

Le altre scuole

In questo capitolo:

- affronteremo il tema delle scuole "altre", vale a dire delle scuole che operano in contesti diversi da quelli tradizionali;
- in particolare, prenderemo in esame la realtà della scuola in ospedale con le sue peculiarità e caratteristiche, soffermandoci sulla figura dell'insegnante ospedaliero e sulle competenze necessarie a svolgere la professione all'interno di un reparto di pediatria;
- faremo un breve affondo sul servizio di Istruzione domiciliare, evidenziandone i punti di forza e gli aspetti di criticità;
- presenteremo le scuole a metodo Montessori e steineriane, soffermandoci sugli aspetti educativi, metodologici e didattici che le caratterizzano;
- tratteremo, infine, la realtà delle scuole nel bosco, presentandone l'orientamento pedagogico e gli aspetti caratteristici.

Nel pensiero comune l'idea di scuola è spesso associata a un luogo in cui i bambini ogni giorno si recano per imparare all'interno di un gruppo classe, condotto da uno o più insegnanti. Difficilmente di primo acchito la scuola è pensata come un'istituzione che possa assolvere alle sue funzioni in luoghi "altri" rispetto a quelli tradizionali o con modalità e strategie che si discostano da quelle comunemente adottate nella gran parte delle scuole presenti nel nostro territorio nazionale. In realtà, la scuola, intesa come istituzione finalizzata a garantire a tutti i bambini il diritto di istruzione, a prescindere dal contesto socio-culturale di provenienza o dalle condizioni di salute in cui versano, può avere luogo in spazi e tempi diversi da quelli che ciascuno di noi immagina e attraverso la proposta di attività didattiche innovative.

Accanto alla scuola tradizionale vi sono dunque scuole "altre" che insieme contribuiscono a formare un quadro integrato di proposte formative differenziate, aventi specifici obiettivi e rispondenti ai diversi bisogni di coloro che le frequentano. In questo capitolo prenderemo in considerazione alcune forme di scuole che per diversi motivi si discostano dall'istituzione scolastica tradizionale e che, pur presentando delle differenze, sono accomunate da una particolare attenzione nei confronti di bambini e ragazzi, del loro desiderio di imparare e di divenire soggetti partecipi e futuri cittadini attivamente impegnati nella comunità di appartenenza.

12.1 La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare

12.1.1 La nascita della scuola in ospedale e dell'istruzione domiciliare

Le prime esperienze di scuola in ospedale in Italia risalgono agli anni Cinquanta del Novecento a seguito di studi e ricerche che mettevano in luce le serie conseguenze dell'ospedalizzazione sui bambini (Robertson, 1980; Freud, 1987), tra cui la presenza di vissuti abbandonici, di forti istanze regressive, di stati confusionali e di sentimenti di rabbia e impotenza che incidevano in modo significativo sul loro processo di crescita e di sviluppo. A partire da quegli anni sia in Italia che in Europa il tema del diritto alla salute dei minori andò via via intrecciandosi ad un altro di fondamentale importanza, vale a dire il diritto che ciascuna bambina e ciascun bambino hanno di poter essere istruiti e frequentare la scuola, nonostante la presenza di patologie più o meno gravi. Il diritto all'istruzione venne pertanto

sostenuto e rimarcato in diversi documenti che orientarono le scelte dei legislatori sia a livello nazionale che internazionale.¹ In Italia un decisivo cambio di rotta nella regolamentazione della scuola in ospedale è rappresentato dal Decreto Ministeriale del 1986 che ha ufficializzato l'apertura delle sezioni ospedaliere nei reparti di pediatria, nonostante la loro presenza fosse ormai da tempo diffusa negli ospedali italiani, e che ha evidenziato l'importanza di un'accurata programmazione didattica a sostegno di interventi individualizzati e personalizzati, della presenza di insegnanti formati per poter esercitare la loro professione in contesti altamente complessi, nonché della necessità di intrattenere rapporti continuativi con la scuola di provenienza dei bambini. Un altro aspetto che certamente ha contribuito a rendere meno traumatico il ricovero ospedaliero risiede nell'aver consentito che i bambini venissero accompagnati dai loro familiari durante tutto il ricovero, riducendo in questo modo i loro vissuti abbandonici, garantendo una presenza costante e continuativa delle figure adulte di riferimento. Gli anni Novanta, con la circolare ministeriale del 1998 (n. 353), segnarono un ulteriore decisivo passaggio nel considerare la scuola in ospedale come una scuola "normale" (e non più speciale come lo era stata fino ad allora), finalizzata a garantire il diritto allo studio a bambini e ragazzi ospedalizzati e a contrastare l'abbandono e la dispersione scolastici. A partire da quegli anni ebbe inizio un processo di graduale integrazione dell'istituzione scolastica nell'organizzazione dei reparti di pediatria che condusse a un significativo cambio culturale, ricorrendo alla scuola in ospedale una funzione fondamentale per il benessere dei bambini malati e delle loro famiglie. La circolare ministeriale del 2001 (n. 43), contribuì ad evidenziare ulteriormente la necessità che bambini e ragazzi malati potessero beneficiare di attività didattiche considerate parte integrante nel percorso di crescita individuale e adatte alla loro condizione e alla loro età. Pertanto,

¹ In riferimento alla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989, numerosi sono stati i documenti redatti a favore della tutela dei minori che si trovano in condizioni di disagio e di malattia. Si veda a questo proposito la *Carta Each* (European Association for Children in Hospital) del 1988; la *Carta dei diritti del bambino in ospedale* del 2018 frutto di Protocolli di intesa tra l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca per promuovere e garantire i diritti delle alunne e degli alunni, tra l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e l'Associazione Ospedali pediatrici italiani, ed infine tra il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e l'Associazione Ospedali pediatrici italiani. "Promozione del benessere fisico e psicologico degli studenti e delle studentesse in ospedale e a scuola"; le Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare del 2019 che ribadiscono l'importanza della scuola in ospedale e dell'istruzione domiciliare come strumenti per garantire a tutti i bambini il diritto all'istruzione in contesti non tradizionali; l'Agenda 2030, con particolare riferimento all'obiettivo 4 che indica la necessità di un'educazione inclusiva, equa e di qualità.

accanto ai maestri della scuola dell'infanzia e primaria, vennero introdotti i docenti della scuola secondaria di primo e di secondo grado che avrebbero dovuto occuparsi dell'insegnamento di specifiche discipline per almeno 6 ore settimanali. Fu inoltre contemplata la possibilità dell'istruzione domiciliare nel caso in cui la patologia limitasse la frequenza scolastica per un periodo di almeno trenta giorni. Queste particolari attenzioni misero in luce come la scuola in ospedale dovesse essere considerata parte integrante dell'intero percorso di cura di bambini e ragazzi malati intervenendo in stretta sinergia con l'intera équipe socio-sanitaria e con la scuola di provenienza e orientarono i successivi interventi legislativi nel considerare la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare alla stregua di quella territoriale, vale a dire come reali ed effettive possibilità di apprendimento a patto che divenissero oggetto di una puntuale valutazione e di una attenta documentazione (MIUR, 2019). Le diverse sperimentazioni in tutto il territorio nazionale e gli interventi dei legislatori a favore delle sezioni ospedaliere hanno contribuito nel tempo a definire le caratteristiche della scuola in ospedale e a diffonderne la conoscenza.

12.1.2 Il bambino malato e la scuola in ospedale

L'ospedalizzazione rappresenta per bambini e ragazzi un evento straordinario e traumatico (Caggiano *et al.*, 2021), una «fatura biografica» (Bury, 1982) che intralicia la loro vita e che impatta in modo significativo sul funzionamento psicologico dei soggetti coinvolti, fino a renderli molto vulnerabili. Improvvisamente l'esito di esami clinici e la successiva diagnosi irrompono nella loro quotidianità stravolgendola e segnando una demarcazione tra le dimensioni temporali del “prima” e del “dopo” la malattia. Soprattutto in presenza di malattie croniche o particolarmente aggressive, nulla sembra essere più come un tempo agli occhi dei bambini e dei loro familiari e il futuro risulta denso di incertezza. Paura e rabbia fanno da protagoniste nel momento in cui inizia l'iter di cura, spesso accompagnate da uno stato di disorientamento che certamente non li aiuta a fronteggiare l'esperienza di ospedalizzazione. Il senso di depersonalizzazione e di anonimato che caratterizza i soggetti ricoverati in grandi istituzioni si accompagna spesso a sentimenti di solitudine, di noia e di impotenza (Capurso, 2001), che possono mettere in discussione le capacità dell'Io appena acquisite (Freud, 1987), con conseguenze negative sul processo di crescita e sul livello di autonomizzazione raggiunto. Tutto questo è amplificato dal ritrovarsi in un ambiente sconosciuto, privo di punti di riferimento rassicuranti, e governato da regole poco flessibili (la

libertà di movimento è limitata, le diete sono ferree, gli orari sono rigidi), in cui il proprio corpo, malato e dolente, è posto alla mercé di sconosciuti in camice bianco che ne dispongono come meglio credono e oltretutto in spazi comuni in cui il livello di privacy è ridotto al minimo. Se da un lato l'obbligatorietà della presenza di un familiare ha certamente reso meno traumatica la degenza ospedaliera, dall'altro le diverse reazioni dei genitori alla malattia del figlio, strettamente correlate al grado di supporto e di aiuto che essi riescono a garantirgli, possono incidere sul modo in cui il bambino malato vive il ricovero (Formanier, 1991). Così di fronte a genitori responsabili e autorevoli avremo bambini in grado di mostrare resilienza verso la malattia, che si lasceranno guidare da adulti consapevoli e disposti a rivedere il loro ruolo genitoriale in relazione alle peculiarità del contesto in cui si trovano (Mosconi, Zaninelli, 2022); al contrario, in presenza di genitori “risucchiati” in modo narcisistico dal dolore e incapaci di reagire avremo bambini che faticano a “sopravvivere” emotivamente alla paura dell'ospedale e che metteranno in atto una serie di meccanismi di difesa (Sourkes, 1999; Kanizsa, 2013) funzionali a fronteggiare e gestire il dolore fisico e psichico cui sono sottoposti.² La scuola in ospedale agisce dunque in un contesto altamente complesso, in cui istanze organizzative, prettamente orientate da una forte cultura sanitaria, si incontrano (e a volte si scontrano) con la necessità di tutelare il benessere psico-fisico di bambini e genitori. Ed è proprio in un siffatto contesto che la scuola può diventare il luogo in cui il bambino «ricerca la via di un'esistenza ordinaria – una versione della normalità rivista in base alle circostanze straordinarie che sta sperimentando» (Ricci, 2018, p. 118). Essa, cioè, rappresenta «un asse normalizzatore» (Sourkes, 1999, p. 105) della vita di tutti i giorni, poiché offre l'opportunità a bambini e ragazzi di sperimentarsi in un contesto sicuro e di riscoprire tutte quelle risorse che sembrano essere scomparse all'insorgere della malattia. La scuola in ospedale diviene in questo senso un “ponte” tra ciò che sta “dentro” e ciò che sta “fuori” il contesto ospedaliero, consentendo agli allievi di non percepirsi unicamente come persone malate o come pazienti da sottoporre a particolari trattamenti terapeutici e riabilitativi, ma di ritrovare se stessi e di sentirsi di nuovo capaci di pensare e di fare in uno spazio “di incontro” che rende più tollerabile l'ospedalizzazione.

² Al momento del ricovero il bambino può vivere uno stato di regressione che lo porta a chiudersi in se stesso, a non voler mangiare e parlare e a perdere l'interesse per il gioco. Oppure può presentare un comportamento oppositivo, rifiutando gli interventi di cura e arrabbiandosi ogni qualvolta vi si debba sottoporre, o ancora di negazione dello stato morboso. Vi sono inoltre casi in cui il bambino ha così tanto svalutato l'immagine che possiede di sé da vivere e accettare passivamente qualsiasi trattamento sanitario (Kanizsa, 2013).

Relazioni significative per il percorso di crescita

La scuola in ospedale, seppur non obbligatoria, rappresenta una realtà in cui le storie di vita e di malattia si intrecciano, dando vita a relazioni significative che lasceranno il segno nel percorso di crescita di ciascun bambino. Non sono rari i casi in cui, per esempio, ragazzi e adulti un tempo affetti da malattie importanti ritornino in reparto per raccontare all'insegnante le tappe più significative della loro vita (il conseguimento della laurea, l'ingresso nel mondo del lavoro, il matrimonio) avvertendo un bisogno impellente di ripercorrere i corridoi del reparto di pediatria per ritrovare quella parte di esperienza che, seppur dolorosa, tanto ha contribuito a costruire la loro identità. Come non è raro trovare nelle bacheche dei reparti disegni e biglietti di ringraziamento indirizzati all'insegnante ospedaliero in segno di riconoscenza e a riprova del fatto che la scuola in ospedale costituisce un'occasione di riscatto personale e uno spazio in cui è possibile sentirsi bene con se stessi e con gli altri. Se da un lato la scuola in ospedale è da tutti riconosciuta come realtà imprescindibile per il benessere dei bambini malati, dall'altro vi sono ancora oggi casi in cui essa fatica ad affermare le sue istanze educative e pedagogiche all'interno del contesto sanitario, correndo il rischio di configurarsi come struttura isolata e autoreferenziale (Ricci, 2018), e non al contrario come una vera e propria istituzione centrale nel percorso di cura. Essa andrebbe pertanto considerata all'interno di un sistema integrato di cura che preveda una stretta collaborazione tra le figure socio-sanitarie, gli insegnanti, le famiglie e le realtà del territorio, tra cui la scuola cui bambini e ragazzi malati appartengono.

Alla luce di quanto sin qui affermato, la scuola in ospedale, considerata a tutti gli effetti un'istituzione intenzionalmente educativa, riveste le seguenti principali funzioni:

- Di *spazio relazionale* in cui bambini e ragazzi hanno la possibilità di narrare con linguaggi diversi i loro vissuti e le loro emozioni per ritrovare un equilibrio personale ed emozionale messo a dura prova dalla malattia;
- Di *normalizzazione* (Kanizsa, 2013), attraverso la proposta di attività didattiche che consentono ai bambini malati di mantenere attive le loro aree di funzionamento – cognitive, emotive e sociali;
- Di *continuità*, attraverso un regolare contatto con i colleghi del territorio per la progettazione e la valutazione di proposte didattiche in linea con quelle della scuola di appartenenza;
- Di *cura*, dal momento che la scuola in ospedale è da considerarsi parte integrante del percorso terapeutico che coinvolge i bambini malati e le loro famiglie, attraverso una costante at-

tenzione alle relazioni che «curano in un approccio *multiprospettico*, perché a un tempo multidimensionale (che prende in considerazione la persona nella malattia), *multiprofessionale* (che si avvale dell'apporto di diverse figure professionali), e *multivello* (che opera all'interno di una rete di servizi integrata)» (Boffo, 2022, p. 40).

Di *supporto educativo* (Kanizsa, 2013), sia nei confronti dei piccoli pazienti che dei loro genitori, costretti a rivedere il proprio ruolo di fronte ai cambiamenti che la malattia provoca nelle dinamiche relazionali con il figlio malato.

Risulta dunque chiaro come, a fronte di questa multifunzionalità, il lavoro dell'insegnante ospedaliero si sviluppi su più fronti e si articoli in differenti attività e proposte che esulano dal tradizionale modo di “fare scuola”.

12.1.3 Insegnare in corsia

Il lavoro dell'insegnante ospedaliero presenta aspetti molti diversi rispetto a quello dell'insegnante della scuola tradizionale che possono avere delle conseguenze significative sul modo in cui egli percepisce la sua identità professionale (Hen, Gilan-Shochat, 2022). Egli deve costantemente fare i conti con un ambiente con funzionalità e organizzazione complesse, in cui vige una cultura prettamente sanitaria che non sempre valorizza o facilita il lavoro educativo e didattico, motivo questo per cui in alcuni casi l'operato dell'insegnante è considerato “un di più” rispetto agli interventi di tipo sanitario (Approfondimento 12.1). Vi sono altri aspetti che contribuiscono a definire la professione dell'insegnante ospedaliero. Il docente opera all'interno di classi che accolgono bambini e ragazzi di età differenti (pluriclassi), liberi di scegliere se frequentare la scuola o meno, dal momento che non è obbligatoria. Questo aspetto non è certamente da sottovalutare perché contribuisce ad invertire la posizione che insegnante e allievo occupano all'interno della relazione educativa, ribaltandola. A differenza di quanto accade nella scuola tradizionale, in ospedale l'insegnante deve cercare di “convincere” l'allievo a frequentare le ore di lezione o le attività che egli propone, rendendole accattivanti, attraverso un paziente lavoro di tessitura di relazioni, fondato su un ascolto caldo (non giudicante) e sulla fiducia reciproca (Kanizsa, 2013). L'insegnante, dunque, entra “in punta di piedi” nella stanza del bambino malato, si avvicina con prudenza, facendo attenzione a non invadere con eccessiva veemenza il suo spazio di intimità, consapevole che l'allievo potrà anche rifiutarsi di accettare le sue proposte didattiche perché le condizioni fisiche, emotive e psicologiche non lo consentono. Una prima e fonda-

È necessario considerare alcuni peculiari aspetti che concorrono a definire la scuola in ospedale, differenziandola da quella tradizionale. Innanzitutto, l'ambiente in cui si svolge: fare scuola in ospedale significa operare in una struttura pensata per altri scopi, vale a dire per curare stati morbosi di diversa origine. Vi sono ad esempio reparti di pediatria in cui la scuola è stata ricavata da una stanza precedentemente utilizzata per scopi sanitari, con evidenti limiti che riguardano la ristrettezza e l'inadeguatezza dello spazio, che non consente di poter lavorare in piccolo gruppo. Oppure vi sono scuole relegate in angoli angusti e poco visibili, facilmente dimenticati dal personale sanitario. O ancora, può capitare che insegnanti e volontari si contendano lo stesso spazio, con il risultato che spesso bambini e genitori confondono la scuola in ospedale con un momento di svago. Solo negli ultimi anni, e soprattutto in edifici di recente costruzione, lo spazio destinato alla scuola in ospedale è stato progettato secondo le finalità previste e attrezzato in modo da poter organizzare attività laboratoriali o con il supporto di strumenti tecnologici, prevedendo anche la presenza di aule speciali, ad esempio per la psicomotricità o l'attività motoria o per attività didattiche individuali e personalizzate o in piccolo gruppo. Come parte integrante del contesto di reparto, la scuola in ospedale può valicare i confini della camera di degenza o dello spazio a lei dedicato ed essere pertanto considerata come uno spazio diffuso nei corridoi, negli atri e nelle sale comuni, a patto che le condizioni dei degenzi lo consentano. In questo senso, è sempre più facile trovare all'interno delle pediatre "segni" tangibili della presenza della scuola, rappresentati da lavori corali finalizzati per esempio ad informare i nuovi arrivati sulle regole di funzionamento del reparto oppure ad abbellirne gli spazi per ridurre il senso di anonimato e di non-appartenenza spesso associato ai non-luoghi (Augé, 1992). L'uso dello spazio è inoltre vincolato al tipo di patologia degli allievi: le condizioni dei bambini affetti da leucemia, o da altri tipi di tumore nei periodi di cura intensiva, o se le condizioni di salute si aggravano, non consentono di fare scuola al di fuori della stanza di degenza che si trasforma in una piccola classe in cui l'insegnante incontra il singolo allievo.

Vi è un secondo aspetto che differenzia la scuola in ospedale da quella tradizionale, vale a dire l'organizzazione del tempo della didattica (Ricci, 2018; Kanizsa, 2006), che è un tempo che si deve adattare in modo flessibile (che non equivale a non essere organizzato) al funzionamento del reparto pediatrico. Il tempo della scuola, perciò, può essere solo orientativamente programmato (per esempio settimanalmente o nell'arco di alcune ore della giornata) ma mai definito con certezza, perché numerose sono le variabili che possono intervenire nella programmazione scolastica. Alle condizioni di salute degli allievi si devono aggiungere il giro-visita del personale medico (che in genere

avviene in mattinata), la necessità di eseguire esami diagnostici e di sottoporre a cicli di terapie, tutti aspetti questi che incidono sull'organizzazione dei tempi delle attività scolastiche e che in molti casi sono causa della "frammentazione del lavoro degli insegnanti ospedalieri".

12a

tale caratteristica dell'insegnante in ospedale è dunque la flessibilità, cioè la capacità di adattarsi e di adattare le proposte didattiche alle situazioni che si generano in un reparto di pediatria, imparando a convivere con l'imprevisto e l'inaspettato. Per l'insegnante ospedaliero «la scuola è in una borsa» (Boffo, 2022, p. 147), in cui trovano posto materiali, oggetti, strumenti, tecnologie «per proposte sempre nuove, attività diverse, numerose alternative e possibilità di scelta» (ivi, p. 147) che l'insegnante stesso, dopo un attento lavoro di osservazione, mette in campo ogni giorno in modo diverso a seconda degli allievi che ha di fronte. La relazione con bambini malati, sofferenti sia da un punto di vista fisico che emotivo e psicologico, rende il lavoro degli insegnanti ospedalieri alquanto complesso: è della paura trovino uno spazio di elaborazione affinché i bambini possano fare esperienza di apprendimento. L'insegnante in sostanza si muove costantemente su due piani: quello didattico, relativo alle scelte metodologiche adottate, alle strategie didattiche cui egli ricorre e ai contenuti disciplinari che propone agli allievi e quello relazionale, che implica un'attitudine empatica, orientata all'ascolto, all'accoglienza e al rispetto nei confronti dei bambini malati e dei loro familiari. L'acquisizione di competenze relazionali risulta fondamentale all'esercizio della professione insegnante (ciò è valido anche per la scuola tradizionale) poiché il rapporto con il bambino malato «non è mai un rapporto a due» (Kanizsa, 2013, p. 68), ma prevede sempre la presenza di un genitore o di un altro adulto di riferimento, che contribuisce a rendere ancora più complesso il lavoro del docente. Il genitore, infatti, può liberamente scegliere se presenziare o meno alle lezioni e, qualora decidesse di farlo, l'insegnante si potrà sentire osservato e giudicato nel suo lavoro. Non solo, in alcune circostanze i genitori, particolarmente preoccupati e affitti, riversano sull'insegnante le loro angosce, impedendogli di lavorare e assorbendo in toto la sua attenzione. Può capitare, al contrario, che i genitori ostacolino la frequenza scolastica del figlio perché ritengono che si affatichi eccessivamente o perché pensano che le cure mediche siano prioritarie e più urgenti rispetto allo studio. In realtà è ormai risaputo che la scuola in ospedale rappresenta uno spazio di

Il piano
e il piano

benessere sia per gli allievi che per i loro genitori. In questo senso, gli interventi dell'insegnante sono da intendersi come atto educativo che guida il soggetto/genitore affinché egli diventi «competente nel riannodare i fili tra il prima, il durante e il dopo della propria vita» e capace di «scoprire risorse nascoste per camminare avanti» (Bollo, 2022, p. 43). Solo una particolare attenzione a tutti questi aspetti relazionali può consentire all'insegnante di «fare scuola» in ospedale e di programmare interventi didattici individualizzati e personalizzati che rispettino le caratteristiche di ciascun allievo e le sue condizioni psico-fisiche. Attraverso un attento lavoro di osservazione l'insegnante dovrà essere in grado di valutare (a volte anche repentinamente) quale sia la proposta più adeguata per l'allievo (o gli allievi), e in alcuni casi di «inventare il nuovo» (Kanizsa, 2013, p. 61), a fronte di una situazione in cui il modo di «fare scuola» viene messo in continua discussione. La programmazione a breve o a lungo termine, il raggiungimento degli obiettivi, le proposte didattiche devono fare i conti con bambini con storie di formazione diverse (anche nel caso l'insegnante riuscisse a lavorare con un gruppo di bambini della stessa età con i quali affronta la stessa disciplina egli si troverà di fronte a richieste completamente differenti), con la durata della degenza (breve o lunga) e dunque con il tempo che l'insegnante ha a disposizione per svolgere il suo lavoro (si pensi per esempio agli interventi con bambini che frequentano il Day Hospital), con le condizioni di salute degli allievi, con la presenza dei genitori, con l'organizzazione di spazi e tempi che non faciliti il lavoro dell'insegnante. L'insegnante è dunque chiamato ad agire su due fronti: scegliere di fare scuola in modo tradizionale, affrontando i diversi contenuti disciplinari, chiedendo agli allievi di svolgere dei compiti e valutando il loro operato, oppure proporre una scuola di tipo «laboratoriale», coinvolgendo i bambini in diverse attività espressive, grafiche, narrative, logico-matematiche e privilegiando la dimensione del lavoro di gruppo (Kanizsa, 2006). In ogni caso, l'insegnante dovrebbe procedere impostando a grandi linee il suo lavoro (Kanizsa, 2013) ed essere pronto a cambiare rotta in modo repentino, pur consapevole che qualsiasi attività proposta agli allievi deve essere guidata da una forte intenzionalità educativa e da una progettazione didattica che presti attenzione al processo di apprendimento piuttosto che alla realizzazione di un prodotto. La metafora della «didattica sartoriale» ben si adatta al tipo di lavoro cui è chiamato l'insegnante: individuare per ciascun allievo le attività e le proposte didattiche che meglio possano adattarsi alle sue condizioni psico-fisiche e al grado di sviluppo raggiunto in uno specifico momento dell'iter di cura.

Una didattica
«sartoriale»

12.1.4 Insegnare al domicilio

La scuola domiciliare costituisce una realtà più recente rispetto alla scuola in ospedale³ ed è nata a seguito della necessità di garantire il diritto allo studio a bambini e ragazzi che una volta dimessi dall'ospedale non sono in grado di frequentare regolarmente la scuola di appartenenza per le condizioni fisiche o emotive in cui versano (si tenga in considerazione che gli allievi che fruiscono di istruzione domiciliare possono essere affetti sia da patologie fisiche che psichiatriche). Può essere considerato un *setting* educativo *alternativo* e *ad interim* (Petit, Patterson, 2014), istituito per un periodo di tempo specifico, in attesa che gli studenti possano tornare a fruire dell'esperienza scolastica tradizionale. Gli allievi possono accedere al servizio di istruzione domiciliare in luoghi diversi: presso la loro abitazione, o presso una struttura di cura (nel caso, per esempio, di allievi affetti da patologie psichiatriche che vivono in Comunità Protette per minori) oppure in ospedale, qualora non fosse presente la sezione della scuola ospedaliera. Pur essendo una realtà riconosciuta a livello nazionale per i benefici che apporta all'allievo malato in termini di benessere personale e di crescita complessiva, l'insegnamento al domicilio può essere facilitato dalla capacità del docente di modularne i propri interventi in modo flessibile sulla base del *feedback* cognitivi, emotivi e comportamentali dell'allievo e di conseguenza di riprogettare ulteriori interventi educativi e didattici; d'altro canto esso presenta alcune criticità che meritano di essere problematizzate (Capurso *et al.*, 2021; Benigno, Fante, Carnuso, 2017). Innanzitutto l'insegnante domiciliare si trova ad esercitare la sua professione in un contesto completamente diverso da quello tradizionale, vale a dire in uno spazio domestico intimo e privato (a differenza di quello della scuola che è pubblico) in cui per poter svolgere il proprio lavoro è necessario venire a patti con la famiglia nei confronti della quale il docente può inizialmente sentirsi un «ospite», non completamente libero di poter esercitare la professione come invece accade in ambito scolastico. La famiglia diviene per i docenti un'interlocutrice speciale con la quale essi si confrontano non solo sull'andamento scolastico ma anche sulle condizioni fisiche o psichiche in cui versa l'allievo. Questo aspetto rende il lavoro dell'insegnante a domicilio emotivamente coinvolgente e di difficile gestione per alcuni motivi, fra gli altri le insicurezze che derivano a volte dalla scarsa conoscenza degli aspetti che caratterizzano la patologia dell'allievo e il senso di solitudine che lo accompagna quando, e ciò avviene nella mag-

Le pro
dell'ins

L
dell

³ L'istruzione domiciliare è stata istituita dal Ministero della Pubblica Istruzione nel 2000 ed è stata ulteriormente potenziata negli anni successivi, prevedendo la presa in carico globale degli alunni malati sia da un punto di vista sanitario che scolastico.

Il "tempo"
della scuola
a domicilio

giovanza dei casi, non vi sia un adeguato confronto con i colleghi sulle modalità e sui risultati del suo lavoro (Capurso *et al.*, 2021). Rispetto al primo motivo di difficoltà, il disorientamento del docente domiciliare nasce dal fatto di non conoscere quali siano gli effetti della patologia dell'allievo sulla sua motivazione allo studio e più in generale sull'apprendimento, per cui in alcuni casi il docente stesso non è in grado di mettere a punto interventi didattici consoni alla situazione (si pensi ad esempio alla vasta gamma di patologie psichiatriche e alla difficoltà che gli insegnanti potrebbero avere nella gestione dei comportamenti e delle reazioni degli allievi). Va anche detto che il tempo dedicato all'Istruzione domiciliare è poco e in questo poco gli obiettivi da raggiungere, per mantenere lo studente alla pari con i compagni, sono tanti. Ciò comporta un'accelerazione della somministrazione di contenuti o un taglio drastico di questi con conseguenze facilmente immaginabili. Il quadro si complica se pensiamo che spesso l'insegnante domiciliare vive la sua professionalità su due piani paralleli e per certi versi molto differenti tra loro: quello della classe, e più in generale dell'istituzione in cui essa è inserita, che richiamano ad una dimensione collettiva del suo lavoro, e quello dell'istruzione domiciliare che mette in evidenza, al contrario, l'individualità di ciascun insegnante nel suo rapportarsi all'allievo in quanto persona che, insieme ai familiari, sta vivendo una situazione particolare. L'insegnante che lavora al domicilio deve anche tener conto che se da una parte, il rapporto uno a uno presenta i vantaggi di una didattica personalizzata ed individualizzata, dall'altra egli risulta essere l'unico responsabile della qualità dell'esperienza scolastica, poiché l'allievo malato non ha la possibilità di vivere la relazione con il gruppo classe. Inoltre, il tempo della classe è un tempo ordinario, che generalmente si ripete secondo un copione conosciuto, il tempo scuola al domicilio è un tempo denso di emozioni, di fatiche, di paure, ma anche di grandi soddisfazioni, è un tempo dunque "straordinario", un tempo "altro" rispetto alle normali modalità di svolgere il proprio operato. È inoltre un tempo che richiede di essere "sostenuto" dal gruppo di lavoro cui il docente appartiene, pena il prevalere di un senso di solitudine che può rendere ancora più complesso l'intervento al domicilio. Lavorare in gruppo consente agli insegnanti domiciliari di avere un continuo confronto con i colleghi in merito alla progettazione didattica, per contrastare o meglio gestire la frammentarietà e la scarsa continuità delle proposte educative e didattiche al domicilio (Capurso *et al.*, 2021). Certamente l'utilizzo delle tecnologie può facilitare e garantire un buon livello di connessione con la scuola di appartenenza (come del resto ha dimostrato la recente sperimentazione di didattica a distanza dovuta al diffondersi della pandemia da COVID-19, che ha

consentito non solo di poter dare continuità all'esperienza scolastica degli allievi ma anche di garantire momenti di incontro virtuali al gruppo docenti), a patto che esso si fondi su un'intenzionalità educativa atta a promuovere e a sostenere gli interventi didattici al domicilio (*ibid.*, 2021).

12.2 Le scuole a metodo

12.2.1 La scuola montessoriana

Il pensiero pedagogico di Maria Montessori (1870-1952) ancora oggi affascina il mondo dell'educazione per la determinazione e la chiarezza con cui la studiosa difese (e realizzò) una scuola a misura di bambino, caratterizzata da strategie didattiche non direttive, dal ricorso a metodologie attive e dall'organizzazione di ambienti di apprendimento democratici in cui maestri e bambini convivono serenamente, imparando gli uni dagli altri. Per evitare il rischio di una scuola "statica", sempre uguale a se stessa, in cui le pratiche didattiche spesso non sono frutto di una osservazione sistematica e finalizzata all'efficacia educativa, Montessori ha proposto una pedagogia "scientifica" che richiede agli insegnanti di osservare attentamente gli allievi e il contesto in cui essi si muovono. Così, osservazione, sperimentazione e azione educativa vanno di pari passo generando un *continuum* di teoria e pratica, grazie al quale l'insegnante può mettere a punto interventi educativi mirati allo sviluppo globale del bambino (Montessori, 1999). Sono queste le principali ragioni che a partire degli anni Ottanta dello scorso secolo hanno determinato una rapida diffusione delle scuole a metodo Montessori sia a livello nazionale che mondiale⁴ nei differenti gradi e ordini di scuola, sul modello delle Case dei Bambini aperte a Roma nel quartiere San Lorenzo e a Milano in via Solari, rispettivamente nel 1907 e nel 1908. Queste prime sperimentazioni sono da considerarsi come esempi concreti di un'educazione innovativa e di una concezione di infanzia del tutto originale rispetto a quella che animava il pensiero pedagogico dell'epoca, tesa a superare un modello di insegnamento trasmissivo e nozionistico e a valorizzare, al contrario, le risorse e le potenzialità dei bambini, considerati agenti attivi nel processo

Oss
speri
in
e azione

⁴ Nel 1987 in Italia è stata istituita l'Opera Nazionale Montessori (legge n. 46) allo scopo di contribuire alla conoscenza e alla diffusione dei principi, ideali e metodi montessoriani, partecipando al dibattito pedagogico e scolastico e promuovendo sia a livello nazionale che internazionale percorsi di studio, di ricerca e di formazione, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e con il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

- Aeppli W., *Esperienze di insegnamento in una scuola steineriana*, Milano, Associazione amici della scuola steineriana, 1971.
- Antonietti M., Bertolino F. (a cura di), *A tutta natura! Nuovi contesti formativi per l'infanzia di oggi*, Bergamo, Junior, 2017.
- Antonietti M., Bertolino F., Guerra M., Schenetti M. (a cura di), *Educazione e natura. Fondamenti, prospettive, possibilità*, Milano, Franco Angeli, 2022.
- Augé M., *I Nonluoghi. Introduzione ad un'antropologia della submodernità* (1992), Milano, Electa, 1993.
- Benigno V., Fante C., Caruso G., *Docenti in ospedale e a domicilio. L'esperienza di una scuola itinerante*, Milano, Franco Angeli, 2017.
- Bertolino F., Morganti T., *Nuovi servizi educativi per l'infanzia in ambito rurale. Agrisili, agrinidi, agritate*, in T. Grange (a cura di), *Qualità dell'educazione e nuove specializzazioni degli asili nido*, Pisa, ETS, 2013, pp. 117-166.
- Boffo V. (a cura di), *La scuola in ospedale. Tirocinio e formazione degli insegnanti*, Firenze, Editpress, 2022.
- Bortolotti A., Bosello C., *Anche fuori s'impara: le prime esperienze della Rete Nazionale Scuole all'Aperto*, "Stadium Educationis", XXI, n. 1, 2020, pp. 142-151.
- Bury M., *Chronic illness as biographical disruption*, "Sociology of health & illness", 4, n. 2, 1982, pp. 167-182.
- Caggiano G., Brunetti L.I.G., Ho K., Piovani A., Quaranta A., *Hospital School Program. The Right to Education for Long-Term Care Children*, "Int. J. Environ. Res. Public Health", 18, n. 21, 2021, p. 11435.
- Calgren F., Klingborg A., *Educare alla libertà. La pedagogia di Rudolf Steiner*, Milano, Filadelfia Editore, 2007.
- Capurso M. (a cura di), *Circo e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*, Trento, Erickson, 2001.
- Capurso M., Dell'Antonia F., Bertzi G., Manfredi G., *La percezione degli insegnanti in merito agli aspetti funzionali della scuola domiciliarie per alunni malati*, "Journal of Theories and Research in Education", 16, n. 1, 2021, pp. 37-57.
- Carlgren F., Klingborg A., *Educare alla libertà. La pedagogia di Rudolf Steiner*, Milano, Filadelfia, 2007.
- Christolini S., *La pedagogia secondo Rudolf Steiner. L'umanitas e il movimento delle Scuole Waldorf*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- Christolini S., *Pedagogia della natura. Pensiero e azione nell'educazione della scuola contemporanea: Asilo nel bosco, Jardim Escola João de Deus, Outdoor education*, Milano, Franco Angeli, 2016.
- Christolini S., *La formazione degli insegnanti alla pedagogia Waldorf. Biografia della scuola Rudolf Steiner di Roma*, Milano, Franco Angeli, 2018.
- Dewey J., *Come pensiamo*, Milano, Cortina, 2019.
- Formanier M., *Il bambino ospedalizzato. L'assistenza infermieristica e l'organizzazione del reparto*, Bologna, Zanichelli, 1991.
- Freud A. (a cura di), *L'aiuto al bambino malato*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Guerra M., Villa F.V., Gläveanu V., *The teacher's role in the relationship between inactivity and outdoor education: a review of the literature*, "RELADEI-Rivista Iberoamericana de Educación Infantil", 9, n. 2, 2020, pp. 131-149.
- Hen M., Gilian-Shochat M., *Exploring the Unique Professional Identity of I Teachers*, "Continuity in Education", 3, n. 2, 2022, pp. 115-126.
- Kanizsa S., *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*, Milano, Corti Kanizsa S., Luciano E., *La scuola in ospedale*, Roma, Carocci, 2006.
- Laeng M., *Lessico pedagogico*, La Scuola, Brescia, 1978.
- Laeng M., *Educazione alla libertà civile morale religiosa*, Teramo, Giunti e Lisciani, Louv R., *L'ultimo bambino dei boschi*, Milano, Rizzoli, 2006.
- MUR, *Indicazioni Nazionali per il curricolo per la scuola dell'infanzia e per il ciclo di istruzione*, 2012.
- MUR, *Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliarie*
- Montessori M., *L'autoeducazione nelle scuole elementari*, Milano, Garzanti, 195
- Montessori M., *La scoperta del bambino*, Milano, Garzanti, 1999.
- Montessori M., *La scuola è libertà*, Milano, Garzanti, 2016.
- Montessori M., *La mente del bambino. Mente Assorbente*, Milano, Garzanti, 195
- Morari L., *Sentire e pensare la natura. Alla ricerca di una nuova cultura ecologica*, M. Antonietti, F. Bertolino, M. Guerra, M. Schenetti (a cura di), *Educazione e Fondamenti, prospettive, possibilità*, Milano, Franco Angeli, 2022.
- Mosconi G., Zannelli L.F., *Quando un bambino si ammala. Accompagnare i genitori nell'esperienza di malattia*, "Rivista Italiana di Educazione Familiare", 20, n. 1 pp. 143-154.
- Paull J., Henning B., *Rudolf Steiner Education and Waldorf Schools: Centenary Maps of the Global Diffusion of "The School of the Future"*, "Journal of Societies and Humanities", 6, n. 1, 2020, pp. 24-33.
- Petit C.C., Patterson P.P., *There's No Place Like Home: Training, Practices and I tions of Homebound Services*, "Research, Advocacy, and Practice for Complex Chronic Conditions", 33, n. 2, 2014, pp. 36-52.
- Rawson M., Richier T., *I compiti educativi e i contenuti del curriculum della scuola Waldorf*, Treviso, Educazione Waldorf, 2012.
- Ricci G. (a cura di), *Dal curare al prendersi cura. Bisogni e servizi educativi, bambino ospedalizzato*, Roma, Armando editore, 2018.
- Ricci G. (a cura di), *Il bambino in ospedale. Dal curare al prendersi cura: his servizi*, Roma, Armando, 2018.
- Robertson J., *Bambini in ospedale* (1958), Milano, Feltrinelli, 1980.
- Scabini E., *Psicologia sociale della famiglia*, Milano, Franco Angeli, 1995.
- Schenetti M., Salvaterra I., Rossini B., *La scuola nel bosco. Pedagogia, didattica tura*, Trento, Erickson, 2015.
- Sourkes B.M., *Il tempo tra le braccia. L'esperienza psicologica del bambino affetto tumore* (1995), Milano, Cortina, 1999.
- Steiner R., *La mia vita*, Milano, Antroposofica, 1961.
- Steiner R., *Importanza della conoscenza dell'uomo per la pedagogia e della pedala per la cultura*, Milano, Antroposofica, 1962.