



ISSN: 2038-3282

Publicato il: luglio 2022

©Tutti i diritti riservati. Tutti gli articoli possono essere riprodotti con l'unica condizione di mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da www.qtimes.it
Registrazione Tribunale di Frosinone N. 564/09 VG

Body, space and learning in hospital schools

Corpo, spazio e apprendimento nella scuola in ospedale¹

di

Simona Ferrari

simona.ferrari@unicatt.it

Ilaria Terrenghi

ilaria.terrenghi@unicatt.it

Università Cattolica del Sacro Cuore

Salvatore Messina

salvatore.messina@uniecampus.it

Paolo Raviolo

paolo.raviolo@uniecampus.it

Università eCampus

Abstract:

The Hospital School (HSO) is configured as a non-standard learning environment in which all the indicators of the school system changes: space, time, bodies and relationships. The research saw a first phase consisting of an exploratory survey conducted with a mixed method approach to investigate: (a) the teaching spaces; (b) the teacher's representations of this space; (c) the activation of the body in the

¹ Simona Ferrari ha scritto i paragrafi §1, §2, 2.1 e 2.2, Ilaria Terrenghi il §2.3, Salvatore Messina il §3 e Paolo Raviolo il §4.

teaching practice. The second phase used the explanatory interview on bodily practices and a survey through observation on the relationship among Sport Therapy, Physical Literacy and psychosocial skills. From the analysis conducted, it emerges that the social inclusion of the student and the activation of the body represent a criticality of teaching in the Hospital Schools. The teacher must be able to deal with multidisciplinary teams or have validated teaching scripts available. The third phase, currently underway, aims to develop a specific and integrated motor education curriculum.

Keywords: physical activity, body, learning, hospital school, teaching

Abstract:

La Scuola in Ospedale (SiO) si configura come didattica non standard in cui si modificano tutti gli indicatori del dispositivo scuola: lo spazio, il tempo, i corpi e le relazioni. La ricerca ha visto una prima fase costituita da un'indagine esplorativa condotta con approccio mixed method per indagare: (a) gli spazi dedicati alla didattica; (b) le rappresentazioni dei docenti su questi spazi; (c) l'attivazione del corpo nella pratica didattica. La seconda fase ha utilizzato l'intervista di esplicitazione sulle pratiche corporee e una rilevazione tramite osservazione sul rapporto tra Sport Therapy, Physical Literacy e competenze psicosociali. Dall'analisi condotta emerge come l'inclusione sociale dello studente e l'attivazione del corpo rappresentino una criticità della didattica nella scuola in ospedale. Occorre che l'insegnante possa confrontarsi con equipe multidisciplinari oppure avere a disposizione script didattici validati. La terza fase, in corso, ha l'obiettivo di sviluppare un curriculum di educazione motoria specifico e integrato.

Parole chiave: attività motoria, corpo, apprendimento, scuola in ospedale, didattica

1. Il contesto: la scuola in Ospedale come situazione di didattica non standard

Le ricerche condotte dal 2011 da CREMIT² in collaborazione con l'USR Lombardia (Rivoltella & Modenini, 2012; Rivoltella & Carenzio, 2016) hanno evidenziato come la Scuola in Ospedale (SiO) rappresenti un vero e proprio laboratorio dell'innovazione didattica e dell'inclusione. Questo è dovuto al fatto che la SiO si configura come una situazione di didattica non standard (SDiNS) (Rivoltella, 2016) ovvero una situazione in cui si modificano tutti e quattro gli indicatori che rendono dispositivo la scuola (Cappa, 2009): lo spazio, il tempo, i corpi e le relazioni. Ci troviamo infatti di fronte a «*situazioni di scuola temporanea* che lavorano con *corpi malati* per cui il tempo scuola è un tempo che si incastra tra il tempo della cura (breve degenza, lunga degenza, degenze di ritorno) e i tempi necessari al corpo per reagire a quella cura (condizione fisica ed emotiva). Si tratta anche di *corpi differenziati* essendo una scuola che accoglie fino ai 18 anni (pediatria)» (Carenzio & Ferrari, 2021, p.70).

Tale scenario obbliga il docente ad una continua regolazione didattica (Rossi, 2011; Rivoltella, 2021) per adattarsi a situazioni inattese e a condizioni di apprendimento particolari: chi lavora in tale contesto necessita una certa propensione a innovare e l'attivazione di *creatività didattica* (Trotta, 2004).

Per quanto riguarda l'inclusione, possiamo comprendere come questa avvenga a livello di singolo

² Centro di Ricerca sull'Educazione ai Media, all'Innovazione e alla Tecnologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore cfr. www.cremmit.it

studente *ricoverato* che deve essere incluso in un contesto per lui nuovo (l'ospedale) e re-incluso nella sua classe di provenienza per garantire l'attivazione del piano relazionale-emotivo e la continuità del percorso sul piano cognitivo. Infatti «il bambino, così come qualunque essere umano, esiste in relazione con altri esseri umani con un ambiente, risulta allora fondamentale accompagnarlo e sostenerlo nella sua relazione con nuovi ambienti, soprattutto nel caso in cui tale esperienza sia legata una situazione faticosa e complessa, di emergenza, di malattia» (Kanizsa & Luciano, 2006, p.42).

Tenendo in considerazione le indicazioni della Carta di Hope³, in particolare l'art. 5⁴ e 6⁵, l'insegnante SiO lavora su entrambi i livelli di inclusione proprio a partire dalla attivazione di uno spazio pedagogico. È «spazio pedagogico ogni situazione spazio-temporale, in cui l'operatore educativo si relaziona con il bambino, comunica con lui e interagisce. È necessario che nel progetto pedagogico vengano anche contrattati e concordati gli spazi, perché questi abbiano riconosciuta la funzione e soprattutto siano percepiti come condizione non supportata con fatica, ma istituita» (Capurso, 2014, p.93).

Già Lewin (1982) evidenziava il valore psicologico dello spazio in cui si agisce la relazione, in grado di condizionare il comportamento degli individui e di influenzare la sua capacità organizzativa, la motivazione e l'apprendimento. In ospedale, vengono particolarmente evidenziati quattro bisogni: muoversi, sentirsi a proprio agio, conoscere l'ambiente e controllarlo (Filippazzi, 2004).

Capiamo quindi che, solo quando un corpo abita lo spazio, si attiva il sistema percettivo e il dominio emotivo-affettivo che consente l'esistere corporeo del bambino, il suo fare esperienza del mondo, e si imprimono tracce del suo stare. Solo così diventa fonte di conoscenza (Amadini, 2016).

Recuperando la prospettiva dell'*embodied cognition* (Borghi & Cimatti, 2010), occorre partire nella riflessione didattica richiamando le evidenze della stretta connessione tra funzioni mentali e interazioni tra corpo e ambiente che lo circonda, in particolare tra le aree cerebrali legate al controllo motorio e quelle legate alle funzioni esecutive possano influenzare il funzionamento cognitivo e sociale, favorendo l'autoregolazione e l'empatia (Hughes ed Ensor, 2007; Bock et al., 2015).

Secondo la prospettiva neurocostruttivista (Karmillof-Smith, 2009; Tomasello, 2018), la qualità delle interazioni con l'ambiente fisico e sociale può influire sulla capacità dell'individuo di comprendere e relazionarsi con successo con le altre persone e di sviluppare strategie adattive nel suo contesto di vita. L'attività motoria è dunque parte integrante e fondamentale del sistema di informazioni che l'individuo si trova a elaborare. Occorre comprendere come questa può essere rivisitata in un contesto di scuola in ospedale, sia nella direzione del comprendere quale spazio e quali tempi possono essere espressamente dedicati al "motorio", sia come questo possa essere mobilitato in una didattica spesso costretta a una dimensione one-to-one, portata "al letto" dello studente. Accanto a questo, l'apprendimento sociale deve fare i conti con il distanziamento della condizione dello studente in ospedale. Mettere al centro la riflessione sulla didattica per ridurre il distanziamento sociale e gli effetti negativi sull'apprendimento in relazione alla specifica fase evolutiva dello studente: il distanziamento

³ La Carta di Hope promuove i Diritti e bisogni educativi di bambini e adolescenti malati. E' disponibile nelle diverse lingue all'indirizzo <https://www.hospitalteachers.eu/who/hope-charter>. Hope (Hospital Organisation of Pedagogues in Europe) è l'associazione europea di pedagogisti che lavorano in ospedale. Tutte le informazioni sono disponibili sul sito <https://www.hospitalteachers.eu/>

⁴ L'ambiente di apprendimento deve essere adattato ai bisogni di bambini e adolescenti malati. Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione potranno essere usate anche per prevenire forme di isolamento.

⁵ 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.

sociale ha un peso differente su uno studente di primaria rispetto ad uno di secondaria di secondo grado.

Oltre a questi elementi strettamente didattici, esistono anche elementi clinici. Il miglioramento degli ultimi due decenni nella diagnosi precoce e le terapie sempre più efficaci innalzano significativamente la sopravvivenza dei pazienti. Tale trend è legato, non solo alle cure farmacologiche, ma anche alla diversificazione delle strategie per migliorare la resilienza dei bambini introducendo da pochi anni il richiamo ad una presa in carico della componente psicosociale del bambino e della sua famiglia. Un esempio si tutti: secondo la società europea di oncologia pediatrica⁶ il 78% dei bambini con diagnosi di tumore ha una prospettiva di sopravvivenza a lungo termine (5 anni); attualmente i dati in Italia sono più confortanti, raggiungendo nel 2021 l'84,3% (AIRC, 2021). Le associazioni di famigliari di PedEM sia americane che europee, hanno richiesto proprio che le strategie di inclusione didattica e sociale vengano intraprese sin dalla fase di ospedalizzazione.

2. Impianto di ricerca: obiettivi e strumenti

Proprio riflettendo sull'importanza del corpo nel processo di apprendimento (come può un corpo malato essere "attivato"?) e sul mantenimento delle competenze relazionali (come può l'isolamento fisico non coincidere con l'isolamento sociale?) nasce l'interesse di una ricerca triennale (2020-2023) che vede lavorare insieme due università (Università Cattolica⁷ e Università e-Campus⁸), il Comitato Maria Letizia Verga⁹ per lo studio e la cura della leucemia del bambino ONLUS (Monza), il Liceo Statale Maffeo Veggio (Scuola Polo per SiO) e la Sezione di scuola ospedaliera IC Salvo D'Acquisto (Monza).

La ricerca prevede 3 fasi.

La prima fase ha previsto un'indagine esplorativa condotta nell'a.s.2020-2021, ricorrendo ad un approccio mixed method.

Le domande che hanno guidato la costruzione dell'impianto sono le seguenti:

- nelle sezioni ospedaliere della Lombardia, che tipo di spazi dedicati alla didattica sono presenti? che tipo di attivazione corporea e di relazioni consentono?
- come si rappresentano i docenti SiO la relazione tra corpo e apprendimento?
- quanto il corpo viene attivato nelle pratiche didattiche portate avanti dai docenti? Tali pratiche risultano individuali o di piccolo gruppo? quanto sono legate allo sviluppo di competenze disciplinari o fanno riferimento specifico alla Physical Literacy (Whitehead, 1993; Jurbala, 2015; Jurbala, 2019).

La seconda fase (in corso) ha utilizzato l'intervista di esplicitazione (Vermersch, 2019) sulle pratiche corporee e una rilevazione tramite griglie di osservazione per approfondire se la pratica della Sport Therapy contribuisca a migliorare non solo la Physical Literacy dei pazienti, ma soprattutto lo sviluppo di competenze psicosociali utili all'inclusione dei pazienti-bambini di età compresa tra i 7 e gli 11 anni.

La terza fase, prevista nell'a.s. 2022-2023, adottando il metodo del design partecipativo, sviluppa un curriculum di educazione motoria come da indicazioni MIUR (2012) per la SiO provando a mettere in

⁶ cfr. SIOPE <https://siope.eu/>

⁷ L'équipe di ricerca è costituita da Simona Ferrari, Ilaria Terrenghi e Silvia Foresti.

⁸ L'équipe di ricerca è costituita da Paolo Raviolo, Salvatore Messina e Enzo Iuliano.

⁹ L'équipe di ricerca è costituita da Momcilo Jankovic, Francesca Lanfranconi, Tommaso Moriggi.

evidenza le potenzialità inclusive implicate nell'Educazione Fisica a scuola (Moliterni, P., Magnanini, A. & Ferrario, 2018).

Gli strumenti a cui si è ricorsi per la prima fase sono un questionario semistrutturato.

2.1 Questionario semi-strutturato

Il questionario, indirizzato ai docenti e docenti-coordinatori, è stato erogato attraverso QuestionPro nei mesi febbraio-marzo 2021. Articolato in 27 domande organizzate in 4 sezioni:

- profilo docente: dati anagrafici, livello scolastico, area disciplinare, esperienze di insegnamento e/o coordinamento in contesto di SiO;
- setting: mappatura degli spazi a disposizione nella struttura sanitaria per l'attività didattica con possibilità di inserire foto, frequenza d'uso e materiali presenti;
- didattica: obiettivi, tipologia e frequenza di attività didattiche e motorie, dimensione di lavoro (individuali vs gruppo; presenza vs distanza);
- corpo: rappresentazione della relazione corpo-apprendimento; pratiche didattiche che prevedono l'attivazione corporea del bambino, progetti in collaborazione con esperti esterni.

Per il processo di codifica delle domande aperte sono stati elaborati appositi strumenti che presentiamo di seguito.

2.2 Griglia di codifica delle fotografie

Per quanto riguarda le fotografie degli spazi, siamo partiti dal contributo di autori come:

- Montessori e la predisposizione di spazi a misura di bambino (Pirroni, 2010). Lo spazio deve essere proporzionato alle capacità dei bambini; semplice, ordinato e limitato; attraente e armonioso. Si recuperano indicatori come l'uso dei colori, oggetti, tipologia, dimensioni e disposizione degli arredi;
- Freinet e il principio di differenziazione (Freinet, 2002). Poter disporre di angoli e aree tematiche per lavori individuali o di gruppo rende attivo l'alunno ed è sinonimo di innovazione didattica. Lo spazio non dovrebbe vincolare o indurre solo una didattica frontale, a maggior ragione in una realtà ospedaliera. «La scuola in ospedale, creando una comunità di bambini ed adolescenti, favorisce la normalità nella vita quotidiana. L'educazione ospedaliera può svolgersi in gruppi classe, come insegnamento individualizzato e/o direttamente in camera di degenza» (Hope, 2000);
- Hall e la dimensione prossemica (Hall, 1968). Il comportamento spaziale viene codificato e decodificato in termini di atteggiamenti interpersonali; i significati emotivi e comunicativi risultano indotti dallo spazio di relazione tra le persone. Sono stati recuperati nell'analisi i 4 gradi di vicinanza e le relative zone: *intima*¹⁰, *personale*¹¹, *sociale*¹² e *pubblica*¹³.

Oltre a questi aspetti, abbiamo verificato la presenza del digitale (lo spazio prevede e supporta tale

¹⁰ Descrive una distanza entro i 45 cm, consente di attivare una relazione intima e confidenziale poiché lo scambio coinvolge tutti i sensi: profumo, calore, sguardi, sussurri. E' possibile condividere emozioni molto intense.

¹¹ La distanza personale è tra i 45 cm e i 120 cm. Le persone individuano i dettagli fisici dell'interlocutore e possono toccare allungando il braccio.

¹² Una distanza tra i 120 cm e i 350 cm è tipica dei rapporti formali in cui i dettagli del viso diventano individuabili, i corpi non si toccano in alcun modo e il tono della voce aumenta.

¹³ La distanza pubblica, da 120 cm a 700 cm, consente di percepire una persona o di farsi percepire a distanze superiori. La voce è alta e la comunicazione è solitamente monodirezionale.

presenza?) e il suo impatto (le pratiche didattiche pensano al digitale come spazio online di lavoro e di connessione con il mondo esterno?). All'interno delle *Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare* elaborate (Miur 2019) si legge che per un alunno malato costretto momentaneamente ad affrontare il percorso di cura, è bene privilegiare modelli didattici che possano sfruttare le possibilità offerte dalla tecnologia. Il digitale favorisce l'innovazione, la personalizzazione e l'inclusione; è in grado di modificare l'ambiente di apprendimento configurandosi come un terzo spazio (Potter & McDougall, 2017) che consente ai piccoli pazienti di sviluppare competenze (Catanazzo, 2019). Grazie alla tecnologia l'ambiente si configura come uno spazio ibrido, ovvero uno spazio non solo fisico, ma ampliato e accresciuto per mezzo delle risorse digitali.

Questi elementi hanno rappresentato lo sfondo teorico su cui è stata costruita la griglia di codifica delle fotografie degli spazi presentata in figura 5.

2.3. Griglia di codifica delle domande aperte

Il corpo ci parla (Casolo & Melica, 2015) è veicolo di conoscenza del mondo e di relazione, previene e controlla il disagio della malattia e consente di raggiungere l'autonomia personale e sociale.

Per comprendere come in ospedale questo sia considerato, è stata introdotta una domanda aperta (D1): *nel caso in cui prevede un'attivazione corporea, descriva sinteticamente l'esempio di una consegna.*

Le dimensioni analizzate per la codifica fanno riferimento a:

- discipline attivate: l'attività richiama una singola disciplina o un unico campo d'esperienza o più discipline, per meglio comprendere le finalità e le scelte didattiche;
- tipologia attività: strutturati, liberi, ritmati e finalizzati allo sviluppo dell'equilibrio, della postura e del rilassamento;
- gli obiettivi specifici con cui il docente ricorre al corpo dello studente:
 - embodied cognition - vengono codificate tutte le consegne dove il corpo viene utilizzato per capire e comprendere un costrutto teorico o un argomento (codice BCO);
 - corpo strumentale - il corpo diventa strumento per spostarsi nello spazio, per suonare, per realizzare manufatti e per attuare giochi di simulazione (codice BI);
 - corpo funzionale al suo mantenimento - il corpo non è finalizzato all'apprendimento, ma allenato e irrobustito (codice BCE);
 - corpo sociale, ossia veicolo di relazione (codice SOC);
 - corpo assente, dove non è prevista nessuna attivazione (codice NB) .
- la competenza motoria è stata letta nelle dimensioni ricavate dal contributo di Bozzaro e dalle Indicazioni Nazionali del 2012: riconoscere e denominare le parti del corpo (codice COM1); prendere coscienza del corpo e delle sue possibilità motorie (codice COM2); esprimersi attraverso il linguaggio corporeo (codice COM3); esplorare l'ambiente circostante attraverso il linguaggio corporeo (codice COM4); coordinare i movimenti del corpo (codice COM5); sviluppare la motricità fine (codice COM6); rilassamento (codice COM7);
- parti corporee attivate: si è fatto affidamento all'ICF (OMS, 2007).
- socializzazione: indaga se le attività sono individuali, di coppia o di piccolo gruppo.

Lo strumento di analisi è presentato in fig.9.

La seconda domanda aperta (D2) fa riferimento a pratiche motorie o esperienze motorie che sono state sviluppate dai docenti in collaborazione con esperti esterni. Nella Figura 1 vengono specificate le dimensioni prese in considerazione, le annesse categorie e i codici di riferimento.

©Anicia Editore

QTimes – webmagazine

Anno XIV - n. 3, 2022

Doi: 10.14668/QTimes_14333

www.qtimes.it

Figura 1 Strumento di analisi e codifica attività motoria

<i>Dimensione</i>	<i>Categoria</i>	<i>Codice</i>
Attività	Sport therapy	ST
	Arti marziali	AM
	Musicoterapia	MU
	Danza o ginnastica	DA
	Yoga	YO
	Uscite didattiche	UD
Personale coinvolto	Esperti interni (medici dell'ospedale o personale interno)	EI
	Esperti esterni	EE
Dimensioni competenza motoria	Riconoscere e denominare le parti del corpo	COM1
	Prendere coscienza del corpo e delle sue possibilità motorie	COM2
	Esprimersi attraverso il linguaggio corporeo	COM3
	Esplorare l'ambiente circostante attraverso il linguaggio corporeo	COM4
	Coordinare i movimenti del corpo	COM5
	Sviluppare la motricità fine	COM6
	Rilassamento	COM7
Parti corporee attivate	Funzioni di controllo del movimento volontario	b760
	Cambiare la posizione corporea di base	d410
	Mantenere una posizione corporea	d415
	Trasferirsi	d420
	Sollevarre e trasportare oggetti	d430
	Spostare oggetti con gli arti inferiori	d435
	Uso fine della mano	d440
	Uso della mano e del braccio	d445
	Camminare	d450
	Spostarsi	d455
	Spostarsi in diverse collocazioni	d460
	Spostarsi usando apparecchiature/ausili	d465
	Usare un mezzo di trasporto	d470
	Guidare	d475
	Cavalcare animali per farsi trasportare	d480
Socializzazione	L'attività non prevede interazione tra compagni	SNO
	Attività prevede interazione con uno o più compagni	SSI

3. Analisi dei risultati

La ricerca è condotta su un totale di 79 docenti che nell'anno scolastico 2020-21 operano in 34 sezioni di scuola in ospedale¹⁴ presenti in 32 aziende ospedaliere della Lombardia.

¹⁴ Per elenco delle sezioni ospedaliere in Lombardia, visitare il sito web <https://tinyurl.com/2p9ad7es>

Nell'anno scolastico 2020-2021 il campione di docenti e sezioni ospedaliere è ridimensionato a causa della situazione pandemica da Covid19, la quale ha avuto un impatto significativo sulla scuola in ospedale; l'attivazione del servizio è stata ridotta a causa del ridotto o bloccato accesso dei docenti nei reparti, sia chiudendo alcune sezioni di infanzia e primaria. Dei 119 docenti dedicati alla SiO in Lombardia, solo 79 sono stati attivati in forme diverse: DAD, DDI o in presenza¹⁵.

Al questionario ha risposto il 51,89% (N=41) dei docenti che portano la presenza della scuola nel 61,76% (N=21) degli ospedali. L'anzianità di servizio presso SiO è superiore ai 6 anni nel 61,0% dei rispondenti; soltanto il 4,9% dei docenti (ovvero n.2) si trova al primo anno di servizio. I restanti, hanno esperienze da uno a tre anni (19,5%, n.8) o da 4 a 6 anni (14,6%, N=6). Circa la metà del campione (N=21), oltre ad essere insegnante, è anche coordinatore di sezione, svolgendo questo ruolo da oltre 6 anni nel 26,8% dei casi (N=11). All'interno della tabella che segue (figura 2) si dettaglia l'anzianità di servizio dei docenti e dei docenti-coordinatori. Segue anche la distribuzione del campione in base al grado di scuola in cui svolge l'attività didattica (figura 3).

Figura 2. Distribuzione per anzianità di servizio dei docenti e docenti-coordinatori

	Insegna nella Scuola in Ospedale		Coordina progetti di Scuola in Ospedale	
	N	%	N	%
Questo è il primo anno	2	4,9%	1	2,4%
1-3 anni	8	19,5%	5	12,2%
4-6 anni	6	14,6%	3	7,3%
Oltre 6 anni	25	61,0%	11	26,8%
Totale	41	100,0%	20	48,8%

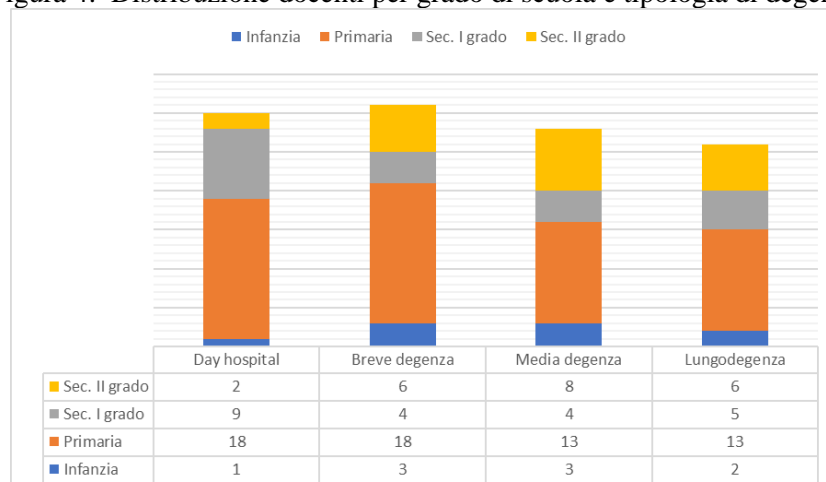
Figura. 3 Grado di insegnamento

Grado	Infanzia	Primaria	Infanzia e primaria	Sec. I grado	Sec. II grado	Sec. I & II grado
N. docenti	2	22	2	5	9	1

Tutti gli insegnanti hanno esperienza di didattica con pazienti di breve, media e lungodegenza; solo il 39,02% (N=16) ha lavorato con alunni in day hospital nel suo pregresso professionale (figura 4).

¹⁵ Per una disamina delle indicazioni normative nel periodo della rilevazione si rimanda ai protocolli: 1) 13-03-2020 <https://tinyurl.com/yd5txv5z> ; 2) 03-09-2020 <https://tinyurl.com/yaxvabtf> ; 3) 14-10-2020 <https://tinyurl.com/4zy9774a>; linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare <https://tinyurl.com/m3aftj2x>

Figura 4: Distribuzione docenti per grado di scuola e tipologia di degenza



Come già esplicitato nella sezione precedente, il questionario, oltre alla profilazione anagrafica, indaga tre focus:

1. *attivazione del corpo* durante l'attività;
2. *spazi* a disposizione;
3. *forme didattiche*.

3.1. Attivazione del corpo

La domanda Q20, “*Pensando alla didattica in ospedale, quanto attiva solitamente il corpo dello studente?*”, propone una scala likert a 6 livelli (da 1=*mai* a 6=*sempre*). Raggruppando le risposte con modalità *mai* (N=14, 34,4%) o *quasi mai* (N=10, 24,4%), si rileva che il 58,6% degli insegnanti non ha attiva il corpo degli studenti; soltanto il 4,9% (N=2, modalità *quasi sempre*; N=0 modalità *sempre*) dei docenti lo prevede. Le motivazioni sono legate nel 26,8% dei casi ad una *esplicita indicazione dei medici* e per un altro 26,8% perchè allettati (*generalmente gli studenti sono impossibilitati a muoversi*); nel 17,1% perchè *gli studenti sono provati e stanchi*.

Il 19,5% dei docenti ritiene che l'attivazione del corpo non sia *necessaria in relazione a ciò che viene insegnato* supportata e il 4,9% si giustifica con il rispetto di *decisioni prese tra docenti*.

Tra le motivazioni che portano i docenti a non utilizzare il corpo seguono altre percentuali residuali legate a *non mi sento adeguatamente formato/a* o *altro* che non viene specificato.

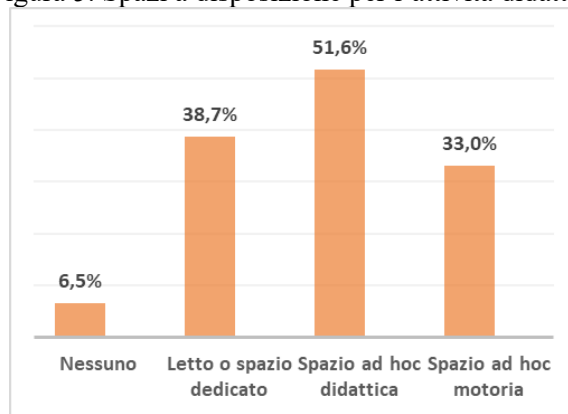
Occorre mettere in relazione questi dati con la priorità didattica (Q14 e Q15) dichiarata dal campione: il 100% mira a *consolidare le conoscenze disciplinari* (100%) ricorrendo quasi esclusivamente a *spiegazioni ed esercitazioni*, senza mai accedere a metodologie in grado di consolidare competenze disciplinari, emotive, relazionali.

3.2. Spazi

Gli spazi a disposizione dell'attività didattica rappresentano un secondo elemento centrale dell'indagine e nel grafico che segue (figura 5) è possibile rilevare come circa la metà del nostro campione (51,6%) può concedersi di insegnare in spazi predisposti ad hoc per la didattica (Q12); altri, costretti dalle condizioni cliniche del paziente, utilizzano in alternanza sia il *letto* o lo *spazio dedicato per l'attività didattica* (38,7%); solo due docenti segnalano di *non aver nessuno spazio disponibile* per l'attività didattica e solo in un caso vi è uno spazio specifico per attività motoria; in nessun caso è

prevista una *palestra attrezzata*. Ne consegue che per svolgere le proprie attività didattiche (Q13: *Indichi con quale frequenza utilizza gli spazi elencati di seguito per le sue sessioni di didattica*) il 45,2% del campione ricorra a spazi di volta in volta liberi da altre attività (100%).

Figura 5. Spazi a disposizione per l'attività didattica



L'indagine sullo spazio si avvale dell'analisi di 21 fotografie provenienti dai docenti di 7 sezioni ospedaliere. Sebbene le foto inviate riflettano il 7% del campione di ricerca ci sembra interessante poter restituire alcuni interessanti spunti.

Ciascuna immagine è stata analizzata da due osservatori attraverso lo strumento di codifica presentato in precedenza. All'interno della tabella che segue (Figura 6) vengono riportati il numero (N) delle immagini coerenti con le dimensioni e le categorie esplicitate.

Figura 6: distribuzione tipologia di spazi

Dimensione	Categoria	N	N%
Ambiente -clima	Ambiente accogliente, colori caldi, pareti arredate (cartelloni, disegni)	14	66,7 %
	Ambiente freddo, colori neutri, pareti non arredate	7	33,3%
Ambiente - arredi	Arredi fissi su misura di bambini	10	47,6%
	Arredi fissi su misura di adolescenti	4	19,04%
	Arredi mobili su misura di bambini	1	4,76%
	Arredi mobili su misura di adolescenti	5	23,8%
	No arredi	1	4,76%
Ambiente - spazi	Ambiente globale	7	33,3%
	Differenziazione degli spazi	14	66,7%
Funzioni spazi didattici	Isole per l'autoapprendimento	0	0%
	Spazi one to one (sia verticale che orizzontale)	4	19,04%
	Isole di lavoro cooperativo (attività di gruppo)	15	71,4%
	Spazi per la discussione unitaria/circle time/palco	2	9,52%
Tecnologia	Non disponibile	16	76,1%
	Presente, fissa	2	9,5%
	Presente, mobile	3	14,3%,
Prosemica	zona intima (entro i 45 cm)	1	4,76%
	zona personale (tra 45 e 120 cm)	17	80,9%
	zona sociale (tra 1,20 e 3,5 m)	3	14,3%
	Zona pubblica (tra 3,5 e 7 m)	0	0%

I risultati mostrano come sia diversificata la situazione delle sezioni scolastiche ospedaliere; tuttavia è possibile riscontrare alcuni elementi ricorrenti riguardanti, ad esempio, il *clima caldo e accogliente delle sezioni* (66,7%), l'organizzazione in in aree di lavoro cooperativo (71,4%) e la quasi assenza di tecnologie digitali (76,1%).

Se osserviamo gli spazi delle sezioni dal punto di vista della *funzione* di apprendimento è possibile rilevare come la maggior parte delle sezioni sembra essere progettata per attività di apprendimento cooperativo (71,4%), sebbene molto meno per consentire discussioni a tutta la classe con momenti di circle time o dibattiti (9,52 %). Nessuno spazio per lo studio individuale.

Considerando la teoria del distanziamento interpersonale o teoria prossemica (Hall, 1966) si può anche notare che all'interno delle sezioni ospedaliere l'area personale è quella a cui sembra essere destinata la prospettiva della stanza (tra 45 e 120 cm, 80,9%), alcuni mostrano un design dello spazio che sembra adattarsi meglio all'area sociale (tra 120 e 350 cm, 14%) e solo una sezione presenta un disegno che consente una vicinanza all'interno dell'area intima (meno di 45 cm, 5%). Più della metà delle sezioni ha arredi fissi per bambini (47,6%) o adolescenti (19,4%); solamente una sezione possiede arredi mobili su misura per bambini (4,76%) o per adolescenti (23,8%) o nessun mobile infilato nelle foto.

3.3. Forme didattiche

Quali aspetti tengono in considerazione i docenti delle scuole in ospedale nella progettazione delle attività didattiche? Una specifica domanda del questionario (Q14) indaga su questi aspetti rilevando, nell'85,4% del campione la scelta del *consolidamento* delle competenze disciplinari e nell'80,5% lo *sviluppo* di competenze disciplinari (figura 7) principalmente attraverso l'*esercitazione*, 85,4% e la *spiegazione*, 80,5% (figura 8). Come è possibile constatare, le competenze motorie (motricità e mobilità) risultano sempre residuali: solamente il 4,9% dei docenti prevede attività motorie durante la progettazione delle attività didattiche e solamente il 2,4% di essi le adotta con una certa frequenza (*spesso o sempre*) per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Figura 7: Distribuzione obiettivi della progettazione didattica

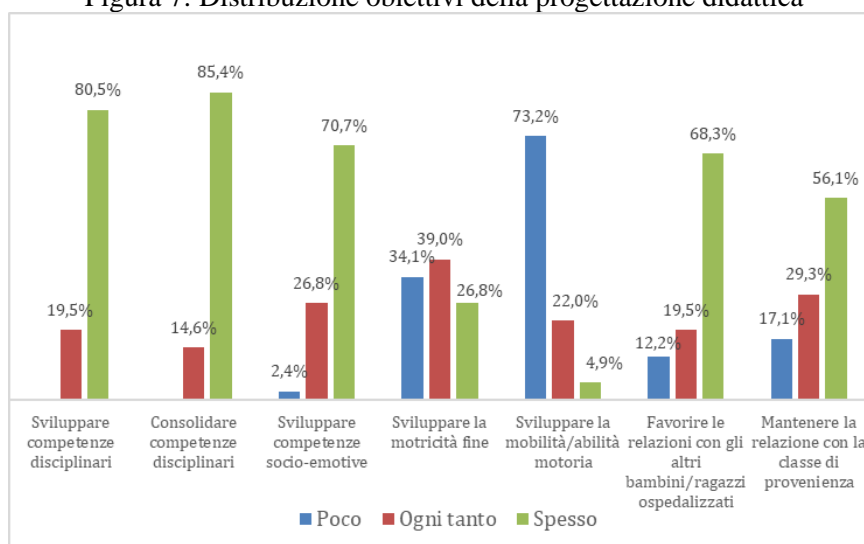
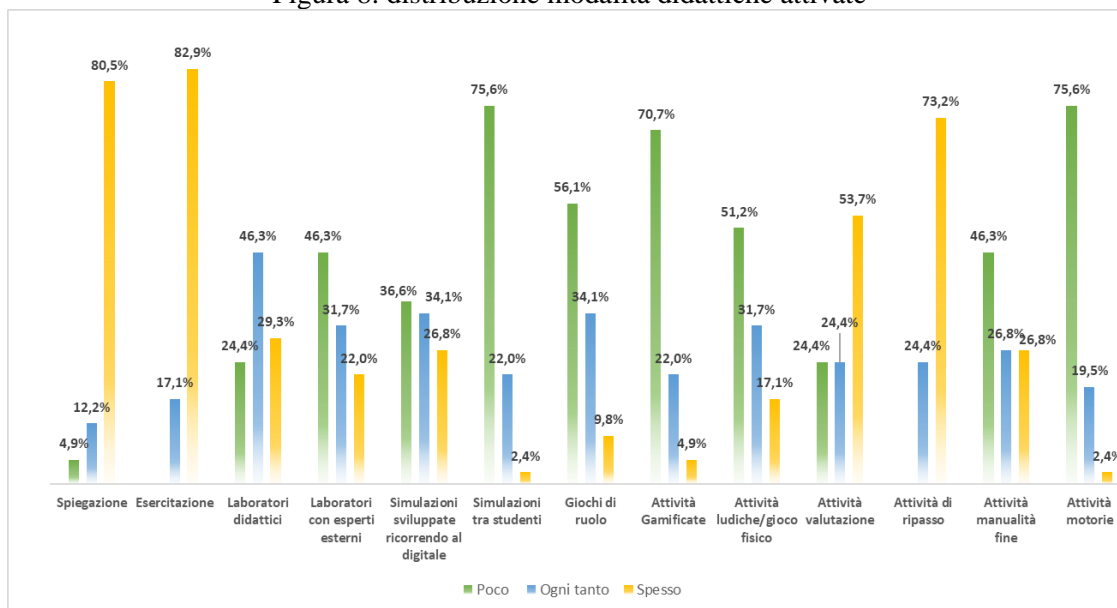


Figura 8: distribuzione modalità didattiche attivate



Questi dati risultano coerenti con quanto dichiarato dal 90,2% dei docenti al quesito Q18, i quali non vedono correlazione tra *movimento* e apprendimento (figura 9) prediligendo, nella progettazione di un'attività didattica (Q19.5) la *stabilità* (53,7%) al *movimento* (2,4%), dove l'*attivazione cognitiva* (Q19.3) ha la meglio (53,7%) sull'*attivazione corporea* (7,3%).

Figura 9. Correlazione tra apprendimento ed altri elementi nelle percezioni dei docenti SiO

Q18. Quanto il processo di apprendimento all'interno della scuola in ospedale è correlato a:	
Stati emotivi	97,6 %
Motivazione intrinseca	75,6%
Motivazione estrinseca	61,0%
Relazione con il docente	85,4%
Relazione con i compagni di classe	24,4%
Fare esperienza	43,9%
Movimento	9,8%

Nemmeno la relazione con gli altri studenti rientra tra le priorità di tutti i docenti, ma soltanto se legata a motivi di salute dei pazienti-studenti. Con il quesito Q17 si indaga quanto spesso vengono proposte attività con gli altri studenti in ospedale quando le condizioni dello studente lo consentono: solamente il 36,6% dei docenti lo prevede *spesso* o *sempre* e solamente nel 9,8% dei casi con compagni di classe (Q17.1). Generalmente, quindi, se la relazione con gli altri viene prevista lo è con *altri bambini*

ospedalizzati (36,6%), con altri gruppi di studenti (9,8%) o progetti con associazioni-gruppi esterni (9,8%).

L'indagine prosegue con la richiesta agli insegnanti di esempi di assegnazione didattiche relazionate all'attività motoria richiesta dalle due domande aperte D1 e D2. Alla prima domanda riceviamo diciassette esempi di assegnazioni di attività motorie da dieci sezioni.

Nella tabella che segue (figura 10) si riportano le consegne didattiche e, per il focus di tale contributo, le codifiche degli obiettivi/scopi motori e le dimensioni di competenza motoria previste nelle stesse.

Figura 10. Consegna didattica

PROFILAZIONE			CONSEGNA		
Sezione	Provincia	Grado scuola	Testo della consegna	Obiettivi	Dimensioni di competenza motoria
2	BG	Primaria	Body percussion e uso di strumenti musicali	BI	COM5
2	BG	Primaria	Costruzioni, manipolazione di materiali vari, realizzazione di manufatti, utilizzo di marionette e burattini	BI	COM6
6	BS	Primaria	Rappresenta con le braccia l'angolo retto. Ripeti la consegna per gli altri angoli	BCO	COM3
10	CO	Primaria	Eseguire un movimento in relazione alla musicoterapia	BI	COM5
4	PV	Primaria	Camminare lungo il percorso dell'aula didattica muovendo il corpo su stimoli del docente (alzando le mani, alzando le ginocchia, imitando la camminata di animali, altro)	BI	COM3
1	BG	Infanzia	Dopo aver predisposto un ambiente idoneo (esempio tana, casa... a volte anche nel letto) si invitano i bimbi a imitare alcuni animali o persone	BI	COM3
4	GB	Primaria	usare il pennello con movimenti diversi, sperimentare la produzione sonora, diverse modalità di utilizzo di tablet...manipolare materiali...	BCE	COM6
14	BG	Primaria	Concetti topologici: Seguendo le indicazioni date dall'insegnante, muoviti nello spazio	BI	COM3
27	BG	Primaria	Muoversi nello spazio seguendo le indicazioni date (concetti topologici)	BI	COM2
27	MI	Primaria	Muoversi Seguendo la musica	SOC	COM6
12	MI	Primaria	Percorsi	BCE	COM7
20	MI	Primaria	Rilassamento, nel letto o da seduti	BI	COM5
20	MN	Primaria	Giochi di movimento: "Camminiamo" (gioco individuale); il gioco consiste nel camminare per la stanza con sottofondo musicale seguendo le mie indicazioni, invito a sperimentare forme e posizioni diverse del corpo	BCE	COM7
20	MN	Primaria	"Gioco delle mani" (gioco a coppie); il gioco consiste nel creare insieme al compagno forme diverse utilizzando solo il contatto con le mani	BI	COM2

29	BG	Tutti	Simulazione di esercizi a corpo libero, drammatizzazione di storie raccontate, rappresentazione corporea nello spazio della storia stessa	BI	COM2
4	MB	Primaria	Giochiamo facendo finta di essere...	BI	COM4
4	LC	Tutti	Esercizi di respirazione, rilassamento corporeo e movimenti calibrati agli alunni presenti	BI	COM4

Si rileva che la richiesta di esplicitazione di una consegna didattica che preveda l'attivazione del corpo porta la maggior parte dei docenti ad elaborare prioritariamente richieste (70,5%) di adozione strumentale del corpo (*body instrumental*), ovvero di imitazione, manipolazione di oggetti, eseguire dei movimenti, in poche consegne didattiche si attiva la *dimensione della socializzazione e in un solo caso di si prevede un utilizzo meta-cognitivo del corpo (embodied cognition)*, ovvero un uso del corpo finalizzato al miglioramento e potenziamento della qualità di apprendimento e della memoria (Sousa, 2010; Gallese, 2014). Concentrandoci sulla tipologia di attività proposte dai docenti per attivare le capacità motorie, la più frequente è un'attività strutturata orientata alla costruzione di un manufatto o esercizio passo passo (47%). Il resto delle attività proposte sono equamente distribuite tra la libera circolazione (17%); attività a ritmo musicale (18%); postura, equilibrio o attività di rilassamento (18%). Non vi sono significative differenze tra le dimensioni delle competenze motorie attivate, anche se si rileva l'assenza della competenza n.1 (COM1), ovvero relativa al *riconoscimento e denominazione delle parti del corpo*. Ipotizziamo che tale competenza sia data per scontata o acquisita per tutti gli studenti.

4. Conclusioni: alcune riflessioni a margine dei risultati

Da uno sguardo d'insieme sui dati, emerge abbastanza chiaramente che la percezione degli insegnanti è quella di dover mantenere una staticità motoria in qualche modo condizionata dalla malattia degli studenti. Il risultato è un orientamento a non muovere il corpo a meno che questo non sia strettamente correlato ad un compito didattico o allo sviluppo della motricità fine.

L'approccio del docente a non attivare il corpo degli studenti può essere in qualche modo influenzato anche dagli spazi in cui si svolgono le attività di apprendimento. Come gli studenti, anche i docenti risultano influenzati dal contesto ospedaliero in cui la scuola si inserisce. E' tale contesto che governa l'uso degli spazi, dettando i tempi e influenzandone le rappresentazioni. Ricodificare uno spazio sanitario funzionale ad un processo di gestione della malattia e guarigione in uno spazio funzionale all'apprendimento non è operazione semplice per nessuno. Lavorare al letto o in spazi marginali è il primo elemento di fatica: gli insegnanti parlano di spazi informali, marginali, non resi funzionali. Dove lo spazio viene *pensato* per la scuola (sia questo una piccola aula dedicata o il letto del paziente che grazie alla digitalizzazione porta la scuola in corsia), è l'ambiente stesso che diventa terzo educatore (Malaguzzi, 2010). Solo in queste situazioni la didattica da non standard (intesa come negativa o di serie B) si normalizza: i docenti possono ri-attivare una routine di progettazione-azione-regolazione con al centro l'apprendimento; gli studenti configurano la situazione come un, seppur temporaneo, *ritorno alla normalità* che contribuisce al benessere (Iavarone & Iavarone, 2004; Ricci, 2018).

A questo si aggiunge che le pratiche didattiche rilevate sembrano favorire il *one-to-one teaching* a forme collaborative. Anche se la maggior parte degli spazi della scuola ospedaliera sembra essere

pensata per ospitare attività di *cooperative learning*, dai dati del questionario, meno della metà delle attività di apprendimento sembra essere svolta con più di uno studente, in pochissimi casi si tratta di un vero e proprio lavoro di gruppo oppure hanno luogo lezioni collaborative.

Dall'analisi condotta emerge come l'inclusione sociale dello studente e l'attivazione del corpo rappresentino elementi di criticità della didattica nella scuola in ospedale, mentre l'attività motoria e, in alcuni casi anche la relativa socialità, sono affidate a soggetti diversi, considerati *specialisti*. Occorre che l'insegnante non sia lasciato solo nel ripensare ad una didattica *embodied*. Due possono essere le modalità: da una parte, attivare progettazioni in équipe multidisciplinari (accanto al docente, personale sanitario, *sport therapist* ed esperti di attività motoria); dall'altra, mettere a disposizione dei docenti script didattici e indicazioni di lavoro validate da tali équipe, in modo che il docente possa muoversi e far muovere con maggior confidenza e serenità. Proprio questo rappresenta l'obiettivo della terza fase del progetto in corso.

Riferimenti bibliografici:

Amadini, M. (2016). *I bambini e il senso dell'abitare. Prospettive di ricerca pedagogica*. Parma: Spaggiari junior.

Ascione, A., Di Palma, D., & Napolitano, S. (2018). Social inclusion and education through sport and technology. *Sport Science*, 11(1), 52-56.

Bock, A. M., Gallaway, K. C., & Hund, A. M. (2015). Specifying links between executive functioning and theory of mind during middle childhood: Cognitive flexibility predicts social understanding. *Journal of Cognition and Development*, 16(3), 509-521.

Borghi, A. M., & Cimatti, F. (2010). Embodied cognition and beyond: Acting and sensing the body. *Neuropsychologia*, 48(3), 763-773.

Bozzaro, P. Osservare la classe: strumenti e valutazione. In *Scuola insieme*. VII, 4, 2001.

Cappa, F. (2009). *Foucault come educatore. Spazio, tempo, corpo e cura nei dispositivi pedagogici*. Milano: Franco Angeli

Capurso, M. (2014). *Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*. Trento: Erickson.

Carenzio, A., & Ferrari, S. (2021). Situazioni didattiche non standard. In Rivoltella, P.C. (ed.) *Apprendere a distanza. Teorie e metodi*, (pp.69-75). Milano: Raffaello Cortina Editore.

CASOLO, F. & MELICA, S. (2015). *Il corpo che parla. Comunicazione ed espressività nel movimento umano*. Milano: Vita e Pensiero, 2015.

Catanazzo, T. (2019). *La scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare. Formazione degli insegnanti e linee di indirizzo nazionali*. Roma: Carocci.

Filippazzi, G. (2004). *Un ospedale a misura di bambino. Esperienze e proposte*, Milano: Franco Angeli.

Freinet, C. (2002). *La scuola del fare*, Bergamo: Editore Junior.

Gallese, V. (2014). *Bodily Selves in Relation: Embodied simulation as second-person perspective on intersubjectivity*, in «Phil. Trans. R. Soc. B», <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2013.0177>

Hall, E.T. (1968). *La dimensione nascosta*. Milano : Bompiani.

Hope (2000). Carta dei diritti all'insegnamento dei bambini e adolescenti in ospedale, Barcellona: EU

HOPE (2020), assemblea generale: Diritti e bisogni educativi di bambini e adolescenti malati,

©Anicia Editore

QTimes – webmagazine

Anno XIV - n. 3, 2022

Doi: 10.14668/QTimes_14333

www.qtimes.it

https://www.hospitalteachers.eu/wp-content/uploads/HOPECharter_2018/Charter_ITA.pdf

Hughes, C., & Ensor R. (2007). Executive function and theory of mind: Predictive relations from ages 2–4 *Developmental Psychology*, 43, pp. 1447-1459.

Iavarone, M.L. & Iavarone, T. (2004) *Pedagogia del benessere: il lavoro educativo in ambito sociosanitario*. Milano: FrancoAngeli.

Jurbala, P. (2015). What is physical literacy, really?. *Quest*, 67(4), 367-383.

Kanizsa, S., & Luciano, E. (2006). *La scuola in ospedale*. Roma: Carocci.

Karmiloff Smith, A. (2009). Preaching to the converted? From constructivism to neuroconstructivism. *Child Development Perspectives*, 3(2), 99-102.

Lewin, K. (1982). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Bologna: Il Mulino.

Malaguzzi, L. (2010). *I cento linguaggi dei bambini. L'approccio di Reggio Emilia all'educazione dell'infanzia*. Bergamo: Edizioni Junior.

Moliterni, P., Magnanini, A. & Ferrario, A. (2018). L'ICF-CY in Educazione Fisica: uno strumento per la valutazione delle competenze sociali e civiche. *Formazione & Insegnamento XVI*.

Moliterni, P. & Magnanini, A. (2018). *Lo sport educativo per una società inclusiva. Tra esperienze, problematiche e prospettive*. Milano: FrancoAngeli.

OMS (2007) *ICF-CY. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. Versione per bambini e adolescenti*. Gardolo: Erikson.

Pironi, T. (2010). La progettazione di nuovi spazi educativi per l'infanzia: da Ellen Key a Maria Montessori. *Studi sulla Formazione/Open Journal of Education*, 81-89.

Potter, J. & McDougall, J. (2017). *Digital media, culture and education: Theorising third space literacies*. Springer.

Ricci, G.F. (2018). *Il bambino in ospedale. Dal curare al prendersi cura: bisogni e servizi*. Roma: Armando.

Rivoltella, P. C., & Modenini, M. (ed.). (2012). *La lavagna sul comodino. Scuola in ospedale e istruzione domiciliare nel sistema lombardo*. Milano: Vita & Pensiero.

Rivoltella, P.C. (2016). Insegnanti Totalmente Autonomi. *Scuola Italiana Moderna*, 2(10), 1-2.

Rivoltella, P. C., & Carenzio A. (ed.). (2016). *Nessuno escluso. Formazione e strumenti per la scuola in ospedale*. Bergamo: Junior.

Rivoltella, P.C. (ed.) (2021). *Apprendere a distanza. Teorie e metodi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Rossi, P. G. (2011). *Didattica enattiva. Complessità, teorie dell'azione, professionalità docente*. Milano: FrancoAngeli.

Sousa, D. A. (2010). *How science met Pedagogy. Mind, Brain & Education. Neuroscience Implications for the Classroom*. Bloomington: Solution Tree Press.

Tomasello, M. (2018). *A natural history of human thinking*. Harvard University Press

Trotta, P. (2004). *Quando a scuola si va in pigiama*. Milano: FrancoAngeli.

Vermesh, P. (2019) *L'intervista di esplicitazione: Strumenti per l'analisi della pratica professionale in contesti formativi*. Editore: Independently published.

Whitehead, M. (1993, July). Physical literacy. *International Association of Physical Education and Sport for Girls and Women Congress*. Melbourne.