversata e trasformata, aprendo alla possibilità di resilienza e sviluppo.

### **2.8.2 Percorsi educativi per affrontare la paura dell'ospedale**

Affrontare la paura dell'ospedale nei bambini richiede la costruzione di percorsi educativi mirati, capaci di integrare dimensione cognitiva, emotiva e relazionale. Non si tratta solo di rassicurare, ma di offrire strumenti concreti che permettano al bambino di comprendere ciò che accade, sentirsi più competente e sviluppare un senso di controllo sulla situazione.

In questa prospettiva, le strategie educative assumono un ruolo fondamentale nel favorire una gestione più consapevole delle emozioni legate alla malattia e al ricovero (Capurso & Trappa, 2005).

Un primo passo essenziale consiste nell'aiutare i bambini a riconoscere e conoscere le proprie paure. Dare un nome alle emozioni, esprimerle e confrontarle con la realtà consente di ridurre l'intensità e di evitare che diventino travolgenti. Attraverso adeguate strategie di coping, il bambino può imparare a gestire i propri vissuti, integrandoli come parte legittima della propria esperienza (Capurso & Trappa, 2005).

In questa direzione si collocano numerose esperienze educative che dimostrano come sia possibile trasformare la paura in occasione di crescita. Un esempio significativo è il giornalino **“Vi mando un bel ciao. Storie vere e inventate dai bambini per bambini”**, realizzato presso la scuola primaria dell'ospedale pediatrico A. Meyer di Firenze<sup>15</sup>.

Questo progetto, attivo dal 1996, mette in comunicazione bambini ospedalizzati e bambini sani attraverso lettere, racconti, disegni e poesie. Ogni numero è dedicato a un tema specifico e diventa uno strumento didattico anche per le scuole del territorio.

---

<sup>15</sup> Fondazione Ospedale Pediatrico Meyer (<https://www.fondazionemeyer.it/progetto/playtherapy>)

L'esperienza ha una duplice valenza: da un lato aiuta i bambini ricoverati a superare il senso di isolamento, mantenendo un legame affettivo con la propria classe e con altri coetanei; dall'altro permette ai bambini sani di sentirsi parte attiva nel sostegno del compagno malato. Inoltre, il progetto contribuisce a rafforzare l'autostima del bambino ospedalizzato, che, pur lontano dalla classe, continua a sentirsi protagonista di un'esperienza significativa (Capurso & Trappa, 2005).

Un altro intervento rilevante è il progetto **“L'ospedale lo conosco anch'io”**, attivo dal 2004 nelle scuole dell'infanzia della città di Parma.

Si tratta di un percorso preventivo rivolto a bambini in condizioni di benessere, con l'obiettivo di ridurre il disagio legato a una possibile futura ospedalizzazione. Attraverso attività ludiche e narrative, i bambini vengono guidati a esplorare emozioni e vissuti connessi alla malattia e al ricovero.

Elemento centrale del progetto è la storia di **Tilly**, una farfalla che accompagna il piccolo Celestino nel suo percorso ospedaliero. I bambini attraverso la lettura della favola intraprendono il loro viaggio di conoscenza dell'ambiente ospedaliero rielaborando emotivamente tutti i vissuti connessi a tale esperienza. La narrazione diventa così uno strumento didattico privilegiato: attraverso la metafora e l'identificazione con i personaggi, il bambino può rielaborare simbolicamente le proprie paure. La scelta della farfalla non è casuale, ma richiama l'idea di trasformazione, crescita e vitalità, offrendo una rappresentazione positiva e dinamica dell'esperienza (Capurso & Trappa, 2005).

Particolarmente significativo è anche il progetto **“Conosciamo l'ospedale”**, attivo dal 1999 e rivolto ai bambini della scuola dell'obbligo. Questo percorso, realizzato da un'équipe educativo-sanitaria, ha lo scopo di far conoscere il funzionamento dell'ospedale e di favorire la rielaborazione dei vissuti emotivi. Il progetto si articola in diverse unità di lavoro e include attività come la visione del filmato *“L'orsetto Judy viene ricoverato”*.

L'aspetto innovativo risiede nel coinvolgimento non solo dei bambini ospedalizzati, ma anche dei loro compagni di classe. In questo modo si promuove una conoscenza condivisa dell'esperienza ospedaliera, facilitando la comunicazione e riducendo le paure legate al possibile ricovero. I commenti dei bambini evidenziano l'efficacia dell'intervento:

*“Prima pensavo che l'ospedale fosse un posto pauroso e triste... ora ho capito che si può giocare e continuare a imparare mentre ci curano”* (Pietro, terza elementare).

Allo stesso modo, emergono strategie spontanee di gestione della paura:

*“Con la fantasia... riesco a vedere una nuvola rossa che rappresenta la paura, poi la butto fuori insieme all’aria”* (Gianluca, quarta elementare) (Capurso & Trappa, 2005).

Questi esempi mostrano come l’educazione possa offrire ai bambini strumenti concreti per affrontare l’ansia, trasformando emozioni difficili in esperienze gestibili e condivisibili.

In generale, promuovere percorsi educativi sul tema dell’ospedalizzazione anche in contesti di normalità — come la scuola — rappresenta una strategia preventiva di grande valore.

La malattia e il ricovero sono eventi possibili nel corso della vita, e preparare i bambini ad affrontarli significa ridurre il senso di smarrimento e solitudine che spesso li accompagna. Offrire spazi di parola, confronto e narrazione permette ai bambini di esprimere il proprio disagio, di conoscersi meglio e di sviluppare competenze emotive fondamentali.

Per queste ragioni, i percorsi educativi rappresentano uno strumento essenziale per aiutare i bambini a fronteggiare la paura dell’ospedale. Attraverso la conoscenza, la narrazione, il gioco e la relazione, essi possono trasformare un’esperienza potenzialmente traumatica in un’occasione di apprendimento e crescita, rispondendo a un bisogno fondamentale: quello di essere accompagnati, compresi e sostenuti nel proprio vissuto emotivo (Capurso & Trappa, 2005).

*“Esiste sempre un punto di leva per ribaltarlo, il dolore, e trasformarlo in qualcos’altro.”*

(Natalicchio, 2013)

## **2.9 Disegni e parole: l'espressione del bambino in ospedale**

L'ospedale può essere immaginato come un luogo in cui le storie non si limitano a coesistere, ma si sfiorano, si riflettono e talvolta si intrecciano in modo silenzioso e continuo.

Nei corridoi, nelle stanze di degenza, nelle sale d'attesa o negli spazi di gioco, prendono forma narrazioni diverse ma unite da un'esperienza comune: quella della malattia.

Sono storie di bambini e bambine, di genitori, medici, infermieri, insegnanti, educatori e volontari, accomunati da un tempo sospeso, in cui la quotidianità si trasforma e assume nuovi significati.

Dentro questo intreccio di vite e vissuti, il bambino non appare soltanto come soggetto fragile o passivo, ma come un piccolo narratore della propria esperienza. Attraverso il modo in cui osserva, interpreta e rielabora ciò che accade, egli attribuisce senso alla realtà che lo circonda, soprattutto quando incontra adulti capaci di ascoltarlo.

Al contrario, il silenzio o la mancata condivisione della verità possono interrompere questo processo, lasciando spazio a paure non nominate e a significati confusi. Anche il bambino, invece, può pensare, raccontare e trasformare la propria esperienza in una forma di comprensione e crescita (Caso, 2015).

In questo processo, un ruolo particolarmente significativo è svolto dai **disegni** e dai **racconti**, che diventano canali privilegiati di espressione emotiva.

### **2.9.1 Il disegno come rappresentazione della malattia**

Attraverso il disegno, il bambino dà forma immediata a ciò che prova, trasformando emozioni spesso difficili da verbalizzare in immagini concrete, cariche di significato simbolico. Allo stesso modo, il racconto, spontaneo o guidato, gli permette di costruire una narrazione della propria esperienza, ordinando paure, desideri e vissuti interni. In entrambi i casi, si tratta di **linguaggi** che non si limitano a rappresentare la realtà, ma la rielaborano, offrendo al bambino uno spazio sicuro in cui poter dare voce a ciò che altrimenti resterebbe inesprimibile.

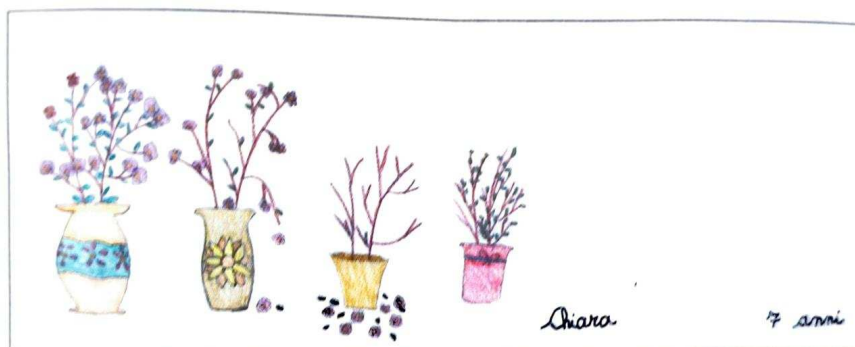
Nel disegno di Giulio (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007), la malattia assume le sembianze di un “mostro orribile” da affrontare e combattere: una rappresentazione che restituisce tutta la forza della paura, ma anche la presenza di una

dimensione attiva e coraggiosa, in cui il bambino non si percepisce soltanto come vittima, ma come protagonista del proprio confronto con la malattia.



*“La mia malattia è come un mostro orribile”* (Giulio, 9 anni)

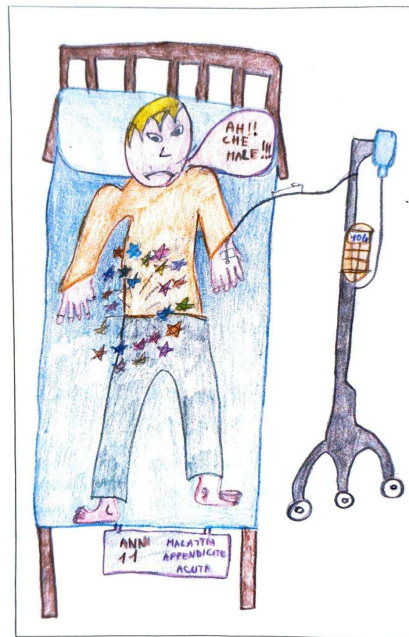
Al contrario, nel disegno di Chiara (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007), la malattia viene rappresentata attraverso l’immagine di un fiore che sfiorisce e poi rinasce, evocando un ciclo di trasformazione in cui fragilità e speranza coesistono. La bambina riesce a vedere il vissuto della malattia, seppur spoglio, secco e senza fiori, come una parentesi della sua vita, un periodo che si supera, dopo il quale anche lei stessa “rinasce”.



*“La mia malattia è come un fiore che sfiorisce e poi rinasce.”* (Chiara, 7 anni)

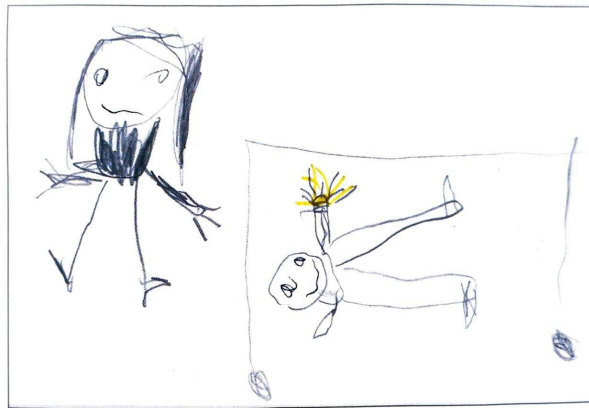
In entrambi i casi, il disegno diventa uno spazio simbolico in cui l’esperienza della malattia viene trasformata in immagini che permettono di darle significato, contenerla e renderla più sopportabile.

Nel caso di Marco (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007), ad esempio, la malattia occupa quasi interamente la scena: il dolore dell'appendicite e la presenza della flebo lo "inchiodano" al letto, mentre l'espressione del volto e il fumetto esplicitano chiaramente il suo stato di sofferenza. Nonostante ciò, il bambino dimostra di possedere risorse cognitive significative, riuscendo a nominare la propria malattia e a comunicarla.



(Marco, 11 anni)

Diversa, ma altrettanto significativa, è la rappresentazione di Stefano (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007), di soli cinque anni, che dopo un intervento chirurgico esprime il proprio dolore attraverso il colore: il giallo della mano diventa l'unico elemento cromatico di un corpo appena abbozzato. Accanto a lui compare la figura rassicurante della madre, protesa verso il bambino, simbolo di protezione e vicinanza affettiva.



(Stefano, 5 anni)

Nei casi più complessi, come nelle patologie oncologiche, i disegni possono assumere forme ancora più simboliche e intense.

Felipe (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007), ad esempio, rappresenta la malattia come un “germetto” minaccioso che si avvolge attorno al cervello, quasi a visualizzare concretamente la presenza del male all’interno del proprio corpo. Questa rappresentazione, tipica dell’animismo infantile, evidenzia come il bambino percepisca la malattia come una forza attiva e potenzialmente distruttiva.



*“Ho disegnato la mia testa con le orecchie e i capelli.*

*Ho disegnato il cervello e ho fatto anche le vene.*

*Dentro c’è il germetto cervellone, immagino che si è infilato qua (indica la testa)”*

(Felipe, 6 anni)

Queste rappresentazioni evidenziano come la costruzione dell'immagine mentale della malattia dipenda non solo dalle sensazioni corporee, ma anche dalle emozioni e dai significati connessi alla malattia. Il modo in cui il dolore raccontato, spiegato e condiviso incide profondamente sul modo in cui il bambino lo vive e lo integra nella propria esperienza (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007).

Se attraverso il disegno il bambino dà forma alla propria esperienza, è attraverso la parola e la narrazione che tale esperienza può essere rielaborata, organizzata e progressivamente trasformata.

### **2.9.2 Narrazioni tra immaginazione e speranza**

Accanto a vissuti di sofferenza e paura, dolore e smarrimento, emergono tuttavia anche **narrazioni di speranza e resilienza**.

È il caso di Mirsad (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007), che descrive il proprio percorso non solo come una prova dolorosa, ma come una vera e propria “battaglia” in cui egli assume un ruolo attivo e combattivo di fronte alla malattia. Nel suo racconto, la perdita iniziale delle capacità sensoriali e il senso di disorientamento si trasformano progressivamente in un'esperienza di lotta e resistenza, fino all'immagine finale di una vittoria ottenuta grazie alla forza del desiderio di vita:

*“Vi parlo della mia malattia, con la quale sto combattendo quasi già da un anno. Sono stato quasi sempre bene fino al giorno nel quale mi sono accorto di perdere la vista. Allora sono iniziati gli incubi perchè iniziavo a perdere il senso dell'orientamento. Da allora ho iniziato a perdere "vivere" in ospedale. Ho sofferto molto fino a quando non hanno scoperto di che malattia si tratta. Allora è iniziata la mia battaglia contro il male della malattia che io ho (tumore cerebrale). Ho fatto due grandi interventi ma non ho potuto risolvere il problema come se la mia malattia avesse voluto vincere contro di me. Per caso sono arrivato anche in questo ospedale, e senza mai arrendermi ho fatto un altro intervento. Questa volta ce l'ho fatta, ho vinto la malattia che poche persone sconfiggono. Il desiderio per la vita è stato più forte.”* (Mirsad, 12 anni)

In questa stessa direzione, anche le poesie e i racconti dei bambini testimoniano la capacità di trasformare la malattia in una narrazione dotata di senso, in cui convivono difficoltà e possibilità di rielaborazione positiva (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007).

Francesca, ad esempio, rappresenta la malattia come una “magia” fastidiosa e noiosa, ma non abbastanza potente da spegnere il suo desiderio di vivere e di giocare. Nonostante la fatica fisica, il suo racconto si apre alla presenza del sogno e dell’immaginazione, che le permettono di trasformare l’ospedale in uno spazio simbolico di serenità e di condivisione affettiva:

*“La mia malattia è come una magia...  
Forse è solo un mago me la può portare via:  
è una febbre molto noiosa  
che rende la giornata fastidiosa.  
Ma la mia pelle accaldata e il mal di testa  
non mi impediscono di far festa:  
col mio coraggio e il mio desiderio  
nessun malanno fa di me sul serio!  
Anche in ospedale il sogno mi fa compagnia  
e io vedo una spiaggia dipinta da allegria,  
dove mi reco insieme ai miei cari  
per rendere dolci momenti più amari.”*  
(Francesca)

In modo diverso, Martina costruisce una narrazione complessa e dinamica, in cui la malattia viene assimilata a immagini in continuo movimento: una storia che cambia finali, un ostacolo che si apre e si richiude, un tunnel che può essere ampliato. Pur nella fatica di questa instabilità, emerge l’idea di un processo in divenire, in cui la possibilità di uscita non viene mai del tutto negata:

*“La mia malattia è come...*

*La mia malattia è come una storia con finali diversi.*

*E quando siamo all'ultima puntata, all'improvviso si presenta alla serie successiva.*

*È un'autostrada molto stretta che impedisce al traffico di circolare, a causa di molte precipitazioni. È come un coniglietto chiuso in un tunnel che vorrebbe uscire per correre nei prati in libertà ma si affanna perché non trova la via di uscita.*

*Dei bravi scavatori hanno cercato di allargare quel tunnel per vie diverse.*

*All'inizio sembrava di avere allargato il punto di uscita del tunnel..., ma poi, a causa dei dispetti dei fenomeni atmosferici, il tunnel si è chiuso di nuovo. Allora, gli escavatori hanno dovuto allargarlo ancora con mezzi più sofisticati. E così il coniglietto potrà uscire ed entrare tutte le volte che vorrà senza doversi sopprimere.”*

(Martina)

Diversamente, Stefano restituisce un vissuto più cupo e frammentato, in cui la malattia assume forme minacciose e invasive, difficili da controllare e da comprendere. Le sue immagini evocano una forte angoscia e un senso di solitudine profonda:

*“La mia malattia è come...*

*La stanza chiusa di chi si sente solo.*

*un disegno che non avresti mai voluto fare*

*Un'esperienza demonica che non riesce a vedere*

*Un drago che ti colpisce senza che te ne accorgi*

*Un diavolo che viene e non sa come ha fatto*

*La voglia che ti viene di diventare cieco.”*

(Stefano, dieci anni)

Accanto a queste narrazioni, emerge anche la **dimensione relazionale ed educativa dell'ospedale**. Molti bambini scoprono infatti che lo spazio ospedaliero non è solo luogo di cura, ma anche di incontro, gioco e socialità.

La scuola in ospedale e le attività ludico-educative contribuiscono a ricostruire una dimensione di “normalità”, creando uno spazio intermedio tra malattia e quotidianità. Qui

si costruiscono relazioni significative e si attivano risorse personali fondamentali per affrontare l'esperienza della cura.

Come racconta Angelo (Caso, 2015), incontrare altri ragazzi che vivono esperienze simili permette di sentirsi compresi e meno soli, trasformando l'ospedale da luogo di sofferenza a spazio di relazione e sostegno:

*“[trovi] persone con cui confrontarti e confidarti, persone che hanno vissuto la tua stessa esperienza e che possono veramente capirti [...] [e che sanno darti] quella carica che ti serviva per affrontare nel modo giusto quel mondo totalmente nuovo che avevi paura di combattere. Ora recarti in ospedale, non è più un problema... hai trovato ragazzi fantastici e unici e sei felice!! Sì... sei felice perché non sei più solo!!!”.*

Un ulteriore elemento significativo riguarda il rapporto con il “**mondo fuori**”, spesso idealizzato attraverso la finestra dell'ospedale. Lo spazio esterno diventa simbolo di libertà e di desiderio, mentre elementi quotidiani assumono nuovi significati affettivi e simbolici (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007).

Il sentirsi “rinchiuso” nella stanza dell'ospedale porta il bambino a valorizzare tutto ciò che appare lontano e irraggiungibile. Così, elementi della quotidianità prima dati per scontati (un prato, il cielo, il gioco all'aperto...) assumono un valore nuovo e profondamente significativo (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007).

*Fuori appare tutto bello, anche quel prato che fino a ieri era solo il campetto su cui si andava a giocare a pallone, anche quel cielo che sembrava solo parlare di una possibile pioggia e che oggi sembra popolato da nuvole personificate che diventano quasi mezzi di locomozione per un viaggio immaginario. La nostalgia, come sentimento che riporta alle origini, sembra funzionare da possibile contenimento di un'esperienza su quella vita che rischierebbe di infrangersi. (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007).*

Dalla paura alla speranza, dall'angoscia alla trasformazione, ogni narrazione rappresenta un tentativo di mantenere un senso di continuità e di costruire significati personali.

La scrittura, dunque, permette di rielaborare e condividere la propria esperienza, permettendo al bambino un ruolo attivo nel proprio percorso di cura.

Carolina, ad esempio, costruisce un'immagine delicata e luminosa, in cui l'attesa si intreccia al desiderio di un futuro migliore: la malattia, inizialmente presente, si dissolve progressivamente fino a trasformarsi nei colori dell'arcobaleno, simbolo di rinascita e leggerezza:

*“Nuvole rosa si muovono  
e cambiano immagine nel cielo azzurro...  
E io sto aspettando un raggio di sole!!!  
Il mio pensiero vola leggero in un sogno,  
dove la felicità mi accarezza  
con la dolce musica delle onde del mare...  
insieme alla speranza di un domani migliore...  
quando sorridono infermieri e dottori.  
E la mia malattia vola leggera  
dalla finestra e si trasforma  
nei colori dell'arcobaleno.”*  
(Carolina, dieci anni)

Anche Isabella restituisce, attraverso immagini evocative e armoniose, un mondo in cui la vita continua a manifestarsi nella sua energia e nella sua bellezza. I suoi versi richiamano movimento, calore e vitalità, suggerendo una capacità di andare oltre la malattia per riconnettersi a dimensioni profonde come la gioia, l'amore e la pace:

*“Aquiloni...voci del cielo  
Volteggiano colorati.  
Bambini gioiosi  
corrono in luoghi incantati.  
Neve magica che tutto copre  
in una dolce quiete.  
Scintille di fuoco nel camino  
Caldo improvviso  
Energia vitale nelle vene  
Scoppio di vita*

*Gioia di vivere  
Amore profondo...  
PACE.”  
(Isabella, dieci anni)*

Il pensiero narrativo consente di mantenere un contatto con emozioni positive, alimentando la speranza per bilanciare le difficoltà del presente, come nel caso di Angelica (Bianchi di Castelbianco, Capurso & Di Renzo, 2007):

*“Guardando alla finestra.  
Ho scelto questo tema perché mi diverto a guardare  
fuori la finestra ed a immaginare un mondo tutto mio.  
Guardando fuori la finestra tanti bambini pattinano gioiosi,  
quelli più piccoli imparano  
quelli più grandi in tanti gruppi  
ridono con tutta la loro armonia.  
Io sono qui, a guardarle,  
e come per incanto tutto si ferma:  
l'orologio non scandisce più minuti,  
il bambin grassottello che mangia  
contento resta immobile  
e tutti quei bambini felici non respirano un soffio d'aria.  
Arriva una bambina,  
carina e biondina  
a cavallo di una mongolfiera,  
mi tende la mano  
portandomi via con sé.  
Scendiamo giù velocemente  
e io con gli altri bambini volteggio felice.  
Riaprendo gli occhi mi accorgo che: era solo un sogno.”  
(Angelica, dieci anni)*

In modo analogo, altri bambini descrivono il mondo esterno come spazio di speranza, trasformazione e desiderio di rinascita, dove la malattia si dissolve simbolicamente nei colori e nella luce. Anche nei vissuti più difficili, in cui è tutto grigio anche fuori dalla finestra, come nel caso di Alice, emerge una tensione verso il cambiamento e l'attesa di un futuro diverso, in cui la finestra diventa luogo di osservazione ma anche di speranza:

*“Guardando fuori dalla finestra  
dalla mia stanza  
tutto mi sembra triste,  
gli alberi sembrano non avere luce, sole, aria  
per poter continuare a vivere e a farci vivere,  
le nubi grigie che coprono il sole e che si scontrano  
con i tetti delle case  
mi fanno paura.  
Ed io, dalla solita buia stanza dell'ospedale osservo,  
osservo e osservo...  
Tutto il giorno osservo e non mi stanco mai  
perché il mondo cambia,  
anche io cambio,  
tutti cambiamo.  
Diamo tempo al tempo per poter far sbocciare i fiori nell'erba,  
per poter dare spazio al sole e per guardare  
serenamente fuori dalla finestra.  
Dobbiamo aspettare,  
aspettare e sperare  
sperare che il sole continui a splendere  
e che io chiuda quella finestra della mia stanza  
per vedere il mondo al di fuori,  
respirando l'aria libera dell'inizio della primavera.”*  
(Alice, 12 anni)

In conclusione, l'ospedale non è solo un luogo di cura fisica, ma uno spazio complesso in cui si intrecciano vissuti, emozioni e significati. Attraverso il disegno, la narrazione, la relazione e le attività educative, i bambini dimostrano una straordinaria capacità di dare senso alla propria esperienza. Riconoscere e valorizzare queste risorse significa accompagnarli non solo nel percorso di cura, ma anche in un processo di crescita personale, in cui anche la malattia può diventare parte di una storia che continua ad evolversi.

## CAPITOLO 3

La luce della scuola in ospedale che guida nella “tempesta”

*"La felicità in ospedale non è l'assenza della malattia, ma è la capacità di fare spazio alla vita nonostante tutto. È un sorriso rubato a una terapia, il disegno venuto bene, la gioia di aver superato un compito di matematica sul letto del reparto. Sono storie di incredibile felicità perché fioriscono dove nessuno penserebbe mai di cercarle."*

*(Di Fiore & Manzo, 2020)*

### 3.1 Finalità educative e pedagogiche della Scuola in Ospedale

*“La scuola ospedaliera è una finestra aperta sul mondo e sul futuro [...] Anche nei momenti più difficili la scuola deve cercare di offrire uno spazio in cui si parli ancora di vita.”*

(Carmen, insegnante ospedaliera)

*“Quei giorni in ospedale sono stati duri, ma sono stati decorati da alcune bussate sulla porta. Erano le bussate della sapienza, le bussate di un'ora di felicità.*

*La Scuola in Ospedale infatti è stata per me una delle cose più belle perché mi riportava la nostalgia delle mattine quando mi svegliavo per andare a scuola. Così io mi sentivo come i miei amici e mi potevo rivivere le stesse emozioni. Potevo anch'io imparare cose nuove, parlare in italiano cosa che è stata per me uno dei più grandi desideri. Mi divertivo con le insegnanti che rendevano più belle le mie giornate con le loro parole, con il loro sorriso. Non tutti i ragazzi amano la scuola ma gli insegnanti in ospedale facevano sì che alla fine di un'ora di lezione ti veniva spontaneo chiedere: “Verrete di nuovo?”. Per me è stata di grande importanza la Scuola in Ospedale perché dopo tanti medicinali potevo distrarmi un po' ed entrare in un altro mondo, in un mondo dove potevo sorridere. Solo una persona che è stata ricoverata in ospedale potrebbe sentire quella sensazione e capire com'è importante il sorriso oltre il vetro della tua porta e quando nella tua stanza entra un'altra persona per regalarti affetto.”* (studentessa Eranda, in Gasperini, 2023)

La Scuola in Ospedale si configura come una luce che, nel buio e nella “tempesta” della malattia, riesce a guidare il bambino, permettendogli vedere uno spiraglio, una luce di speranza che lo guida, in un momento della vita in cui tutto sembra incerto, verso il domani.

Essa si presenta come un modo del tutto “speciale” di “fare” ed “essere” Scuola (Patrizio, 2020). Non si tratta di una semplice riproduzione della scuola tradizionale all'interno dell'ospedale, ma di un'esperienza educativa complessa, caratterizzata da tempi, spazi, modalità e “alfabeti” di apprendimento diversi da quelli normalmente presenti nel sistema scolastico (Balestri, 2022).

Come poeticamente espresso da Boffo (2022), questa realtà si presenta come una vera e propria “scelta di vita” e una “**scuola d’amore**” che supera la dicotomia tra sano e malato, ponendosi l’obiettivo di non lasciare nessuno solo e abbandonato nel proprio dramma:

*“[...] E’ la Scuola che, in poche parole,  
educa, forma, dona istruzione,  
cura chi gioisce come chi si duole,  
ama ogni pensiero tanto quanto ogni emozione.  
Tra me e te e viceversa, tra una gioia e un’agonia,  
questa Scuola non distingue l’uomo sano dal malato,  
perché sa che chi attraversa la più amara malattia  
è chi cresce e muore solo, nel suo dramma abbandonato.  
Questa Scuola, che è d’amore,  
è in ogni dove e a tutte le ore:  
basta solo essere insieme, nel dolore e nella gioia,  
e il “qui” ed “ora” sarà “nostro”, che si viva o che si muoia.  
Questa Scuola, scelta di vita  
non è scritta in un quaderno;  
se fosse in me o in te sarebbe finita,  
ma il suo dono sta tra noi e il suo divenire è eterno.”*

Quando la scuola entra in corsia si confronta con una realtà molto diversa da quella ordinaria, caratterizzata da ritmi particolari, nuove modalità di comunicazione e dall’esperienza della malattia. Quest’ultima può ridurre l’autonomia del bambino e della sua famiglia, modificando le abituali relazioni sociali. Per questo motivo, la scuola in ospedale non può limitarsi a riproporre il modello scolastico tradizionale. La sua efficacia dipende dalla capacità di mettere al centro la persona e i suoi bisogni, utilizzando l’apprendimento come strumento di crescita globale. Gli insegnanti sono quindi chiamati ad **andare oltre** la semplice trasmissione dei contenuti, adattando il proprio intervento alle esigenze e alle emozioni degli alunni ricoverati e offrendo ascolto, sostegno e rassicurazione di fronte a paure e preoccupazioni (Bianchi di Castelbianco et al., 2007).

In questo scenario, la scuola svolge un importante ruolo di collegamento tra il bambino, il suo ambiente di vita e l'ospedale (Bianchi di Castelbianco et al., 2007). L'intervento educativo si basa sull'ascolto e sull'accoglienza dei bisogni del piccolo paziente, nel rispetto delle regole e delle esigenze della struttura sanitaria, con l'obiettivo di mantenere un legame tra l'esperienza della malattia e la vita quotidiana esterna (Bianchi di Castelbianco et al., 2007).

In questo modo, la scuola aiuta il bambino a mantenere un senso di continuità con la propria vita quotidiana, contrastando gli effetti di un ambiente che spesso limita il movimento, il gioco e l'esplorazione, aspetti fondamentali per la crescita. Il rischio, infatti, è che il bambino venga identificato esclusivamente con il ruolo di paziente, perdendo temporaneamente alcuni aspetti della propria identità. In questo contesto la scuola rappresenta un punto di riferimento importante, in quanto accompagna il bambino nell'adattamento alla nuova situazione, rispettandone i tempi e valorizzandone le risorse.

La scuola in ospedale viene spesso considerata uno spazio di normalità all'interno di una condizione profondamente diversa dalla vita quotidiana (Kanizsa & Luciano, 2006; Kanizsa & Dosso, 1998). Essa offre momenti di serenità che interrompono, almeno temporaneamente, le preoccupazioni legate alla malattia, alle cure e al ricovero, sia per il bambino sia per la sua famiglia (Kanizsa & Luciano, 2006). Allo stesso tempo, l'attività scolastica aiuta a mantenere viva la cosiddetta “**prospettiva del ritorno**”, cioè la speranza di poter riprendere la propria vita e tornare alla normalità una volta concluso il percorso di cura (Pirro, 2020).

Grazie al collegamento con la scuola di provenienza e con il territorio, il bambino continua infatti a sentirsi parte della propria comunità, rendendo la scuola un importante supporto al processo terapeutico (Pirro, 2020).

Tale funzione emerge chiaramente anche dalle parole dell'insegnante del Policlinico di Modena intervistata (vedi Appendice A), secondo la quale la scuola restituisce al ragazzo una dimensione di quotidianità fondata sull'apprendimento, sulle relazioni e sulla curiosità. Soprattutto, essa permette di mantenere viva una progettualità futura, poiché ogni traguardo scolastico comunica allo studente la possibilità concreta di continuare a investire su se stesso e sul proprio domani.

Un **ospedale “a misura di bambino”** opera per sviluppare e tutelare alcuni aspetti fondamentali per la qualità della vita del bambino: **gioco, scuola e creatività**, mediante

l'impiego di professionisti dell'educazione in grado di sostenere dal punto di vista psico-relazionale il bambino malato e la sua famiglia (Venera, 2009).

Di conseguenza, la tutela del diritto alla salute non si esaurisce nei protocolli clinici, ma si realizza attraverso interventi educativo-didattici che si integrano pienamente nel programma terapeutico (Abbate, 2019). Accanto al disagio dell'ospedalizzazione, l'istruzione in corsia agisce sul benessere psicofisico, riducendo l'isolamento, promuovendo l'autonomia e l'autostima e spingendo lo sguardo dell'alunno verso il domani (Abbate, 2019).

Come ricordato da Jankovic (2019), lo **studio** e il **gioco**, la **spensieratezza** e lo **svago**, sorretti da **amore** e **dedizione**, costituiscono binomi fondamentali affinché il bambino possa tornare a credere in una vita che lo ha messo a dura prova.

A tal proposito, l'esperienza diretta dei docenti conferma il valore quasi terapeutico dell'apprendimento in reparto:

*“In ospedale lo spazio della lezione diventa un'isola di libertà per il ragazzo. Se i medici si occupano del corpo malato, l'insegnante si siede accanto a ciò che resta sano: la mente, la fantasia, la voglia di scoprire. Fare scuola in reparto significa mettersi in un ascolto profondo che accoglie non solo i dubbi sulla matematica, ma anche le paure più indicibili.”* (Ballestrin, 2007).

Quando un alunno-paziente si concentra su una storia, risolve un problema o disegna, la malattia “fa un passo indietro”. In quei minuti la stanza d'ospedale scompare e il ragazzo riprende possesso della propria identità, che la diagnosi rischiava di cancellare (Ballestrin, 2007). È un'esigenza vitale che ridefinisce il senso stesso dello studio, ribaltando la percezione che ne hanno gli studenti della scuola ordinaria:

*“Tutti gli studenti dovrebbero capire, guardando gli alunni in ospedale, quanto può essere importante, fondamentale, vitale, lo studio. Come può aiutare a credere e a sperare nel futuro. I miei studenti speciali, nel dolore e nella sofferenza, vogliono studiare per costruirsi un futuro, pur sapendo che, forse, un futuro non ce l'avranno.”* (Di Fiore & Ormanni, 2015)

*"In ospedale la scuola non è più l'obbligo di andare a imparare delle cose, ma diventa lo spazio in cui il bambino può smettere per un'ora di essere un 'paziente' e tornare a essere semplicemente un 'alunno'. La lezione non è un dovere, è la garanzia che esiste ancora un futuro." (Ballestrin, 2007)*

### 3.2 Una scuola tra le corsie: costruire normalità nel tempo sospeso della cura

*“In sostanza, dal mio punto di vista, questo servizio di Scuola in Ospedale è da considerarsi fondamentale nel percorso di guarigione, rappresenta davvero uno stimolo per tutti i bambini a darsi un obiettivo da raggiungere, qualcosa di importante in un contesto estremamente difficile da affrontare.”* (Davide, papà di Edoardo, in Gasperini 2023)

Il servizio di Scuola in Ospedale svolge una funzione fondamentale di collegamento tra la vita precedente del bambino e la sua esperienza durante il ricovero.

Gli operatori scolastici lavorano in un contesto complesso, dove il tempo della scuola deve adattarsi a quello della cura e ai tempi fisici ed emotivi del bambino (Ferrari et al., 2022).

Tale complessità organizzativa emerge chiaramente anche dall'intervista condotta all'insegnante di scuola ospedaliera Carmen (vedi Appendice A). La docente sottolinea come la giornata lavorativa sia costantemente costruita attorno alle condizioni cliniche ed emotive degli alunni, attraverso attività individuali e laboratoriali calibrate sulle energie disponibili in quel preciso momento. Inoltre, evidenzia come la presa in carico dei casi più complessi richieda un confronto quotidiano con medici e personale sanitario, confermando la natura profondamente interdisciplinare del servizio.

Per rispondere a questa realtà, il servizio si basa su alcuni principi organizzativi fondamentali (Guidotti, 2022):

- **Continuità didattica:** garantisce l'acquisizione delle competenze previste dalla programmazione della scuola di provenienza;
- **Flessibilità oraria:** si modula su base giornaliera e settimanale in linea con le esigenze del paziente e del nucleo familiare;
- **Personalizzazione:** le lezioni sono tendenzialmente individuali, sebbene sia prevista la didattica in piccoli gruppi (massimo 2-3 bambini) per favorire la socializzazione;
- **Integrazione digitale:** utilizzo della formazione a distanza nei casi in cui sia necessario integrare o sostituire la presenza;

- **Istruzione domiciliare:** attivata per garantire il servizio anche dopo le dimissioni, qualora persista l'impossibilità di frequentare la scuola sul territorio.

All'interno di questo sistema, la sezione ospedaliera ha la responsabilità della presa in carico didattica dello studente: il docente registra le attività svolte, effettua valutazioni e trasmette la documentazione alla scuola di appartenenza (Bosisio & Cavaletto, 2025).

Le linee guida ministeriali sottolineano la necessità di una collaborazione continua tra scuola ospedaliera e scuola di origine, che lavorano in stretta connessione. In questo modo, la scuola diventa parte integrante del percorso di cura, un “luogo flessibile” in cui la didattica si adatta alla realtà quotidiana del reparto (Aliberti, 2019).

Come evidenziato da Ricci (2003), affrontare la malattia infantile richiede una collaborazione tra cure mediche e interventi educativi e di supporto socio-educativo, che insieme contribuiscono al **benessere globale** del bambino.

In questo scenario, anche gli operatori sanitari partecipano al processo educativo e relazionale, mostrando una dimensione più umana attraverso attività semplici come giocare, suonare, leggere o disegnare con i bambini (Kanizsa & Luciano, 2006). Questo atteggiamento riduce la paura del bambino e migliora la sua collaborazione nelle cure, soprattutto perché uno dei principali fattori di ansia è il contatto con persone sconosciute.

L'**umanizzazione della cura** è un principio centrale in molti contesti sanitari e organizzativi, e mira a promuovere un'assistenza centrata sul paziente, attenta ai bisogni emotivi oltre che clinici. L'obiettivo è creare ambienti accoglienti, stimolare creatività e gioco, e trasformare i reparti in luoghi più sereni e umani.

Come emerge anche nell'intervista rivolta al dottor Giovanni Palazzi del Policlinico di Modena (vedi Appendice A), oggi l'umanizzazione dell'assistenza rappresenta un elemento strutturale dell'organizzazione ospedaliera. Secondo il professionista, la presenza di spazi dedicati alla scuola, alla biblioteca, al gioco e agli incontri costituisce ormai una componente essenziale del percorso di cura.

In questo contesto può dunque accadere che medici e infermieri scelgano di intrattenere i piccoli degenti suonando la chitarra, prendendo parte a rappresentazioni teatrali, giocando con loro o, più semplicemente, leggendo fiabe e commentando insieme i loro disegni (Kanizsa & Luciano, 2006). Questo cambiamento qualitativo nel modo di rapportarsi degli

operatori sanitari si rivela cruciale dal punto di vista psicopedagogico, poiché rende il bambino decisamente meno timoroso e meno resistente nei confronti delle terapie, siccome uno dei fattori di maggiore ansia per il piccolo paziente è proprio legato all'essere manipolato fisicamente da figure estranee (Kanizsa & Luciano, 2006).

Quindi, il successo di questo approccio dipende soprattutto dalla qualità della relazione educativa e di cura, basata su **ascolto, interesse e atteggiamento positivo** verso il paziente (Kanizsa, 1988). La comunicazione tra operatori e bambini diventa così uno scambio reciproco che arricchisce entrambe le parti (Patrizio, 2020).

La centralità del paziente e l'umanizzazione dell'assistenza trovano un riscontro formale anche all'interno della Carta dei Servizi dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù<sup>16</sup> (Caso, 2015). Il documento esplicita chiaramente la volontà di coniugare missione e operatività, ponendosi traguardi che superano la cura prettamente biologica:

*“Il nostro scopo nel rispetto dell'identità dell'Istituzione, è garantire un'assistenza di buona qualità, sicura, efficace e centrata sul paziente, tempestiva, efficiente ed equa; ci prefiggiamo di educare il personale ad essere sensibile e meglio ancora saper anticipare la risposta alle esigenze dei bambini; di creare un ambiente accogliente, dove possono trovare espressione la creatività e la fantasia dei bambini, un ambiente fatto di gioco, di luce, di musica, di manualità; di trasformare i reparti di degenza in luoghi di sorriso; di donare una cura amorosa, paziente, duttile in funzione delle diverse personalità del paziente pediatrico.”* (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù).

Infine, le testimonianze dei bambini mostrano l'efficacia di questo modello: la scuola in ospedale viene descritta come uno spazio accogliente, creativo e rassicurante, capace di rendere l'esperienza del ricovero meno pesante e più significativa (Bianchi di Castelbianco et al., 2007):

*“La mia scuola in ospedale  
È davvero speciale  
Perché posso giocare  
E anche imparare  
Tante nuove cose*

---

<sup>16</sup> [https://www.ansa.it/documents/1310723724876\\_CartaServizi.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ansa.it/documents/1310723724876_CartaServizi.pdf?utm_source=chatgpt.com)

*E trascorrere ore deliziose:*

*Conoscere nuovi amici*

*Per vivere momenti felici*

*Il loro compagnia*

*Insieme in allegria.”*

(Giulia)

Di fronte all’impatto della malattia, tutti gli operatori – docenti, sanitari ed educatori – hanno quindi il compito comune di affiancare il bambino e la famiglia con discrezione, ascolto ed empatia (Catenazzo, 2019).

*“Il percorso che stiamo facendo è molto difficile e doloroso sia per il genitore sia per il bambino, ma dobbiamo ringraziare La Scuola in Ospedale che rende questa situazione un po’ più leggera! [...] è una ventata di aria fresca e ci dimentichiamo il motivo per cui siamo lì. Fa bene al cuore e alla mente una distrazione anche didattica all’interno dell’ospedale.”* (genitori di un bambino in ospedale, in Gasperini, 2023)

### 3.3 Senza cattedra ma sul bordo del letto: il docente come ancora di salvezza emotiva

*"Quando entro nelle stanze con i miei libri, io non vedo la malattia, vedo l'alunno. Noi insegnanti ospedalieri siamo un ponte gettato tra il reparto e il mondo esterno, un traghetto che ricorda a questi bambini che c'è una vita fuori che li aspetta e che loro continuano a farne parte." (Di Fiore & Manzo, 2020)*

In un contesto profondamente complesso e destabilizzante come quello dell'ospedale, l'insegnante rappresenta una figura di riferimento importante, capace di trasformare la lezione in un momento di **"incontro caldo"** e benessere (Gasperini, 2023).

All'interno del lavoro di équipe sanitaria, il docente contribuisce a restituire al bambino una dimensione di normalità e continuità, offrendo **speranza e stabilità emotiva** durante la malattia. Dal punto di vista medico, la scuola rappresenta uno degli strumenti più efficaci per mantenere un legame concreto con la vita precedente alla malattia. Il medico intervistato (vedi Appendice A), infatti, la definisce *"quel modo di continuare la vita esterna qui"*, sottolineando il valore immenso della scuola in corsia e come essa consenta non solo di evitare l'interruzione del percorso scolastico, ma anche di preservare una dimensione di normalità e continuità esistenziale durante il ricovero.

La scuola in ospedale garantisce il diritto all'istruzione e al gioco anche durante il ricovero, permettendo ai bambini di continuare a crescere e imparare nonostante la loro condizione (Kanizsa & Luciano, 2006). In questo scenario, l'insegnante svolge anche una funzione rassicurante, perché rappresenta spesso una figura **"familiare"** che aiuta il bambino a ridurre paura e disorientamento legati all'ospedale.

Fin dal momento dell'accoglienza, il docente sostiene il diritto allo studio e rassicura il bambino sulla possibilità di proseguire il proprio percorso scolastico (Guidotti, 2022).

Questo aiuta a ridurre il senso di isolamento e a rendere il ricovero più sopportabile dal punto di vista emotivo.

Un'altra funzione fondamentale è quella di **collegamento** tra famiglia, scuola di origine e struttura ospedaliera. L'insegnante mantiene contatti con tutti gli attori coinvolti, garantendo la continuità didattica e supportando i genitori anche dal punto di vista organizzativo (Guidotti, 2022).

La normativa riconosce chiaramente questo ruolo, definendo compiti come l'accoglienza dell'alunno, la personalizzazione della didattica, la gestione della documentazione e il raccordo con la scuola di appartenenza (Bosisio & Cavaletto, 2025). Il docente opera quindi in una dimensione interistituzionale che unisce scuola e sanità.

Si tratta di una professione complessa, che richiede grande flessibilità: gli insegnanti lavorano con alunni molto diversi per età, condizioni cliniche e bisogni educativi (Kanizsa & Luciano, 2006; Catenazzo, 2019), e devono adattare continuamente la didattica alle condizioni fisiche ed emotive di ciascuno.

Questa necessità di adattamento continuo viene confermata dall'esperienza dell'insegnante intervistata (vedi Appendice A), la quale evidenzia come le terapie e le condizioni cliniche dei pazienti impongano una costante rimodulazione dell'attività educativa:

*“Le cure pesanti impongono una continua rimodulazione del lavoro, ci sono giorni in cui il ragazzo riesce a sostenere le attività, altri in cui il dolore o gli effetti delle terapie richiedono di rallentare, semplificare o anche solo mantenere una presenza educativa e relazionale.”*

In questo senso, la scuola in ospedale non si limita a trasmettere contenuti, ma diventa uno spazio di rielaborazione personale, in cui il bambino può dare significato alla propria esperienza e sviluppare la resilienza (Kanizsa & Luciano, 2006).

Anche se il docente non svolge un ruolo terapeutico in senso clinico, la sua azione ha comunque un effetto positivo sul benessere psicologico del bambino, che si sente accolto e valorizzato.

Per svolgere questo ruolo, l'insegnante deve unire **empatia** e **autorevolezza**: deve comprendere le emozioni del bambino, ma anche guidarlo nei momenti di difficoltà, interpretandone i comportamenti e sostenendolo nel percorso educativo (Abbate, 2019).

In definitiva, il compito più importante del docente ospedaliero è “**andare oltre la malattia**” (Ciucci, 2022), riconoscendo il bambino nella sua interezza, con bisogni e desideri che restano simili a quelli dei coetanei. Pur vivendo una condizione di fragilità, il bambino continua a desiderare normalità, relazione e crescita. Per questo la professionalità dell'insegnante ospedaliero richiede una formazione specifica e una solida preparazione

metodologica e relazionale (Abbate, 2019), indispensabile per mantenere viva l'alleanza tra scuola e cura.

*“Non esiste più grande soddisfazione di quando riesci a far sorridere un'altra persona. Questo vedevo negli occhi dei miei insegnanti. Loro ce l'hanno fatta.”*

(Eranda, in Gasperini, 2023)

### **3.3.1 Competenze professionali, pedagogiche e relazionali dei docenti ospedalieri**

Alla luce di quanto raccolto dall'intervista alla maestra in corsia (vedi Appendice A), le competenze ritenute imprescindibili comprendono:

- *competenza relazionale: in ospedale viene prima di tutto saper ascoltare, creare fiducia, costruire un legame educativo ed affettivo;*
- *competenza didattica: l'insegnante deve saper adattare i contenuti e le metodologie in base all'età e alle condizioni di salute del paziente;*
- *competenza di progettazione flessibile: saper accettare che nulla è rigido, che le situazioni possono cambiare in qualsiasi momento;*
- *competenza emotiva: lavorare in ospedale significa entrare in contatto con situazioni di fragilità e sofferenza, per questo è necessario mantenere equilibrio allo stesso tempo professionalità;*
- *competenza di collaborazione interdisciplinare: l'insegnante deve sapersi confrontare quotidianamente con i medici, infermieri, famiglie, scuole di provenienza;*
- *competenza empatica: saper tenere insieme didattica e umanità, saper riconoscere e comprendere lo stato emotivo del paziente.*

In particolare, l'insegnante sottolinea come *"in ospedale venga prima di tutto il saper ascoltare, creare fiducia e costruire un legame educativo"*, evidenziando la centralità della dimensione relazionale nel lavoro quotidiano.

Il profilo dell'insegnante operante nelle sezioni ospedaliere si discosta profondamente da quello del docente tradizionale, delineando una figura professionale caratterizzata da un'elevata complessità. Come indicato nelle *Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare*<sup>17</sup> del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, tale ruolo richiede una straordinaria **capacità di adattamento**, da esercitare sia sul piano della flessibilità metodologico-didattica sia su quello della dimensione relazionale e della cooperazione interprofessionale (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, 2019).

Il lavoro dell'insegnante in ospedale non ha una funzione terapeutica in senso clinico, ma mira a creare, attraverso la relazione educativa e le attività didattiche quotidiane, esperienze positive in cui gli studenti si sentano accolti, valorizzati e sostenuti nel loro percorso scolastico e di cura, mantenendo vivo l'interesse per l'apprendimento (MIUR, 2019).

Per svolgere questo ruolo in modo efficace non bastano le sole competenze disciplinari, ma sono necessarie anche conoscenze psicopedagogiche e relazionali (Abbate, 2019).

Le radici di questa professionalità affondano già nella **Circolare Ministeriale n. 345 del 2 dicembre 1986**, che auspicava l'impiego di docenti fortemente motivati e specificamente preparati, capaci di costruire un efficace raccordo tra l'alunno, la famiglia, il personale sanitario e le scuole del territorio. Successivamente, la **Circolare Ministeriale n. 353 del 1998** ha sancito la piena autonomia del docente ospedaliero nella gestione di un processo di insegnamento-apprendimento complesso e articolato. Al professionista viene infatti richiesto di individualizzare l'insegnamento in modo estremo, di padroneggiare le nuove tecnologie e di conoscere sia l'organizzazione ospedaliera sia l'impatto biologico ed emotivo delle patologie e dei trattamenti sulle funzioni cognitive ed evolutive dell'alunno (Kanizsa & Luciano, 2006). In questa prospettiva, la psicologia dello sviluppo assume un ruolo fondamentale, poiché consente di comprendere le condizioni psicologiche del bambino o dell'adolescente che affronta la malattia in una specifica fase della crescita, fornendo strumenti utili a salvaguardarne il benessere presente e futuro (Ciucci, 2022). Ne deriva l'esigenza di una formazione mirata e di un aggiornamento continuo, da integrare stabilmente nei percorsi formativi istituzionali (Kanizsa & Luciano, 2006).

---

<sup>17</sup> Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, *Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare*, Roma, 2019:  
<https://www.mim.gov.it/-/linee-di-indirizzo-nazionali-sulla-scuola-in-ospedale-e-l-istruzione-domiciliare>

A livello internazionale, la complessità di questo profilo è stata sistematizzata nel **Modello Mourik** (2008), elaborato dal direttore della Fondazione per Bambini Malati di Rotterdam. Questo modello considera la professione non come qualcosa di fisso, ma come una realtà dinamica e in continua evoluzione, strutturata in tre ambiti principali (Capurso & Vecchini, 2010):

- Il **Dominio A – Compiti professionali generali**: riguarda competenze avanzate come la capacità di risolvere problemi, elaborare rapidamente le informazioni, comunicare in modo efficace e interpretare situazioni complesse alla luce dei valori culturali e sociali di riferimento (Mourik, 2008). Il docente è chiamato a condividere i valori del sistema educativo e della struttura di cura, mantenendo però apertura verso diverse visioni etiche e religiose e contribuendo alla progettazione del Piano dell'Offerta Formativa.
- Il **Dominio B – Compiti generali di sostegno** riguarda le attività di coordinamento, collaborazione con l'équipe e supporto alle famiglie (Mourik, 2008). Il dialogo con genitori che vivono situazioni di malattia grave richiede sensibilità, capacità di ascolto e consapevolezza dei propri limiti professionali, per evitare interventi non appropriati e valorizzare invece le risorse del bambino.
- Il **Dominio C – Compiti specifici di sostegno** riguarda la progettazione e realizzazione di percorsi educativi individualizzati (Mourik, 2008). Poiché la malattia e le assenze possono modificare il percorso di sviluppo, è importante mantenere il legame con i compagni e la vita scolastica. Inoltre, con la riduzione dei tempi di degenza, il docente assume un ruolo sempre più importante nella gestione dell'istruzione domiciliare e di percorsi flessibili, utili a garantire la continuità educativa anche in caso di frequenti assenze o rientri intermittenti.

Sul piano metodologico, la scuola in ospedale richiede grande **flessibilità e personalizzazione**. Spesso non esistono un'aula stabile o una classe fissa: il docente lavora in spazi variabili, anche al letto del paziente o in ambienti condivisi (Conti, 2023; Abbate, 2019). Per questo le attività devono essere brevi, attive e flessibili, alternando esercizi

strutturati e proposte laboratoriali che rendano l'alunno protagonista del proprio apprendimento (Kanizsa, 2006; Abbate in Catenazzo, 2019).

Un **approccio** particolarmente efficace è quello **ludico-didattico**, in cui l'insegnante, attraverso il gioco, l'ascolto e attività mirate, favorisce creatività, autonomia e partecipazione (Gasperini, 2023). Riprendendo le parole di Carmen, insegnante di scuola in ospedale, nell'intervista (vedi Appendice A):

*“Nella scuola ospedaliera le metodologie più efficaci sono quelle capaci di mettere al centro la persona prima ancora dell'alunno. Risultano fondamentali una didattica flessibile, personalizzata ed individualizzata, didattica breve e modulare capace di adattarsi ai tempi, alle energie e allo stato emotivo del bambino o del ragazzo. La didattica laboratoriale (laboratori artistici, stem, digitale, ecc) è particolarmente efficace perché favorisce lo sviluppo delle competenze e la motivazione ad apprendere. La Didattica ludica e il gioco educativo sono utilizzati come strumento di apprendimento ma anche come supporto al benessere psicologico per distogliere l'attenzione dalla condizione di dolore.”*

Tuttavia, l'attività didattica è spesso imprevedibile: può essere interrotta da visite mediche, terapie o cambiamenti nelle condizioni del bambino (Conti, 2023). Per questo il docente deve entrare in reparto con discrezione, rispettando le regole sanitarie e adattandosi allo stato emotivo del momento.

Questa esperienza richiede anche una forte **forza emotiva** da parte dell'insegnante, che si confronta quotidianamente con situazioni di sofferenza. Oltre alle competenze didattiche, sono quindi fondamentali equilibrio personale e sensibilità (Conti, 2023).

Dal punto di vista pedagogico, la sfida principale è mettere al centro la persona più che il programma, valorizzando le sue risorse (Abbate, 2019). In alcune situazioni gravi, i contenuti scolastici possono passare in secondo piano: ciò che conta è la **presenza educativa**, che offre uno spazio di relazione, normalità e sostegno emotivo (Conti, 2023).

Come testimonia una docente in “*La scuola in ospedale: un'esperienza della speranza che germoglia*”, in alcuni casi la semplice presenza dell'insegnante può rappresentare un momento di serenità e scambio umano per il bambino, anche quando non è possibile svolgere attività didattiche strutturate (Conti, 2023).

In questa prospettiva, la condivisione della fragilità può generare una relazione educativa profonda, che assume anche un valore di **cura reciproca**.

La competenza più importante del docente ospedaliero è quindi la capacità di bilanciare **vicinanza emotiva** e **distanza professionale**, accompagnando il bambino con rispetto e senza commiserazione. Questa esperienza rappresenta inoltre una risorsa preziosa anche per la scuola ordinaria, perché rafforza la sensibilità inclusiva verso gli alunni con fragilità o lunghe assenze (Conti, 2023).

### 3.3.2 Tra ascolto, empatia e cura: la delicatezza dell'insegnante ospedaliero

La figura del docente in ospedale deve “entrare in punta di piedi” nella stanza di degenza, costruendo subito una relazione di fiducia e vicinanza con il piccolo paziente. Come afferma Ballestrin (2007):

*"Entrare in una stanza d'ospedale con un libro in mano richiede una delicatezza estrema. Devi saper leggere nei dettagli: un lenzuolo tirato su fino al mento ti dice che oggi non è giornata; un quaderno aperto sul comodino è un invito a sedersi. Non si insegna alla cattedra, si insegna sul bordo di un letto, sintonizzando il proprio respiro con quello del ragazzo." (Ballestrin)*

All'interno della Scuola in Ospedale, la relazione educativa non è solo trasmissione di contenuti, ma diventa uno strumento di sostegno, resilienza e cura.

La malattia rappresenta infatti una frattura importante nella vita del bambino, che coinvolge la sua identità e il suo equilibrio emotivo. In questo contesto, l'incontro con il docente può aiutare a dare nuovo significato all'esperienza del ricovero (Gasperini, 2023):

*“Affrontare un percorso di malattia è sempre una sfida e i ragazzi, le bambine che ho incontrato come insegnante di Scuola in Ospedale e che ho avuto il privilegio di accompagnare nel loro difficile vissuto di percorso di malattia mi hanno insegnato che dentro ad ogni situazione in cui ci troviamo a vivere, per quanto negativa essa sia, si può sempre trovare il risvolto positivo, l'opportunità, più o meno celata, che sta a noi saper cogliere”.*

Perché questo accada, l'azione educativa si basa su alcuni elementi fondamentali: ascolto attivo, empatia, continuità affettiva e sostegno motivazionale.

Il primo elemento è l'**ascolto attivo**, che non significa semplicemente “sentire”, ma essere realmente disponibili all'altro. Il docente deve adottare una postura di apertura e accoglienza, definita come “vuoto accogliente”, che permette di comprendere i bisogni del bambino e adattare continuamente l'intervento educativo (Gasperini, 2023). Questo atteggiamento non è automatico, ma va preparato intenzionalmente prima di ogni ingresso in stanza e si rinnova ogni giorno, perché ogni condizione clinica rappresenta una situazione nuova.

Strettamente collegata è la dimensione dell'**empatia**. Quando il docente sospende il giudizio e non assume un atteggiamento valutativo, il bambino si sente più sicuro e libero di esprimere emozioni e vissuti interiori (Bianchi di Castelbianco et al., 2007). Questa espressione avviene spesso attraverso il gioco, il disegno, la scrittura o altre forme comunicative spontanee.

L'empatia richiede anche un'osservazione attenta ma rispettosa dei tempi del bambino (Kanizsa & Luciano, 2006). Il tempo in ospedale è breve e imprevedibile, perciò il docente deve trasformarlo in un'occasione educativa significativa. Attraverso un avvicinamento graduale, basato su ascolto e relazione, raccoglie informazioni utili per costruire un intervento condiviso con famiglia ed équipe sanitaria.

Un altro aspetto fondamentale è la **continuità affettiva**. La scuola deve far sentire il bambino riconosciuto come persona e non come “caso clinico”, valorizzando la sua unicità (Kanizsa & Luciano, 2006). Anche a parità di diagnosi, ogni bambino vive la malattia in modo diverso, perciò è sempre necessario un approccio individualizzato.

Questo riconoscimento favorisce anche il **sostegno motivazionale**: sentirsi accolto e valorizzato aiuta il bambino a mobilitare le proprie risorse e ad affrontare meglio la degenza (Kanizsa & Luciano, 2006). Il compito del docente è quindi attivare la parte sana del bambino, garantendogli il diritto di continuare a conoscere, esprimersi e progettare il futuro nonostante la malattia.

Come sottolinea Dell'Antonia (2020), la qualità dell'esperienza educativa nasce dalla relazione autentica tra docente e studente, che diventa una vera alleanza nell'affrontare la malattia. Anche le testimonianze degli studenti confermano questo aspetto:

*“Questo legame tra studenti, professore è qualcosa di magico. Si crea un rapporto, un lavoro di squadra che ti ricorda ancora una volta quanto non sei sola nell'affrontare una diagnosi. Qualcuno pronto a dedicare il proprio tempo e il proprio lavoro anche tra le mura di un ospedale o in casa, ricorda al ragazzo che la scuola non l'abbandona mai.” (Aloja, 2020)*

In conclusione, il valore dell'azione educativa in ospedale risiede nella qualità della relazione e nella capacità di riconoscere ogni bambino nella sua unicità.

L'essenza della relazione educativa ospedaliera emerge in modo particolarmente efficace da una metafora proposta dall'insegnante intervistata (vedi Appendice A). Se dovesse descrivere il rapporto con l'alunno-paziente attraverso una sola espressione, sceglierebbe le parole *“Ti vedo”*. Con questa formula la docente intende sottolineare la capacità di riconoscere il bambino nella sua interezza, andando oltre la diagnosi e oltre la sofferenza. Tale prospettiva appare pienamente coerente con l'approccio pedagogico che invita a considerare il minore prima di tutto come persona e non come semplice paziente. L'insegnante descrive inoltre la scuola ospedaliera come una *“finestra aperta”*, un'immagine che richiama la capacità dell'esperienza scolastica di mantenere vivo il legame con il mondo esterno e con il futuro. Anche nei momenti di maggiore fragilità, la scuola offre infatti al bambino la possibilità di continuare a progettarsi e immaginarsi oltre la malattia.

In questo senso, la **delicatezza** dell'insegnante non è solo una modalità di comportamento, ma una vera competenza professionale: significa saper entrare nella fragilità dell'altro con rispetto, misura ed empatia, trasformando ogni incontro educativo in uno spazio di ascolto, dignità e umanità condivisa.

### **3.3.3 Insegnare nella fragilità: difficoltà e stress nella scuola in ospedale**

Insegnare in ospedale — in reparto, in day hospital, in isolamento o in terapia intensiva — è un'attività complessa e profondamente diversa dalla scuola tradizionale. Il docente si trova in una zona di confine tra sistema educativo e sanitario, dando vita a una vera e propria *“cura educativa”* (Di Padova et al., 2023).

Questo passaggio dalla classe alla corsia comporta un cambiamento radicale del lavoro, con relazioni sempre nuove e instabili. Nel tempo, ciò può diventare una fonte significativa di stress emotivo (Guidotti, 2022). Il contatto quotidiano con la malattia e la sofferenza espone infatti il docente a emozioni forti, soprattutto in ambito pediatrico, aumentando il rischio di burnout se non vengono riconosciuti e gestiti i segnali di disagio (Guidotti, 2022).

Le difficoltà possono essere ricondotte a tre aree principali: relazionale, emotiva e pratico-organizzativa.

- **Difficoltà relazionali: la relazione educativa in corsia tra alleanze e tensioni**

La relazione educativa in ospedale è spesso “triadica”, perché coinvolge insegnante, bambino e genitore. La presenza costante della famiglia può generare difficoltà nel lavoro del docente.

In alcuni casi il docente si sente controllato nel proprio operato, con una riduzione della libertà educativa. Inoltre, la gestione dei comportamenti è più complessa, perché le dinamiche scolastiche tradizionali risultano difficili da applicare in presenza del genitore. Può emergere anche il “dilemma del rifiuto”, quando il bambino non vuole svolgere attività e la famiglia non collabora, lasciando il docente in una situazione incerta (Guidotti, 2022).

La relazione con la famiglia può inoltre oscillare tra due estremi: un coinvolgimento emotivo molto forte oppure una chiusura totale, entrambe condizioni che rendono difficile la comunicazione (Guidotti, 2022).

A questo si aggiunge spesso un senso di isolamento professionale, dovuto alla difficoltà di confronto sia con la scuola di provenienza sia con il personale sanitario (Guidotti, 2022).

- **Difficoltà emotive: il carico emotivo del docente in ospedale dentro la sofferenza**

Sul piano emotivo, il docente si confronta quotidianamente con sofferenza, paura e perdita. Questo può generare dubbi profondi sul proprio ruolo e sulla propria capacità di reggere la situazione (Guidotti, 2022).

Uno degli aspetti più complessi è trovare un equilibrio tra coinvolgimento umano e distanza professionale, evitando di portare a casa il peso emotivo del lavoro. In questo senso, il confronto tra colleghi diventa fondamentale come spazio di sostegno e condivisione (Guidotti, 2022).

Le testimonianze degli insegnanti mostrano bene questo impatto emotivo: senso di smarrimento, inadeguatezza, dolore, ma anche crescita personale e professionale, fino alla consapevolezza che la relazione con gli studenti diventa profondamente trasformativa.

Le testimonianze raccolte nel testo *“Ragazzi con la bandana: la scuola come cura in ospedale”* restituiscono con forza la dimensione emotiva di questa esperienza:

*“Mi sento svuotata. Sono svuotata. non mi sono mai sentita così in vita mia. Di una pochezza infinita. Con tutte le mie inutili beghe quotidiane. Ho visto, ho toccato con mano, che cos’è il dolore. Quello vero, non il mio, fatto di recriminazioni e insofferenze. Ho toccato il dolore, l’ho visto sul volto di alcuni ragazzi, nei loro occhi, nelle loro teste pelate, nei loro esili corpi. Ragazzi malati di cancro. I miei nuovi studenti. Oggi, per la prima volta, sono entrato in un reparto dal nome atroce, un nome che mi gira il sangue nelle vene. Due parole che non dovrebbero mai stare insieme e che messe l’una accanto all’altra rappresentano ciò che non vorremmo mai esistesse. Oncologia pediatrica.”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015)

*“Ho pensato: forse Dio mi vuole mettere alla prova, ma non mi sento all’altezza della situazione, non lo sono. Loro, invece, quei due ragazzi, lo sono. E io di fronte a loro divento sempre più piccola, piccola, piccola fino a scomparire. Vorrei sparire, diventare trasparente perché mi imbarazza stare davanti a questi due ragazzi che, invece, sono all’altezza di una vita che per loro, fino ad ora, è stata infame.”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015)

*“Guardando questi ragazzi mi sto rendendo conto che ho perso di vista le cose più importanti della mia vita. È paradossale: dovrei insegnare io ai miei alunni invece sono loro che stanno insegnando a me a stare al mondo.”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015)

*“I miei studenti sono davvero fantastici. Sorridono, si aggrappano con le unghie e con i denti alla vita, sono coraggiosi. Sono loro che stanno insegnando a me la tolleranza, la pazienza, l’umiltà. Non li ho mai sentiti lamentarsi.”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015 )

*“Oggi sono letteralmente fuggita. Sono scappata perché non ce la faccio più a vedere tanti bambini così piccoli chiusi qui dentro. Piangono, si disperano e io mi sento male. Uscendo, mi sono arrabbiata tanto da dare un calcio a una porta. Mi arrabbio ogni volta che esco da quel maledetto reparto. [...] è straziante. Non capiscono quello che hanno, ma io lo so. Hanno una vita segnata dal dolore e dalla sofferenza.”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015 )

*“Ho provato una sensazione di vuoto. Sono troppo piccoli per sopportare la chemio, gli aghi nelle braccia, la sofferenza, la stanchezza, la mancanza della loro casa, della loro cameretta, del loro giocattolo preferito. Ma sono lì e combattono.”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015 )

*“Abbiamo fatto lezione di italiano. Gli ho dovuto spiegare, non senza un certo imbarazzo, il carpe Diem di Orazio, perché questo stanno studiando i suoi compagni di classe. Angelo Ha annuito tutto il tempo quando gli spiegavo quello che intende il poeta allorché parla della vita e della morte. Ho spiegato con difficoltà, non gli ho dato un’interpretazione completa come avrei dovuto fare, ma non me la sono sentita di spiegare a un ragazzo di 15 anni malato di cancro che la morte è dietro l’angolo e che quindi bisogna accogliere l’attimo e vivere tutti i momenti che la vita ci concede. Come spiegargli che bisogna vivere ogni istante come se fosse l’ultimo? Lui lo sa già. Lui ci convive, con la morte. Mi sono sentita una stupida ogni volta che Angela annuiva a quello che dicevo, perché lui sta davvero, con certezza, e molto più di me e di tutti i professori, che cosa significa carpe Diem. Forse, chissà, lo sa anche meglio di Orazio.”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015)

*“Non riesco a non pensare a tutti i bambini ricoverati nel reparto. Non riesco a togliermi dalla testa i loro volti, i loro occhi, a volte stralunati, talvolta assenti. Non riescono a non sentire le loro urla, spesso disperate. In ospedale è tutto ingiusto”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015)

*“A soli 16 anni, Angelo, ha saputo farmi capire l'importanza della vita, il saper sopportare il dolore, quello vero, senza piangersi addosso, la speranza per un futuro migliore.”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015)

*“Oggi forse per la prima volta ho pensato che dal cancro si può guarire. Guardando gli occhi di Elena, il suo volto, la sua forza. Oggi ha fatto l'ultima terapia e da domani è finalmente libera! Libera di andare a Milano, dove incontrerà il suo ragazzo. Libera di tornare a scuola. Libera di sognare. Il tiranno che voleva distruggerla è stato sconfitto!”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015)

*“I miei alunni mi hanno insegnato molto. Mi hanno insegnato ad avere pazienza, a lottare, a non rendersi, ma soprattutto mi hanno insegnato che cos'è il coraggio”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015)

*“Volevo scappare dall'ospedale, volevo chiedere il trasferimento. Basta. Basta con il dolore, la sofferenza, la morte.ma poi, grazie agli altri miei alunni ho cambiato idea. Mi sono resa conto che, come dicono le psicologhe, noi, i professori e la scuola in ospedale, facciamo parte della terapia. Aiutiamo davvero i ragazzi. Siamo la loro finestra sul mondo. Volevo andar via [...] ma poi per la prima volta ho pensato che dal cancro si può guarire. Anche con il mio aiuto, come dicono le psicologhe. E ho deciso di rimanere a lavorare in ospedale.”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015)

*“Ho capito che il mio non è un lavoro, punto e basta: il sorriso di Elena, i suoi ringraziamenti per quello che abbiamo fatto insieme l’anno scorso, il suo abbraccio, mi hanno dato la certezza che il mio è un compito difficile, ma meraviglioso”*

(Di Fiore & Ormanni, 2015)

Le parole degli insegnanti confermano quanto il carico emotivo rappresenti una delle principali sfide della professione. La docente intervistata (vedi Appendice A) evidenzia come il confronto quotidiano con adolescenti che vivono rabbia, paura, chiusura o fragilità richieda una costante capacità di presenza discreta e rispettosa. La sfida consiste nell'esserci senza invadere, mantenendo una postura educativa capace di accogliere la sofferenza senza lasciarsene sopraffare. Anche nei momenti più difficili, la scuola continua a rappresentare uno spazio in cui si possa *“parlare ancora di vita”*.

- **Difficoltà pratiche e organizzative: la scuola che si reinventa ogni giorno**

Accanto alle dimensioni emotive e relazionali, emergono anche difficoltà concrete:

- le presenze dei bambini cambiano continuamente, rendendo instabile la classe;
- la partecipazione non è obbligatoria e il docente deve “conquistare” ogni giorno la motivazione degli alunni;
- le famiglie possono caricare l’insegnante delle proprie ansie: le famiglie spesso “usano” l'insegnante per sfogare le proprie ansie, quindi il docente deve essere psicologicamente forte per ascoltarle e accoglierle, senza però dimenticarsi dei bisogni educativi del bambino (Kanizsa & Luciano, 2006);
- spesso il docente lavora in isolamento e senza supporto, si sente spesso un "libero professionista dell'educazione" che deve reinventarsi il mestiere da zero, senza che nessuno della scuola ordinaria possa dargli consigli su come muoversi nella nuova realtà (Kanizsa & Luciano, 2006);
- mancano materiali didattici e risorse adeguate;
- la scuola viene talvolta considerata secondaria rispetto alle cure e relegata a momenti marginali della giornata, un semplice "riempitivo" per i momenti

vuoti o un modo per distrarre i bambini durante gli esami dolorosi (Kanizsa & Luciano, 2006).

- **Oltre la fatica: la trasformazione identitaria del docente in ospedale**

Queste difficoltà possono portare il docente a percepire il proprio ruolo come secondario rispetto a quello sanitario, con vissuti di frustrazione e insicurezza (Guidotti, 2022).

Tuttavia, l'esperienza in ospedale produce spesso anche una profonda trasformazione professionale. Molti insegnanti raccontano come la relazione con gli alunni diventi una fonte di crescita personale, capace di restituire senso al proprio lavoro, nonostante la fatica emotiva.

Come testimonia Daniela Fiore (2020):

*“E benché siano passati 10 anni da quando ho messo piede per la prima volta nel reparto di oncologia del Gemelli, ancora non mi sono abituata a vedere ragazzi e ragazze senza capelli che fanno la chemioterapia. Ogni volta è un pugno allo stomaco, ma in questi 10 anni ho imparato tantissimo. [...] La cosa che ricordo con più stupore di questi anni trascorsi ad insegnare nella scuola in ospedale sono i sorrisi dei miei alunni e delle mie alunne. Studiano e sorridono nonostante tutto. Nonostante la malattia. [...] Eppure resti qui. In trincea. A combattere insieme a loro. Perché il coraggio, la forza, l'ostinazione che trasmettono i miei alunni travalica ogni dolore”.*

In conclusione, l'insegnamento in ospedale non può essere ridotto a una funzione tecnica, ma richiede una forte tenuta emotiva e relazionale. La scuola in ospedale è prima di tutto relazione e presenza significativa. Proprio per questo può diventare una “finestra sul mondo”, capace di offrire ai bambini continuità, speranza e possibilità di futuro (Di Fiore, 2020).

### **3.4 Strategie didattiche e organizzazione: una scuola che si adatta per restare vicina**

*"La scuola in ospedale non serve a riempire i registri o a seguire ciecamente i programmi. Serve a dire al bambino: 'Tu hai un futuro'. Studiare la geografia o la storia permette alla mente di viaggiare lontano dalle mura del reparto, di evadere dalla prigione della paura."*  
(Di Fiore & Manzo...)

La Scuola in Ospedale (SiO) è un modello educativo non standard, in cui vengono trasformati profondamente spazi, tempi, relazioni e modalità di apprendimento (Ferrari et al., 2023). L'insegnamento si svolge in condizioni variabili e imprevedibili, che richiedono al docente grande capacità di adattamento, creatività e regolazione continua dell'intervento didattico.

In questo contesto la didattica si distanzia fortemente da quella tradizionale, proprio per la necessità di ripensare tempi, luoghi e modalità operative.

La scuola in ospedale si realizza attraverso percorsi individualizzati e, quando possibile, in piccoli gruppi eterogenei per età e livello scolastico. Le tecnologie digitali svolgono un ruolo fondamentale nel mantenere il collegamento con la scuola di provenienza, insieme all'istruzione domiciliare nei periodi di convalescenza. L'obiettivo principale resta garantire continuità didattica e relazionale, offrendo al bambino un senso di normalità all'interno della malattia.

L'organizzazione dell'intervento educativo varia in base alla durata della degenza (Terrana, 2022): nei ricoveri brevi prevalgono attività ludico-educative per ridurre ansia e paura; nei ricoveri medi si lavora sul recupero degli apprendimenti; nei ricoveri lunghi diventa centrale il mantenimento del legame con la scuola e con i pari.

In ogni caso, l'approccio più efficace è flessibile e centrato sul bambino, una modalità di lavoro "morbida", fondata sull'ascolto, sulla flessibilità e sul rispetto delle condizioni contingenti del bambino, come sottolineano Kanizsa e Luciano (2006), che evidenziano la necessità di uno sguardo attento e personalizzato, capace di valorizzare la complessità del minore:

*"L'insegnante deve adottare uno sguardo mirato, attivo e intenzionale, capace di adattare con flessibilità e creatività il lavoro didattico e di concentrarsi sul singolo*

*paziente, valorizzandolo nella sua unicità e nella sua complessità, fatta di una parte sana e di una malata, entrambe dense di significati rilevanti”.*

In questa prospettiva, la scuola in ospedale si configura come un dispositivo inclusivo che sostiene il diritto all'apprendimento e favorisce la possibilità di esprimere emozioni, mantenere la propria identità e dare significato all'esperienza della malattia (Kanizsa & Luciano, 2006; Aliberti, 2019).

### **3.4.1 “Cucire l'apprendimento”: una scuola su misura**

La progettazione didattica in ospedale non può essere rigida né standardizzata, ma si configura come un processo profondamente personalizzato, una vera e propria “didattica sartoriale” (Confalonieri et al., 2023), costruita su misura per ogni bambino. In questo contesto la scuola in ospedale rappresenta un modello educativo flessibile, capace di integrare relazione, adattamento e progettazione continua (Catenazzo, 2019).

L'azione del docente si basa su osservazione e ascolto attivo (Kanizsa & Luciano, 2006), strumenti fondamentali per comprendere bisogni cognitivi, emotivi e clinici dell'alunno.

Lo sguardo pedagogico consente di riorganizzare continuamente tempi, spazi e attività, rendendo l'intervento sempre adeguato alla situazione reale del bambino.

L'osservazione non ha una funzione valutativa tradizionale, ma diventa uno strumento di comprensione e accompagnamento. È comunque fondamentale restituire feedback chiari e continui, così che il bambino possa riconoscere i propri progressi e mantenere la motivazione. Il momento della verifica diventa così parte del processo educativo e non un giudizio, favorendo consapevolezza e autovalutazione (Kanizsa & Luciano, 2006).

La progettazione si costruisce inoltre in collaborazione con famiglia, personale sanitario e scuola di provenienza, garantendo continuità tra percorso educativo e percorso di cura (Bortolotti, 2023; Gasperini, 2023). In questo quadro si inserisce l'idea di una “bella scuola”, basata su un clima relazionale accogliente e positivo, un “clima di apprendimento caldo”, spesso descritto dagli stessi alunni come un ambiente “amorevole, coccoloso e ispirante”, che sostiene il bambino anche emotivamente (Lucangeli, 2019).

Questo clima relazionale trasforma l'insegnante in un alleato del bambino, non solo rispetto all'apprendimento, ma anche nei confronti delle difficoltà e della malattia.

L'insegnante è infine chiamato ad adattare continuamente le proposte alle condizioni reali del reparto, mantenendo un equilibrio tra osservazione, ascolto e progettazione flessibile, sempre centrata sul bambino (Kanizsa & Luciano, 2006).

### **3.4.2 La scuola in una borsa: flessibilità, inclusione e movimento nella didattica in ospedale**

La scuola in ospedale richiede strategie didattiche flessibili e diversificate, capaci di adattarsi a condizioni cliniche variabili e a contesti imprevedibili (Aliberti, 2020; Confalonieri et al., 2022). La **flessibilità** non è quindi una scelta metodologica, ma una necessità costante.

Simbolo di questa adattabilità è la “**borsa del docente**”, che rappresenta una vera e propria scuola portatile, ricca di materiali e proposte sempre diverse (Confalonieri et al., 2022; Mortari, 2019). Una borsa grande, colorata e accogliente che accompagna quotidianamente l'insegnante e che diventa metafora concreta di una “**scuola portatile**”: un contenitore flessibile di strumenti, materiali e proposte didattiche alternative, capace di unire il “prima” della vita in salute con l’“adesso” della degenza ospedaliera (Confalonieri et al., 2022; Mortari, 2019). Essa permette di portare la scuola direttamente accanto al bambino, adattandola alle sue condizioni e ai suoi tempi.

*“La scuola è dove è il bambino: in ospedale è una realtà quotidiana, la scuola è in una borsa, quella che preparo ogni mattina, una borsa grande, colorata, accogliente che spesso perde la sua forma per lasciare spazio ad oggetti, strumenti, materiali per proposte sempre nuove, attività diverse, numerose alternative e possibilità di scelta.”* (Confalonieri et al., 2022)

Le attività si basano spesso sulla **didattica dell'esperienza**, sui laboratori e gli atelier del “fare”, che coinvolgono dimensioni cognitive, emotive e manuali (Edwards et al., 1995).

Si utilizzano progetti, attività artistiche, scientifiche e pratiche, pensate per valorizzare i vissuti dei bambini e stimolare apprendimento e partecipazione.

Le proposte sono spesso ludiche e cooperative, favorendo la socializzazione e contrastando l'isolamento tipico della degenza (Kanizsa & Luciano, 2006). Il bambino può così

riscoprirsi **soggetto attivo**, capace di produrre, creare e condividere, rafforzando la propria identità oltre quella di paziente.

Infine, il **ritmo dell'apprendimento** deve rispettare i tempi del bambino, senza rigidità o pressioni. L'obiettivo non è "riempire", ma aiutare a costruire significato (Gasperini, 2023). Infatti, riprendendo la riflessione di Edgar Morin l'obiettivo dell'educazione è formare "*teste ben fatte piuttosto che teste ben piene*", ossia menti capaci di organizzare e collegare i saperi per attribuire significato all'esperienza.

In questa prospettiva, la scuola in ospedale contribuisce al benessere globale del bambino, sostenendo la parte sana, creativa e vitale della persona (Kanizsa & Luciano, 2006).

### 3.5 Le funzioni del gioco nello sviluppo globale del bambino

Come affermato dall'**World Organization for Early Childhood Education (OMEPE)** <sup>18</sup>, *“privato del gioco, il bambino è come prigioniero, tagliato fuori da tutto ciò che rende la vita reale e ricca di significato. Il gioco non è semplicemente il mezzo per imparare ciò che serve nella vita quotidiana. L'impulso di creare e raggiungere degli obiettivi, di lavorare giocando, permette al bambino di crescere nel corpo e nello spirito. Il gioco è uno dei modi in cui il bambino può sviluppare la propria capacità di far fronte allo stress e alle difficoltà della vita che lo assillano. Agisce inoltre come valvola di sfogo che permette al bambino di rivivere e affrontare le paure e le ansie che possono sopraffarlo”*.

Il gioco rappresenta uno strumento fondamentale nello sviluppo del bambino e un elemento centrale del processo educativo, poiché stimola simultaneamente la dimensione percettiva, affettiva, cognitiva e sociale dell'individuo (Venera, 2009). In questa prospettiva, esso non costituisce un'attività accessoria o meramente ricreativa, ma una componente essenziale della **crescita** e della **costruzione dell'identità personale**.

Come osserva Filippazzi (1997), il gioco è per il bambino una vera e propria “cosa seria”: un'attività conoscitiva attraverso cui esplora, interpreta e comprende il mondo circostante. L'osservazione del bambino mentre gioca consente infatti di coglierne aspetti profondi della personalità, delle emozioni e dei vissuti interiori, rappresentando uno strumento privilegiato per comprendere gioie, paure, ansie e difficoltà che spesso non riescono a essere espresse verbalmente.

L'esperienza ludica accompagna inoltre il processo educativo e maturativo del soggetto, sostenendo il passaggio progressivo dalla dipendenza infantile verso forme sempre più articolate di autonomia. Si tratta di un fenomeno universale, spontaneo e primario che caratterizza in modo particolare l'età prescolare (Caviezel-Hidber, 2000). Come sottolinea Johan Huizinga (1973), *“l'attività ludica è anzitutto e soprattutto un atto libero, che si svolge per il piacere dello spirito”*, evidenziando come il bambino giochi principalmente per il piacere intrinseco che l'attività stessa gli procura (Bianchi di Castelbianco et al., 2007).

Questa dimensione di libertà, spontaneità e intenzionalità permette al bambino di sviluppare consapevolezza di sé, di sperimentare il mondo e di esercitare immaginazione e

---

<sup>18</sup> <https://omepworld.org/>

creatività. Attraverso il gioco egli costruisce un primo dominio simbolico sulla realtà, che si configura come una vera e propria “**palestra di vita**” (Sgambelluri, 2015). Il gioco diventa così uno spazio privilegiato di apprendimento globale, all’interno del quale il bambino entra in relazione attiva con l’ambiente e sviluppa in modo integrato competenze emotive, cognitive e relazionali (Caviezel-Hidber, 2000). Esso favorisce infatti l’adattamento sia sul piano emotivo, attraverso l’espressione e la gestione delle emozioni, sia sul piano cognitivo, mediante il problem solving, l’immaginazione e l’organizzazione del pensiero.

Per comprendere la complessità e il valore evolutivo del gioco è utile richiamare alcuni dei principali contributi teorici della psicologia dello sviluppo:

- Jean Piaget evidenzia come il gioco favorisca la crescita cognitiva del bambino: nel gioco simbolico la realtà viene re-interpretata e trasformata secondo i propri bisogni e desideri attraverso un processo di “assimilazione deformante”, che consente al soggetto di adattare il mondo ai propri schemi mentali.
- Lev Vygotskij attribuisce invece al gioco una funzione compensativa e regolativa: a partire dai tre anni esso permette al bambino di realizzare simbolicamente desideri non immediatamente soddisfacibili, contribuendo all’elaborazione di frustrazioni, mancanze e situazioni problematiche, comprese quelle legate alla malattia e all’ospedalizzazione.
- Donald Winnicott individua nel gioco lo spazio transizionale per eccellenza, un’area intermedia tra realtà interna ed esterna nella quale il bambino costruisce il proprio Sé, sperimenta sicurezza affettiva e sviluppa creatività.

Da una prospettiva pedagogica, il gioco favorisce lo sviluppo di competenze cognitive, emotive, sociali e relazionali (Gasperini, 2023). Attraverso l’esperienza ludica il bambino impara a riflettere prima di agire, a esplorare diverse possibilità di risposta, a costruire significati e a consolidare la propria identità personale. Inoltre, apprende a riconoscere limiti e risorse, a rispettare regole condivise, a collaborare con gli altri e a gestire le emozioni in un contesto protetto, sperimentando modalità di apprendimento basate sul tentativo, sull’errore e sulla scoperta.

Il gioco si configura pertanto come uno strumento privilegiato per promuovere competenze trasversali fondamentali, quali la cooperazione, la comunicazione efficace, il rispetto delle regole e dei punti di vista altrui, l'inclusione, la gestione dei conflitti e l'apprendimento tra pari. Attraverso pratiche riconducibili al *peer education* e al *cooperative learning*, il contesto ludico favorisce la partecipazione attiva, la motivazione intrinseca e la capacità di concentrazione, rendendo l'apprendimento un'esperienza significativa e coinvolgente (Gasperini, 2023).

Nel contesto dell'ospedalizzazione, tali funzioni assumono un valore ancora più rilevante: il gioco permette infatti al bambino di preservare la propria dimensione evolutiva nonostante la malattia, offrendo uno spazio di **normalità**, **espressione** e **autonomia** all'interno di una realtà fortemente segnata dalla malattia e dalla cura. Attraverso l'attività ludica il minore può rielaborare le paure e le ansie legate al ricovero, mantenere attive le proprie competenze cognitive e relazionali e continuare a costruire il proprio percorso di crescita, confermando il gioco come uno dei più efficaci strumenti di promozione del benessere e della resilienza in età evolutiva.

### **3.5.1 Il gioco come equilibrio tra normalità e resilienza nel tempo della degenza**

L'ospedalizzazione rappresenta per il bambino e l'adolescente un'interruzione significativa della vita quotidiana e può configurarsi come una vera e propria "frattura biografica", spesso caratterizzata da elementi di imprevedibilità e sofferenza (Perasso et al., 2021). In questo contesto di cambiamento e vulnerabilità, il gioco non è soltanto un'attività ricreativa, ma un **bisogno fondamentale**, importante per il benessere del bambino quanto le cure e l'alimentazione. Come stabilito dall'**articolo 31 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza**<sup>19</sup>, il diritto al gioco deve essere garantito in ogni contesto di vita, compreso quello ospedaliero (Gasperini, 2023).

In ospedale, il gioco non serve semplicemente a riempire il tempo della degenza o a distrarre il bambino dalla sofferenza. Al contrario, rappresenta un importante strumento di "normalizzazione", perché reintroduce elementi di quotidianità e familiarità in un ambiente spesso percepito come estraneo e potenzialmente minaccioso (Filippazzi, 1997). In questa

---

<sup>19</sup> <https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/articoli/>

prospettiva, il gioco contribuisce alla guarigione intesa in senso globale, favorendo il benessere fisico, psicologico e relazionale del minore (Venera, 2009).

Dal punto di vista psicopedagogico, il gioco non costituisce una semplice fuga dalla realtà, ma una strategia attiva di resilienza che aiuta il bambino ad affrontare la malattia senza esserne sopraffatto (Venera, 2009). Attraverso il linguaggio simbolico e immaginativo del gioco, il bambino può esprimere, elaborare e dare significato alle proprie emozioni e paure. Questa funzione è sia preventiva sia terapeutica: da un lato il gioco può aiutare il piccolo paziente a familiarizzare con procedure mediche imminenti; dall'altro contribuisce a ridurre l'ansia da separazione e il disagio associato ai trattamenti sanitari (Filippazzi, 1997). Coinvolgere il bambino in attività ludiche significa quindi valorizzare la sua "parte sana", sottraendolo temporaneamente al ruolo passivo di paziente e riconoscendolo come persona in crescita, con bisogni evolutivi specifici (Filippazzi, 1997; Venera, 2009).

Nei reparti pediatrici il gioco può assumere forme diverse: da un lato vi è il gioco libero e spontaneo, dall'altro attività più strutturate con finalità educative. Il gioco libero, sostenuto da spazi adeguatamente organizzati, favorisce il rilassamento, la concentrazione e l'elaborazione emotiva delle esperienze vissute (Antonietti, 2020; Kanizsa & Luciano, 2006). Tuttavia, è soprattutto nel rapporto con la Scuola in Ospedale (SiO) che la dimensione ludica mostra tutta la sua complessità.

La Scuola in Ospedale rappresenta infatti un importante elemento di continuità e normalità durante il periodo di ricovero. In questo contesto, gli insegnanti si trovano spesso a confrontarsi con due prospettive differenti: da una parte quella che considera il gioco uno strumento fondamentale per il benessere emotivo e relazionale del bambino (Kanizsa & Luciano, 2006); dall'altra quella che tende a distinguere nettamente le attività scolastiche da quelle ricreative, affidando queste ultime principalmente alle associazioni di volontariato o ai clown di corsia.

Entrambe le posizioni presentano dei limiti se adottate in modo esclusivo. Un uso eccessivo del gioco rischia infatti di far perdere alla scuola ospedaliera la propria specificità educativa, creando sovrapposizioni con gli interventi del terzo settore. Al contrario, un approccio troppo rigido e centrato esclusivamente sugli apprendimenti può trascurare i bisogni emotivi del bambino, imponendo richieste cognitive difficili da sostenere e limitando la possibilità di raccontare e dare significato all'esperienza della

malattia. La narrazione, infatti, rappresenta uno strumento fondamentale per elaborare eventi traumatici (Bruner, 2003).

Per questo motivo, la pratica pedagogica più efficace consiste nel trovare un equilibrio tra **obiettivi scolastici e flessibilità metodologica**. Gli insegnanti ospedalieri sono chiamati a progettare attività diversificate e multisensoriali, privilegiando anche l'uso di materiali semplici e naturali, come legno, carta e tessuto, che favoriscono la creatività.

L'obiettivo di questo approccio non è introdurre il gioco come fine a sé stesso, ma garantire la continuità dell'esperienza educativa del bambino, aiutandolo a sentirsi ancora parte della comunità scolastica anche durante la malattia.

In questo quadro assume particolare rilevanza la figura del **Play Specialist**, un professionista formato per adattare le attività ludiche all'età del bambino e alla gravità della sua condizione clinica (Beickert & Morra, 2017). Operando in collaborazione con l'équipe multidisciplinare, il Play Specialist contribuisce a rendere il gioco uno strumento educativo e terapeutico efficace. Numerosi studi hanno dimostrato che la sua presenza riduce i livelli di stress e di cortisolo nei pazienti pediatrici, offrendo risposte concrete alle sfide legate alla promozione del gioco durante il ricovero ospedaliero (Li et al., 2016).

Dall'intervista alla clown Pastella (vedi Appendice A) emerge come il gioco non venga utilizzato esclusivamente come forma di intrattenimento, ma come strumento relazionale e comunicativo. Attraverso bolle di sapone, musica, palloncini, improvvisazione teatrale e narrazione, i volontari trasformano temporaneamente la stanza di degenza in uno spazio simbolico differente, capace di restituire al bambino esperienze di normalità, immaginazione e libertà. La camera può così diventare un campo da calcio, una piscina o qualsiasi altro luogo desiderato dal bambino, favorendo un temporaneo distacco dalla condizione di malattia.

### **3.5.2 Il gioco che cura: il valore terapeutico e catartico del gioco**

L'intreccio tra **cura, educazione e immaginazione** trova un'efficace sintesi metaforica nelle parole di una giovane paziente, la cui testimonianza restituisce l'immagine ideale di un presidio sanitario a misura d'infanzia:

*“C’era una volta un ospedale, quest’ospedale era molto giocoso, lì e tutti erano felici, i bambini li visitavano giocando, addirittura anche i dottori al posto del camice si vestivano da pagliacci. Tutti i bambini, i ragazzi e gli adulti che entravano in quell’ospedale con delle malattie piuttosto gravi, uscivano che neanche si rendevano conto di essere malati perché quell’armonia curava le malattie. Quell’ospedale si chiamava l’ospedale dell’armonia, perché era molto armonioso, nell’ospedale c’era una sala giochi, c’erano le volontarie vestite di blu con cui potevi giocare anche tu; con la Prof con il camice a quadri rosso e blu se eri delle “medie” potevi studiare anche tu; c’erano le maestre vestiti di giallo con cui poter giocare e pitturare. Le stanze erano tutte colorate, sembrava di essere in un sogno, un sogno magico, stupendo, che non sembrava di essere in un ospedale ma tutta una sala giochi”.* (Margareth, in Bianchi di Castelbianco et al., 2007).

Questa narrazione infantile evidenzia come la dimensione estetica e relazionale sia in grado di trasfigurare la percezione della malattia, convertendo l'ansia clinica in un'esperienza protetta e transizionale. Sebbene il valore educativo del gioco sia un dato consolidato, la letteratura scientifica ne evidenzia la natura poliedrica in quanto vero e proprio catalizzatore terapeutico (Moretti, 2009). Il gioco costituisce **“l'alfabeto emotivo”** del bambino, lo specchio attraverso cui si manifestano conflitti, difese e rappresentazioni della realtà che il minore non è ancora biologicamente o linguisticamente in grado di verbalizzare. Nel setting ospedaliero, i vissuti traumatici consci e inconsci legati alla sofferenza corporea emergono elettivamente proprio attraverso la mediazione degli oggetti ludici.

Il gioco si qualifica così come una **"terapia integrativa"** non farmacologica, in grado di agire sui parametri psicofisiologici del dolore e dello stress (Caso, 2015).

Attraverso la drammatizzazione, il *role-play* e l'uso simbolico di veri presidi sanitari (quali siringhe prive di ago, fonendoscopi o bende), il bambino inverte attivamente i ruoli: da soggetto passivo che subisce l'azione medica a operatore attivo che la governa. Questo meccanismo psicopedagogico favorisce la **familiarizzazione** con la realtà clinica e prepara il paziente ad affrontare l'iter diagnostico o chirurgico con maggiori risorse interne. L'essenza di questo dinamismo è accuratamente descritta da Iolanda Vacchi attraverso la metafora del "movimento a onda":

*“Il gioco può essere terapeutico quando segue un ipotetico movimento a onda, dato dall’alternarsi del movimento di evasione con quello di realtà al fine di permettere la presenza di coscienza (realtà positiva delle terapie), la proiezione di sentimenti (sensazione di dolore, aggressività) e la scoperta delle potenzialità (invenzione del gioco, espressione della parte sana di sé).” (Capurso, 2001b).*

L’oscillazione dialettica tra l'immersione nel mondo fantastico (evasione) e il ritorno consapevole alle contingenze del reparto (realtà) permette al minore di rigenerare le proprie energie psichiche, integrando gradualmente l'evento patologico all'interno del Sé. L’efficacia del dispositivo ludico come regolatore temporale ed emotivo trova riscontro immediato nelle verbalizzazioni dei bambini stessi. Sul piano della percezione temporale, le indagini sul campo rivelano come l'attività condivisa alteri la percezione della degenza, rendendo il tempo meno statico: se un alunno di seconda elementare riferisce che *“hanno fatto tanti giochi assieme e così non ci hanno pensato più”*, una compagna di quinta elementare conferma che *“il tempo è volato via, perché giocavano sempre”* (Capurso & Trappa, 2005). Analogamente, l'effetto catartico e di padronanza cognitiva sui fattori di ansia viene esplicitato dall'osservazione di una bambina, secondo la quale i professionisti della cura *“fanno passare la paura giocando con gli oggetti che facevano paura al bambino”* (Capurso & Trappa, 2005).

Sul piano metodologico, la tradizione psicoanalitica (Freud, Winnicott, Bion, Bowlby, Klein, Bettelheim, Erikson) ha individuato alcune funzioni fondamentali del gioco terapeutico in ambito sanitario:

| <b>Funzioni Clinico-Pedagogiche del Gioco<br/>(matrice Psicoanalitica Cognitiva)</b> | <b>Descrizione e ricadute nel contesto<br/>dell’ospedalizzazione</b>                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Piacevolezza del gioco                                                               | Il gioco rappresenta un'esperienza spontanea e gratificante per il bambino. In ambito ospedaliero contribuisce a mantenere una dimensione di normalità, offrendo momenti di serenità e favorendo il benessere emotivo. |

|                              |                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Superamento delle resistenze | L'attività ludica facilita l'avvicinamento e la costruzione di una relazione di fiducia anche con bambini inizialmente chiusi o diffidenti, creando un canale comunicativo meno invasivo e più accogliente.            |
| Comunicazione e Relazione    | Attraverso il linguaggio simbolico del gioco, il bambino può esprimere emozioni, pensieri e vissuti difficilmente verbalizzabili, favorendo la comunicazione e la costruzione di una relazione autentica con l'adulto. |
| Contenimento (Bion)          | Il gioco offre uno spazio protetto in cui le emozioni possono essere accolte, comprese e rielaborate con il supporto dell'adulto, diventando progressivamente più gestibili e pensabili.                               |
| Distanziamento               | La dimensione simbolica del gioco permette al bambino di prendere una distanza emotiva dalle esperienze dolorose, favorendone la comprensione e l'elaborazione.                                                        |
| Compensazione (Vygotskij)    | Il gioco consente di soddisfare simbolicamente desideri e bisogni limitati dalla malattia o dall'ospedalizzazione, sostenendo i processi di adattamento e resilienza.                                                  |
| Padronanza e Controllo       | Attraverso la ripetizione e la rappresentazione simbolica delle esperienze difficili, il bambino può acquisire un maggiore senso di controllo sulla realtà e ridurre la percezione di impotenza.                       |
| Catarsi                      | Il gioco favorisce l'espressione e la liberazione delle tensioni emotive, offrendo uno spazio sicuro in cui elaborare paure, ansie e vissuti dolorosi.                                                                 |

In sintesi, il gioco espressivo permette di scaricare emozioni intense in modo accettabile, ridurre la paura legata al corpo e alle cure e restituire al bambino un senso di controllo.

Le attività di familiarizzazione con il materiale sanitario, la drammatizzazione e il role-play consentono di affrontare in forma simbolica emozioni complesse come paura e rabbia.

Quando il gioco è adeguatamente sostenuto dall'adulto, esso diventa parte integrante del processo di cura globale. Sostenuto dallo sguardo attento e intenzionale dell'adulto (sia esso insegnante, educatore o terapeuta), il gioco cessa di essere un passatempo accessorio per posizionarsi come fulcro del processo di cura globale: mentre l'equipe medica interviene sul corpo, le figure educative custodiscono e curano la dimensione psichica, emotiva e spirituale del bambino che cresce, anche e nonostante la malattia.

Il bambino che gioca non solo si distrae dal dolore, ma ritrova se stesso, elabora l'esperienza della malattia e costruisce nuovi significati, trasformando l'ospedale in un luogo più umano e relazionale.

### 3.6 La corsia che si apre al mondo: laboratori di vita in ospedale

L'introduzione di attività ludico-educative e laboratoriali nei reparti pediatrici rappresenta uno degli elementi fondamentali della moderna pedagogia ospedaliera. Durante il ricovero, infatti, il rischio è che la malattia occupi completamente la vita del bambino, limitandone le opportunità di crescita e di espressione. Per questo motivo, la progettazione di attività mirate mira a preservare il benessere psicofisico del minore e a garantire la continuità del suo sviluppo cognitivo, emotivo, creativo e relazionale. Il gioco e la creatività costituiscono i principali strumenti attraverso cui il bambino e l'adolescente continuano a conoscere il mondo, a esplorarlo e ad apprendere (Gasperini, 2023).

L'obiettivo comune di queste attività è favorire il mantenimento dell'**equilibrio psicologico** del paziente e restituirgli un ruolo attivo nel proprio percorso di crescita, contrastando la passività spesso associata alla degenza ospedaliera. In questa prospettiva, le attività ludico-didattiche rientrano pienamente nei processi di umanizzazione delle cure e possono essere considerate una forma di "**terapia occupazionale**": coinvolgere il bambino in attività significative riduce infatti il rischio di isolamento, apatia e depressione, contribuendo al suo benessere complessivo (Gasperini, 2023).

Per rispondere ai diversi bisogni evolutivi e alle differenti fasce d'età dei pazienti, l'offerta laboratoriale deve essere flessibile e articolata in diverse tipologie di attività (Filippazzi, 1997):

- **Laboratori artistico-creativi e manipolativi:** attraverso l'utilizzo e la manipolazione di materiali si aiuta il bambino ad esprimere emozioni, paure e desideri difficili da verbalizzare. La produzione artistica rende visibili e condivisibili vissuti interiori spesso complessi, favorendo l'autostima e lo sviluppo della motricità fine.
- **Gioco simbolico:** basato sul "fare finta di", offre uno spazio protetto in cui rielaborare l'esperienza della malattia e del ricovero. Attraverso l'inversione dei ruoli e la rappresentazione simbolica delle procedure mediche, il bambino può assumere una posizione attiva rispetto a situazioni che nella realtà vive passivamente, riducendo ansia e paura.
- Attività di **drammatizzazione e teatro:** valorizzano la dimensione corporea, espressiva e relazionale. Attraverso l'interpretazione di personaggi e

situazioni immaginarie o realistiche, favoriscono la socializzazione tra pari, contrastano l'isolamento e consentono una significativa elaborazione emotiva.

- **Tecnologie digitali e i videogiochi educativi:** rappresentano una risorsa importante, soprattutto per gli adolescenti. Se utilizzati in modo consapevole, permettono di mantenere i contatti con il mondo esterno, stimolano le funzioni cognitive e aiutano a superare simbolicamente i limiti imposti dalla permanenza in ospedale.
- **Laboratori di espressione emotiva:** rivolti soprattutto ai bambini che faticano a verbalizzare i propri sentimenti o che manifestano emozioni e comportamenti difficili da gestire. Attraverso attività espressive e creative, essi possono acquisire gradualmente maggiore consapevolezza e controllo delle proprie emozioni, imparando a manifestarle in modo più adeguato e costruttivo.

Tra tutte le esperienze laboratoriali, un ruolo centrale è occupato dalla **lettura e dalla narrazione**, considerate strumenti pedagogici e terapeutici di particolare efficacia. Narrare in ospedale significa offrire al bambino dei punti di riferimento simbolici che lo aiutino a non smarrirsi di fronte all'esperienza della malattia e del ricovero. Caso (2015) utilizza a questo proposito la metafora dei “sassolini di Pollicino”: le storie aiutano il bambino a orientarsi in un contesto spesso percepito come estraneo e destabilizzante.

La letteratura per l'infanzia propone racconti costruiti “a misura di bambino”, capaci di intercettare bisogni profondi e di affrontare, in modo indiretto e simbolico, temi quali la paura, la sofferenza, la prova e il superamento delle difficoltà. I protagonisti delle storie, definiti da Caso (2015) “bambini e bambine di carta”, diventano figure di identificazione che accompagnano il giovane lettore nella comprensione di una realtà complessa e talvolta dolorosa.

A partire dagli anni Novanta, tali intuizioni hanno trovato una sistematizzazione teorica nella **biblioterapia** (*bibliotherapy* o *reading therapy*), ossia nell'utilizzo della lettura come strumento di cura e di sostegno emotivo (Caso, 2015). In questo approccio, il valore terapeutico non risiede soltanto nel libro, ma anche nel cosiddetto “**gesto narrante**”, cioè nella relazione che si crea tra chi legge e chi ascolta. La lettura condivisa diventa così

un'esperienza di vicinanza, fiducia e cura, capace di favorire il benessere psicologico e di aiutare il bambino a riconoscere e rielaborare le proprie emozioni.

Affinché la lettura mantenga questa funzione trasformativa, essa deve essere vissuta come un'esperienza piacevole e libera da finalità valutative. Come sottolinea Antonio Faeti (1985), il libro possiede una sorta di capacità "vampirica", cioè il potere di coinvolgere profondamente il lettore e di lasciare in lui una traccia duratura.

La lettura agisce contemporaneamente su più livelli. Sul piano **emotivo-affettivo**, favorisce l'identificazione con i personaggi e la rielaborazione delle emozioni. Sul piano **cognitivo**, stimola la curiosità, la riflessione e l'acquisizione di nuove conoscenze. Sul piano **espressivo-linguistico**, arricchisce il lessico e le competenze comunicative. Infine, sul piano **estetico**, sviluppa la sensibilità verso la bellezza delle parole e delle immagini, alimentando immaginazione e pensiero creativo.

Dal punto di vista neuro-didattico, le emozioni suscitate dalla lettura costituiscono quella che Lucangeli (2019) definisce la "**benzina della mente**": esse alimentano la motivazione e favoriscono un apprendimento significativo. In questo senso, il libro diventa un prezioso alleato contro l'isolamento e un autentico "**farmaco della mente**" (Caso, 2015), capace di offrire sia un momento di evasione dalla realtà ospedaliera sia strumenti per comprenderla e affrontarla.

In definitiva, pur senza cancellare la sofferenza e il distacco che il ricovero comporta, le attività ludico-educative e laboratoriali consentono di trasformare il tempo dell'ospedalizzazione in un'esperienza ricca di significati, relazioni e opportunità di crescita (Laterza, 2002). Creare attorno al bambino un ambiente accogliente, capace di stimolare la fantasia e di contrastare il grigiore della corsia ospedaliera, significa non soltanto alleviarne la sofferenza, ma anche comunicargli attenzione, affetto e vicinanza.

*"In questo periodo delicato della sua esistenza, il creargli attorno un ambiente familiare, capace di accendere la fantasia, di farlo evadere dal grigiore della corsia ospedaliera, non è solo un atto che solleva il bambino malato dalle sue sofferenze, ma un gesto che gli dimostra attenzione, affetto, vicinanza". (Catarsi, 2008)*

### 3.7 Il tempo percepito dal cuore: i volontari nei reparti pediatrici

Le associazioni di volontariato rappresentano oggi una componente fondamentale della pedagogia ospedaliera e dei processi di umanizzazione delle cure. In Italia, queste realtà si sono sviluppate in modo strutturato circa cinquant'anni fa con l'obiettivo di garantire ai bambini ricoverati una **presenza affettiva e relazionale** costante, offrendo **ascolto, dialogo e supporto** umano per contrastare l'isolamento e la spersonalizzazione spesso associati alla degenza ospedaliera (Catenazzo, 2019).

Il riconoscimento dell'importanza dei bisogni emotivi dei bambini ricoverati si è affermato a partire dalla seconda metà del Novecento. Già nel 1961, in Europa, soprattutto in Inghilterra, nacquero i primi movimenti di cittadinanza attiva dedicati alla tutela del benessere complessivo del minore in ospedale (Bortolotti, 2023). Queste organizzazioni si impegnarono per modificare i rigidi regolamenti ospedalieri dell'epoca, chiedendo sia la presenza continua dei genitori accanto ai figli ricoverati sia la creazione di spazi destinati al gioco e alla socializzazione (Kanizsa & Luciano, 2006).

Questo movimento si sviluppò progressivamente a livello internazionale.

Come già descritto nel capitolo 1, nel 1988, diverse associazioni europee si riunirono a Leida, nei Paesi Bassi, per elaborare la **Carta di Leida** (Kanizsa & Luciano, 2006), un documento che affermava la necessità di ridurre gli effetti traumatici dell'ospedalizzazione e di promuovere una visione più globale del benessere del bambino. Nel 1993 venne poi fondata l'**EACH** (European Association for Children in Hospital), che riunisce le associazioni europee del settore. In questa occasione, il documento fu aggiornato e rinominato Carta di EACH, diventando il principale riferimento etico e operativo internazionale per la tutela dei minori ospedalizzati (Bortolotti, 2023; Kanizsa & Luciano, 2006).

La Carta di EACH si basa su dieci principi fondamentali che riconoscono il bambino e la sua famiglia come soggetti attivi nel percorso di cura:

1. Ricovero solo quando l'assistenza non può essere garantita a domicilio.
2. Presenza costante dei genitori o di figure sostitutive.
3. Accoglienza che favorisca la continuità delle relazioni familiari.
4. Informazioni chiare e adeguate all'età del bambino.
5. Partecipazione attiva alle decisioni riguardanti le cure.
6. Ricovero insieme a coetanei, evitando reparti per adulti.

7. Disponibilità di spazi per il gioco e l'attività scolastica.
8. Assistenza da parte di personale formato sull'età evolutiva.
9. Continuità delle cure attraverso un'équipe multidisciplinare.
10. Prevenzione e trattamento globale del dolore.

Come emerge anche dal punto di vista del medico intervistato (vedi Appendice A), le attività promosse dai volontari assumono una funzione educativa e relazionale rilevante. Il medico sottolinea come i progetti musicali, artistici, teatrali e laboratoriali permettano ai bambini di sperimentare forme concrete di apprendimento e partecipazione, contribuendo a creare spazi di normalità all'interno del contesto ospedaliero. Tali attività favoriscono inoltre un processo di "*deospedalizzazione*", rendendo il reparto un ambiente maggiormente orientato ai bisogni evolutivi del bambino.

In questo contesto, il volontariato svolge tre funzioni principali: sostenere il bambino nell'affrontare l'impatto emotivo della malattia e del ricovero, supportare le famiglie nella gestione del carico assistenziale e collaborare con il personale sanitario e con i docenti della Scuola in Ospedale (Kanizsa & Luciano, 2006).

### **3.7.1 Presenze leggere nella cura: il volontario per un'alleanza relazionale e una mediazione emotiva**

La presenza delle associazioni di volontariato nei reparti pediatrici richiede **organizzazione**, **coordinamento** e una forte **attenzione** ai bisogni umani dei bambini e delle loro famiglie. Per comprenderne il valore, è utile richiamare la riflessione di Michael Ende sul **tempo**:

*“Come voi avete occhi per vedere la luce, e orecchie per sentire i suoni, così avete un cuore per percepire il tempo. E tutto il tempo che il cuore non percepisce è perduto, come i colori dell'arcobaleno per un cieco o il canto dell'usignolo per un sordo”.*

Il volontario interviene proprio su questa dimensione soggettiva del tempo, aiutando il bambino a vivere il ricovero in modo meno angosciante e più significativo. La sua

presenza, discreta ma importante, si basa su una relazione di aiuto fondata sull'ascolto e sulla vicinanza emotiva. Non sostituisce medici, infermieri o insegnanti, ma occupa gli spazi relazionali della degenza, offrendo un sostegno gratuito e privo di finalità cliniche o valutative (Catenazzo, 2019).

Il volontario rappresenta una figura adulta accogliente e non giudicante: mentre il medico si occupa della cura del corpo e l'insegnante degli aspetti cognitivi, il volontario promuove il gioco, la socializzazione e il benessere affettivo del bambino (Kanizsa & Luciano, 2006). Dal punto di vista psicopedagogico, il suo intervento si sviluppa lungo tre principali direzioni:

- **Sostegno al bambino e contenimento del trauma:** attraverso attività ludiche, animazione e compagnia, il volontario contribuisce a rendere l'ambiente ospedaliero più familiare e meno stressante, valorizzando le risorse e la resilienza del minore.
- **Supporto ai caregiver e respite care:** offrendo momenti di assistenza al bambino, permette ai genitori di concedersi brevi pause e fornisce loro uno spazio di ascolto empatico per condividere difficoltà e preoccupazioni.
- **Mediazione e collaborazione multidisciplinare:** lavorando insieme a medici, infermieri e docenti, il volontario contribuisce al benessere complessivo del bambino e della famiglia, segnalando eventuali bisogni o disagi alle figure professionali competenti (Bortolotti, 2023).

### 3.7.2 Clownterapia: curare con il sorriso

*“L'humor è l'antidoto per tutti i mali. Credo che il divertimento sia importante quanto l'amore. Alla fin fine, quando si chiede alla gente che cosa piaccia loro della vita, quello che conta è il divertimento che provano, che si tratti di corse di automobili, di ballare, di giardinaggio, di golf, di scrivere libri. La vita è un tale miracolo ed è così bello essere vivi che mi chiedo perché qualcuno possa sprecare un solo minuto! Il riso è la medicina migliore”* (Patch Adams, 2004).

L'inserimento della clownterapia nei contesti di cura è una delle tappe più importanti dell'**umanizzazione ospedaliera** e della psicopedagogia clinica. Le sue origini pratiche sono spesso collegate a Hunter "Patch" Adams, che ha promosso un modello medico olistico basato su **empatia**, **centralità della persona** e **umorismo** come supporto terapeutico (Bianchi di Castelbianco et al., 2007). "Patch" Adams ha sviluppato un modello di cura centrato sulla relazione umana, in cui il paziente non è solo un corpo da trattare, ma una persona nella sua globalità emotiva, sociale e psicologica. Il dottor Adams sostiene che l'umorismo può svolgere una funzione di "anestetico naturale", permettendo di ridurre le distanze tra medico e paziente, e consentire di entrare più velocemente in empatia.

In questa prospettiva, la guarigione passa anche attraverso la gioia e la connessione tra medico e paziente. Tale visione si è concretizzata nella fondazione del Gesundheit Institute, un progetto di medicina comunitaria gratuito, basato su assistenza umanizzata, prevenzione e integrazione di pratiche relazionali e creative nel percorso di cura.

L'esperienza di Patch Adams ha contribuito a diffondere l'idea che l'umorismo possa essere parte integrante del processo terapeutico, influenzando la nascita della clownterapia moderna in ambito ospedaliero, soprattutto pediatrico, come strumento di riduzione dell'ansia e umanizzazione delle cure.

*"La gioia è un elemento fondamentale della guarigione."* (Patch Adams)

Dal punto di vista antropologico e culturale, la figura del clown richiama il kòmos dell'antica Grecia e i riti dionisiaci, nei quali la sospensione delle regole sociali e il rovesciamento delle gerarchie avevano una funzione liberatoria e catartica (Dionigi, 2011). Il clown è quindi una figura "di passaggio" tra reale e immaginario, che aiuta a esorcizzare paure profonde come la vulnerabilità e la morte.

In ospedale, la comicità funziona su un paradosso: non è il successo a generare il riso, ma l'errore e il fallimento. Il clown dottore, mostrando goffaggine e imperfezione, rinuncia al potere e al controllo e offre al bambino un modello rassicurante con cui riconoscere e normalizzare la propria fragilità. In questo senso, il naso rosso non è solo un simbolo scenico, ma un mediatore relazionale che trasforma il limite umano in risorsa comunicativa (Dionigi).

Questa “filosofia dell’errore creativo” è alla base di reti come l’Associazione VIP (ViviamoInPositivo) Italia, fondata nel 2003, che valorizza la libertà di sbagliare come strumento di autenticità e resilienza. Le linee guida del movimento affermano:

*“Noi tutti abbiamo l'energia per raggiungere tale obiettivo, per amarci, comprenderci, perdonare e avere compassione. La gioia è una scelta, come l'odio, la rabbia o la tristezza: possiamo attuarla o meno. [...] La gioia che proviamo nasce dal nostro naso rosso e si diffonde nel nostro cuore: lasciamo che contribuisca a guarire la terra!”*

L’efficacia clinica della clownterapia è supportata dalla ricerca scientifica: la regolazione delle emozioni influenza direttamente i parametri psicofisiologici (Caviezel-Hidber, 2000); la risata riduce cortisolo e ACTH (ormoni dello stress) e favorisce il rilascio di endorfine, con effetti positivi anche sul sistema immunitario.

In ambito pediatrico, questo approccio è molto utile per ridurre lo stress da ospedalizzazione, spesso vissuto dal bambino come perdita di controllo sul proprio corpo. Studi sull’Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze mostrano che la presenza dei clown dottori riduce in modo significativo l’ansia pre-operatoria nei bambini e nei genitori durante l’induzione anestetica.

Il tempo che i clown donano ai pazienti ha effetti positivi su diverse dimensioni:

- **Psicofisiologica:** riduzione del cortisolo, aumento delle endorfine e maggiore tolleranza al dolore.
- **Cognitiva:** rielaborazione dell’ospedale, che viene interpretato in modo più positivo e ironico.
- **Emotivo-relazionale:** il bambino passa da spettatore passivo a partecipante attivo della cura.
- **Sistemico-organizzativa:** miglioramento del clima del reparto, riduzione del burnout negli operatori e dello stress dei caregiver.

Dal punto di vista metodologico, la clownterapia si basa su ascolto empatico e comunicazione flessibile. Il clown dottore non “mette in scena uno spettacolo”, ma costruisce una relazione comunicativa adattiva con il paziente, modulando l’intervento in

base ai segnali non verbali (gesti, espressioni, postura). In questo approccio, le tecniche ludiche (bolle di sapone, micro-magia, palloncini) restano strumenti accessori rispetto all'ascolto dei bisogni del bambino e alla promozione della sua autoefficacia.

Questa necessità di dare nuovo significato allo spazio ospedaliero è ben espressa da Antonio, un bambino di dieci anni:

*“Io rifarei gli ospedali. Li costruirei come il paese dei balocchi per accogliere i più piccini; vestirei i dottori da pagliacci, così giocando, giocando ci spiegano la nostra malattia e noi bambini impareremmo a convivere e sopporteremmo tutte quelle brutte medicine”* (Gamba & Saccomani, 2003).

Questa testimonianza mostra il senso profondo della comicoterapia: non semplice distrazione, ma strumento educativo ed emotivo che aiuta il bambino a comprendere e rielaborare l'esperienza della malattia, rendendola più umana, condivisa e affrontabile.



*“Io e i pagliacci. Qui all'ospedale i pagliacci mi sono piaciuti tantissimo. Mi sono divertito e mi hanno regalato un palloncino bianco. Prima di andare a casa vorrei rivederli ancora.”* (Eleonora, 6 anni, in Bianchi di Castelbianco et al., 2007)

Le parole dei volontari intervistati (vedi Appendice A), Pastella e Tutt'al più, mettono in luce una dimensione fondamentale dell'aiuto relazionale: il valore della presenza autentica. Contrariamente a una visione stereotipata del clown ospedaliero come figura esclusivamente orientata alla comicità, emerge una capacità di accogliere e condividere le

emozioni del bambino e della famiglia, anche quando queste sono caratterizzate da paura, tristezza o sofferenza. In alcuni casi, la semplice vicinanza emotiva assume un significato terapeutico più profondo della risata stessa.

*“A volte si sta in silenzio, e basta quello. Ci capita spesso di stare in silenzio e abbracciare le persone, toccare e mostrarci vicini, anche solo con un palloncino per dire “se hai bisogno io ci sono”. Non è detto che noi dobbiamo fare sempre ridere, a volte basta essere presenti, prendere l’emozione che c’è e portarsela a casa”. (clown Pastella)*

*“Se vediamo che la situazione è molto pesante, se c’è tanto dolore, allora capiamo che quello non è il momento giusto. Noi non possiamo portare il sorriso ovunque”. (clown Tutt’al più)*

### 3.8 Una rete che cura: l'équipe multidisciplinare nella presa in carico globale del bambino

*“La collaborazione tra personale sanitario e insegnanti ospedalieri è una dinamica incasinata bellissima” (dottor Palazzi)*

Il processo di umanizzazione delle cure e di supporto globale al minore ospedalizzato si realizza pienamente nel paradigma della collaborazione interdisciplinare. L'organizzazione dei moderni reparti pediatrici supera la frammentazione tipica di un approccio riduzionista e si basa sull'**équipe multidisciplinare**, in cui diverse professionalità lavorano in modo integrato. L'obiettivo non è solo la cura della malattia, ma anche il benessere psico-emotivo del bambino e della sua famiglia (Guidotti, 2022).

La necessità di questo modello è riconosciuta a livello internazionale dagli articoli 8, 9 e 10 della **Carta EACH** (European Association for Children in Hospital), che affermano il diritto del minore a essere seguito da personale formato sui suoi bisogni fisici, emotivi e di sviluppo, garantendo continuità delle cure, rispetto della privacy e comunicazione empatica (EACH - European Association for Children in Hospital)<sup>20</sup>.

Come sottolinea Caso (2015), la specificità dell'età evolutiva richiede una formazione continua e interdisciplinare degli operatori, basata sul lavoro in équipe e sulla collaborazione con i servizi sanitari e sociali del territorio, a partire dal pediatra di base. Infatti, l'ospedalizzazione del bambino coinvolge sempre anche la famiglia, generando un impatto sull'intero sistema familiare; per questo l'intervento deve essere globale e condiviso.

Attori dell'équipe multidisciplinare e rispettive funzioni:

- **Équipe medica e infermieristica:** diagnosi, trattamento clinico e gestione della malattia sul piano biologico.
- **Psicologo clinico:** supporto emotivo a bambino e genitori e gestione dell'ansia e delle strategie di coping.
- **Docenti della Scuola in Ospedale:** garantiscono il diritto allo studio e la continuità educativa del minore.
- **Assistente sociale:** supporto burocratico e tutela dei diritti della famiglia.

---

<sup>20</sup> [EACH - European Association for Children in Hospital](#)

- **Educatori e animatori:** attività ludiche, espressive e comicità durante la degenza.
- **Volontari del terzo settore:** supporto relazionale e presenza affettiva in reparto.
- **Famiglia (caregiver):** parte attiva del percorso di cura, non solo destinataria ma co-progettista.

Questa integrazione segna il passaggio dall'“occuparsi” dei bisogni del paziente al “**prendersi cura**” della persona nella sua interezza. Questo approccio, definito “presa in carico globale”, è un indicatore essenziale della qualità dell'intervento, soprattutto in età pediatrica (Bianchi di Castelbianco et al., 2007).

Come emerso anche dall'intervista all'insegnante ospedaliera (vedi Appendice A): *“Il rapporto con il personale medico – sanitario è prima di tutto un rapporto di collaborazione e di fiducia reciproca. Ognuno ha un ruolo diverso: il medico si occupa della parte curante, il docente della parte educativa, ma tutti lavorano allo stesso obiettivo, prendersi cura del bambino o del ragazzo nella sua interezza.”. La scuola e la medicina vengono così percepite come dimensioni complementari di un unico progetto di cura.*

Quello che il medico riporta durante l'intervista (vedi Appendice A) si mostra in linea con quanto citato dall'insegnante, infatti egli individua nel rispetto reciproco delle competenze il fondamento del lavoro interdisciplinare. Secondo la sua esperienza, insegnanti, medici, infermieri e psicologi condividono informazioni quotidianamente e costruiscono insieme progetti educativi e terapeutici personalizzati. Particolarmente significativa appare la valorizzazione del contributo degli insegnanti anche nella lettura dei bisogni emotivi del bambino, poiché le impressioni raccolte dai diversi professionisti possono rivelare aspetti che, se osservati da una sola prospettiva, rischierebbero di rimanere invisibili.

Anche i volontari (vedi Appendice A) evidenziano l'importanza della collaborazione con il personale sanitario. Prima di accedere alle stanze, infatti, si confrontano quotidianamente con infermieri e operatori sanitari per comprendere eventuali situazioni delicate e adattare il proprio intervento alle condizioni dei pazienti. Particolarmente significativo risulta l'episodio raccontato dalla volontaria in occasione di un prelievo vissuto con forte agitazione da un bambino. Attraverso il gioco e l'improvvisazione, i clown sono riusciti a

ridurre la tensione sia del piccolo paziente sia dell'infermiera coinvolta nella procedura, facilitando così l'esecuzione dell'intervento. Tale esperienza evidenzia come il contributo dei volontari possa incidere non solo sul benessere emotivo del bambino, ma anche sul clima relazionale dell'intero reparto.

In questo contesto, la Scuola in Ospedale (SiO) assume un ruolo che va oltre la didattica tradizionale, diventando uno spazio di mediazione culturale e di tutela della prospettiva del bambino (Bianchi di Castelbianco et al., 2007; Di Padova et al., 2026). Essa aiuta a considerare il minore nella sua complessità, non solo come paziente ma come persona. La progettazione educativa viene costantemente aggiornata grazie al confronto con medici e psicologi, creando uno scambio continuo di informazioni sullo stato del bambino (Guidotti, 2022).

Da questa collaborazione nasce la “comunità educante” (Riva & Crescenza, 2022, citato in Di Padova et al., 2026), in cui la responsabilità educativa è condivisa. La rete scuola-ospedale permette al bambino di continuare ad apprendere in modo esperienziale e di elaborare l'esperienza della malattia, prevenendo la dispersione scolastica e l'“analfabetismo da trauma” legato a lunghe degenze (Di Padova et al., 2026; Faraoni, 2025).

Questo confronto continuo all'interno dell'équipe aiuta a costruire un linguaggio comune: medici, insegnanti e psicologi possono così integrare le proprie prospettive nella gestione del bambino (Bianchi di Castelbianco et al., 2007).

Tutto questo converge nell'**alleanza terapeutica ed educativa**, cioè il riconoscimento condiviso del bambino come soggetto attivo del proprio percorso di cura (Felli, 2022, citato in Di Padova et al., 2026). Come sottolinea Jankovic (2019), questa alleanza si realizza quando tutti gli attori lavorano insieme per ridurre l'impatto della malattia e migliorare la **qualità della vita** del bambino e della famiglia.

In conclusione, la collaborazione interdisciplinare non deve mai diventare rigidità o conflitto tra competenze, ma uno spazio dinamico di confronto. Anche i bambini, attraverso le loro espressioni e bisogni, contribuiscono a orientare le pratiche dell'équipe. Il risultato è la creazione di ambienti di cura più umani, in cui il minore possa continuare a esprimersi, raccontarsi e progettare il proprio futuro (Bianchi di Castelbianco et al., 2007).

## CONCLUSIONI

Al termine di questo percorso di ricerca emerge con chiarezza come la Scuola in Ospedale rappresenti una delle espressioni più autentiche del significato profondo dell'educazione. In un contesto segnato dalla fragilità, dall'incertezza e dalla sofferenza, essa dimostra che educare non significa soltanto trasmettere conoscenze, ma soprattutto prendersi cura della persona nella sua globalità.

Inoltre, questa realtà è molto di più di un semplice servizio educativo: essa costituisce una presenza capace di restituire continuità, significato e speranza a bambini e ragazzi che si trovano ad affrontare una delle prove più difficili della loro vita.

La malattia irrompe nella vita del bambino come una tempesta improvvisa, capace di modificare abitudini, relazioni e prospettive future. Tuttavia, l'esperienza di ricovero non può e non deve cancellare i bisogni di crescita, di apprendimento, di gioco e di socialità che caratterizzano ogni fase dell'infanzia. Al contrario, proprio nei momenti di maggiore vulnerabilità tali bisogni emergono con ancora più forza e richiedono risposte adeguate.

In questo senso, la scuola in ospedale assume un valore profondamente umano oltre che pedagogico: permette al bambino di continuare a sentirsi studente, compagno, figlio, amico e persona, evitando che l'identità venga ridotta esclusivamente alla condizione di paziente.

L'analisi della letteratura scientifica, dei riferimenti normativi e delle esperienze raccolte sul campo ha evidenziato come il benessere del minore ospedalizzato dipenda dalla capacità di costruire una rete educativa e relazionale che coinvolga insegnanti, medici, infermieri, psicologi, volontari e famiglie. Nessuna di queste figure opera isolatamente: è proprio dalla collaborazione tra competenze diverse che nasce una presa in carico realmente globale della persona.

Particolarmente significative sono state le testimonianze raccolte durante l'esperienza presso il Policlinico di Modena, che hanno permesso di osservare concretamente come la scuola, il gioco, la relazione educativa e la cura possano intrecciarsi quotidianamente per sostenere il bambino non soltanto dal punto di vista clinico, ma anche emotivo, sociale e identitario.

Questo lavoro ha inoltre rafforzato una convinzione personale: educare significa prima di tutto riconoscere l'unicità della persona che abbiamo di fronte.

La figura dell'insegnante ospedaliero testimonia in modo esemplare questa dimensione dell'educazione, poiché richiede competenze professionali elevate, sensibilità, capacità di ascolto e disponibilità a costruire percorsi realmente personalizzati.

La metafora della tempesta, che ha accompagnato l'intero elaborato, permette di sintetizzare il significato più profondo della Scuola in Ospedale: quando la malattia irrompe improvvisamente nella vita di un bambino, tutto sembra perdere stabilità e orientamento. In quel momento la scuola diventa un punto fermo, una luce capace di illuminare il percorso, un'ancora che mantiene vivo il legame con la normalità e con il futuro.

Per questo motivo la Scuola in Ospedale non rappresenta soltanto un diritto da garantire, ma una preziosa opportunità educativa e umana: la dimostrazione concreta che, anche nei contesti più difficili, è possibile continuare a coltivare conoscenza, relazioni, speranza e fiducia nella vita.

Un messaggio che questo lavoro desidera lasciare, è che nessun bambino dovrebbe sentirsi solo di fronte alla malattia. Accanto alle cure mediche devono trovare posto la scuola, il gioco, la creatività, le relazioni e tutte quelle esperienze che rendono possibile continuare a sentirsi bambini. Perché educare, anche in ospedale, significa custodire la speranza e ricordare che dietro ogni diagnosi esiste una persona con sogni, desideri e un futuro ancora da scrivere.

## APPENDICE A

### **Dentro la corsia: parole ed esperienze della scuola in ospedale**

#### **INTERVISTA A UN'INSEGNANTE DELLA SCUOLA IN OSPEDALE**

**Nome:** Carmen Franzese

**Scuola in cui svolge servizio:** Scuola Primaria Ospedaliera Giacomo Grossi (I.C. 6 Modena)

#### **Domande di carattere generale**

1. Da quanto tempo insegna?

*Insegno da 25 anni, prima di arrivare alla Scuola Ospedaliera, ho maturato diverse esperienze in contesti scolastici differenti che hanno contribuito in modo significativo alla mia formazione professionale:*

- *Funzione di tutor nelle attività di tirocinio in collaborazione con la Facoltà di Scienze Della Formazione Primaria: affiancamento ed orientamento nella progettazione didattica di studentesse frequentanti i corsi di laurea in Scienze della Formazione Primaria, studentesse impegnate nei corsi TFA.*
- *Funzione di tutor di docenti di sostegno neoimmesse in ruolo, con funzioni di affiancamento, consulenza pedagogico – didattica e supporto durante l'anno di prova.*
- *Referente DSA presso l'Istituto Comprensivo d Mirandola con funzione di coordinamento alle azioni educative e didattiche rivolte agli alunni DSA. Supporto ai docenti nella predisposizione dei PDP, collaborazione con le famiglie e con gli specialisti.*
- *Referente CTS presso CTS di Finale Emilia con funzioni di raccordo tra istituzione scolastica e servizi territoriali per la promozione dell'inclusione scolastica, supporto all'utilizzo di tecnologie assistive.*
- *Coordinatrice gruppo – docenti di sostegno con attività di informazione – formazione, responsabile del coordinamento delle attività di aggiornamento professionale e della diffusione di pratiche inclusive presso l'Istituto Comprensivo d Mirandola.*
- *Membro del GLI presso l'Istituto Comprensivo di Mirandola e Istituto Comprensivo ic5 con funzioni di supporto alla progettazione, alla rilevazione dei bisogni*

*educativi e formativi e collaborazione alla predisposizione del Piano per L'Inclusione.*

*- Partecipazione ai progetti europei dedicati all'inclusione e alla disabilità, con compiti di progettazione educativa, scambio di buone pratiche sulle esperienze e metodologie inclusive sviluppate presso l'Istituto Comprensivo di Mirandola.*

*- Relatrice al corso di formazione sull'autismo in collaborazione con la Dottoressa Russo Angela e la dottoressa Elisa Bonucchi presso Mymemo di Modena. Relazione rispetto al reinserimento e la piena partecipazione di un alunno con autismo grave nel gruppo classe.*

*- Osservatrice di lezioni teoriche-pratiche in collaborazione con logopediste specializzate nell'autismo, finalizzate all'analisi dei bisogni comunicativi e relazionali, alla definizione di strategie educative e riabilitative personalizzate presso la casa delle farfalle di Poggio Rusco (metodo Borghese: Massimo Borghese era noto medico foniatra, specializzato nella cura e nella riabilitazione del neurosviluppo con particolare attenzione all'autismo infantile).*

*- Funzione Strumentale per l'Inclusione e Disagio presso ic5 Modena dal 2019 al 2022 con compiti di coordinamento, progettazione e monitoraggio delle azioni finalizzate all'inclusione degli alunni con bisogni educativi speciali e disabilità.*

*- Dal 2023 docente Scuola Ospedaliera con attività di insegnamento rivolto ad alunni ricoverati con progettazione di percorsi didattici personalizzati e flessibili finalizzati alla continuità educativa e al diritto allo studio.*

2. Da quanto tempo insegna nella scuola ospedaliera?

*Lavoro presso la Scuola Ospedaliera da 3 anni, ho ottenuto il trasferimento nell'anno 2022, ma sono arrivata l'anno successivo (settembre 2023) perché ci tenevo a concludere la classe quinta nel precedente istituto comprensivo dove insegnavo. L'assegnazione alla scuola ospedaliera è avvenuta tramite trasferimento, è stata un'opportunità inattesa e nel tempo si è rivelata una scelta significativa e profondamente formativa.*

### **Formazione e Motivazione Professionale**

3. Qual è stato il suo percorso di studi e come è arrivata a insegnare nella scuola in ospedale? È stata una scelta mirata o un'opportunità arrivata nel tempo?

*Il mio percorso di studio è di tipo umanistico, ho frequentato il liceo pedagogico, poi per conseguire l'abilitazione all'insegnamento, ho seguito un percorso universitario presso Università Degli Studi Di Modena e Reggio Emilia presso la facoltà di Scienze della Formazione. Ho conseguito il Diploma di Specializzazione polivalente per l'esercizio delle attività di sostegno alle classi in presenza di alunni in situazione di handicap presso Università Degli Studi Di Macerata. Ho frequentato un Corso di perfezionamento professionale in Didattica e Psicopedagogia per i Disturbi Specifici di Apprendimento presso Università Alma Mater di Bologna, dipartimento Di Scienze Della Formazione. Ho seguito a Milano un corso di formazione sul metodo foniatrico- logopedico integrato – inquadramento diagnostico e clinico degli autismi – corso sui disturbi del linguaggio e apprendimento (metodo Borghese)*

4. Prima di iniziare, ha ricevuto una formazione specifica (psicopedagogica, medica o relazionale)?

*Non ho avuto una preparazione specifica per la scuola ospedaliera legata ad un percorso iniziale, la mia formazione nasce dalla partecipazione a corsi, convegni, studi personali e soprattutto dalla mia lunga esperienza sul sostegno. Anche se si tratta di situazioni diverse, il lavoro sul sostegno mi ha dato competenze fondamentali: la capacità di osservare, di personalizzare, di leggere i bisogni e di adattare continuamente l'intervento educativo. È un'esperienza che apre molto lo sguardo sulla persona e non sull'alunno. Da un anno seguo corsi, seminari, percorsi teorici e pratici del metodo Somatic e del metodo Feldenkrais, anche se questi percorsi non sono pensati specificamente per la scuola, ho scoperto quanto possono essere utili nel lavoro quotidiano: aiutano ad affinare l'ascolto, a potenziare l'attenzione alla comunicazione non verbale e alla qualità della relazione.*

*Un ruolo importante lo ha avuto anche il passaggio di consegne da parte della collega che già lavorava alla scuola ospedaliera, mi ha accolta con disponibilità e mi ha accompagnata nella conoscenza di questa realtà supportandomi nel percorso di inserimento. Il resto si costruisce sul campo, in ospedale si impara quotidianamente, è un percorso che si costruisce attraverso l'esperienza diretta e la capacità di mettersi continuamente in discussione.*

5. Quali competenze ritiene assolutamente indispensabili per un docente che opera in questo contesto?

*Per lavorare alla Scuola Ospedaliera bisogna avere svariate competenze:*

- *competenza relazionale: in ospedale viene prima di tutto saper ascoltare, creare fiducia, costruire un legame educativo ed affettivo;*
- *competenza didattica: l'insegnante deve saper adattare i contenuti e le metodologie in base all'età e alle condizioni di salute del paziente;*
- *competenza di progettazione flessibile: saper accettare che nulla è rigido, che le situazioni possono cambiare in qualsiasi momento;*
- *competenza emotiva: lavorare in ospedale significa entrare in contatto con situazioni di fragilità e sofferenza, per questo è necessario mantenere equilibrio allo stesso tempo professionalità;*
- *competenza di collaborazione interdisciplinare: l'insegnante deve sapersi confrontare quotidianamente con i medici, infermieri, famiglie, scuole di provenienza;*
- *competenza empatica: saper tenere insieme didattica e umanità, saper riconoscere e comprendere lo stato emotivo del paziente.*

6. C'è stato un divario tra ciò che si aspettava da questo lavoro e la realtà che ha poi trovato sul campo?

*Quando si arriva per la prima volta alla scuola ospedaliera, non si sa davvero cosa aspettarsi. Si entra con un'idea teorica, spesso legata alla scuola tradizionale adattata a un contesto di cura, ma ciò che si è immaginato raramente corrisponde alla realtà. La scuola ospedaliera ti insegna che la priorità non è il programma ma la persona, la consapevolezza professionale e personale di questo lavoro nasce da ciò che si vive realmente.*

7. Quali sono le principali motivazioni personali e professionali che la spingono a svolgere questo compito ogni giorno?

*Dal punto di vista professionale è la possibilità di garantire concretamente il diritto allo studio anche in situazione di malattia e fragilità. È particolarmente significativo vedere studenti che, nonostante il ricovero o le cure, continuano ad impegnarsi nel proprio percorso scolastico. Accompagnarli nella preparazione degli esami di Stato conclusivi del*

*primo ciclo di istruzione oppure agli Esami di Stato per il conseguimento del diploma, talvolta svolti anche all'interno dell'ospedale, rappresenta un'esperienza di grande valore professionale. Sul piano personale è significativo il riconoscimento da parte dei pazienti e delle loro famiglie, in ospedale i legami sono privi di sovrastrutture, sentirsi riconosciuti da un paziente che sta vivendo un momento difficile, sapere di aver rappresentato un punto di riferimento e ricevere la loro gratitudine restituisce il senso più vero di questo lavoro.*

### **L'Esperienza Diretta e l'Organizzazione Didattica**

8. Come si articola una sua giornata tipo in ospedale? Come si conciliano i tempi della cura medica con quelli dell'apprendimento?

*Una giornata nella scuola ospedaliera non segue mai i tempi rigidi della scuola tradizionale, si costruisce in modo flessibile tenendo conto delle condizioni di salute dei pazienti. La mattina, come primo momento, si consulta il registro dei ricoveri per sapere chi è presente, questo passaggio è fondamentale perché la situazione in reparto può cambiare rapidamente da un giorno all'altro. Successivamente si organizza il giro nelle stanze, per incontrare i ragazzi nei loro spazi di degenza, in questa fase si osserva come stanno, si ascoltano i bisogni e si valuta insieme se e come avviare un'attività didattica. In base alle condizioni cliniche ed emotive, si propongono attività laboratoriali, individuali, calibrate sull'età e sulle energie del momento. La giornata non si limita alle attività con i pazienti ma comprende anche un importante lavoro di relazione e coordinamento. Viene dedicata una parte del tempo all'ascolto e confronto con le famiglie che spesso vivono momenti di particolare preoccupazione e fragilità. Fondamentale è inoltre la presa in carico delle situazioni più complesse, ciò richiede colloqui quotidiani con i medici e il personale sanitario. Frequenti sono i contatti telefonici o incontri meet con le scuole di provenienza per far partire il progetto di istruzione domiciliare, per garantire continuità educativa, per condividere aspetti didattici, modalità di lavoro, per risolvere eventuali problemi organizzativi o didattici che possono emergere durante il periodo di ospedalizzazione.*

9. In che modo progetta e personalizza la didattica per alunni che spesso cambiano, hanno età diverse o affrontano terapie pesanti?

*La scuola ospedaliera in ospedale fa parte del Progetto Nazionale Scuola in Ospedale e Istruzione Domiciliare (SIO). La scuola “G. Grossi” è una scuola primaria, ma si occupa anche dei ragazzi della scuola secondaria di primo e di secondo grado, proprio per questo è fondamentale personalizzare la didattica: ogni fascia di età richiede approcci, linguaggi e strumenti diversi. Con i bambini più piccoli vengono proposte attività concrete e ludiche che mantengono viva l’attenzione senza sovraccaricarli, mentre i ragazzi grandi, vengono aiutati nella scelta di attività che valorizzano l’autonomia, gli interessi personali e il bisogno di continuità con la propria classe di appartenenza. Le attività proposte spaziano dalle discipline curriculari a percorsi laboratoriali, vengono proposte anche attività di coding e di robotica. Le cure pesanti impongono una continua rimodulazione del lavoro, ci sono giorni in cui il ragazzo riesce a sostenere le attività, altri in cui il dolore o gli effetti delle terapie richiedono di rallentare, semplificare o anche solo mantenere una presenza educativa e relazionale. La scuola ospedaliera si occupa anche di percorsi di prima alfabetizzazione per alunni o madri stranieri.*

10. Quali strumenti e metodologie (es. tecnologie digitali, didattica ludica) si rivelano più efficaci in camera di degenza?

*Nella scuola ospedaliera le metodologie più efficaci sono quelle capaci di mettere al centro la persona prima ancora dell’alunno. Risultano fondamentali una didattica flessibile, personalizzata ed individualizzata, didattica breve e modulare capace di adattarsi ai tempi, alle energie e allo stato emotivo del bambino o del ragazzo. La didattica laboratoriale (laboratori artistici, stem, digitale, ecc) è particolarmente efficace perché favorisce lo sviluppo delle competenze e la motivazione ad apprendere. La Didattica ludica e il gioco educativo sono utilizzati come strumento di apprendimento ma anche come supporto al benessere psicologico per distogliere l’attenzione dalla condizione di dolore.*

11. Come descriverebbe il rapporto e l'integrazione con il personale medico-sanitario (medici, infermieri, psicologi)?

*Il rapporto con il personale medico – sanitario è prima di tutto un rapporto di collaborazione e di fiducia reciproca. Ognuno ha un ruolo diverso: il medico si occupa*

*della parte curante, il docente della parte educativa, ma tutti lavorano allo stesso obbiettivo, prendersi cura del bambino o del ragazzo nella sua interezza.*

*Oltre al rapporto con l'équipe sanitaria, una parte importante del lavoro in ospedale, riguarda la relazione con le famiglie: i genitori sono sempre presenti accanto ai figli durante il ricovero, osservano le lezioni, dialogano con gli insegnanti, chiedono aiuto quando incontrano difficoltà nei rapporti con la scuola di provenienza, quando hanno bisogno di chiarimenti sul percorso scolastico o di essere orientati rispetto a procedure e comunicazioni, talvolta diventano anche loro destinatari di attenzioni. In questo contesto abbiamo affiancato mamme straniere supportandole nel comprendere e nell' acquisire le basi della lingua italiana per facilitare la comunicazione con il contesto ospedaliero.*

### **La Dimensione Relazionale ed Emotiva**

12. Se dovesse riassumere in un'unica parola o in un'immagine l'essenza profonda del legame che si crea tra un docente e un alunno-paziente, quale sceglierebbe e perché?  
*Se dovessi scegliere una sola parola sceglierei "ti vedo", ti vedo nella tua interezza, oltre la diagnosi e oltre la sofferenza. Se dovessi riassumere una sola immagine sceglierei "l'immagine di una finestra aperta" perché la scuola ospedaliera apre uno sguardo sul mondo e sul futuro quando tutto rischia di chiudersi dentro una malattia. Capisci davvero che un legame si è creato quando ricevi piccoli gesti anche dopo la dimissione dall'ospedale: ricevere un video di auguri per Natale, Pasqua, ricevere foto o video che ritraggono il primo giorno di rientro a scuola o del ritorno alle gite scolastiche, ricevere un messaggio da parte degli adolescenti perché sei diventato il loro punto di riferimento, indica che la relazione educativa non è stata solo un supporto scolastico temporaneo.*

13. In che modo la scuola in ospedale riesce, secondo lei, a restituire al ragazzo una dimensione di "normalità" e di futuro?

*La scuola in ospedale restituisce ai ragazzi una dimensione di normalità perché dentro un luogo segnato dalla malattia, continua a ricordare loro che sono ancora bambini e ragazzi prima che pazienti. In ospedale il tempo rischia di essere scandito solo da terapie, esami e paure; la scuola invece riporta una quotidianità fatta di apprendimento, relazioni, curiosità e possibilità. Ma soprattutto restituisce un'idea di futuro, studiare significa continuare ad investire su di sé, ogni successo scolastico, comunica che esiste ancora un*

*domani verso cui andare. Nel contesto di ospedalizzazione, la scuola contribuisce a mantenere una condizione di normalità, cercando di evitare la dispersione scolastica. In alcuni casi, arrivano ragazzi poco motivati allo studio, durante il periodo di degenza riscoprono l'importanza dell'apprendimento. La scuola diventa una parte stabile della loro quotidianità e può favorire un nuovo interesse verso lo studio.*

### **Episodi Significativi, Criticità e Prospettive Future**

14. Se dovesse pensare a un episodio particolarmente luminoso o a un successo didattico/relazionale che porta nel cuore, quale racconterebbe?

*Un momento particolarmente significativo e luminoso che porto nel cuore riguarda quello di una bambina ricoverata in ospedale l'anno scorso per una recidiva di leucemia. Era già stata ricoverata quando ancora non insegnavo alla scuola ospedaliera, inizialmente veniva descritta da chi già la conosceva come una bambina molto triste e depressa per la situazione che stava affrontando. Il primo giorno di compiti, ho capito che la sua sofferenza non era legata solo alla sua malattia, ma soprattutto alla scuola. Frequentava la prima elementare, ormai mancavano poche settimane alla fine dell'anno scolastico ma non sapeva leggere e questo la esponeva a situazioni di mortificazione. Nei quaderni erano presenti segni ed annotazioni che sottolineavano continuamente la necessità di svolgere i compiti con aiuto e richiami rispetto alle sue capacità attentive, ciò la faceva sentire inadeguata, mostrava poca fiducia nelle sue capacità, viveva l'apprendimento con grande insicurezza e fragilità. La bambina presentava tutte le difficoltà tipiche di DSA, abbiamo iniziato un lavoro mirato sulla discriminazione dei suoni, partendo dalla posizione della bocca e dai fonemi. Nel giro poche settimane ha iniziato a leggere, è stato significativo vederla acquisire progressivamente fiducia nelle proprie capacità e nel proprio modo di imparare. Iniziare a ricevere gratificazioni da parte di tutti anziché rimproveri ha contribuito a far emergere motivazione e disponibilità all'apprendimento. Purtroppo quella bambina non c'è più, ha perso la sua battaglia contro la malattia, ma questa esperienza per me resta un obiettivo raggiunto: averle promesso, anche solo per un periodo, di vivere la scuola senza sentirsi definita dalle sue difficoltà.*

15. Al contrario, c'è stato un momento particolarmente difficile che l'ha messa in crisi, e come l'ha superato?

*I momenti difficili nella scuola in ospedale sono tanti e fanno parte della quotidianità. Una delle sfide più complesse è gestire emotivamente tutto ciò che le terapie comportano, soprattutto con gli adolescenti che vivono la malattia in una fase della vita già delicata e piena di cambiamenti. A volte ci si trova davanti alla rabbia, paura, chiusura o grande fragilità emotiva, bisogna imparare ad esserci senza invadere riservando grande attenzione e sensibilità. Altro aspetto importante è la relazione con le famiglie, i genitori posso vivere forte stress emotivo, il docente deve costruire un rapporto di fiducia rispettando i loro vissuti e mantenendo allo stesso tempo un ruolo educativo e professionale. Un altro aspetto difficile è quando perdi un bambino o un ragazzo con cui hai costruito una relazione significativa nel tempo. È impossibile restare completamente distaccati perché si condividono momenti importanti delle loro quotidianità, non solo scolastica ma anche umana. La scuola in ospedale, anche nei momenti più difficili, deve cercare di offrire uno spazio in cui si parli ancora di vita.*

16. Cosa migliorerebbe o cambierebbe nella scuola in ospedale?

*Credo che in ogni ambito lavorativo ci sia sempre qualcosa da migliorare, a maggior ragione se parliamo della Scuola Ospedaliera. È un contesto molto complesso e delicato, a volte la gestione organizzativa e il passaggio delle informazioni possono risultare complessi, pertanto è fondamentale che ci sia un dialogo costante tra tutti gli operatori che vi operano. Un aspetto da migliorare riguarda sicuramente le risorse tecnologiche: spesso i computer e gli strumenti messi a disposizione sono poco efficienti e questo finisce per rallentare il lavoro burocratico dell'insegnante. Nel contesto ospedaliero è importante disporre di strumenti tecnologici aggiornati perché consentono di svolgere riunioni con la scuola di provenienza degli studenti, inoltre facilitano la collaborazione con il territorio e la progettazione di percorsi specifici da attuare in modo condiviso, a sostegno del percorso scolastico e formativo degli alunni.*

17. Quali consigli darebbe a una giovane insegnante che vuole intraprendere questo percorso?

*A chi vuole intraprendere questo percorso consiglieri prima di tutto di formarsi, esistono percorsi dedicati, come il Master Dell'Università di Torino sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare che rappresenta oggi uno dei riferimenti più importanti. Anche a*

*Bologna sono presenti realtà molto attive nella scuola in ospedale dove vengono promossi percorsi ed esperienze formative legati a questo settore. Oltre alla formazione è fondamentale acquisire competenze specifiche e trasversali: relazionali, educative, comunicative ed emotive particolari oltre che grandi capacità di ascolto, di flessibilità e di organizzazione.*

*Direi anche di non avvicinarsi a questo lavoro con l'idea di "salvare" o risolvere situazioni personali proprie, il rischio è quello di spostare il focus sui propri bisogni invece che su quello dei pazienti ricoverati. In ospedale c'è bisogno di presenze stabili, affidabili e competenti, capaci di offrire normalità anche nei momenti più difficili. Chi lavora in ospedale entra ogni giorno in contatto con situazioni molte delicate, bisogna saper accogliere le emozioni dei pazienti e delle loro famiglie mantenendo però lucidità, professionalità e capacità di proteggersi emotivamente.*

## INTERVISTA A UN MEDICO DEL REPARTO DI ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

**“La Scuola in Ospedale nel percorso di cura del bambino oncoematologico: il punto di vista medico”**

**Nome:** Giovanni Palazzi (referente del reparto di oncoematologia)

**Ospedale e reparto in cui lavora:** Pediatria e Oncoematologia del Policlinico di Modena

### **Domande di carattere generale**

1. Da quanti anni lavora in questo ambito e quali cambiamenti ha osservato nell'approccio alla cura del bambino malato?

*Sono in questo reparto da 30 anni.*

*Quello che è cambiato sono sicuramente le terapie, nel senso che sono migliorate; il supporto infermieristico, non la qualità che è sempre stata elevata, ma le tecnologie che sono state sicuramente implementate e migliorate (pensiamo all'uso dei cateteri nei pazienti o all'uso delle pompe...); è migliorata la condizione alberghiera, nel senso che in trent'anni abbiamo migliorato il reparto con stanze singole, con il posto per la mamma, con l'angolo cottura, col bagno sempre in ogni camera, con le camere sterili, con uno spazio giochi...*

*E' nata e quindi implementata tutta l'attività di corteo ritorno, dai quarant'anni fa che c'era giusto la tombola una volta alla settimana, adesso abbiamo la scuola, lo spazio dell'infanzia, la biblioteca, i servizi di volontariato coordinati, una commissione benessere coordinata da insegnanti e spazio incontro (che coordina le varie attività di volontariato in maniera ordinata, con dei progetti)...*

*Sicuramente è migliorato tutto!*

2. L'umanizzazione all'interno dei reparti pediatrici: quanto si è fatto e quanto c'è ancora da fare?

*Per quanto riguarda quello che si è fatto, sicuramente si è data molta più attenzione al bambino. Pensiamo ad esempio a sessant'anni fa, quando i genitori non potevano entrare, se non negli orari di visita, lasciando il bambino solo per il resto della giornata. Quando*

*io sono arrivato, ormai più di 30 anni fa, era già consolidata l'idea che il genitore potesse rimanere tutto il tempo. Inoltre, trent'anni fa c'era qualche gioco, perché il bambino deve giocare, e qualche rarissima attività di volontariato.*

*Ma in trent'anni è cambiato tutto! Tant'è che è costitutivo dell'ospedale che ci siano dei locali che sono dedicati allo spazio incontro, alla scuola, alla biblioteca e al gioco. Non a caso nel reparto di oncologia pediatrica lo spazio più grande che c'è è uno spazio di gioco per i bambini.*

*Per quanto riguarda cosa c'è ancora da fare? Sicuramente si può fare sempre di più all'interno dell'ospedale. Quello che è nato di molto importante è un contatto con il territorio, grazie all'attività dei nostri operatori scolastici e grazie anche a un'attività legislativa, per esempio, che ha permesso l'istruzione domiciliare, e quindi la possibilità di continuare l'insegnamento, anche dopo lunghi ricoveri o per lunghi periodi di ricovero, dentro e fuori l'ospedale. L'istruzione può essere attivata per preciso decreto legislativo. Chiaramente tutto questo, se non ci fosse l'aiuto dei nostri insegnanti, di fatto non si farebbe perché le carenze di personale e qualche volta una certa inerzia, hanno bisogno di essere aiutate.*

*L'altra questione veramente molto importante è il servizio sociale, cioè il fatto che abbiamo dei servizi sociali efficienti come in tutte le città. Purtroppo, però, le carenze di possibilità finanziarie non aiutano spesso nel traghettare un paziente che ha fatto o che fa ripetuti ricoveri a un domicilio che delle volte non è adeguato.*

### **L'impatto della "Tempesta" e l'ingresso in reparto**

*Nel secondo capitolo della mia tesi ho scelto di rappresentare la malattia come una "tempesta improvvisa", un evento che irrompe nella vita del bambino modificandone profondamente abitudini, relazioni e percezione di sé, dunque un'esperienza potenzialmente traumatica e destabilizzante.*

*Vorrei quindi approfondire, dal suo punto di vista medico, l'impatto emotivo e psicologico che l'ingresso in ospedale e il percorso di cura hanno sui piccoli pazienti.*

3. Secondo la sua esperienza, quali sono le principali difficoltà emotive e psicologiche che vive un bambino durante il ricovero?

La difficoltà più grande di un bambino durante il periodo di malattia è il fatto che gli vengono “strappate” le sue abitudini. In questo periodo non può vedere gli amici, non può fare sport, e i contatti sono estremamente limitati, perché sono limitati all'ospedale, che non è il suo ambiente, e alla sua famiglia, che per fortuna c'è. Questo perché di fatto nella terapia oncologica il problema più grande è quello di non prendere infezioni dagli altri, quindi tutto quello che è l'abitudine di socialità viene molto ridotta, se non addirittura azzerata. E questo è un aspetto fondamentale per un bambino. Noi cerchiamo con tutte le attività di colmare questo problema, ma ovviamente lo facciamo in un ambito e in un ambiente che non è il suo, approfittando della “resilienza” dei bambini, cioè della loro capacità di adattarsi alle situazioni, cosa che fanno molto bene, ma sicuramente non è il loro ambiente.

Il secondo aspetto riguarda invece l'aiutare i bambini a comprendere ciò che gli sta capitando, perché per loro è qualcosa di oscuro. In questo compito siamo molto aiutati dagli psicologi.

Se stai parlando con un bambino grande o un'adolescente, ti proponi con lo stesso tipo di terminologia che utilizzi con i loro genitori, quindi spiegare una malattia, spiegare il perché dobbiamo fare delle cure e quanto prevedibilmente dureranno. Sempre aperti alla speranza, anzi alla certezza, di guarigione.

Ma quando ci troviamo di fronte a un bambino molto piccolo, le cui capacità cognitive sono differenti, è chiaro che in questo caso è un nostro dovere spiegare la malattia, utilizzando sempre i nomi delle malattie. Se una cosa si chiama leucemia, leucemia si chiamerà.

Se una cosa si chiama tumore, tumore la chiameremo.

E' importante, però, anche contestualizzare la spiegazione adattandola alle capacità di un bambino: se si tratta di un bambino in età pre-scolare o anche dei primi anni della scuola, si privilegerà un approccio di tipo concreto, cioè non tanto che cosa sta facendo una malattia, che di per sé non si vede, ma piuttosto cosa faremo noi dottori, quali saranno le cure, perché le flebo, perché i capelli cadono... Quindi privilegiando il concreto.

La leucemia è una malattia difficile da spiegare, essendo dappertutto in nessun luogo, perché sono cellule che generano il sangue. E' più comprensibile nei pazienti che hanno già fatto scuola e che hanno già maturato una certa competenza cognitiva.

Dal punto di vista emotivo, invece, è ovvio che la cosa centrale è dare sempre spiegazioni e non mentire mai. E' fondamentale non dire mai "non è niente", perché non è vero, e non dare mai delle date fisse di scadenza, perché purtroppo le condizioni cliniche cambiano talmente tanto per cui se io sono convinto che ti manderò a casa domani e non lo faccio, questa è una menzogna. Quindi noi diciamo sempre ai bambini e ai loro genitori quando potranno andare a casa il giorno stesso.

Quindi è fondamentale non mentire, e aiutare i genitori a fare lo stesso, perché anche i genitori provengono da una cultura, che può essere magari una cultura di ritrosia dire il nome delle malattie e di ritrosia a dire le cose che non piacciono ai bambini, dicendo "non è niente" e minimizzando. Ma in queste situazioni c'è poco da minimizzare. Se le cose stanno in un certo modo, si dicono così come sono.

*Poi ci sono anche le situazioni più brutte, quelle dove si profila anche l'insuccesso della malattia. Allora in questo caso coi genitori bisogna essere estremamente chiari sulle cose, coi bambini non si esplicitano, a meno che gli adolescenti non ce lo chiedano e in questo caso possiamo anche esplicitare che le condizioni cliniche stanno peggiorando a tal punto di non avere una cura, ma di avere sempre un'assistenza. Quindi la cosa fondamentale è far capire più che dire, quindi far sperimentare più che dirlo a parole, che il paziente non sarà mai lasciato solo, non sarà mai abbandonato né dai genitori né dai medici che possono fare terapie palliative, in ospedale o anche a domicilio.*

5. La letteratura evidenzia che i bambini manifestano il disagio sia con reazioni attive (rabbia, pianto, opposizione) sia passive (apatia, ritiro emotivo). Quali di queste risposte riscontra maggiormente nei suoi pazienti e come influiscono sulla accettazione delle procedure mediche (flebo, prelievi, etc.)?

*Sono sicuramente risposte equiparabili, nel senso che troviamo reazioni di entrambe le tipologie. E' chiaro che per noi operatori la risposta più subdola è quella passiva, perché il bambino che risponde passivamente è il bambino che non dà fastidio, non dà problemi e quindi ci illudiamo che vada tutto bene. Ecco che in questi casi serve il lavoro d'équipe, perché l'impressione che ha un medico delle volte non è l'impressione che ha l'infermiere, l'impressione che hanno i clinici delle volte non è l'impressione che hanno gli insegnanti, le nostre impressioni possono non essere le stesse dello psicologo. Allora delle volte fare*

*incontri di equipe e confrontarsi costantemente tra tutti gli operatori, è importante perché potremmo pensare a un bambino che è adeguato nella cura, quando in realtà, “si sta tenendo tutto dentro”, e in questo senso tutte le figure sono utili.*

6. Dal punto di vista medico, in che modo ritiene che lo stato emotivo del bambino (la sua capacità di esprimere la paura, la rabbia o di mantenere la speranza) influenzi l'efficacia delle terapie e la tolleranza immunitaria o fisica ai trattamenti oncoematologici?

*Onestamente credo poco, nel senso che le nostre terapie sono talmente impattanti nei confronti del sistema immunitario da non lasciare molto spazio alla resilienza psicologica: che tu sia depresso, che tu sia euforico, che tu sia attivo, propositivo o passivo, le terapie funzioneranno alla stessa maniera.*

*Quello che invece è molto differente è che l'atteggiamento propositivo, passivo, rinunciatario, depressivo o no di un paziente, soprattutto nel caso per esempio degli adolescenti, è molto importante per tutto quello che è il contorno. Noi facciamo terapie che delle volte debilitano il fisico, quindi è una capacità anche della persona, bambino o ragazzo, di essere attivo: alimentarsi, bere, dormire, giocare lo stesso, fare quel minimo di attività fisica e sportiva che mantiene i muscoli in allenamento, questi sì che sono aspetti importanti. Noi purtroppo abbiamo avuto anche dei ricoveri prolungati semplicemente perché un paziente non voleva o non poteva nutrirsi e abbiamo dovuto nutrirlo per via artificiale, perché altrimenti non avrebbe potuto nemmeno andare a casa.*

*Abbiamo attivato, laddove potevamo, delle attività di psicomotricità attraverso l'associazione ASEOP e delle limitate attività di mantenimento dell'allenamento fisico (con la cyclette e con i fisioterapisti), perché è fondamentale mantenere anche l'attività del fisico, altrimenti un fisico troppo debilitato fa fatica a sostenere le terapie e di conseguenza noi dobbiamo rallentarle. Quindi, sicuramente l'atteggiamento propositivo e l'atteggiamento attivo dei bambini così come degli adolescenti, è fondamentale per tutto quello che è intorno, non tanto per il sistema immunitario in sé.*

### **Il ruolo della Scuola in Ospedale:**

*Vorrei ora soffermarmi sul ruolo della Scuola in Ospedale raccogliendo il suo punto di vista: uno sguardo esterno alla realtà scolastica, ma al tempo stesso interno al contesto ospedaliero e al percorso di cura dei bambini ricoverati. Pur non essendo direttamente*

*coinvolto nelle attività didattiche, il personale medico può offrire una prospettiva significativa sul contributo che la scuola apporta al benessere e all'esperienza di ospedalizzazione dei piccoli pazienti:*

7. Quale valore attribuisce alla presenza della Scuola in Ospedale all'interno del reparto?  
*La scuola all'interno del reparto in ospedale ha secondo me un valore Immenso, perché è quel modo di continuare la vita esterna qui.*

*Come nell'adulto l'attività fondamentale è l'attività lavorativa, per un bambino l'attività fondamentale è lo studio e la scuola. Quindi il fatto di poterla mantenere, permette innanzitutto un effetto praticissimo: non perdere l'anno. Io provengo da appunto una storia clinica di 30 anni fa in cui la prima cosa che dicevamo ai genitori era "quest'anno scolastico è perso". Oggi non è più così. Oggi non perdiamo l'anno scolastico.*

*E questo, non soltanto della prosecuzione degli studi, ma anche dell'impatto emotivo che dà l'idea che comunque la tua vita, per quello che riusciamo, continua. Certo, non continuerà lo sport, ma lo si riprenderà, non continueranno le amicizie fisiche, ma si può mantenere il contatto grazie agli strumenti elettronici, ma la scuola continua.*

*E questa è una cosa molto importante, oltre a essere un tempo attivo utile, che non è soltanto di gioco, ma è anche cognitivo. Per questo la scuola ha un valore immenso.*

8. Dal suo punto di vista medico, quali benefici può apportare la scuola ai bambini ricoverati?

*L'intento della scuola in ospedale non è soltanto un intento cognitivo, ma è anche un intento pedagogico. Cioè la scuola non serve solo per insegnare nozioni, ma insegnare a stare insieme, ad imparare, avere dei metodi. E questo anche la scuola dell'ospedale lo può fare. Certo, questo richiede un'elasticità da parte di un'insegnante di scuola ospedaliera che è tutt'altra cosa rispetto a una classe. Io mi immagino un'insegnante di una classe che deve essere una persona profondamente resistente a resistere a 24 teste diverse; qui invece è un'insegnante che deve essere profondamente resistente a una testa sola alla volta, che ogni giorno può cambiare, perché un giorno sta male, un giorno non può, un giorno è ricoverato a tal punto che non può fare terapia, un giorno può ma soltanto per un'ora...*

*Quindi ci vuole una enorme capacità di mantenere una continuità pedagogica e culturale all'interno della frammentazione che l'ospedale ti crea.*

### **Collaborazione tra équipe sanitaria e insegnanti**

*Ho deciso di dedicare un paragrafo alla collaborazione interdisciplinare evidenziando come la presa in carico del bambino ospedalizzato non possa limitarsi alla sola dimensione clinica, ma richieda il contributo coordinato di diverse figure professionali. In quest'ottica, vorrei approfondire il suo punto di vista sull'importanza del lavoro d'équipe e, in particolare, sulla collaborazione tra personale sanitario e insegnanti della Scuola in Ospedale.*

9. Cosa rende possibile il lavoro interdisciplinare nella presa in carico globale del bambino?

*Allora, prima di tutto un rispetto profondo delle competenze, nel senso che io, medico, vedo insegnanti che sono profondamente rispettosi delle nostre competenze, ma vedo anche medici e tutta l'équipe medico-infermieristica profondamente rispettosa delle competenze cognitive e pedagogiche dell'insegnante. Quindi, sapere che ognuno di noi fa il suo mestiere e lo fa insieme agli altri.*

*Il secondo aspetto è farlo insieme agli altri: noi clinici abbiamo dei nostri momenti strutturati di incontro, tipo appunto la Commissione benessere, poi abbiamo dei momenti di colloquio costante ogni giorno. Praticamente non passa un giorno in cui noi ci non ci parliamo sui pazienti, su ciascuno dei pazienti, sulla continuità, sui progetti.*

*L'altro aspetto che abbiamo anche cercato di attuare negli anni riguarda i momenti di confronto con la comunità scolastica degli insegnanti, cioè avere dei momenti in cui come medici possiamo spiegare a insegnanti che sono al di fuori, ma che avranno i nostri bambini ricoverati e quindi comunque sono in continuità, che cosa sono le malattie che curiamo, il perché un bambino quel giorno può collegarsi e altri tre no, sono fondamentali.*

*Quindi queste cose le abbiamo fatte e le continueremo a fare.*

10. Come descriverebbe in 3 parole la collaborazione tra personale sanitario e insegnanti ospedalieri nel vostro reparto?

*Dinamica incasinata bellissima.*

## **Il ruolo dei volontari**

*Oltre alle figure sanitarie ed educative, nei reparti pediatrici operano spesso volontari che affiancano il percorso di cura attraverso attività ludiche e relazionali. Vorrei quindi approfondire il suo punto di vista sul ruolo che essi rivestono all'interno del reparto.*

11. Quanto incidono le attività ludiche e ricreative sul bambino e la sua famiglia?

*Le attività ludiche e ricreative permettono di ritagliare degli spazi di normalità, che sono spazi di normalità concreti. Perché va bene parlare con lo psicologo, va bene fare due chiacchiere con l'infermiere, ma per avere la possibilità di fare delle cose concrete con le mani (disegnare, costruire...), lì viene in aiuto la genialità dei volontari.*

*Noi non incentiviamo volontari che dicono noi “veniamo a tenere compagnia ai bambini”, ma incentiviamo volontari che portano un progetto in ospedale: progetto Lego, un progetto musicale, un progetto teatrale, un progetto di costruzione con la creta, un progetto di botanica... Quindi progetti, cioè non lo stare lì a giocare, certo ci sono anche i momenti in cui bisogna giocare senza una progettualità per far passare il tempo, ma i volontari portano in ospedale progetti che possono dare ai ragazzi un senso di continuità e un senso anche di apprendimento attraverso i giochi.*

12. Quanto incidono le attività ludiche e ricreative sul clima del reparto?

*Le attività ludiche e ricreative rendono il clima del reparto bellissimo, nel senso che danno il più possibile l'idea di una “deospedalizzazione”. Quello che caratterizza molto la pediatria da altri reparti in cui chi dà la forma ritmica del tempo ospedaliero è la struttura sanitaria, qui invece la danno i bambini. Avendo un loro ritmo, si piega la struttura il più possibile alle esigenze del bambino. Poi ovviamente ci sono delle esigenze cliniche che non si possono cambiare. Per cui il fatto che a un certo punto al pomeriggio si faccia musica, o vengano quelli del tennis, e facciano “un casino della malora” va benissimo, stante ovviamente alcuni pazienti che devono avere un ritaglio di loro tempo. Ad esempio in certe situazioni, come può essere un lutto, allora cerchiamo di contenere la confusione di reparto, quando invece siamo in condizioni che si può fare più confusione c'è meglio è.*

13. In generale, c'è qualcosa che migliorerebbe nel suo lavoro? O c'è qualcosa che andrebbe cambiato per migliorare la qualità di vita di questi bambini?

*Sicuramente mantenere il grado di lavoro d'equipe, perché il lavoro di equipe permette di confrontarti, quindi questi momenti vanno difesi, perché ci vuole un attimo a perderli, per la velocità del lavoro, la confusione, le dinamiche stressanti... Sicuramente avere la possibilità di confortarsi costantemente è fondamentale.*

*Cosa migliorerei? Vorrei un sacco di soldi per fare nuovo il reparto, ecco, quello sì. Lo ridipingerei tutto, farei venire degli artisti, inventerei altre situazioni possibili di utilizzo, lo vorrei differente. Ci sono esperienze molto belle di ospedali che hanno molta struttura, che hanno strutturato aree diverse per bambini e adolescenti, perché gli adolescenti sono purtroppo necessariamente sacrificati in un reparto di pediatria in cui l'età media dei pazienti è quattro anni, quindi i ragazzi spesso si trovano "stretti". Insomma si potrebbero fare tante cose belle.*

## INTERVISTA A UNA VOLONTARIA CLOWN

**Nome:** *Caterina Taccini (presidente dell'associazione)*

**Nome dell'Associazione:** *Dimondi Clown*

**Ospedale in cui opera l'Associazione:** *Ospedale di Sassuolo*

### **Domande di carattere generale:**

1. Da quanti anni svolge servizio in questa associazione?

*Faccio la volontaria in questa associazione da 11 anni*

2. Qual è il suo nome e aspetto da clown (abiti/accessori)?

*Durante il corso di Formazione per diventare clown ognuno trova il suo clown e inventa anche il proprio trucco e il proprio vestito, costruendoselo con fantasia.*

*Il mio nome da clown è Dottoressa Pastella. Io indosso un cappello, una specie di basco, con i fiorellini; ho un camice, che non è però il classico camice bianco, perchè essendo un'infermiera ho "combattuto" dentro di me, perchè non volevo mettermi il camice anche per fare il clown, quindi l'ho un po' modificato: ho preso una casacca da infermiera, l'ho tagliata a metà e ci ho attaccato tortellini e pasta fresca, che rimandano al mio nome "Pastella"; ho dei pinocchietti molto belli con delle bolle colorate che avevo trovato a un mercatino vintage a Londra.*

*Il bello del crearsi il proprio costume è proprio questo: andare alla ricerca e trovare in giro qualcosa che possa ispirare il proprio clown.*

### **La Vocazione e la Trasformazione:**

3. Come è nata l'idea di diventare un volontario clown in pediatria?

*Verso la fine delle superiori, nel periodo in cui stavo cercando di capire cosa fare nella vita, volevo trovare qualcosa che potesse darmi sollievo nel tempo libero.*

*Il volontariato all'Avis mi ha permesso di capire che volevo diventare un'infermiera, però mi mancava quella fantasia in più, mi mancava quel colore in più. Così ho deciso di far parte di questa associazione, e da lì non mi sono più staccata.*

4. Cosa prova nel momento esatto in cui "entra nel personaggio"?

*Libertà. Quando divento Pastella mi sento molto libera di fare quello che voglio, non ho limiti.*

5. Che tipo di percorso formativo (teatrale, psicologico, igienico-sanitario) ha dovuto frequentare prima di entrare in reparto?

*L'associazione Dimondi fa parte della Federazione Nazionale Clown, la quale comprende varie associazioni italiane che hanno uno stesso tipo di percorso formativo, articolata però in modo un po' diverso. La nostra associazione richiede una formazione di 350 ore, indicativamente da ottobre a maggio durante qualche weekend. E' quindi una formazione intensiva divisa per argomenti: psicologia del bambino, improvvisazione, magia, teatro di figura (marionette...), simulazione (per mettere alla prova futuri volontari in situazioni realistiche...), creazione del proprio abito e aspetto da clown...*

*E' quindi una formazione abbastanza "pesante" sia a livello di tempo sia a livello di risorse, in quanto vengono coinvolti diversi formatori che vengono dall'esterno.*

*Il corso di formazione è quindi molto impegnativo ma molto gratificante, sia per i nuovi ragazzi che si formano, sia per noi volontari che facciamo da tutor.*

*All'inizio può spaventare, ma secondo me è un corso che serve non solo per andare in ospedale, ma anche per se stessi, perchè è un corso che ti porta a trovare il tuo clown, quindi si va a lavorare molto su se stessi.*

6. Aveva delle paure prima di iniziare questo tipo di servizio?

*Sinceramente non avevo paure, ero abbastanza tranquilla. Essendo volontariato, essendo un ambiente protetto, non mi sono mai sentita a disagio o in pericolo.*

### **La Metodologia del Gioco e la Realtà del Reparto:**

7. Quando entrate in una stanza di degenza, non sapete mai chi troverete. Come riuscite a leggere la situazione in pochi secondi (l'umore del bambino, la gravità della situazione, la disposizione dei genitori...) per calibrare il vostro intervento?

*Innanzitutto quando arriviamo in reparto chiediamo sempre alle infermiere, alle Oss o al caposala se ci sono casi particolari o da evitare a causa di situazioni critiche o da fare per*

*ultimi (magari perchè hanno patologie infettive). Quindi, prima di iniziare ci confrontiamo con il personale sanitario, senza sapere le patologie dei pazienti, perché non siamo tenuti a saperle.*

*Prima di entrare in una stanza bussiamo sempre e chiediamo il permesso. E' capitato che ci dicessero di no, quindi in quel caso lasciamo solo un palloncino, giusto per avere un contatto*

*Successivamente, quando entriamo in stanza dobbiamo capire l'età del bambino, la sua condizione (se può muoversi, se riesce a parlare...) e cerchiamo di interpretare anche il genitore, che è sempre accanto al bambino. Ci sono alcuni genitori super socievoli che ci lasciano fare tutto, altri invece con cui dobbiamo andare con più calma e cautela. Molto spesso il genitore è un appiglio, soprattutto con i bimbi piccoli che non parlano, ai quali dobbiamo quindi proporre cose molto sensoriali, come le bolle di sapone o la musica.*

*Parlare con il genitore è per lui uno sfogo gigantesco, quindi, mentre siamo sul bambino cerchiamo di fare anche da supporto dal genitore.*

*In più, quando entriamo in una stanza dobbiamo interpretare l'ambiente, quindi, grazie all'improvvisazione, proviamo a trasformare la stanza e gli oggetti che abbiamo intorno e farli diventare qualsiasi cosa il bambino voglia: la camera può trasformarsi in un campo da calcio, oppure in una piscina, un campo di grano...*

8. Quali sono gli "attrezzi del mestiere" (magia, micromagia, palloncini, musica, improvvisazione...) che preferisce e come si adatta la vostra azione?

*Noi andiamo sempre in giro con la nostra valigia, che è un elemento che viene sviluppato sempre durante il corso di Formazione, insieme al costume e al trucco. La creazione della valigia è molto personale, cioè ognuno decide come crearsela e cosa metterci dentro. Ci sono però dei must da avere, cioè oggetti che non possono mancare: le bolle di sapone, i palloncini con la pompetta (siccome durante la Formazione facciamo anche una parte sulla realizzazione delle sculture di palloncini), la musica è molto importante (quindi carillon soprattutto per i bambini piccoli, perchè la musica semplice, classica, incanta i bambini e li tranquillizza).*

*Nella mia valigia ho: le bolle, i palloncini, il carillon di Star Wars, gli animaletti da infilare nelle dita (soprattutto con i bambini piccoli sono molto utili ad esempio per fare i grattini e farli ridere), uno squizz (serve per far capire ai bambini di essere magici, perchè*

*mentre loro scoppiano le bolle noi facciamo il rumore con lo squizz), gli smalti (mi era capitato di incontrare una ragazzina che non riuscivamo a coinvolgere più di tanto, allora abbiamo provato con gli smalti e in questo modo si era gasata tantissimo). Ogni esperienza ti insegna cosa potresti aggiungere nella tua valigetta!*

*Noi in realtà non siamo sempre lì a usare oggetti, li usiamo ma per fare da tramite al nostro strumento, cioè noi stessi.*

*Con i bambini più grandi e i ragazzini, invece, cerchiamo invece di fare più chiacchiere, scherziamo insieme a loro, ci facciamo due risate, facciamo i simpaticoni, cerchiamo di capire se hanno la morosina, cerchiamo di farli ridere.*

9. Come cooperate e vi coordinate con l'équipe medico-infermieristica? C'è mai stato un momento in cui il vostro intervento ha facilitato una procedura medica dolorosa o spaventosa?

*A Sassuolo il personale medico ci ama, sono tutti molto felici di vederci e ci tengono in considerazione anche durante le visite e le procedure mediche. I dottori stessi spesso sono molto socievoli e partecipano anche insieme a noi.*

*Un dottore ad esempio ha chiesto la nostra presenza per gli incontri delle neo-mamme.*

*Una procedura che mi ricordo benissimo è stata una volta in cui ero con la volontaria Petronilla. Stavamo facendo il nostro solito giro, siccome noi andiamo di stanza in stanza, quando sentiamo delle urla e dei pianti molto forti nell'ambulatorio dove fanno i prelievi.*

*Entriamo e c'era questo bambino che urlava e non stava fermo per fare il prelievo,*

*l'infermiera stava sudando perché non sapeva più come fare, era stremata. Noi per*

*sdrammatizzare un po' abbiamo fatto finta di "allenare" l'infermiera, facendole i*

*massaggi, come se fossimo due coach del wrestling. In questo modo l'infermiera è riuscita a sfogare la pressione che aveva addosso, e allo stesso tempo il bambino si è divertito*

*molto, si è distratto e dopo ha fatto il prelievo senza problemi. Questa gag è servita quindi sia al bambino sia all'infermiera che in quel momento si trovava in una situazione difficile e stressante.*

## **La Gestione delle Emozioni e il Limite:**

10. La risata in ospedale convive a stretto contatto con il dolore e, a volte, con la fine della vita. Come si fa a far ridere quando intorno c'è sofferenza? Dove trova l'energia emotiva?

*La cosa importante che riprendo dalla domanda è proprio la parola “energia”, perché noi non facciamo solo ridere. Sì, siamo clown, però il compito del clown è quello di partecipare alle emozioni del bambino. Il nostro obiettivo primo è sicuramente cercare di portare il buon umore in una situazione di difficoltà, ma se in quella situazione il buon umore non si può portare, va bene così.*

*La cosa bella di questo tipo di volontariato è anche imparare ad accettare le emozioni che troviamo, e anche imparare ad accettare le nostre emozioni di fronte a situazioni difficili. A volte si sta in silenzio, e basta quello. Ci capita spesso di stare in silenzio e abbracciare le persone, toccare e mostrarci vicini, anche solo con un palloncino per dire “se hai bisogno io ci sono”. Non è detto che noi dobbiamo fare sempre ridere, a volte basta essere presenti, prendere l'emozione che c'è e portarsela a casa.*

11. Qual è il confine tra l'empatia e il coinvolgimento eccessivo? Come si impara a non portarsi a casa il dolore dei bambini che incontrate?

*Questa cosa è molto difficile.*

*Sia attraverso il corso di Formazione iniziale, sia con le formazioni che facciamo in seguito, sia con le esperienze, cerchiamo di dividere il clown da noi stessi.*

*Prima di entrare in ospedale provo a dire a me stessa “io adesso sono Pastella e non sono Caterina”. Non sempre ci riusciamo. A volte c'è bisogno di uscire un attimo e staccarsi. Proprio per questo la cosa bella è che siamo sempre in due, mai da soli, e questo ci permette di dire al nostro collega “aspetta, perchè io qua non ce la faccio”, oppure “fai tu perchè io qui mi blocco”. Il bello è quindi aiutarsi a vicenda, soprattutto nelle situazioni più pesanti. E' molto difficile, ma ci si prova.*

12. Avete dei momenti di debriefing o di supporto psicologico di gruppo dopo i turni? Come rielaborate insieme alla vostra associazione le esperienze più dure?

*Dopo ogni turno compiliamo un modulo in cui specifichiamo i dati del turno (chi e quando), poi scriviamo le esperienze più positive che abbiamo avuto e anche quelle più difficili. Questo serve sia a noi clown a portarci ad elaborare quello che abbiamo visto e*

*vissuto, a portarci a casa qualcosa, sia a creare un archivio per ricordarci tutto quello che succede nel corso del tempo.*

*Appena finito il nostro turno, quando ci cambiano nel bagno dell'ospedale, ogni volta condividiamo con il nostro collega com'è andata, quali difficoltà abbiamo avuto, le cose belle che abbiamo visto e le emozioni che abbiamo provato.*

*In più, circa una volta al mese ci troviamo con la nostra psicologa di fiducia e con lei condividiamo esperienze in cui ci siamo trovati in difficoltà, da cui la psicologa parte per guidarci ad affrontarle. Altre volte, invece, la psicologa ci fa entrare nel nostro clown e lavorare con lui insieme al gruppo. Ogni tanto serve anche capire come ci si sente con il nostro clown.*

*Una cosa molto bella che facevamo, ma ora non più, era la creazione di una newsletter: ogni due o tre mesi facevamo uscire un giornalino in cui oltre al racconto delle attività svolte, qualche clown condivideva un'esperienza molto bella che aveva vissuto.*

### **Episodi del Cuore e Riflessioni Esistenziali:**

13. Svolgere questo tipo di volontariato ha cambiato in un qualche modo la vostra percezione della vita e delle priorità personali nella vita di tutti i giorni?

*Assolutamente sì. Quando torni a casa dopo aver visto i bambini in ospedale, ripensi a questi bambini che non vedono altro che l'ospedale. Quindi, da quel momento, cambiano anche le tue priorità della vita. Allo stesso tempo io quando sono in ospedale stacco un po' la testa, cerco di dedicarmi dedico al 100% ai bambini e alle famiglie che trovo.*

14. Se dovesse scegliere un singolo incontro, un sorriso o un aneddoto che ha dato un senso a tutti i suoi anni di volontariato, quale ci racconterebbe?

*C'è un episodio che ancora mi emoziona, nonostante siano passati anni.*

*Noi come volontari non andiamo solo in pediatria: la domenica andiamo in lungodegenza e per le feste principali (Natale e Pasqua) l'ospedale ci dà la possibilità di andare in tutti i reparti a dare gli auguri.*

*Per noi è molto bello, siamo in tanti perchè dobbiamo dividerci per tutto l'ospedale, quindi è anche un'occasione per stare tutti insieme e condividere la gioia delle feste.*

*Il giorno di Natale di qualche anno fa, ero con il mio collega Bianchetto nel reparto di lungodegenza per portare gli auguri. Eravamo molto carichi e felici, quando abbiamo*

*trovato una camera in cui stava proprio uscendo una salma, con i parenti attorno che piangevano a dirotto. In quel momento ci siamo fermati, siamo stati in silenzio e abbiamo abbracciato i parenti. E' stato emozionantissimo, e anche i parenti ci hanno ringraziato tanto. E' un ricordo meraviglioso che mi porto dentro, perché in mezzo al caos, in mezzo alla fretta del Natale e agli auguri da fare, c'è anche la vita che va avanti.*

15. Quali consigli darebbe a una persona che vorrebbe entrare a far parte della vostra associazione?

*Innanzitutto lasciarsi andare, liberarsi da ogni tipo di pregiudizio e stereotipo di qualsiasi tipo. E poi, di aprirsi molto a se stesso. Non stare troppo a guardare gli altri, ma aprirsi il più possibile. Sia nel corso di formazione, sia dopo con l'esperienza diretta, serve tantissimo lasciarsi andare e mettersi in gioco.*

## INTERVISTA A UN VOLONTARIO CLOWN

**Nome:** *Orazio Davide Caraci*

**Nome dell'Associazione:** *Viviamo in positivo (VIP) Modena*

**Ospedale in cui opera l'Associazione:** *Policlinico di Modena*

### **Domande di carattere generale:**

1. Da quanti anni svolge servizio in questa associazione?

*Dal 2011*

2. Qual è il suo nome e aspetto da clown (abiti/accessori)?

*Il mio nome da clown è Tutt'più.*

*Come vestiario noi clown utilizziamo vestiti colorati e mai esagerati, in più abbiamo un camice che ci contraddistingue: una manica a strisce gialle e bianche e l'altra manica a strisce verdi e bianche, con un colletto rosso e i bottoni rossi.*

La Vocazione e la Trasformazione

3. Come è nata l'idea di diventare un volontario clown in pediatria?

*Ho vissuto personalmente un'esperienza di malattia in famiglia, poi per caso ho conosciuto i clown di corsia e mi sono innamorato di ciò che facevano.*

*Ho deciso così di mettermi in gioco e provare, ed eccomi ancora qui.*

*Ciò che mi ha spinto in questa tipologia di volontariato è stato il desiderio di donare il mio tempo in luoghi di disagio, cercando di "far staccare la spina" ai pazienti anche solo per 5 minuti. Il mio obiettivo è quello di regalare momenti di spensieratezza e risate a chi vive situazioni e momenti di malattia e difficoltà.*

4. Cosa prova nel momento esatto in cui "entra nel personaggio"?

*Beh nel momento in cui indosso il naso rosso, la maschera più piccola al mondo, divento a tutti gli effetti Tutt'al più, e si crea un'alchimia con i miei compagni di avventura, con i quali condivido i miei servizi in ospedale.*

5. Che tipo di percorso formativo (teatrale, psicologico, igienico-sanitario) ha dovuto frequentare prima di entrare in reparto?

*Prima di diventare un clown di corsia VIP, bisogna fare un corso di formazione della durata di un fine settimana, il “corso base”, in cui si fanno incontri con formatori professionisti. In questi incontri, tramite il gioco si viene trasportati in un mondo magico che non ci si aspetta.*

*Questo corso è molto profondo, nel senso che apre finestre dentro di te che pensavi di aver chiuso, tocca corde di cui non sapevi il suono, e in più crei legami molto forti con le persone che condividono con te questa esperienza.*

*Grazie al corso di formazione, e soprattutto al servizio di volontariato che svolgo, ho imparato ad emozionarmi, ho imparato a piangere senza vergognarmi, ma quel pianto bello, quel pianto di gioia. È un qualcosa che augurerei a tutti, anche senza diventare per forza un clown di corsia, ma per fare qualcosa di bello con se stessi.*

6. Aveva delle paure prima di iniziare questo tipo di servizio?

*Sono sincero, quando ho iniziato mi sono affidato molto al gruppo e fin da subito mi sono sentito protetto e curato, non ho mai avuto paura di domandare, e sono sempre stato accolto. Mi reputo fortunato. Per questo cerco di fare anch'io così con i nuovi clown: accoglierli e curarli lungo il loro percorso di formazione.*

### **La Metodologia del Gioco e la Realtà del Reparto**

7. Quando entrate in una stanza di degenza, non sapete mai chi troverete. Come riuscite a leggere la situazione in pochi secondi (l'umore del bambino, la gravità della situazione, la disposizione dei genitori...) per calibrare il vostro intervento?

*Quando entriamo in una stanza, lo facciamo sempre in punta di piedi.*

*Se vediamo che il contesto è difficile e c'è tanto dolore, e capiamo che non è il contesto giusto, facciamo un saluto, mandiamo un bacino e, sempre in punta di piedi, usciamo.*

*Questo perché non sempre la nostra presenza è necessaria, ma bisogna capire quando è il momento di fare un passo indietro.*

*Quando, invece, appena entriamo in una stanza vediamo un genitore che ci sorride e gli si illuminano gli occhi, allora capiamo che è il posto giusto e il momento giusto per poter creare qualcosa. I genitori infatti sono il nostro ponte di connessione con i bambini: se il*

*bimbo non ha voglia ma vede che noi giochiamo con la mamma o il papà, il bimbo, con i suoi tempi, poi si apre e inizia anche lui a giocare con noi.*

8. Quali sono gli "attrezzi del mestiere" (magia, micromagia, palloncini, musica, improvvisazione...) che preferisce e come si adatta la vostra azione?

*Beh un po' tutto in realtà. La regola principale è non far toccare i nostri strumenti a nessuno, perché una volta toccati non possiamo più utilizzarli in un'altra stanza per motivi di igiene (in quel caso devono essere igienizzati e riutilizzati solo al servizio successivo). Ognuno si crea il proprio personaggio. Io ad esempio uso un po' di micro-magia, molto spicciola, e mi piace anche improvvisare guardando la stanza e cercando di capire in pochi minuti chi ho di fronte.*

*Ad esempio vedo un libro, inizio a parlare di libri, e provo a improvvisare una storia. Quindi, parto da quel che vedo, dalla persona che ho di fronte, dai suoi oggetti personali, da quello che sta facendo in quel momento, per inventare una storia e creare qualcosa insieme.*

9. Come cooperate e vi coordinate con l'équipe medico-infermieristica? C'è mai stato un momento in cui il vostro intervento ha facilitato una procedura medica dolorosa o spaventosa?

*Si succede, ad esempio durante i prelievi spesso i bambini piangono e si dimenano, quindi il personale sanitario ci chiede aiuto per distrarre i bambini e molto spesso in quei casi il nostro aiuto si rivela molto utile, ma sempre vigile a qualsiasi richiesta del medico o dell'infermiere, perché se ad esempio ci viene detto di uscire noi non possiamo fare di testa nostra, ma dobbiamo portare rispetto e in quel caso andare via.*

### **La Gestione delle Emozioni e il Limite**

10. La risata in ospedale convive a stretto contatto con il dolore e, a volte, con la fine della vita. Come si fa a far ridere quando intorno c'è sofferenza? Dove trova l'energia emotiva?

*All'interno dell'associazione facciamo molti "allenamenti", cioè incontri di formazione periodica, per imparare a gestire le nostre emozioni: Durante questi incontri è molto importante condividere con il resto del gruppo, perché insieme cerchiamo di buttare fuori*

*ciò che ci ha emozionato, sia in positivo che in negativo. Per noi è molto importante non portarsi dentro qualcosa che ci scuote troppo. Siamo pur sempre persone, quindi dobbiamo avere gli strumenti per gestire certe emozioni.*

*Noi quando entriamo in una stanza non sappiamo mai cosa troveremo e cosa vedremo, e non dobbiamo neanche saperlo. Non sappiamo neanche cosa hanno i pazienti e perchè sono ricoverati, e proprio per questo entriamo in punta di piedi, bussiamo e se possiamo entrare osserviamo. Se vediamo che la situazione è molto pesante, se c'è tanto dolore, allora capiamo che quello non è il momento giusto.*

*Noi non possiamo portare il sorriso ovunque. In quel caso salutiamo, facciamo un sorriso e andiamo. Se invece è una situazione più tranquilla, se vediamo che i genitori mostrano la loro approvazione, allora possiamo agire. In questi casi è molto importante anche la comunicazione non verbale con i genitori per capire se è il momento giusto per entrare o no.*

*Per questo tipo di volontariato bisogna avere tanta sensibilità ed empatia.*

11. Qual è il confine tra l'empatia e il coinvolgimento eccessivo? Come si impara a non portarsi a casa il dolore dei bambini che incontrate?

*La prima cosa è non chiedere mai cosa ha il bambino per quanto riguarda la malattia.*

*Questo perché noi dobbiamo cercare di far distrarre il paziente per qualche minuto, senza pensare alla malattia.*

*Un'altra cosa importante è la condivisione con il gruppo appena usciamo dall'ospedale, per "buttare fuori" quello che abbiamo visto e vissuto durante il servizio, senza giudicare le emozioni provate dagli altri volontari.*

*La condivisione è importantissima, ti dà la possibilità di buttare fuori il bello e il brutto, e di rivivere e rielaborare i momenti. Questo è importante per evitare di portarsi a casa il dolore, perché il dolore si trasmette.*

12. Avete dei momenti di debriefing o di supporto psicologico di gruppo dopo i turni? Come rielaborate insieme alla vostra associazione le esperienze più dure?

*Una volta ogni due settimane facciamo un "allenamento", cioè un incontro con tutti i volontari. Ogni incontro ha un tema (condivisione, ascolto, improvvisazione, empatia, squadra...) e attraverso dei giochi andiamo ad alimentare un determinato aspetto.*

*Il risultato del gioco emerge poi alla fine, quando insieme andiamo a riflettere su quello che il gioco ci ha trasmesso. Gli incontri sono anche molto utili per rafforzare il senso di squadra. Inoltre, ogni anno la Federazione di cui fa parte la nostra Associazione ci dona un corso di Formazione che solitamente dura un weekend e si svolge in diversi luoghi d'Italia. Questi incontri consentono anche di conoscersi tra diverse Associazioni e creare dei legami che durano nel tempo.*

### **Episodi del Cuore e Riflessioni Esistenziali**

13. Svolgere questo tipo di volontariato ha cambiato in un qualche modo la vostra percezione della vita e delle priorità personali nella vita di tutti i giorni?

*Assolutamente sì. Questo tipo di volontariato ti cambia tanto. Condividere i momenti di dolore, sofferenza, sconforto con i pazienti ti cambia.*

*A me l'associazione mi ha regalato tanti insegnamenti anche per la mia vita personale.*

14. Se dovesse scegliere un singolo incontro, un sorriso o un aneddoto che ha dato un senso a tutti i suoi anni di volontariato, quale ci racconterebbe?

*Un ricordo che custodisco nel cuore è quello di Riccardino.*

*Quando abitavo in Toscana facevo il volontario sempre per la Federazione Vip Clown, ma facevo anche servizio a domicilio, cioè andavo a casa di quei bambini che non potevano stare insieme agli altri bambini per trascorrere qualche ora a giocare e a fare dei laboratori. Ho conosciuto così Riccardino, un bambino malato oncologico. Io e un'altra volontaria avevamo creato un rapporto con lui e con la sua famiglia, cosa che solitamente i clown non fanno. Purtroppo dopo qualche mese non ce l'ha fatta. E' stata una perdita molto pesante, che ci ha segnati profondamente. Io e l'altra volontaria ci siamo portati dietro un qualcosa di molto più grande di noi, che fa molto male. Proprio per questo motivo questo tipo di servizio poi non è più stato fatto, perché può causare ferite profonde.*

15. Quali consigli darebbe a una persona che vorrebbe entrare a far parte della vostra associazione?

*Provarci, lasciarsi andare. Non tutti riescono a fare il clown di corsia, ma l'importante è provarci, mettersi in gioco.*

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Dipartimento di Educazione e Scienze Umane

Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Scienze della  
Formazione Primaria

## **RELAZIONE FINALE DI TIROCINIO**

TUTOR UNIVERSITARIA

Prof.ssa Francesca Paola Bini

[francescapaola.bini@unimore.it](mailto:francescapaola.bini@unimore.it)

LAUREANDA

Giorgia Serradimigni

Matricola 170690

[298021@studenti.it](mailto:298021@studenti.it)

Reggio Emilia

anno accademico 2025-2026

## **Indice**

|                                                                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Breve storia del mio tirocinio .....                                                                                                                  | 3         |
| 1.1 Tirocinio del secondo anno .....                                                                                                                     | 3         |
| 1.2 Tirocinio del terzo anno .....                                                                                                                       | 5         |
| 1.3 Tirocinio del quarto anno .....                                                                                                                      | 7         |
| 1.4 Tirocinio del quinto anno .....                                                                                                                      | 9         |
| <br>                                                                                                                                                     |           |
| 2. Presentazione di una esperienza di tirocinio nel V anno .....                                                                                         | 11        |
| 2.1 Il contesto .....                                                                                                                                    | 11        |
| 2.2 La mia esperienza di tirocinio .....                                                                                                                 | 11        |
| 2.2.1 La progettazione .....                                                                                                                             | 12        |
| 2.2.2 La gestione della classe e l'organizzazione dell'ambiente di apprendimento .....                                                                   | 13        |
| 2.2.3 La documentazione e la riflessione sull'esperienza effettuata .....                                                                                | 13        |
| 2.2.4 La collaborazione con le/gli insegnanti, con le diverse figure professionali e, se incontrati, con enti e istituzioni del territorio famiglie..... | 14        |
| <br>                                                                                                                                                     |           |
| 3. Le mie prospettive future .....                                                                                                                       | 14        |
| 3.1 Riflessioni conclusive sul tirocinio indiretto e diretto .....                                                                                       | 15        |
| 3.2 L'insegnante competente .....                                                                                                                        | 16        |
| <br>                                                                                                                                                     |           |
| <b>Bibliografia .....</b>                                                                                                                                | <b>19</b> |

## **1. Breve storia del mio tirocinio**

Ripercorrere il percorso di tirocinio significa, per me, rievocare un importante cammino di crescita personale e professionale. Se all'inizio del secondo anno mi avvicinavo alla scuola con curiosità, entusiasmo e anche un po' di timore, oggi posso guardare a queste esperienze come a tappe fondamentali nella costruzione della mia identità di futura insegnante.

Il percorso di tirocinio si è articolato in due dimensioni complementari: il **tirocinio indiretto**, svolto presso l'università sotto la guida delle tutor universitarie, e il **tirocinio diretto**, realizzato nelle scuole grazie all'accoglienza e al supporto delle tutor accoglienti. Il tirocinio indiretto ha rappresentato uno spazio di studio, confronto e riflessione, in cui approfondire aspetti pedagogici, metodologici e didattici, analizzare le esperienze vissute sul campo e sviluppare una maggiore consapevolezza professionale. Il tirocinio diretto, invece, mi ha permesso di entrare concretamente nella realtà scolastica, osservando la quotidianità educativa e sperimentando in prima persona attività di progettazione e intervento didattico a contatto con bambini, insegnanti e famiglie.

È stato un percorso progressivo che mi ha permesso di passare dall'osservazione alla progettazione, dalla riflessione all'azione educativa, mettendomi gradualmente alla prova in contesti reali. Ogni annualità ha aggiunto un tassello importante alla mia formazione, permettendomi di osservare la scuola da prospettive differenti e di acquisire nuove consapevolezze.

### **1.1 Tirocinio del secondo anno**

#### **Tirocinio indiretto:**

Durante il percorso di tirocinio indiretto ho approfondito la struttura e l'organizzazione del sistema scolastico italiano, acquisendo una maggiore consapevolezza delle finalità educative che caratterizzano la scuola dell'infanzia e la scuola primaria. In particolare, lo studio delle Indicazioni Nazionali per il Curricolo del 2012 mi ha consentito di comprendere come la scuola contemporanea non abbia il solo compito di trasmettere conoscenze, ma debba promuovere lo sviluppo integrale della persona, accompagnando ogni bambino nella costruzione della propria identità, autonomia, competenza e cittadinanza.

Un tema che mi ha particolarmente coinvolta è stato quello relativo all'ambiente di apprendimento. Attraverso le lezioni di tirocinio e, in seguito, l'esperienza sul campo, ho

scoperto come gli spazi siano veri e propri strumenti educativi, capaci di influenzare le relazioni, l'autonomia e gli apprendimenti dei bambini. Riprendendo l'idea di Malaguzzi dello “*spazio come terzo educatore*” (in Edwards, Gandini & Forman, 2014), possiamo dire infatti che lo spazio può definirsi un “*linguaggio*” (Rinaldi, 2009), che suscita nel bambino curiosità e domande, e gli trasmette un senso di cura, relazione, libertà, responsabilità, voglia di esplorare e sperimentare. Ho compreso che l'organizzazione degli ambienti comunica, quindi, una precisa idea di infanzia e di educazione e che ogni scelta relativa a tempi, materiali e routine possiede una valenza pedagogica.

Particolarmente significativa è stata la riflessione sulle routine nella scuola dell'infanzia. Mi ha colpito comprendere come momenti apparentemente semplici, come l'accoglienza, il pranzo o il riordino, rappresentino in realtà occasioni educative ricche di significato. Le routine offrono ai bambini punti di riferimento stabili, favoriscono il senso di sicurezza e contribuiscono allo sviluppo dell'autonomia personale e sociale.

Un altro importante momento di crescita è stato l'incontro con il pensiero di Duccio Demetrio, attraverso il materiale formativo *Educazione, riscoprirla per viverla*. Le sue riflessioni sull'educazione come cura, relazione e progetto mi hanno portata a interrogarmi profondamente sul significato dell'essere insegnante. Ho trovato particolarmente significativa l'idea che educare significhi accompagnare una persona nel suo percorso di crescita, aiutandola a scoprire le proprie potenzialità e a costruire il proprio progetto di vita. Demetrio ricorda inoltre che “*L'educazione si disegna come progetto. Quando pronunciamo la parola progetto, compare la parola futuro, possibilità*”.

Le riflessioni sviluppate durante il tirocinio indiretto si sono intrecciate in modo significativo con gli insegnamenti teorici del corso di laurea. In particolare, il concetto di “educazione” proposto da Demetrio, intesa come accompagnamento della persona verso nuove possibilità di crescita e di sviluppo, come un “andare oltre” e superare i propri confini, ha trovato riscontro nelle osservazioni e nelle attività svolte nei contesti scolastici. Ho potuto quindi comprendere come i principi pedagogici studiati non rimangano astratti, ma prendano forma nelle scelte quotidiane degli insegnanti. Questo continuo dialogo tra teoria e pratica ha rappresentato uno degli aspetti più significativi del mio percorso formativo, consentendomi di costruire le prime competenze necessarie per leggere e interpretare la complessità della realtà scolastica.

*“L’educazione lascia sempre delle tracce nella vita di ciascuno di noi.” (Demetrio)*

### **Tirocinio diretto:**

Il tirocinio diretto del secondo anno si è svolto in parte nella scuola dell’infanzia e in parte nella scuola primaria per una durata complessiva di 36 ore. Questa esperienza ha rappresentato per me il primo vero contatto con la quotidianità della vita scolastica e mi ha consentito di osservare da vicino il lavoro degli insegnanti, le dinamiche relazionali e l’organizzazione degli ambienti educativi.

In questa fase il mio obiettivo principale era quello di imparare a conoscere i contesti scolastici entrando “in punta di piedi” e con rispetto all’interno di una classe e di una sezione. Ho cercato di assumere uno sguardo attento e interessato, osservando ciò che accadeva durante la giornata.

Il mio ingresso nella **scuola dell'infanzia** è avvenuto con grande curiosità ma anche con un naturale senso di spaesamento.

Fin dalle prime giornate ho avuto l'opportunità di osservare attentamente la routine scolastica e di comprenderne il valore pedagogico. Progressivamente ho compreso che la routine non rappresenta soltanto una scansione organizzativa della giornata, ma una vera e propria struttura educativa che offre ai bambini punti di riferimento stabili e rassicuranti.

Inoltre, l'ambiente appariva progettato per favorire autonomia, esplorazione e scoperta. Gli spazi erano organizzati in modo intenzionale e i materiali facilmente accessibili ai bambini, permettendo loro di muoversi con sicurezza e di compiere scelte autonome. Anche l'ingresso nella **scuola primaria** è stato caratterizzato dal desiderio di osservare e comprendere il lavoro dell'insegnante dall'interno. Inizialmente mi sentivo un po' disorientata, soprattutto perché la complessità dell'organizzazione scolastica e la varietà delle attività proposte richiedevano uno sguardo attento e la capacità di cogliere molteplici aspetti contemporaneamente.

Nel corso dell'esperienza ho avuto l'opportunità di osservare da vicino la gestione della classe, la progettazione delle attività e le modalità con cui gli insegnanti accompagnavano gli alunni nei loro percorsi di apprendimento. Mi ha colpito la capacità delle docenti di creare un clima positivo e inclusivo, favorendo la partecipazione attiva degli alunni e valorizzando i contributi di ciascuno. Ho compreso come il linguaggio dell'insegnante costituisca uno strumento educativo fondamentale e come ogni intervento possa

influenzare il coinvolgimento e la fiducia degli alunni.

Anche nella scuola primaria ho potuto osservare l'importanza della *routine*, seppur declinata in forme differenti rispetto alla scuola dell'infanzia. La scansione delle attività, l'organizzazione dei tempi e la condivisione di regole comuni contribuivano a creare un ambiente strutturato e favorevole all'apprendimento.

L'esperienza è stata particolarmente positiva e significativa sotto il profilo umano e professionale.

## **1.2 Tirocinio del terzo anno**

### **Tirocinio indiretto:**

Il terzo anno di tirocinio ha rappresentato un passaggio importante nel mio percorso formativo perché il focus si è spostato dall'osservazione spontanea alla costruzione di uno sguardo professionale e intenzionale. Se durante il secondo anno avevo iniziato a conoscere la realtà scolastica, in questa annualità ho imparato a guardarla con maggiore consapevolezza, comprendendo che l'osservazione costituisce uno degli strumenti fondamentali della professionalità docente.

Ho imparato che osservare non significa semplicemente guardare ciò che accade, ma raccogliere informazioni significative con uno scopo preciso. Mi ha particolarmente colpito la distinzione tra vedere, guardare e osservare: mentre *vedere* è un atto spontaneo e immediato, legato alla semplice percezione della realtà, *guardare* implica una maggiore attenzione e una scelta consapevole di rivolgere lo sguardo verso qualcosa, mentre *osservare* richiede intenzionalità, sistematicità, capacità di analisi e riflessione, andando oltre ciò che appare in superficie per coglierne significati e dinamiche più profonde.

Ho iniziato così a comprendere come l'osservazione sia strettamente collegata alla progettazione educativa. L'insegnante osserva per conoscere i bambini, i loro bisogni, le loro risorse e le loro difficoltà; successivamente utilizza queste informazioni per progettare interventi adeguati.

Un altro tema particolarmente significativo ha riguardato la didattica inclusiva e i Bisogni Educativi Speciali. Le attività di tirocinio mi hanno portata a riflettere sul significato dell'inclusione e sull'importanza di costruire contesti di apprendimento capaci di valorizzare ogni bambino nella sua unicità. Ho compreso che la diversità non rappresenta un ostacolo, ma una risorsa educativa che arricchisce il gruppo e offre opportunità di

crescita per tutti.

### **Tirocinio diretto:**

Anche in questa annualità il tirocinio si è svolto sia nella scuola dell'infanzia sia nella scuola primaria, per una durata complessiva di 100 ore, ma rispetto all'anno precedente il mio sguardo è cambiato profondamente. Non mi limitavo più a osservare ciò che accadeva, ma cercavo di individuare elementi specifici, raccogliere informazioni e formulare ipotesi interpretative.

Nella **scuola dell'infanzia** ho svolto un'approfondita analisi degli spazi e dell'ambiente educativo. Questa attività mi ha permesso di comprendere quanto ogni scelta organizzativa rifletta una precisa idea di bambino e di apprendimento. Ho osservato la disposizione degli arredi, l'organizzazione degli angoli, la collocazione dei materiali e le modalità di utilizzo degli spazi da parte dei bambini.

Sono rimasta profondamente colpita dall'organizzazione degli spazi e dalla loro capacità di favorire autonomia e apprendimento. Gli angoli strutturati, la disposizione dei materiali, la presenza di strumenti facilmente accessibili ai bambini e la cura degli ambienti mi hanno fatto comprendere concretamente ciò che avevo studiato durante il tirocinio indiretto. Ho potuto osservare come i bambini si muovessero con sicurezza all'interno della sezione, sapendo dove trovare materiali e strumenti e sviluppando progressivamente capacità di scelta e autonomia. Questa esperienza ha rafforzato in me l'idea che l'ambiente rappresenti un vero e proprio "terzo educatore" (Malaguzzi in Edwards, Gandini & Forman, 2014), capace di influenzare significativamente il comportamento e le esperienze dei bambini.

Particolarmente interessante è stato osservare il ruolo delle insegnanti durante le attività quotidiane. Ho notato come la loro presenza fosse costante ma non invasiva: accompagnavano i bambini, sostenevano le loro iniziative e intervenivano quando necessario, lasciando però ampio spazio all'esplorazione e alla scoperta autonoma. Osservandole ho compreso come educare significhi trovare un delicato equilibrio tra guida e libertà, tra sostegno e autonomia.

Questa esperienza è stata particolarmente significativa anche dal punto di vista personale, poiché si trattava della stessa scuola che avevo frequentato da bambina. Tornare in quei luoghi con uno sguardo completamente diverso, non più da alunna ma da futura insegnante, è stato davvero emozionante. Entrando negli ambienti scolastici mi sono

ritrovata a confrontare i ricordi della mia infanzia con la realtà presente: alcuni spazi erano esattamente come li ricordavo, altri, invece, erano cambiati, trasformati dalle nuove esigenze educative e dalle innovazioni introdotte negli anni. Questo confronto tra passato e presente mi ha portato a riflettere su come la scuola sia un'istituzione in continua evoluzione, capace di rinnovarsi pur mantenendo la propria identità educativa.

Questa esperienza mi ha permesso di guardare la scuola con occhi nuovi. Se da bambina la vivevo come un luogo di gioco, scoperta e relazioni, oggi ho potuto coglierne la complessità organizzativa e pedagogica. Il legame costruito con questa realtà scolastica è stato così positivo che, alla fine del tirocinio, la scuola mi ha offerto un'opportunità lavorativa. Ho accolto questa proposta con grande soddisfazione.

Questa esperienza mi ha fatto riflettere su come la scuola possa essere non soltanto un luogo che ci forma da bambini, ma anche uno spazio in cui scegliere di restituire ciò che abbiamo ricevuto, accompagnando a nostra volta altri bambini nel loro cammino di crescita. Nella **scuola primaria** ho invece concentrato l'attenzione sull'osservazione delle lezioni e delle interazioni all'interno della classe. Ho osservato attentamente il linguaggio degli insegnanti, le modalità con cui ponevano le domande, il tipo di feedback forniti agli alunni e le strategie utilizzate per favorire la partecipazione.

Parallelamente ho cercato di osservare i bambini in modo più approfondito, prestando attenzione non soltanto a ciò che dicevano, ma anche a come lo dicevano, alle loro espressioni, ai comportamenti non verbali e alle dinamiche relazionali che si sviluppavano nel gruppo.

Questa esperienza mi ha insegnato che spesso gli aspetti più importanti non sono immediatamente visibili. Dietro un comportamento, una risposta o una difficoltà possono nascondersi bisogni, emozioni e vissuti che richiedono uno sguardo attento e sensibile.

Il terzo anno ha rappresentato per me una svolta importante perché ho iniziato a comprendere che essere insegnante significa innanzitutto saper osservare. Ho scoperto che la qualità dell'intervento educativo dipende in larga misura dalla capacità di comprendere profondamente i bambini e i contesti nei quali si opera.

### **1.3 Tirocinio del quarto anno**

#### **Tirocinio indiretto:**

Il quarto anno di tirocinio ha segnato un ulteriore passaggio nella costruzione della mia

identità professionale: dall'osservazione si è passati alla progettazione didattica. Durante il percorso di tirocinio indiretto ho approfondito il significato della progettazione educativa e il ruolo dell'Unità di Apprendimento (UdA) come strumento fondamentale per organizzare percorsi didattici coerenti e significativi. Ho compreso che progettare non significa semplicemente preparare delle attività, ma costruire un percorso intenzionale che tenga conto del contesto, dei bisogni degli alunni, degli obiettivi da raggiungere e delle modalità di valutazione.

Un tema che ha occupato una parte importante del percorso è stato quello degli obiettivi di apprendimento: ho compreso quanto la loro formulazione sia complessa e decisiva. La riflessione sui contributi di Anderson e Krathwohl (2001) mi ha aiutata a comprendere l'importanza di utilizzare verbi osservabili e misurabili, capaci di descrivere in modo chiaro ciò che gli alunni saranno in grado di fare al termine del percorso. Ho scoperto che un obiettivo ben formulato costituisce il punto di partenza per tutte le successive decisioni didattiche.

Particolarmente significativa è stata anche la riflessione sulla valutazione formativa. Ho imparato a considerare la valutazione non come un momento conclusivo, ma come un processo continuo che accompagna l'apprendimento. Il feedback è emerso come uno strumento essenziale per sostenere la crescita degli alunni, valorizzare i progressi e individuare eventuali difficoltà.

Mi ha colpito l'idea che l'errore non debba essere interpretato come un fallimento, ma come una preziosa occasione di apprendimento. Questa prospettiva ha modificato profondamente il mio modo di concepire l'insegnamento e la valutazione.

*“Chi non ha mai commesso un errore, non ha mai provato nulla di nuovo” (Albert Einstein)*

### **Tirocinio diretto:**

Il tirocinio diretto del quarto anno ha rappresentato una delle esperienze più significative dell'intero percorso universitario, poiché per la prima volta mi sono confrontata con la progettazione e la realizzazione di un'Unità di Apprendimento completa. L'UdA, intitolata *"Viaggio nel tempo: dal dì all'anno"*, era rivolta a una classe prima della scuola primaria e aveva come obiettivo principale la costruzione delle prime competenze relative

all'organizzazione temporale.

La progettazione è stata preceduta da un'attenta analisi del contesto classe: ho osservato le caratteristiche degli alunni, i prerequisiti posseduti, gli interessi emergenti e le modalità di lavoro abitualmente utilizzate dagli insegnanti. Questa fase mi ha fatto comprendere quanto sia importante conoscere il gruppo prima di progettare qualsiasi intervento. La costruzione dell'UDA ha richiesto un importante lavoro di riflessione sugli obiettivi, sui contenuti, sulle metodologie e sulle strategie didattiche. Ho sperimentato concretamente la complessità della progettazione e ho capito che ogni scelta deve essere coerente con gli apprendimenti che si intendono promuovere.

Durante la realizzazione delle attività ho proposto letture, conversazioni guidate, ascolto di suoni, osservazione di immagini, attività grafico-pittoriche, attività multimediali e momenti di confronto collettivo. Ho cercato di utilizzare linguaggi diversi per favorire il coinvolgimento di tutti gli alunni e valorizzare differenti modalità di apprendimento.

Uno degli aspetti che più mi ha colpita è stato osservare l'entusiasmo dei bambini quando venivano proposte attività coinvolgenti e vicine alla loro esperienza quotidiana. Ho compreso quanto sia importante partire dagli interessi degli alunni e costruire percorsi che abbiano significato per loro. Ho inoltre potuto constatare come l'apprendimento diventi più efficace quando i bambini sono chiamati a partecipare attivamente, a confrontarsi tra loro e a sperimentare attraverso esperienze concrete.

Un ruolo fondamentale all'interno di questa esperienza è stato svolto dall'insegnante accogliente che mi ha accompagnata durante tutto il percorso di tirocinio. Ho avuto la fortuna di incontrare una docente competente, appassionata del proprio lavoro e profondamente attenta ai bisogni dei bambini. Ciò che mi ha colpito maggiormente era la sua capacità di proporre attività sempre nuove, coinvolgenti e stimolanti, spesso basate sul movimento, sul gioco e sulla partecipazione attiva degli alunni. Le sue lezioni non erano mai ripetitive o esclusivamente trasmissive, ma cercavano continuamente di suscitare curiosità, interesse e motivazione nei bambini.

Accanto alle competenze didattiche, ho ammirato soprattutto le sue qualità relazionali. Era una figura dolce, accogliente e disponibile, capace di instaurare con gli alunni un rapporto basato sulla fiducia e sull'ascolto. L'insegnante è stata anche una guida preziosa. Durante tutto il percorso si è mostrata disponibile al confronto, pronta a condividere materiali, idee e suggerimenti.

Questa esperienza mi ha fatto sentire per la prima volta realmente insegnante e mi ha permesso di acquisire maggiore fiducia nelle mie capacità progettuali. Allo stesso tempo mi ha fatto comprendere quanto sia importante, nella formazione di un futuro docente, incontrare figure professionali capaci di trasmettere non solo competenze, ma anche passione, entusiasmo e cura educativa.

## **1.4 Tirocinio del quinto anno**

### **Tirocinio indiretto**

In questa annualità ho avuto l'opportunità di partecipare al progetto universitario "*Giocare e stare bene insieme*", che mi ha permesso di approfondire il valore educativo del gioco e di riflettere sul suo ruolo all'interno dei contesti scolastici.

Durante il percorso ho compreso come il gioco non possa essere considerato esclusivamente un'attività ricreativa o un momento di pausa rispetto agli apprendimenti, ma costituisca uno strumento pedagogico estremamente potente. Attraverso il gioco i bambini sperimentano

relazioni, affrontano problemi, sviluppano strategie, imparano a gestire emozioni e conflitti, costruiscono conoscenze e apprendono regole di convivenza.

Le attività di tirocinio indiretto mi hanno consentito di approfondire i concetti di didattica ludica, *Game Based Learning* e *gamification*. In particolare, mi ha colpito l'idea che il gioco possa essere utilizzato come contesto intenzionalmente progettato per promuovere apprendimenti significativi. Non basta proporre un gioco ai bambini affinché esso abbia una valenza educativa: è necessario che l'insegnante individui obiettivi precisi, scelga strumenti adeguati e progetti attentamente tempi, spazi e modalità di conduzione.

Particolarmente interessante è stata la riflessione sulle competenze che il gioco può sviluppare:

- dal punto di vista cognitivo: favorisce problem solving, pensiero critico, creatività, flessibilità cognitiva e capacità decisionali;
- dal punto di vista relazionale: promuove collaborazione, comunicazione, rispetto delle regole e gestione dei conflitti;
- dal punto di vista emotivo: aiuta i bambini a confrontarsi con la vittoria, la sconfitta, la

frustrazione e l'attesa.

Una riflessione che mi ha particolarmente colpita riguarda il ruolo dell'insegnante come osservatore durante il gioco. Ho scoperto che spesso, mentre giocano, i bambini mostrano competenze, atteggiamenti e modalità relazionali che difficilmente emergono in altri contesti. Il gioco diventa quindi anche un prezioso strumento osservativo che permette all'adulto di conoscere più a fondo ciascun bambino.

Il percorso mi ha inoltre portata a riflettere sull'importanza del benessere scolastico. Ho compreso che apprendimento e benessere non possono essere considerati aspetti separati: un bambino che si sente accolto, valorizzato e coinvolto è maggiormente predisposto ad apprendere. Questa consapevolezza ha rafforzato la mia convinzione che il compito dell'insegnante non sia soltanto trasmettere conoscenze, ma creare contesti in cui ogni bambino possa sentirsi parte del gruppo e sviluppare fiducia nelle proprie capacità.

Ripensando alle annualità precedenti, ho percepito chiaramente come il tirocinio del quinto anno rappresentasse il punto di incontro tra tutte le competenze sviluppate nel percorso universitario: osservare, progettare, documentare, valutare e riflettere diventavano ormai aspetti strettamente intrecciati tra loro.

### **Tirocinio diretto**

*Scuola accogliente: scuola dell'infanzia statale, sezione eterogenea (tre e quattro anni).*

Grazie al tirocinio diretto del quinto ho avuto la possibilità di progettare e realizzare un'Unità di Apprendimento all'interno di una scuola dell'infanzia, mettendo in gioco tutte le competenze sviluppate negli anni precedenti.

L'UDA, intitolata *"Le mani nella natura: storie, suoni, colori e giochi"*, è stata progettata per una sezione eterogenea composta da bambini di tre e quattro anni e si inseriva all'interno del progetto annuale di *Outdoor Education* promosso dalla scuola.

Fin dalla fase iniziale di progettazione ho cercato di partire dall'analisi del contesto e dall'osservazione dei bambini. Ho potuto conoscere una realtà educativa caratterizzata da una forte attenzione alla natura, all'esplorazione e all'apprendimento esperienziale. La presenza di

ampi spazi esterni, materiali naturali e percorsi di *outdoor education* costituiva una

preziosa risorsa educativa e offriva numerose opportunità di apprendimento.

La progettazione dell'UDA mi ha richiesto un'importante attività di riflessione: ho dovuto individuare obiettivi coerenti con l'età dei bambini, selezionare attività significative, prevedere modalità di osservazione e documentazione e costruire un percorso capace di valorizzare i diversi linguaggi espressivi dell'infanzia.

L'esperienza mi ha portata a confrontarmi concretamente con le teorie pedagogiche studiate durante il percorso universitario. Ho osservato come i bambini apprendessero attraverso l'esperienza diretta, la manipolazione, l'esplorazione sensoriale e il confronto con i pari.

*“Se ascolto dimentico, se vedo ricordo, se faccio capisco” (Confucio)*

Le attività proposte hanno coinvolto i bambini in esperienze di osservazione della natura, raccolta di materiali naturali, esplorazioni sensoriali, letture di albi illustrati, attività artistiche, giochi motori e momenti di conversazione. Ciò che mi ha colpito maggiormente è stata la spontaneità con cui i bambini si avvicinavano agli elementi naturali, manifestando curiosità, stupore e desiderio di scoperta.

Un aspetto che considero particolarmente significativo riguarda il valore dell'imprevisto. Nella scuola dell'infanzia, soprattutto durante le attività all'aperto, non tutto può essere programmato nei minimi dettagli. Ho imparato che la progettazione non deve essere rigida, ma sufficientemente flessibile da accogliere gli interessi emergenti dei bambini e trasformarli in occasioni educative. Dal punto di vista relazionale, questa esperienza mi ha consentito di sperimentare il ruolo dell'insegnante come figura capace di accogliere, ascoltare, incoraggiare e sostenere i bambini nei loro percorsi di crescita.

## **4. Presentazione di un'esperienza di tirocinio nel V anno**

### **2.1 Il contesto**

L'esperienza di tirocinio del quinto anno si è svolta presso una scuola dell'infanzia statale, che si inserisce in un territorio caratterizzato da una significativa presenza di servizi educativi, culturali e associativi e si distingue per una forte attenzione ai temi dell'inclusione, della cittadinanza attiva e dell'innovazione didattica.

La sezione accogliente era composta da ventisei bambini e bambine di età eterogenea, tredici di tre anni e tredici di quattro anni. La presenza di età differenti rappresentava una preziosa opportunità educativa, poiché favoriva dinamiche di aiuto reciproco, imitazione e apprendimento tra pari. Nella sezione erano inoltre presenti alcuni bambini con Bisogni Educativi Speciali, aspetto che richiedeva una particolare attenzione alla personalizzazione delle proposte e all'organizzazione di attività inclusive.

Uno degli elementi che ha maggiormente caratterizzato il contesto è stata la forte valorizzazione dell'*Outdoor Education*. La scuola dispone infatti di ampi spazi esterni organizzati in modo intenzionale e pensati come veri e propri ambienti di apprendimento. Accanto alle tradizionali strutture ludiche, il giardino ospita aree naturali con materiali destrutturati, costruzioni in legno, spazi dedicati all'esplorazione e alla manipolazione. La natura viene considerata parte integrante della progettazione educativa e non semplicemente uno sfondo delle attività.

L'UDA realizzata si è inserita all'interno del progetto annuale "Andiamo Fuori!", percorso che promuove il contatto diretto con l'ambiente naturale e favorisce lo sviluppo dell'autonomia, della collaborazione e della consapevolezza ambientale. Tale impostazione educativa risulta coerente con il PTOF dell'istituto, che pone al centro la valorizzazione delle differenze, il successo formativo di ogni bambino e la costruzione di esperienze significative capaci di coinvolgere corpo, emozioni, pensiero e relazione.

Questo contesto si è rivelato particolarmente stimolante per la mia formazione professionale, poiché mi ha consentito di confrontarmi con una visione dell'infanzia attiva e competente, nella quale il bambino è protagonista del proprio apprendimento e l'insegnante assume il ruolo di guida, osservatore e facilitatore dei processi di crescita.

### **2.2 La mia esperienza di tirocinio**

La possibilità di progettare e realizzare un'intera Unità di Apprendimento mi ha permesso

di assumere un ruolo più attivo all'interno della sezione, sperimentando concretamente le responsabilità e le competenze richieste alla figura dell'insegnante.

Fin dai primi giorni ho cercato di instaurare una relazione positiva con i bambini, basata sull'ascolto, sulla fiducia e sulla valorizzazione delle loro idee. Progressivamente ho percepito una crescente partecipazione da parte del gruppo e un maggiore coinvolgimento nelle attività proposte. Questo mi ha permesso di comprendere quanto la qualità della relazione educativa rappresenti una condizione fondamentale per favorire apprendimenti significativi.

Come sottolinea Lev Vygotskij (1987), lo sviluppo cognitivo avviene all'interno delle relazioni sociali e attraverso l'interazione con gli altri; analogamente, Jerome Bruner (1997) evidenzia come l'apprendimento sia un processo di costruzione condivisa dei significati, reso possibile dal dialogo e dalla mediazione dell'adulto. Anche Carl Rogers (1969) riconosce il valore di un clima relazionale caratterizzato da accettazione, ascolto ed empatia, condizioni che favoriscono il coinvolgimento attivo e la crescita della persona. Le esperienze di tirocinio mi hanno permesso di osservare concretamente come una relazione educativa positiva costituisca il presupposto indispensabile per il benessere degli alunni e per la costruzione di apprendimenti autentici e duraturi.

L'esperienza mi ha inoltre consentito di osservare da vicino il modo in cui i bambini apprendono attraverso l'esperienza diretta, l'esplorazione e il gioco. In particolare, le attività svolte all'aperto hanno evidenziato come la natura possa trasformarsi in un autentico ambiente educativo, capace di stimolare curiosità, domande, scoperte e relazioni. Ho avuto modo di osservare bambini normalmente più timidi partecipare con entusiasmo alle attività di ricerca e osservazione, dimostrando come contesti diversi possano valorizzare competenze e modalità espressive differenti.

Un'attività che si è mostrata particolarmente significativa è stata la "Caccia ai tesori naturali", durante la quale i bambini, divisi in piccoli gruppi, hanno utilizzato una mappa per orientarsi nel giardino e cercare gli elementi nascosti. L'attività ha favorito collaborazione, problem solving e capacità di osservazione, permettendomi di vedere come anche i bambini più piccoli potessero partecipare attivamente grazie al supporto dei compagni più grandi.



L'entusiasmo e il coinvolgimento dimostrati durante questa esperienza hanno confermato l'importanza di proporre attività autentiche, sfidanti e strettamente connesse all'esperienza concreta.

Questo percorso mi ha aiutata a sviluppare una maggiore consapevolezza del ruolo dell'insegnante come professionista riflessivo, capace di osservare, progettare, adattare le proprie proposte e valorizzare gli interessi dei bambini. Al termine del tirocinio porto con me non solo nuove competenze didattiche e organizzative, ma anche una rinnovata convinzione dell'importanza di costruire contesti educativi accoglienti, inclusivi e ricchi di esperienze significative.

### **2.2.1 La progettazione**

L'Unità di Apprendimento realizzata, intitolata *"Le mani nella natura: storie, suoni, colori e giochi"*, è nata dall'osservazione dei bambini e dal loro forte interesse verso l'ambiente esterno e gli elementi naturali.

La progettazione ha rappresentato una fase particolarmente significativa del lavoro. Prima di definire attività e materiali è stato necessario analizzare attentamente il contesto, individuare i prerequisiti posseduti dai bambini e riflettere sugli obiettivi che si intendevano perseguire. L'UDA è stata costruita valorizzando molteplici linguaggi espressivi e diversi campi di esperienza: il corpo e il movimento; immagini, suoni e colori; i discorsi e le parole; la conoscenza del mondo. Attraverso l'esplorazione della natura, la narrazione, la manipolazione, il movimento, l'ascolto e la produzione artistica, i bambini hanno avuto la possibilità di costruire conoscenze in modo attivo e significativo.

Particolare attenzione è stata dedicata alla definizione degli obiettivi di apprendimento, che riguardavano l'osservazione degli elementi naturali, l'arricchimento del lessico,

l'esplorazione sensoriale, la motricità fine e globale, la capacità di esprimersi attraverso diversi linguaggi e lo sviluppo delle competenze legate al gioco da tavolo (socialità, collaborazione e rispetto delle regole). La progettazione delle attività della mia UDA, inoltre, mi ha permesso di mettere in gioco tutta la mia creatività, cercando di proporre attività sempre nuove e diverse, in grado di incuriosire e stimolare i bambini, permettendo loro di imparare divertendosi.

### **2.2.2 La gestione della classe e l'organizzazione dell'ambiente di apprendimento**

La gestione della sezione ha rappresentato un'importante occasione di crescita professionale. Lavorare con un gruppo eterogeneo di bambini mi ha permesso di confrontarmi con differenti bisogni, livelli di sviluppo e modalità di partecipazione.

Ho compreso quanto sia fondamentale costruire un clima sereno e accogliente, nel quale ogni bambino possa sentirsi valorizzato e libero di esprimersi. Durante le attività ho cercato di favorire la partecipazione attiva di tutti, valorizzando le iniziative spontanee e promuovendo momenti di collaborazione tra bambini più grandi e più piccoli. In particolare, la presenza di una sezione eterogenea per età ha favorito dinamiche riconducibili al peer tutoring, strategia educativa che valorizza l'apprendimento tra pari e il ruolo di supporto reciproco tra bambini con competenze differenti. Come evidenziato da Lev Vygotskij (2017), l'apprendimento si sviluppa attraverso l'interazione sociale e la collaborazione con pari e adulti più competenti, che fungono da sostegno nel raggiungimento di nuove competenze.

L'organizzazione dell'ambiente si è rivelata una componente essenziale dell'esperienza educativa: spesso prima di iniziare un'attività dell'UDA allestivo lo spazio in modo da far trovare una "sorpresa" ai bambini e, allo stesso tempo, di permettere loro di immergersi completamente nel tema proposto. Per questo, gli ambienti sia interni che esterni hanno favorito curiosità, esplorazione, autonomia e scoperta.

Un aspetto che mi ha particolarmente colpito riguarda la capacità della natura di generare spontaneamente situazioni di apprendimento. Durante le attività all'aperto i bambini ponevano domande, formulavano ipotesi, confrontavano osservazioni e collaboravano tra loro in modo

naturale. Ho compreso come il compito dell'insegnante sia spesso quello di accogliere e valorizzare tali occasioni, trasformandole in opportunità educative.

### **2.2.3 La documentazione e la riflessione sull'esperienza effettuata**

Anche la documentazione dell'esperienza si è rivelata estremamente formativa. Documentare le attività mi ha aiutata a rileggere insieme ai bambini quanto accaduto, a riflettere sugli apprendimenti emersi e a individuare aspetti da migliorare. Ho compreso come la documentazione non sia soltanto una restituzione finale, ma uno strumento di ricerca e riflessione professionale.

Attraverso fotografie, disegni, annotazioni e raccolta di elaborati è stato possibile ricostruire il percorso svolto dai bambini e riflettere sui processi di apprendimento attivati. Documentare significa infatti rendere visibili i processi di apprendimento, rileggere criticamente le attività proposte e individuare eventuali aspetti da modificare o approfondire. La documentazione mi ha permesso di osservare con maggiore attenzione i progressi dei bambini, di cogliere elementi che durante l'azione educativa erano passati inosservati e di acquisire una maggiore consapevolezza rispetto alle mie scelte didattiche. Anche la riflessione successiva all'esperienza si è rivelata particolarmente formativa. Ho imparato a interrogarmi non solo su ciò che aveva funzionato, ma anche sulle difficoltà incontrate e sulle possibili strategie di miglioramento.

Nel concreto la documentazione dell'UDA ha portato alla realizzazione di: “Il Bosco delle meraviglie” (ogni bambino ha partecipato alla realizzazione del cartellone con parole e disegni di elementi naturali), “Il diario dei piccoli esploratori” (un quaderno che raccoglie tutte le esperienze realizzate durante lo svolgimento dell'UDA attraverso descrizione delle attività e fotografie) e “Il film del bosco” (insieme delle registrazioni video documentate durante lo svolgimento delle attività).

### **2.2.4 La collaborazione con le/gli insegnanti, con le diverse figure professionali e, se incontrati, con enti e istituzioni del territorio o famiglie**

Uno degli aspetti più significativi del tirocinio è stato il confronto costante con le insegnanti della sezione. La loro disponibilità all'ascolto, al dialogo e alla condivisione di idee ha rappresentato una preziosa occasione di apprendimento professionale.

La progettazione dell'UDA non è stata un lavoro individuale, ma il risultato di un continuo confronto con le docenti, che hanno fornito suggerimenti, osservazioni e indicazioni utili per adattare le attività alle caratteristiche del gruppo. La presenza di bambini con bisogni differenti ha inoltre evidenziato l'importanza della collaborazione tra le diverse figure

professionali che operano nella scuola: ho potuto osservare come il confronto tra insegnanti e altre professionalità contribuisca a costruire percorsi educativi più efficaci e inclusivi.

Questa esperienza mi ha fatto comprendere che l'insegnamento non è mai un'attività solitaria. La qualità dell'azione educativa dipende anche dalla capacità di costruire relazioni positive e collaborative con tutte le persone coinvolte nel percorso di crescita dei bambini.

### **3. Le mie prospettive future**

Giunta al termine del percorso di tirocinio, sento la necessità di soffermarmi non solo sulle competenze acquisite, ma anche sul significato che queste esperienze hanno avuto nella costruzione della mia identità personale e professionale. I quattro anni di tirocinio hanno rappresentato un percorso graduale di scoperta, crescita e consapevolezza, durante il quale ho avuto l'opportunità di confrontarmi con contesti educativi differenti, insegnanti, bambini e modalità di lavoro diverse.

Ogni esperienza vissuta, dalle prime osservazioni svolte con timidezza fino alla progettazione e realizzazione di attività educative sempre più autonome, ha contribuito a delineare il mio modo di concepire la scuola e il ruolo dell'insegnante. Il tirocinio mi ha permesso di mettere in dialogo teoria e pratica, di verificare sul campo quanto appreso durante il percorso universitario e di sviluppare uno sguardo sempre più riflessivo sulla professione docente.

Ripercorrere questa esperienza significa per me riconoscere i progressi compiuti, prendere consapevolezza delle competenze sviluppate e riflettere sul tipo di insegnante che desidero essere e continuare a diventare.

#### **3.1 Riflessioni conclusive sul tirocinio indiretto e diretto**

Anno dopo anno ho scoperto che insegnare significa innanzitutto costruire relazioni, osservare, ascoltare, interpretare bisogni e creare le condizioni affinché ogni bambino possa sentirsi importante, accolto e valorizzato.

Uno degli insegnamenti più importanti che porto con me riguarda il valore dell'osservazione. Se inizialmente la consideravo una semplice fase preliminare dell'intervento educativo, oggi la riconosco come una competenza professionale

imprescindibile. Osservare significa sospendere il giudizio, imparare a guardare oltre i comportamenti immediatamente visibili e cercare di comprendere ciò che i bambini comunicano attraverso le parole, i silenzi, i gesti, gli sguardi e le relazioni. Ho imparato che dietro ogni comportamento esiste una storia, un bisogno o un'emozione che meritano la nostra attenzione.

Un'altra consapevolezza maturata riguarda la progettazione: le esperienze sul campo mi hanno insegnato che progettare significa soprattutto immaginare possibilità, creare opportunità di apprendimento e mantenere uno sguardo flessibile capace di accogliere l'imprevisto. Ho compreso che una buona progettazione non è quella che segue rigidamente quanto stabilito in precedenza, ma quella che riesce ad adattarsi ai bisogni reali dei bambini, valorizzando ciò che emerge dall'esperienza quotidiana.

Il tirocinio mi ha inoltre permesso di riflettere sul significato della relazione educativa. In tutte le scuole che mi hanno accolto ho incontrato insegnanti molto diversi tra loro, ma accomunati da una caratteristica fondamentale: la capacità di prendersi cura dei bambini. Ho capito che la professionalità docente non si misura soltanto nelle competenze disciplinari o metodologiche, ma anche nella sensibilità, nell'ascolto, nell'empatia e nella capacità di costruire relazioni significative. Molte delle insegnanti che ho incontrato sono diventate per me esempi concreti di ciò che vorrei essere in futuro.

Particolarmente significativa è stata la possibilità di confrontarmi con contesti educativi differenti. Ogni scuola, ogni sezione e ogni classe possiedono una propria identità, una propria organizzazione e una propria cultura educativa. Questa varietà mi ha insegnato che non esistono "ricette" valide in assoluto, ma che ogni insegnante è chiamato a leggere il contesto nel quale opera e a costruire risposte educative adeguate alle caratteristiche dei bambini che ha di fronte.

Il tirocinio mi ha inoltre fatto comprendere che la formazione dell'insegnante non termina con la laurea. Al contrario, la professionalità docente richiede un atteggiamento permanente di ricerca, aggiornamento e riflessione. Più crescevo nelle esperienze di tirocinio, più mi rendevo conto di quante cose ci siano ancora da imparare. Questa consapevolezza, che inizialmente poteva apparire come un limite, oggi rappresenta per me una ricchezza: sapere che non si smette mai di imparare significa mantenere viva la curiosità e la disponibilità a mettersi continuamente in discussione.

Guardando al futuro, porto con me non solo conoscenze e competenze, ma anche il

desiderio di essere un'insegnante capace di osservare con attenzione, progettare con intenzionalità, accogliere le differenze e costruire relazioni autentiche.

Una bellissima frase che mi ha scritto la mia tutor accogliente del tirocinio del quinto anno (T5) e che può sintetizzare ciò che il tirocinio mi ha insegnato è: *“essere insegnante significa continuare ad imparare insieme ai bambini”*. È proprio questa dimensione di crescita reciproca che oggi considero l'aspetto più autentico e prezioso della professione docente.

### 3.2 L'insegnante competente

Credo che un insegnante competente sia innanzitutto una persona capace di costruire relazioni autentiche con i bambini. Prima ancora delle conoscenze disciplinari o delle metodologie didattiche, ritengo fondamentale la capacità di **ascoltare**, **osservare** e **accogliere**. Come afferma Carl Rogers (1969), l'apprendimento significativo si sviluppa più facilmente all'interno di relazioni caratterizzate da autenticità, accettazione ed empatia. Ogni bambino arriva a scuola con la propria storia, le proprie emozioni, i propri punti di forza e le proprie fragilità; per questo l'insegnante deve saper guardare oltre i risultati e i comportamenti, cercando di comprendere i bisogni profondi che ogni alunno porta con sé. Come emerge dalle riflessioni di Pennac (2008), la fiducia dell'adulto rappresenta una risorsa fondamentale per la crescita e l'apprendimento del bambino, quindi ogni bambino ha bisogno di un adulto che creda in lui.

Maria Montessori (1950) sosteneva che l'insegnante è chiamato a *"seguire il bambino"*, osservandolo attentamente per comprenderne interessi, bisogni e modalità di apprendimento. Inoltre, anche le Indicazioni Nazionali per il Curricolo (MIUR, 2012) sottolineano la necessità di riconoscere e valorizzare l'unicità di ogni alunno, promuovendo percorsi educativi capaci di rispettarne tempi, potenzialità e bisogni specifici.

In particolare, considero essenziale la capacità di prestare attenzione ai bambini che vivono situazioni di difficoltà, offrendo loro sostegno, incoraggiamento e opportunità di successo.

L'**empatia** rappresenta, a mio avviso, una delle competenze più importanti della professione docente. Un bambino che si sente ascoltato, compreso e valorizzato è un bambino che trova il coraggio di mettersi in gioco, di esprimere le proprie idee e di affrontare con maggiore serenità le sfide dell'apprendimento. L'insegnante non può limitarsi a trasmettere contenuti, ma deve essere una **presenza significativa e**

**rassicurante**, capace di creare un clima di fiducia e benessere all'interno della classe.

Accanto alle competenze relazionali, ritengo indispensabile possedere solide **competenze disciplinari e pedagogiche**. Insegnare significa assumersi una grande responsabilità educativa e culturale, che richiede preparazione, studio e aggiornamento continuo. La scuola è una realtà in costante evoluzione e un insegnante competente non smette mai di formarsi, di

approfondire nuove metodologie, di confrontarsi con colleghi e di interrogarsi sul proprio operato. Schön (1983) descrive il docente come un "*professionista riflessivo*", capace di interrogarsi continuamente sul proprio operato, rielaborare l'esperienza e apprendere dalla pratica professionale. Credo che la curiosità e la disponibilità ad apprendere siano qualità che un docente debba coltivare per tutta la vita professionale.

Un'altra caratteristica che considero fondamentale è la **creatività**. Durante il mio percorso di tirocinio ho potuto osservare quanto i bambini apprendano con maggiore entusiasmo quando vengono coinvolti in attività stimolanti, significative e vicine ai loro interessi. Un bravo insegnante sa trasformare gli apprendimenti in esperienze coinvolgenti, capaci di attivare non solo la mente, ma anche il corpo, le emozioni, la fantasia e la curiosità.

In questa prospettiva risulta particolarmente significativa la visione di John Dewey (1938), secondo cui si apprende attraverso l'esperienza e la partecipazione attiva. L'apprendimento non consiste nella semplice acquisizione di contenuti, ma nella costruzione di significati attraverso l'azione e il confronto con la realtà.

Sa proporre attività diversificate, utilizzare linguaggi differenti e costruire occasioni nelle quali ogni bambino possa esprimere le proprie potenzialità.

Come ricorda Loris Malaguzzi (in Edwards, Gandini & Forman, 2014), il bambino possiede "*cento linguaggi*", cento modi diversi di conoscere, esprimersi e apprendere; compito dell'insegnante è valorizzarli e offrire opportunità affinché possano emergere. Allo stesso tempo, la competenza docente richiede **flessibilità**. Nessuna progettazione può essere considerata definitiva o immutabile: ogni gruppo classe è diverso e ogni giornata può riservare situazioni inattese. La progettazione educativa non può essere intesa come un percorso rigido e predeterminato, ma come un processo dinamico e aperto. Come sottolinea Bruner (1996), l'insegnante deve essere disposto a rinegoziare continuamente il percorso educativo alla luce delle risposte e degli interessi degli alunni. Un insegnante competente sa osservare i feedback dei bambini, modificare il percorso quando necessario

e adattare le proprie proposte alle esigenze reali del gruppo. Ho imparato che progettare non significa seguire rigidamente una programmazione, ma saper accogliere l'imprevisto e trasformarlo in un'opportunità educativa.

Ritengo inoltre che un bravo insegnante debba essere capace di lasciare nei bambini ricordi positivi e significativi. Le esperienze più belle che porto con me del mio percorso scolastico non sono legate soltanto a ciò che ho imparato, ma soprattutto alle emozioni che ho vissuto e alle persone che ho incontrato. Per questo credo che la scuola debba offrire esperienze autentiche, coinvolgenti e memorabili, capaci di suscitare stupore, interesse e desiderio di conoscere.

Infine, penso che un insegnante competente sia una persona che ogni giorno entra in classe portando **entusiasmo, passione e gentilezza**. I bambini osservano costantemente gli adulti di riferimento e imparano non solo da ciò che viene insegnato, ma anche dal modo in cui viene insegnato. Imparano dal tono della voce, dai gesti, dall'attenzione verso gli altri, dalla capacità di affrontare le difficoltà e di relazionarsi con rispetto.

Bandura (1977) evidenzia come gran parte dell'apprendimento avvenga attraverso l'osservazione e l'imitazione di modelli significativi. L'insegnante, pertanto, educa non soltanto attraverso ciò che insegna, ma anche attraverso il modo in cui si relaziona agli altri, affronta le difficoltà e manifesta valori e atteggiamenti. Questa prospettiva trova ulteriore conferma negli studi delle neuroscienze sui **neuroni specchio** condotti da Giacomo Rizzolatti (2006) e collaboratori, secondo i quali l'osservazione delle azioni e delle emozioni altrui attiva nel soggetto meccanismi neurali simili a quelli coinvolti nell'esecuzione diretta dell'azione stessa. Ciò suggerisce che i bambini apprendano non solo contenuti e comportamenti, ma anche modalità relazionali, atteggiamenti emotivi e forme di comunicazione attraverso l'osservazione quotidiana degli adulti di riferimento.

*“I bambini imparano più da ciò che sei che da ciò che insegni” (W. E. B. Du Bois)*

Riprendendo il pensiero pedagogico di Don Milani (1967), secondo cui l'educazione trova il proprio fondamento nella cura e nell'attenzione verso l'altro, credo profondamente che un insegnante debba essere un **modello positivo**, capace di trasmettere attraverso il proprio esempio valori come il rispetto, la gentilezza, la collaborazione e l'amore per la conoscenza e per l'altro. Condivido la prospettiva di Duccio Demetrio (2012), secondo cui educare

significa prendersi cura dell'altro accompagnandolo nel proprio percorso di crescita. L'insegnante competente non è colui che possiede tutte le risposte, ma colui che continua a interrogarsi, ad apprendere e a crescere insieme ai bambini.

Mi auguro nel futuro di continuare sempre a sorridere ai bambini, mostrando loro gentilezza, dolcezza ed entusiasmo, facendo capire loro che anche in situazioni negative e di conflitto ci sono modalità di condivisione e atteggiamenti miti che ci aiutano a superarle serenamente.

## **Bibliografia della Relazione finale di Tirocinio**

Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. (Eds.). (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. New York, NY: Longman.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bruner, J. (1997). *La cultura dell'educazione*. Milano: Feltrinelli. (Opera originale pubblicata nel 1996).

Demetrio, D. (2012). *Educare è narrare. Le teorie, le pratiche, la cura*. Milano: Mimesis.

Demetrio, D. (2023). *Educazione, riscoprirla per viverla* [Materiale didattico utilizzato nel tirocinio indiretto del Corso di Laurea in Scienze della Formazione Primaria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia].

Dewey, J. (2014). *Esperienza e educazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 1938).

Edwards, C., Gandini, L., & Forman, G. (a cura di). (2014). *I cento linguaggi dei bambini. L'approccio di Reggio Emilia all'educazione dell'infanzia*. Bergamo: Edizioni Junior.

Milani, L., & Scuola di Barbiana. (1967). *Lettera a una professoressa*. Firenze: Libreria Editrice Fiorentina.

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. (2012). *Indicazioni nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione*. Roma: MIUR.

Montessori, M. (1952). *La mente del bambino*. Milano: Garzanti. (Edizione italiana).

Pennac, D. (2008). *Diario di scuola*. Milano: Feltrinelli.

Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Rinaldi, C. (2009). *In dialogo con Reggio Emilia. Ascoltare, ricercare e apprendere*. Reggio Emilia: Reggio Children.

Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn*. Columbus, OH: Charles E. Merrill Publishing Company.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New

York, NY: Basic Books.

Vygotskij, L. S. (1987). *Pensiero e linguaggio*. Roma-Bari: Laterza. (Opera originale pubblicata nel 1934).

Vygotskij, L. S. (2017). *Mind in Society. Lo sviluppo dei processi psicologici superiori*. Trento: Erickson. (Traduzione italiana dell'opera originale pubblicata nel 1978.)

## BIBLIOGRAFIA

### Volumi e saggi:

Abbate, L. (2019). Formazione specifica dei docenti ospedalieri e domiciliari. In T. Catenazzo (a cura di), *La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare* (pp. 65–71). Roma: Carocci.

Adams, P. (2004). *Salute! Ovvero come un medico-clown cura gratuitamente i pazienti con l'allegria e con l'amore*. Milano: Apogeo editore.

Aliberti, M. (2019). Il servizio di scuola in ospedale in Italia: una cornice di riferimento. In T. Catenazzo (a cura di) (2019), *La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare* (pp. 15–27). Roma: Carocci.

Aloja, S. (2020). *La scuola come elemento di vicinanza e supporto*. In T. Catenazzo (a cura di) (2020). *La scuola in ospedale. L'intervento educativo in corsia e a domicilio*. (p. 85). Roma: Armando Editore.

Balestri, F. (2022). *Apprendere in contesti altri: la Scuola in Ospedale*. In V. Boffo (a cura di) (2022). *La scuola in ospedale. Tirocinio e formazione degli insegnanti*. Firenze: Editpress. (pp. 37-51)

Balint, M. (1969). *Trauma and object relations*. London: Tavistock Publications.

Ballestrin, G. (2007). *Alunni pazienti. Storie di scuola in ospedale*. Trento: Erickson.

Bianchi di Castelbianco, F., Capurso, M., & Di Renzo, M. (2007). *Ti racconto il mio ospedale. Esprimere e comprendere il vissuto della malattia*. Roma: Edizioni Magi.

Boffo, V. (a cura di) (2022). *La scuola in ospedale. Tirocinio e formazione degli insegnanti*. Firenze: Editpress.

Bortolotti, E. (2023). Promuovere il benessere nel contesto ospedaliero infantile. In R. Gasperini, G. Paoletti & P. Turina (a cura di), *Protagonisti e non solo pazienti* (pp. 81–89). Trieste: EUT.

Bosisio, R., & Cavaletto, G. M. (a cura di) (2025). *La scuola in ospedale*. Milano: FrancoAngeli.

Bruner, J. (2003). *Making stories: Law, literature, life*. Harvard University Press.

Canevaro, A. (1976). *I bambini che si perdono nel bosco. Identità e linguaggi nell'infanzia*. Firenze: La nuova Italia.

- Capurso, M. (2001a). *La psicologia del bambino malato*. Roma: Carocci.
- Capurso, M. (a cura di) (2001b). *Gioco e studio in ospedale*. Trento: Erickson.
- Capurso, M. (2007). *La scuola in ospedale*. Roma: Carocci.
- Capurso, M. (2009). *Gioco e studio e in ospedale*. Roma: Carocci.
- Capurso, M. (2014). *La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare*. Roma: Carocci.
- Capurso, M., & Trappa, M. (2005). *La casa delle punture. La paura dell'ospedale nell'immaginario del bambino*. Roma: Edizioni Magi.
- Caso, R. (2015). *Bambini in ospedale. Per una pedagogia della cura*. Roma: Anicia.
- Catarsi, E. (a cura di). (2008). *Clownerie e animazione negli ospedali pediatrici. Alcune buone prassi*. Firenze: Giunti.
- Catenazzo, T. (2019). *La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare*. Roma: Carocci.
- Catenazzo, T. (a cura di) (2020). *La scuola in ospedale. L'intervento educativo in corsia e a domicilio*. Roma: Armando.
- Caviezel-Hidber, D. (2000). *Prevenire il trauma del ricovero*. Milano: FrancoAngeli.
- Ciucci, E. (2022). *Gli adulti di fronte alla malattia di un bambino*. In V. Boffo (a cura di) (2022). *La scuola in ospedale. Tirocinio e formazione degli insegnanti*. Firenze: Editpress. (pp. 83-101)
- Confalonieri, F., Mariniello, S., & Secchi, C. (2022). *Maestre in corsi*. In V. Boffo (a cura di) (2022). *La scuola in ospedale. Tirocinio e formazione degli insegnanti*. Firenze: Editpress. (pp. 131-161).
- Colombini, A., & Jankovic, M. (2003). *Quando a scuola si va in pigiama*. Milano: FrancoAngeli.
- Conti, C. (2023). *La scuola in ospedale: un'esperienza della speranza che germoglia*. In R. Gasperini, G. Paoletti & P. Turina (a cura di), *Protagonisti e non solo pazienti* (pp. 221–227). Trieste: EUT.
- Dell'Antonio, A., & Ponzio, E. (1982). *Bambini che vivono in ospedale*. Roma: Borla.
- Dell'Antonio, F., & Varriale, V. (2019). Un contributo alla terapia: la scuola in ospedale. In T. Catenazzo (a cura di), *La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare* (pp. 37–51). Roma: Carocci.

- Dell'Antonia, F. (2020). *Life-skills, scuola in ospedale e valutazione formativa*. In T. Catenazzo (a cura di) (2020). *La scuola in ospedale. L'intervento educativo in corsia e a domicilio*. (pp. 69-76). Roma: Armando Editore.
- Di Fiore, D., & Ormanni, R. (2015). *Ragazzi con la bandana: la scuola come cura in ospedale*. Napoli: Liguori.
- Di Fiore, D. (2020). La ricerca della normalità. In T. Catenazzo (a cura di), *La scuola in ospedale. L'intervento educativo in corsia e a domicilio* (pp. 63–65). Roma: Armando.
- Di Fiore, D., & Manzo, G. (2020). *Storie di incredibile felicità*. Formigine (MO): Infinito Edizioni.
- Durosini, I., & Triberti, S. (2022). *Le emozioni tra cura e malattia*. Rimini: Maggioli.
- Edwards, C., Gandini, L., & Forman, G. (a cura di) (1995). *I cento linguaggi dei bambini*. Bergamo: Junior.
- Filippazzi, G. (1997). *Un ospedale a misura di bambino*. Milano: FrancoAngeli.
- Fiorini, L. (2019). Il servizio di istruzione domiciliare in Italia. In T. Catenazzo (a cura di), *La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare* (pp. 52–64). Roma: Carocci.
- Freud, A. (1974). *Normality and pathology in childhood*. New York: International Universities Press.
- Furlan, P. M. (2019). L'istruzione a garanzia della salute. In T. Catenazzo (a cura di), *La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare* (pp. 103–106). Roma: Carocci.
- Gamba, A. (2000). *I bambini hanno bisogni infantili?* In A. Gamba & R. Saccomani (a cura di), *Oggi comando io*. Milano: FrancoAngeli.
- Gamba, A., & Saccomani, R. (a cura di) (2003). *Oggi comando io. Psicologia, etica ed economia sanitaria nella gestione delle malattie oncologiche pediatriche. Problemi e indicazioni emersi dall'esame di 265 scritti di bambini e ragazzi ricoverati per malattie tumorali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gasperini, R. (2023). *La scuola in ospedale nella rete di cura*. In R. Gasperini, G. Paoletti & P. Turina (a cura di), *Protagonisti e non solo pazienti* (pp. 193–215). Trieste: EUT.
- Gasperini, R., Paoletti, G. & P. Turina (a cura di) (2023). *Protagonisti e non solo pazienti*. Trieste: EUT.
- Jankovic, M. (2018). *Ne vale sempre la pena*. Milano: Baldini & Castoldi.

- Jankovic, M. (2019). Com'è cambiato l'approccio al minore nei reparti di ematoncologia pediatrica negli ultimi trent'anni. In T. Catenazzo (a cura di) (2019). *La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare* (pp. 98-103). Roma: Carocci.
- Jankovic, M. (2020). *Cosa dice il minore della sua malattia*. In T. Catenazzo (a cura di), *La scuola in ospedale*. Roma: Armando.
- Kanizsa, S. (1988). *L'ascolto del malato*. Milano: Guerini.
- Kanizsa, S., & Dosso, B. (1998). *La paura del lupo cattivo*. Roma: Meltemi.
- Kanizsa, S., & Luciano, E. (2006). *La scuola in ospedale*. Roma: Carocci.
- Lucangeli, D. (2019). *Cinque lezioni leggere sull'emozione di apprendere*. Trento: Erickson.
- Massaglia, P., & Bertolotti, G. (1998). *La scuola in ospedale*. Torino: IRRE Piemonte.
- Mortari, L. (2015). *Filosofia della cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mortari, L. (2021). *La politica della cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mourik O. H. (2008). Professional profile for hospital teachers. Rotterdam: ZieZon.
- Olagnero, M. (2016). I bambini stanno bene? In M. C. Belloni, Bosisio, R. & Olagnero, M. (a cura di), *Traguardo infanzia. Benessere, partecipazione e cittadinanza*. Torino: Accademica University Press.
- Patrizio, C. (2020). *Curare la "parte sana"*. In Catenazzo, T. (a cura di) (2020). *La scuola in ospedale. L'intervento educativo in corsia e a domicilio*. (pp. 116-118) Roma: Armando.
- Piaget, J. (1952). *La nascita dell'intelligenza nel bambino*. Firenze: Giunti Barbera.
- Pirro, O. (2020). La scuola in ospedale come "spazio psichico allargato". In Catenazzo, T. (a cura di) (2020). *La scuola in ospedale. L'intervento educativo in corsia e a domicilio*. (pp. 42-43) Roma: Armando.
- Perricone, G., Morales, M. R., & Polizzi, C. (2004). *La relazione d'aiuto con il bambino malato*. Milano: FrancoAngeli.
- Ragazzini, G. & Biagi, A. (a cura di) (1990). *Dizionario inglese-italiano*. Bologna: Zanichelli.
- Raimbault, G. (1978). *Il bambino e la malattia*. Roma: Armando.
- Ricci, G. (2003). *Dal curare al prendersi cura*. Roma: Armando.

- Ricci, G. F. (a cura di) (2018). *Il bambino in ospedale*. Roma: Armando.
- Robertson, J. (1973). *Bambini in ospedale*. Milano: Feltrinelli.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Saccomani, R. (a cura di) (2001). *Favole favole. 360 favole create da bambini portatori di tumore alla luce della semiotica e della psicologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Sourkes, B. (1999). *Il tempo tra le braccia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Spinetta, J. J., & Deasy-Spinetta, P. (1987). *Comunicare con i bambini malati*. Milano: Fondazione Tettamanti.
- Telesca, R. (2020). *Parole ed empatia*. In T. Catenazzo (a cura di), *La scuola in ospedale*. Roma: Armando.
- Thompson, R. H., & Stanford, G. (1981). *Child life in hospitals*. Springfield: Thomas.
- Venera, A. M. (2009). *Il gioco in corsia. Studi, ricerche e proposte operative sul gioco in ospedale*. Edizioni Junior.
- Werner, H. (1948). *Comparative psychology of mental development*. New York: International Universities Press.

### **Testi di letteratura per l'infanzia:**

- Carrier, I. (2009). *Il pentolino di Antonino*. Padova: Kite.
- Gnone, E. (2015). *Olga di carta. Il viaggio straordinario*. Milano: Salani.
- Luciani, R. (2002). *Che ci faccio in ospedale?*. Firenze: Giunti.
- Natalicchio, R. (2013). *Il regno di Op*. Roma: Fazi.
- Sarfatti, A. (2004). *Guai a chi mi chiama passerotto*. Firenze: Fatatrac.
- Sarfatti, A. (2024). *I pigiamini fanno ecci*. Rende: Coccole Books.
- Trinci, M. (2024). *Il mio letto è una nave*. Milano: La nave di Teseo.
- ABIO (2003). *L'ospedale non è il lupo cattivo*. Milano: ABIO.

### Articoli e contributi in rivista:

Adams, P. (2002). Humour and love: The origination of clown therapy. *Postgraduate Medical Journal*, 78(922), 447–448. <https://doi.org/10.1136/pmj.78.922.447>

Antonietti, A. (2020). Il gioco della creatività, la creatività in gioco. *Psicologia e scuola*, n. 40, pp. 10-12.

Beickert, K., & Morra, K. (2017). Transforming the pediatric experience: The story of child life. *Pediatric Annals*, 46(9), 345–351.

Bibace R., & Walsh M. (1981). Children's Conceptions of Illness. *New Directions for Child Development: Childrens' Conceptions of Health, Illness, and Bodily Functions*, 14, 31-48.

Bosisio, R., & Cornali, F. (2021). In salute e in malattia: politiche e diritto all'istruzione dei bambini e delle bambine. *La Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy*, 3–4, 107–120.

Caggiano, G., Brunetti, L. I. G., Ho, K., Piovani, A., & Quaranta, A. (2021). Hospital school program: The right to education for long-term care children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11435.

Capurso, M., & Dennis, J. (2015). Key educational factors for the education of children with medical needs. *LeHo Project Report*.

Capurso, M., & Dennis, J. L. (2017). Key educational factors in the education of students with a medical condition. *Support for Learning*, 32(2), 158–179.

Capurso, M., & Trappa, M. (2002). *Le paure dell'ospedale in bambini di età scolare: una ricerca basata su sistemi proiettivi*. *Difficoltà di Apprendimento*, 8(1), 87–102.

Capurso M., Vecchini A. (2010). *Un profilo professionale degli insegnanti di scuola in ospedale. L'integrazione scolastica e sociale*, 9, 519-26.

Caso, R. (2013). “Se il mio letto è una nave...”. *Un incontro tra “camici” e “pigiami”*, in “Pedagogia più Didattica”, 2, 54-58.

Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326–336.

Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2006). Education and health: Evaluating theories and evidence. *NBER Working Paper* No. 12352. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Dionigi, A. (2011). *La funzione psicopedagogica e terapeutica del clown*. *Pedagogika.it*, *XV*(1), 87–93.

Di Padova, M., Dipace, A., & Pettoello-Mantovani, M. (2023). Quando l'istruzione diventa cura: La scuola in ospedale, un esempio di comunità educante. *IUL Research*, *4*(8). <https://doi.org/10.57568/iulresearch.v4i8.476>

Faraoni, E. (2025). Integrazione educativa e sanitaria: Un approccio collaborativo nella scuola in ospedale. *LLL: Lifelong Lifewide Learning*, *23*(46), 313–322.

Ferrari, S., Messina, S., Raviolo, P. I., & Terrenghi, I. (2022). *Body, space and learning in hospital schools*. *Q-Times Webmagazine*, *14*(3), 451–466.

Forrest, C. B., Bevans, K. B., Riley, A. W., Crespo, R., & Louis, T. A. (2011). School outcomes of children with special health care needs. *Pediatrics*, *128*(2), 303–312.

Koopman, H.M., Baars, R.M., Chaplin, J., & Zwinderdam, K. H. (2004). *Illness through the eyes of the child: the development of children's understanding of the causes of illness*, in "Patient Education and Counseling", *55*, 363-370.

Laterza, M. (2002). Largo ai libri in corsia! *LiBeR*, *56*, 50–51.

Moretti, C. (2009) Le attività di gioco ed animazione in ospedale. Le attività di animazione in ospedale. *Repertorio*, *14*.

Perasso, G., Camurati, G., Morrin, E., Dill, C., Dolidze, K., Clegg, T., Simonelli, I., Lo, H. Y. C., Magione-Standish, A., Pansier, B., Gulyurtlu, S. C., Garone, A., & Rippen, H. (2021). Five reasons why pediatric settings should integrate the play specialist and five issues in practice. *Frontiers in Psychology*, *12*, 687292.

Sgambelluri, R. (2015). Il gioco come strumento di cura educativa: Cenni storici e codici pedagogici a confronto. *Formazione & Insegnamento*, *13*(2), 73–80.

Shaw, S. R., & McCabe, P. C. (2008). Hospital-to-school transition for children with chronic illness: Meeting the new challenges of an evolving health care system. *Psychology in the Schools*, *45*(1), 74–87.

Sourkes, B. M. (1991). Truth to life: Art therapy with pediatric oncology patients and their siblings. *Journal of Psychosocial Oncology*, *9*(2), 75–87.

## **Materiali Didattici**

Guidotti, L. (2022). *La scuola in ospedale* [Presentazione PowerPoint]. UNIMORE.

## **Progetti e percorsi educativi**

*Conosciamo l'ospedale.* (1999). Progetto educativo per la conoscenza dell'ambiente ospedaliero e l'elaborazione delle paure infantili. Capurso & Trappa.

*Vi mando un bel ciao.* Storie vere e inventate dai bambini per bambini. (1996). Progetto educativo della scuola primaria dell'ospedale pediatrico A. Meyer di Firenze.

*Passo passo... ti racconto il mio ospedale.* (2008). Progetto educativo realizzato presso l'ospedale Gaslini di Genova. Aiello et al.

*L'ospedale non è il lupo cattivo. Conoscere per non avere paura.* (2003). Iniziativa educativa promossa da ABIO per avvicinare i bambini alla realtà ospedaliera attraverso strumenti ludici e creativi.

*Play Therapy. Fondazione Ospedale Pediatrico Meyer.* Progetto di supporto educativo e relazionale attraverso il gioco.

## **Leggi e Normativa:**

### **➤ Normativa Italiana:**

Costituzione della Repubblica Italiana. (1948). *Costituzione della Repubblica Italiana.*

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

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. MIUR. (2012). *Indicazioni nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione.*

### **➤ Normativa europea e internazionale**

Dichiarazione di Ginevra. (1924). *Dichiarazione dei diritti del fanciullo.* Società delle Nazioni.

Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo. (1948). Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

Dichiarazione dei Diritti del Bambino. (1959). Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. (1989). *Convention on the Rights of the Child*.

Dichiarazione di Salamanca. (1994). UNESCO.

Organizzazione Mondiale della Sanità. (1948). *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*.

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2001). *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*.

Organizzazione delle Nazioni Unite. (2006). *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità*.

Carta Europea dei Bambini Degenti in Ospedale. Parlamento Europeo, Risoluzione n. 148/37 del 13 maggio 1986.

Carta di Leida. *Carta dei diritti dei minori ospedalizzati*.

Carta EACH. European Association for Children in Hospital.

Carta HOPE. *Carta Europea per la tutela educativa di bambini e adolescenti malati curati in ospedale o in assistenza domiciliare*.

#### ➤ **Documenti specifici per l'infanzia in ospedale**

Associazione Ospedali Pediatrici Italiani. (2023). *Carta dei diritti del bambino in ospedale*.

Tribunale per i Diritti del Malato. (1980). *Carta dei 33 diritti del cittadino malato*.

Carta Europea dei Diritti del Malato.

ABIO & SIP. (2008). *Carta dei diritti del bambino in ospedale*.

EACH. (1988). *Carta EACH dei diritti dei bambini in ospedale*.

#### **Sitografia:**

Associazione Ospedali Pediatrici Italiani: Carta dei diritti del bambino in ospedale (<https://www.aopi.it/project/carta-dei-diritti-del-bambino-in-ospedale/>)

Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza, Il manifesto per i diritti dei bambini in ospedale di Autorità garante, Ministero istruzione e AOPI  
(<https://www.garanteinfanzia.org/news/ilmanifesto-i-diritti-dei-bambini-ospedale-di-autorit-a-garante-ministero-istruzione-e-aopi>)

Associazione EACH for Sick Children. (1993)  
(<https://each-for-sick-children.org/>)

Carta dei Servizi dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù  
([https://www.ansa.it/documents/1310723724876\\_CartaServizi.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ansa.it/documents/1310723724876_CartaServizi.pdf?utm_source=chatgpt.com))

Carta di EACH  
(<http://www.malattierare.cittadinanzattiva.it/percorso-cura/i-diritti-deiminori/52-carta-dei-diritti-del-bambino-in-ospedale.html>)

Carta HOPE  
(<https://www.hospitalteachers.eu/who/hope-charter/>)

Dimondi Clown  
(<https://dimondiclown.it/>)

Fondazione Ospedale Pediatrico Meyer  
(<https://www.fondazionemeyer.it/progetto/playtherapy/>)

Manifesto della scuola che non si ferma  
(<https://www.indire.it/wp-content/themes/indire-2018/manifesto-la-scuola-non-si-ferma.pdf>)

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca: Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare, 2019  
(<https://www.mim.gov.it/-/linee-di-indirizzo-nazionali-sulla-scuola-in-ospedale-e-l-istruzione-domiciliare>)

Ministero dell'Istruzione e del Merito: Scuola in ospedale e istruzione domiciliare  
(<https://www.miur.gov.it/scuola-in-ospedale-e-istruzione-domiciliare>)

Ministero dell'Istruzione e del Merito: Scuola in ospedale e Istruzione Domiciliare (2019), Una proficua collaborazione tra il MIUR e l'Associazione Ospedali Pediatrici Italiana (AOPI)  
(<https://scuolainospedale.miur.gov.it/sio/news/una-proficua-collaborazione-tra-il-miur-e-la-sociazione-ospedali-pediatrici-italiani-aopi/>)

Portale Italiano delle Classificazioni Sanitarie, ICF: Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute  
([https://www.reteclassificazioni.it/portal\\_main.php?portal\\_view=public\\_custom\\_page&id=25](https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=25))

Scuola Primaria Ospedaliera Giacomo Grossi (I.C.6 Modena)  
(<https://www.ic6modena.edu.it/scuola-primaria-scuola-in-ospedale/>)

UNICEF, Convenzione sui diritti dell'infanzia  
(<https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/>)

Viviamo in Positivo (VIP) - Associazione clown  
<https://viviamoinpositivo.it/home-progetti-nazionali/>

World Organization for Early Childhood Education (OMEPE)  
(<https://omepworld.org/>)

## RINGRAZIAMENTI

Questo traguardo non rappresenta soltanto la conclusione di un percorso universitario, ma la realizzazione di un sogno che porto con me da quando ero bambina, quando giocavo ore ed ore nel sottoscala con le bambole a fare la “maestrina”.

Un sogno costruito con impegno, entusiasmo e tante persone che, in modi diversi, hanno camminato al mio fianco. A tutti loro va il mio più sincero grazie.

Innanzitutto desidero ringraziare la mia famiglia per avermi dato le radici per sentirmi sicura e le ali per inseguire i miei sogni.

Grazie ai miei genitori Elisabetta e Paolo, grazie per aver creduto in me fin dall'inizio, sostenendomi in ogni scelta e trasmettendomi la serenità di sapere che questa era la strada giusta per me. Grazie per avermi insegnato il valore dell'impegno, della costanza e della passione, e per avermi sempre incoraggiata a non arrendermi davanti alle difficoltà.

Grazie a mio fratello Davide, perché, nel suo mondo fatto di numeri e formule, ha sempre saputo uscire dai suoi schemi per aiutarmi quando ne avevo bisogno.

Da bambini passavamo i pomeriggi a giocare: io facevo la maestra e tu l'alunno più monello della classe. Forse è stato proprio lì che è iniziato tutto. Oggi quel gioco è diventato realtà e mi emoziona pensare che, in fondo, tu sia stato il primo "alunno" della mia vita.

Grazie alla mia nonna Maria Rosa, che non si è mai dimenticata di farmi il suo immancabile "in bocca al lupo" prima di ogni esame. Un gesto semplice, ma capace ogni volta di regalarmi un sorriso e tanta serenità.

Grazie a Riccardo, che con infinita pazienza, dolcezza e sensibilità è stato il mio punto fermo nei momenti in cui dubitavo di me stessa. Grazie per aver creduto in me anche quando io facevo fatica a farlo, e per aiutarmi ogni giorno ad affrontare ogni paura e ogni ansia con coraggio. Grazie per essere la persona che mi ricorda, ogni volta, che vale sempre la pena provarci e che mi incoraggia a buttarmi nelle cose con più fiducia e serenità.

Grazie alla mia amica Marina, per ricordarmi sempre che c'è un modo diverso di guardare le cose, perché, se lo cerchiamo bene, un lato positivo c'è in ogni cosa che ci accade. Grazie per esserci sempre stata in questi anni, per aver condiviso con me gioie, preoccupazioni, traguardi e sogni.

Desidero rivolgere un ringraziamento speciale alla prof.ssa Erika Benassi, relatrice di questa tesi, per avermi dato la possibilità di approfondire un tema che porto nel cuore, lasciandomi la libertà di seguire i miei interessi e di costruire un lavoro profondamente

personale. Grazie per la guida, la disponibilità e il costante supporto durante tutto il percorso di stesura.

Un grazie sincero va alle persone che hanno dedicato il loro tempo alle interviste che hanno arricchito questa ricerca e mi hanno permesso di poter vedere con i miei occhi la Scuola in Ospedale: l'insegnante Carmen, il dottor Giovanni e i volontari Caterina e Davide.

Grazie a Carmen, che mi ha trasmesso la passione autentica per l'insegnamento in ospedale, facendomi scoprire il valore della "didattica sartoriale", della flessibilità educativa e dell'importanza di guardare ogni bambino nella sua interezza, facendolo sentire accolto, valorizzato, importante. Attraverso le sue parole ho compreso quanto la scuola possa diventare una vera "finestra sul mondo", capace di mantenere vivo lo sguardo verso il futuro anche nei momenti più difficili.

Grazie al dottor Giovanni, che mi ha offerto uno sguardo clinico ma profondamente umano sull'esperienza della malattia e dell'ospedalizzazione. Le sue riflessioni mi hanno fatto comprendere quanto sia importante dire la verità ai bambini con delicatezza e rispetto, senza proteggerli attraverso il silenzio, ma accompagnandoli nella comprensione di ciò che stanno vivendo. Porterò con me anche la bellissima immagine del lavoro d'équipe come una "dinamica incasinata bellissima", fatta di competenze diverse che si intrecciano ogni giorno per prendersi cura del bambino nella sua globalità.

Grazie a Caterina e Davide, volontari clown, che con la loro gioia, sensibilità e straordinaria umanità mi hanno mostrato che, a volte, il dono più grande non è far ridere a tutti i costi, ma esserci. Ho imparato che anche il silenzio, una mano tesa o una presenza discreta possono diventare forme autentiche di cura.

Sono profondamente grata alle scuole che mi hanno accolta durante i tirocini e alle tutor che mi hanno accompagnata lungo questo percorso, aprendomi le porte di ambienti ricchi di professionalità, umanità e passione educativa. Grazie per la fiducia, per avermi lasciata sperimentare, osservare, sbagliare, imparare e crescere. Ogni esperienza vissuta ha contribuito a costruire la docente che desidero diventare.

Un grazie gigantesco alla scuola Santa Dorotea e a tutti i colleghi che, ogni giorno, contribuiscono alla mia crescita personale e professionale. Grazie per avermi accolta, per la fiducia, la disponibilità e la generosità con cui condividete esperienze, idee e consigli. Lavorare al vostro fianco mi permette ogni giorno di imparare qualcosa di nuovo, di mettermi in discussione e di costruire, passo dopo passo, l'insegnante che desidero diventare.

Grazie alle mie compagne di università, con cui ho condiviso cinque anni intensi di studio, fatica, emozioni e soddisfazioni. Insieme abbiamo affrontato esami, tirocini, dubbi e risate. Spero che il legame costruito in questi anni possa continuare ad accompagnarci anche nelle nuove strade che ci attendono.

Un grazie va infine a tutte le persone che, anche con un gesto, una parola o un incoraggiamento, hanno contribuito a rendere questo percorso così speciale. Ognuno di voi ha lasciato un segno che porterò con me.

E, per una volta, grazie anche a me stessa. Per aver avuto il coraggio di seguire la strada che sentivo davvero mia, per essermi messa in gioco, per aver affrontato le paure senza permettere che mi fermassero e per aver creduto, giorno dopo giorno, nel valore di questo sogno.

Mi auguro di continuare a camminare con la stessa curiosità, la stessa passione e la stessa dolcezza che mi hanno accompagnata fin qui, cercando ogni giorno di fare la differenza, anche solo un po', nella vita dei bambini che incontrerò lungo il mio cammino.