

BRICKS | TEMA

La Scuola in Ospedale: nuove proposte nell'anno del COVID-19

a cura di:

Lucia Girolamo, Tiziana Catenazzo



Scuola in Ospedale, SiO, Insegnamento ospedaliero, Integrazione, formazione dei docenti

Guarire con classe: lavorare con gli studenti malati in un contesto di cura e di comunità

La Scuola in Ospedale e l'Istruzione domiciliare sono programmi fondamentali di supporto ai ragazzi e alle famiglie e consentono di contrastare abbandono e dispersione scolastica. Attraverso il Servizio di Scuola in ospedale e istruzione domiciliare, si conferma la qualità dell'inclusione scolastica, con l'obiettivo di garantire il diritto allo studio e la continuità didattica per chi è impossibilitato a frequentare i normali percorsi di istruzione.



Figura 1 - Nuovo portale della Scuola in Ospedale e istruzione domiciliare: <https://scuolainospedale.miur.gov.it/sio/>

La Scuola in Ospedale garantisce, alle bambine e i bambini come alle ragazze e ai ragazzi ricoverati, il diritto a conoscere e ad apprendere in ospedale, nonostante la malattia. Consente la continuità degli studi e permette agli alunni e alle famiglie di continuare a sperare, a credere e a investire sul futuro. Scopo principale delle attività svolte con i degenti in età scolare, che si trovano ricoverati in ospedale, è aiutarli a intraprendere un percorso cognitivo, emotivo e didattico che permetta di mantenere i legami con il proprio ambiente di vita scolastico. La Scuola in Ospedale è riconosciuta e apprezzata in ambito sanitario come parte integrante del programma terapeutico. Sul territorio nazionale sono attive 211 sezioni ospedaliere che vedono coinvolti 915 docenti, con un servizio che nell'anno scolastico 2019/2020 ha riguardato ben 41.367 studenti, prevalentemente della Scuola dell'infanzia e primaria (circa il 70%) e 4.250 della Scuola secondaria di II grado.

Si può affermare che la Scuola in ospedale rappresenta un punto di eccellenza del sistema nazionale di istruzione. Essa aumenta la qualità dell'offerta formativa consentendo alle scuole di realizzare le migliori strategie inclusive, attraverso un collegamento puntuale degli alunni con le classi di appartenenza e una didattica e una formazione costantemente aggiornate.

Le degenze stanno gradualmente riducendosi e, seppur lentamente, anche il Servizio di Scuola in ospedale e istruzione domiciliare sta trasformandosi, per rispondere ai nuovi protocolli di cura e di intervento. La SiO non può più essere, soltanto (e comunque non per molto ancora), una scuola ospedaliera di eccellenza 'fuori dalla scuola' (perché relegata in contesti di cura ospedalieri o domiciliari) ma anzi un Servizio che realizza azioni inclusive *dentro* le scuole, di reale integrazione sui territori: per prendersi carico non solo dei singoli alunni ma delle loro scuole, nelle quali torneranno al termine della terapia.

È fondamentale riuscire a costruire, per ogni alunno malato, un'alleanza efficace fra docenti ospedalieri e/o domiciliari e docenti delle classi di appartenenza, con consigli di classe allargati, fin dai primi giorni di ricovero. Il Servizio deve realizzare contesti educativi di volta in volta diversificati, con consigli di classe ogni volta integrati e aperti alle risorse e opportunità territoriali.

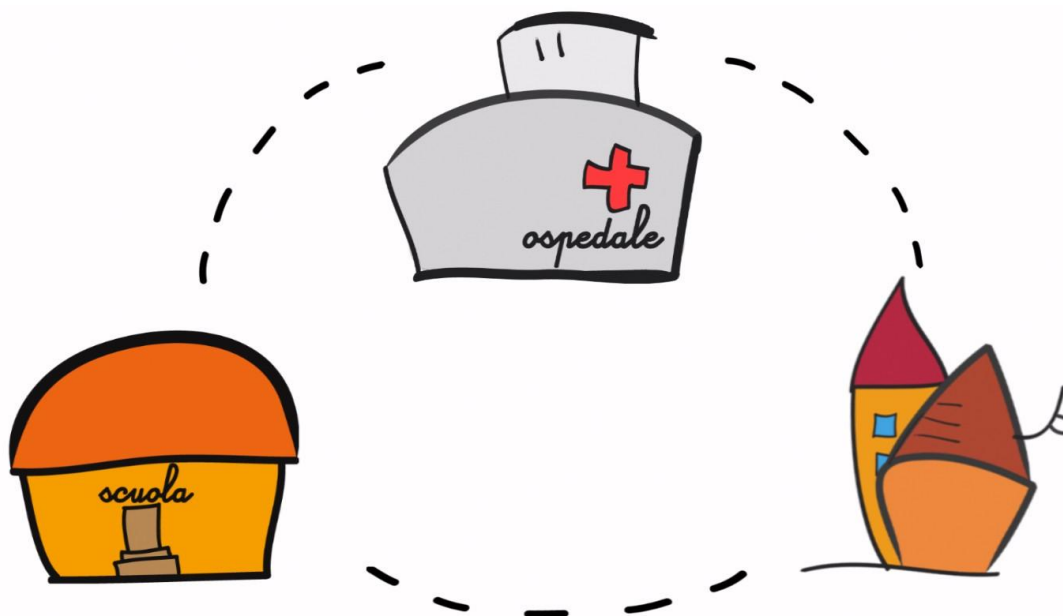


Figura 2 - Sinergia tra la scuola e i luoghi di cura (ospedale, abitazione) (©Nuovo portale nazionale per la Scuola in ospedale)

Perché, ancora una volta, *è dalla sofferenza e dalla vulnerabilità che nasce la creatività, la vera innovazione* (Brené Brown). Per l'inclusione e l'innovazione educativa delle comunità scolastiche.

Per trasformare il modo di progettare e realizzare gli interventi inclusivi (specie quelli più complessi e impegnativi) dobbiamo però sviluppare "prese in carico educative" che siano realizzate dall'intero consiglio di classe e non più solo dal docente ospedaliero-domiciliare e, quando occorre, dal docente di sostegno. È evidente che, a tal fine, le scuole dovranno dotarsi di nuovi strumenti e lenti di lettura, propri e realizzati *ad hoc*, per sostenere percorsi di intervento efficaci e coerenti.

Inoltre vanno fatte alcune riflessioni sui modelli di inclusione e di formazione sui quali il mondo scientifico da tempo si interroga. Non si passerà mai dall'*integrazione* scolastica all'*inclusione* didattica ed educativa senza un generale e radicale cambio di mentalità e di 'operatività', lo sappiamo e lo andiamo dicendo da tempo, eppure, continuiamo a replicare modelli di formazione "atomizzati" e spesso stereotipati, rivolti ai singoli docenti, senza pensare a piani formativi che, fin dall'inizio, contemperino e integrino le diverse necessità dell'intera comunità scolastica.

E ancora, la presenza della patologia grave e/o della disabilità può rappresentare una 'molla', una spinta particolare al miglioramento, un'occasione positiva, che impegna l'intera classe a intraprendere - forse prima o meglio di altre - un determinato percorso educativo di accoglienza, di appartenenza, di inclusione. È banale constatare che la presenza, nelle classi, di alunni con patologie serie, invalidanti, si riveli spesso fortemente significativa e condiziona le vite dei compagni: quanto e come la condiziona e migliora? Quanto e come gli ambienti di apprendimento si modificano?

Parallelamente sarà utile analizzare il valore aggiunto rappresentato dal gruppo dei pari. Il gruppo è un vero e proprio strumento di lavoro (lo abbiamo imparato con decenni di *cooperative learning*): con il gruppo si lavora e lo si utilizza anche sapientemente eppure, spesso, manca una valutazione oggettiva e coerente (le valutazioni rimangono per lo più individuali), da parte dei docenti.

Sono percorsi che, quasi mai, noi operatori della scuola valutiamo e valorizziamo; li diamo un po' per scontati, eppure, poiché spesso sono percorsi di successo, sarebbe particolarmente importante "rendercene consapevoli". Bisogna provare ad attribuire un valore preciso, un riconoscimento alla presenza e piena partecipazione, a scuola, degli alunni con patologie oncologiche, psichiatriche o con gravi disabilità, in termini pedagogici e didattici.

L'emergenza sanitaria e sociale ha costretto la scuola a ripensarsi, a pensare alla sua trasformazione. A ripensare strategie, contenuti e modalità di insegnamento e apprendimento. Queste sono considerazioni spesso emerse e convintamente ripetute da chi fa scuola e si è ritrovato a modificare stile e metodo di lavoro in questo periodo.

La revisione critica dei presupposti, individuali e sociali, del 'fare scuola' è *continuamente* prioritaria: correggere premesse epistemologiche, socioculturali e psicologiche distorte (spesso acquisite e assunte aprioristicamente e fedelmente riproposte alle classi) è prioritario rispetto alle modifiche delle procedure e dei metodi di lavoro. È questo il nodo centrale al quale l'emergenza sanitaria ci ha costretti e ci costringe.

Quando la scuola corregge e modifica le prospettive di significato, funziona. Ci sono infatti ambiti, ambienti e occasioni in cui la scuola ancora serve. E sono proprio i contesti legati alla malattia grave, alle patologie invalidanti. Quando la malattia pregiudica radicalmente la possibilità di operare scelte mature, di avviare al futuro, allora la scuola diviene un'ancora, l'ultima possibile, generatrice di cambiamento. È lì che la scuola genera possibilità, ribaltamento positivo, slancio progettuale e vitale.

Quando la malattia condiziona e condanna i nostri allievi a scelte limitanti, ecco che la scuola aiuta a guarire e apre a traguardi insperati. La scuola protegge dal fallimento emotivo, psicologico, sociale, i suoi studenti più vulnerabili, quelli gravemente malati. La scuola funziona in un contesto di malattia e di dolore. Ecco la cornice di senso, una delle strutture possibili, in cui la scuola funziona. Ed ecco che alcune esperienze di scuola, molto positive, sono state realizzate nel periodo del *lockdown* proprio dove più erano a rischio i percorsi di cittadinanza sociale e di salute dei bambini e delle loro famiglie.

Nell'emergenza più grave, le esperienze di scuola sono le più sane e positive.

Ma allora perché queste cornici di significato non sono adottate e condivise, non divengono parte del sistema, ci si chiederà? Perché la cornice non è replicabile. Non funziona se non si adatta, se non la si modifica sulla base delle necessità. È mobile, modificabile, flessibile, modulare, adattabile, autentica. Costringe alla ricerca continua, alla continua e infaticabile rinascita di forma e contenuto, e a relazioni sempre nuove, con se stessi, con gli altri, per sistemi che devono modificarsi e aggiornarsi di continuo. E' così che si fa scuola. La scuola si fa in strada, in ospedale, nelle camerette dei bambini costretti a letto, nelle carceri. Ove la scuola supera i propri confini e limiti imposti da strutture e codici imposti (e nei quali non ci si riconosce forse più) e permette a studenti e docenti di non sentirsi solo ombre sui muri, come i prigionieri nella caverna platonica.

In genere sono proprio i contesti di nicchia, quelli in cui si annidano e maturano le eccellenze. Perché probabilmente il richiamo alla fragilità e alle richieste emotive più profonde suscita le risposte più forti, coraggiose e avanzate, innovative. Nei contesti di maggiore difficoltà, le soluzioni più ardue, perché non ordinarie, tengono ancora unito un tessuto che nell'ordinarietà e nella scuola comune (quella che a tutti noi pare di conoscere e alla quale spesso ci riferiamo) non regge più. Se la scuola comune (o anonima?) pare aver perso stimoli, risorse, competenze, ambizioni e mandato, la scuola che agisce e risponde alle richieste dei più fragili sopravvive bene e cresce, matura, anzi dona speranza. All'interno di una cornice di significato continuamente rivisitata, personalizzata e ricomposta attorno agli individui.



Figura 3 - "Nell'emergenza più grave, le esperienze di scuola sono le più sane e positive" (©Il Circolo dei lettori - Torino)

La scuola in ospedale e a domicilio smaschera drammaticamente un grande paradosso del sistema scolastico italiano, o forse ne rappresenta l'ultima sfida. Se (piccola provocazione) provassimo a considerare in perdita, fragilissime e morenti, molte situazioni (e molte lo sono!) forse riusciremmo a elaborare le risposte migliori e le più efficaci e coerenti? Se considerassimo malati i nostri studenti e fragile il loro ambiente di vita, forse saremmo migliori maestri?

Certo è che i docenti in ospedale sono più sensibili e aperti, più recettivi, più capaci di impegnarsi in dialoghi e più inclini all'autoriflessione e a vagliare le proprie competenze e convinzioni, anche valoriali. Tutte attitudini che favoriscono l'interazione e il dialogo.

Certo è che la scuola in ospedale e a domicilio, le risposte le fornisce da tempo. La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare, i bambini e i ragazzi li salva davvero. Dalla paura della malattia, del fallimento, dall'insicurezza dovuta al confinamento e alla perdita dei riferimenti del quotidiano. Li salva dalla paura di non poter più crescere. Dalla paura del contenimento e dell'isolamento prolungato; dalla paura della morte. La scuola arriva lì, esattamente in quel punto: in quel punto preciso, al limite estremo delle possibilità individuali e relazionali di ciascuno e al limite della forza psicologica ed educativa dell'insegnante. È lì che questo Servizio educativo arriva e porge la mano e lo sguardo, oltre. Insegna agli allievi malati a guarire e ritrovare dentro sé il desiderio di vivere, imparare, fare. Si fa scuola a tutti gli effetti e semplicemente. Contro l'ineguaglianza e l'ingiustizia sociale che la malattia porta ad alcuni bambini e ragazzi e non ad altri. Il fatto educativo, realizzato in corsia e a casa, sostiene la riflessione, la messa in discussione, la presa d'atto e impegna lo studente e il docente insieme (che lavorano uniti, perché il lavoro e lo sforzo sono comuni e interdipendenti sono le strategie) a una migliore consapevolezza e al cambiamento per apprendere nuove prospettive di significato, nuovi schemi personali di riferimento personali all'interno dei quali vivere e elaborare esperienze drammaticamente nuove, di sofferenza e di ansia, di paura.

Il confronto aperto fra i docenti direttamente coinvolti nell'insegnamento ospedaliero e domiciliare, unito alle riflessioni di medici e pedagogisti e agli stimoli provenienti dagli stessi studenti, ha condotto a risultati inattesi una 'classe' di esperti e operatori impegnata a fare ricerca e a dotarsi di premesse e prospettive e strumenti più funzionali, utili a rispondere a richieste inedite come quelle poste dall'emergenza sanitaria, che si trasforma di continuo e radica sempre più l'emergenza educativa nel contesto di cura.

Fra le chiavi di lettura relative al processo, la necessità di accogliere realmente il punto di vista (e quindi il vissuto emotivo) dell'allievo e l'assunzione della circolarità diffusa degli interventi educativi con una costante rivisitazione dell'apprendimento che, da condizione statica, diviene trasformativo e generativo, emancipativo di nuovi stimoli e percorsi, nuove mentalità di lavoro.



Figura 4 - Docente in ospedale ([©RAI TGR Trento](#))

Il docente ospedaliero e domiciliare è pronto ad accettare per primo (rispetto ai docenti delle classi tradizionali) queste novità e a farle proprie, operando in un contesto di continua ricerca ed emergenza in cui l'educazione può effettivamente comportare la differenza nei processi di cura e di presa in carico. Ma non tutti sono preparati in tal senso. Non tutti si sentono sostenuti. Non sempre sono figure efficaci e le loro lezioni sono gradite, agli studenti malati. Manca comprensione reciproca, dialogica (anche, ma non solo, nella dimensione socratica).

Il disallineamento fra le competenze richieste dalle terapie e la preparazione dei docenti ospedalieri e domiciliari rende spesso precari gli interventi, e i risultati di apprendimento poco soddisfacenti e spendibili.

Alla radice di questo disallineamento, c'è sempre e solo un difetto di motivazione ("occorre verificare se il docente ha passione e se è capace di appassionare" dice Umberto Galimberti che propone di valutare in maniera più approfondita le competenze dei docenti)?

Gli interventi qui raccolti e proposti puntano alla migliore formazione dei docenti, sotto diversi profili. I docenti ospedalieri e domiciliari, impegnati in contesti tanto delicati, vanno continuamente sostenuti e accompagnati (insight formativi e clinici) perché i loro sono studenti 'unici' (come suggerisce Maria Aliberti nel suo intervento). La condizione di lavoro è complessa (e su questo non ci si dilunga qui) ma è particolare la condizione di questi studenti, e per la malattia e le terapie che affrontano e per la solitudine che devono imparare a gestire e sopportare. La soluzione, lo ripetiamo, è nella possibilità di lasciare in vita e intatta la relazione con i pari. La classe è dimensione di cura e di comunità, di benessere relazionale e umano. Serve ai bambini e ai ragazzi per continuare a crescere bene, specie se devono affrontare situazioni di forte stress e disagio come le patologie croniche.

È per questo che docenti ospedalieri e domiciliari impegnati esclusivamente nel rapporto di insegnamento/apprendimento con l'allievo che non include la classe e i compagni, non svolgono il loro mandato. Ci sono moltissimi docenti, in corsia e a domicilio, che lavorano molto bene con gli studenti

ricoverati o domiciliarizzati e che pure non considerano (magari in perfetta buona fede) l'urgenza e la necessità di lavorare con la classe di appartenenza. Con i compagni, che compongono la classe di appartenenza; con i docenti, colleghi della classe di appartenenza.

Nonostante si continui a sostenere e perorare la necessità di una didattica integrata, e quindi di gruppi di lavoro integrati e Consigli di classe aperti, sono ancora in pochi a praticarla e realizzarla regolarmente. Anche in un contesto educativo così speciale, i docenti si fanno spesso irretire da preoccupazioni relative a verifiche e contenuti, programmi.



Figura 5 - Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella in visita in una sezione di Scuola in Ospedale a Genova ([©La Voce di Genova](#))

La formazione dei docenti, anche per questo, è la chiave di volta di processi che puntano al successo, alla riuscita. Specie perché la formazione implica la riflessione sull'esperienza e la comprensione anche più intima e interiore del nostro modo di esserci e proporci come educatori. Spesso i processi istruttivi e curriculari si concentrano sull'utilizzo dei contenuti per migliorare le nostre capacità intellettuali o cognitive, concentrandosi sul nostro 'saper fare', trascurando le dimensioni immaginative ed emotive che ci aiutano a legare e integrare i contesti e la motivazione con cui perseguiamo la nostra crescita intellettuale e cognitiva. I docenti migliori hanno anche una migliore consapevolezza interiore (anche di dilemmi irrisolti), oltre che professionale.

È altresì necessario un maggior coinvolgimento delle scuole (e del personale scolastico) nelle decisioni assunte circa il proseguimento o meno dei progetti di ID. Anche le famiglie, dato che le leggi vigenti assegnano loro la facoltà di richiesta, sia della SiO che dell'avvio di un progetto di ID, devono essere rese effettivamente protagoniste di queste decisioni, e non solo partecipi a livello teorico. Criticità di tal genere vengono ribadite da docenti che operano in diverse regioni italiane: spesso i tempi di risposta degli USR sono molto lunghi e si perdono preziosi mesi di lavoro con soggetti fragili e bisognosi di un supporto immediato; tutti concordano sulla necessità di condivisione in tempo reale delle scelte operate fra i diversi attori coinvolti nel progetto. Emerge anche il fatto che spesso le ore concesse dal Ministero per ciascun caso (anche se integrabili dal Fondo di Istituto della scuola di appartenenza) siano poche o insufficienti: è invece necessario investire concretamente sui progetti di istruzione di allievi con malattie gravi e invalidanti, impossibilitati ad una frequenza scolastica regolare e a rischio di 'collasso educativo'.

Occorrerebbe anche maggiore flessibilità organizzativa, per consentire di rimodulare in progress gli interventi sulla base delle effettive necessità, dettate dalla evoluzione/regressione delle condizioni emotive e di apprendimento del singolo allievo. I consigli di classe dovranno essere sempre più integrati, con la partecipazione attiva dei docenti ospedalieri e di tutti gli operatori sociali ed educativi dei diversi ambiti di cura del bambino/ragazzo ospedalizzato e/o domiciliarizzato.

La fisionomia della scuola in ospedale è molto mutata nel corso degli anni e ha ancora necessità di evolversi, investendo ancor più nel servizio di istruzione domiciliare. Molto si sta facendo per assicurare una presenza stabile nelle strutture pediatriche più grandi, e di riferimento, affinché l'erogazione del Servizio sia il più possibile omogenea ed equilibrata. Molto resta tuttavia ancora da fare, anche se l'acquisizione di una visione territoriale sistemica sta a poco a poco prendendo forma, dando risposte sempre più precise ai bisogni espressi dagli utenti e dalle loro famiglie. Speriamo tutti che, prima o poi, le degenze ospedaliere degli alunni per patologie croniche siano sempre più brevi: tanto brevi da non dover prevedere la presenza, in corsia, dei docenti ma piuttosto la realizzazione di un servizio di prossimità a cura della classe di appartenenza. L'istruzione domiciliare, per intenderci, dovrà sempre più accompagnare le terapie (territoriali e sempre meno ospedalocentriche) e sostituirsi gradualmente all'insegnamento ospedaliero. Se la medicalizzazione e le cure sono sempre più territoriali, anche la domanda di istruzione domiciliare va sostenuta e accompagnata, per spingere le scuole di appartenenza e i territori in cui insistono a trasformarsi sempre più in comunità educanti, dialogiche e collaborative, per realizzare sistemi che diano centralità e trasversalità e diffusione a percorsi educativi inclusivi.

Anche gli interventi domiciliari non possono più caratterizzarsi come interventi di 'sostegno' rivolti al singolo alunno ma rispondere a una strategia complessiva, del 'prendersi cura' dell'alunno malato, di riparazione e ricostruzione di senso, sia individuale che della comunità di appartenenza, dell'essere in rete: ecco il vero mandato sociale della scuola in ospedale. La produzione di senso sociale, che non è solo condivisione, apertura e collaborazione, confronto legato all'evento malattia, ma sostegno alla nascita di realtà diversificate e inedite sui territori.

Prioritari, pertanto, sono l'operatività interistituzionale (per un Servizio di sistema, strutturato) e l'aggiornamento permanente delle competenze dei docenti e la capacità di 'presa in carico totale' dell'allievo, con il coinvolgimento efficace della famiglia e della classe di appartenenza. Un approccio del genere, seppure più complesso e arduo, sostiene il docente nel realizzare la continua e aperta condivisione delle sue esperienze e riflessioni con tutti gli altri 'operatori' educativi (e di salute) coinvolti nel processo di cura. Solo in tal modo, con un'operatività sinergica, la scuola in ospedale svilupperà un proficuo lavoro di recupero e di contrasto all'abbandono scolastico, nell'ottica di un completo rinnovamento e miglioramento del Servizio.

Equal education in hospital schools. How to put a stop to exclusion of sick children and their families?.

NOTA: L'incontro "[Didattica a distanza SiO - ID: alta formazione professionale](#)", con gli interventi delle autrici, è stato proposto alla comunità scolastica il 24 aprile 2020.

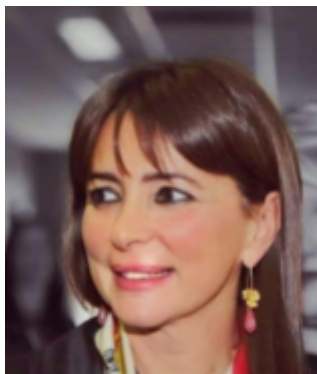


Lucia Girolamo

girolamolucia@gmail.com

Ministero dell'Istruzione - Liceo Scientifico "Galileo Galilei" Potenza

Lucia Girolamo è Dirigente scolastico del Liceo Scientifico "G. Galilei" di Potenza. È stata responsabile del servizio regionale di Scuola in Ospedale e Istruzione Domiciliare, in qualità di D.S. dell'I.C. "A. Busciolano" – Scuola Polo Regionale. per la Basilicata. È stata responsabile del Centro Territoriale di Supporto regionale alle Tecnologie e Disabilità e dello Sportello Europa per l'Internazionalizzazione delle scuole di Basilicata, istituiti entrambi presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "F.S. Nitti" di Potenza. È componente della Rete di Scopo Nazionale Scuola in Ospedale (SiO) e Istruzione Domiciliare (ID).



Tiziana Catenazzo

tiziana.catenazzo@gmail.com

Ministero dell'Istruzione - USP Trapani - Università di Torino - Università di Palermo

Tiziana Catenazzo è Dirigente dell'Ufficio Scolastico Provinciale di Trapani e dirigente tecnico con funzioni ispettive dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia; segretario generale della Rete nazionale di scopo per la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare, collabora con il Ministero dell'Istruzione per il miglioramento delle metodologie e delle prassi educative ospedaliere e domiciliari e la didattica inclusiva. Coordina il Master di II livello per la formazione dei docenti domiciliari a Torino e insegna all'Università di Torino e Palermo..