



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
Dipartimento di Filosofia, Sociologia,
Pedagogia e Psicologia applicata

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE DELLA FORMAZIONE PRIMARIA

TESI DI LAUREA

Coping del dolore in età evolutiva nel contesto
oncoematologico
modelli teorici, evidenze empiriche e prospettive educative

Relatore:
Prof.ssa Marta Tremolada

Laureanda:
Sofia Taliercio

Matricola: 2072736

Anno accademico: 2025/2026

INDICE

Introduzione.....	4
Capitolo 1. Il dolore e le strategie di coping in età evolutiva.....	6
1.1. Comprendere il dolore nel bambino.....	6
1.1.1. Aspetti fisiologici, psicologici e simbolici del dolore.....	8
1.1.2. L'esperienza del dolore oncologico in età evolutiva.....	12
1.1.3. Il ruolo degli adulti nella mediazione del dolore.....	14
1.2. Teorie e modelli di coping.....	17
1.2.1. Origini del concetto di coping.....	18
1.2.2. Modelli di coping infantile: cognitivi, emotivi e comportamentali.....	19
1.2.3. Coping adattivo e disadattivo nel contesto della malattia.....	21
1.3. Coping e malattia oncoematologica.....	24
1.3.1. Impatto emotivo della diagnosi e delle cure.....	25
1.3.2. La dimensione ansiosa nell'esperienza dolorosa in ambito oncoematologico pediatrico.....	27
1.3.3. Strategie di coping nei bambini affetti da patologie oncoematologiche.....	29
Capitolo 2: Accompagnare il dolore: prospettive educative e pedagogiche.....	34
2.1. La scuola come luogo di cura e continuità.....	34
2.1.1. La pedagogia della cura e dell'empatia.....	35
2.1.2. Il ruolo del docente come figura di supporto educativo e affettivo.....	36
2.1.3. L'importanza della continuità formativa durante la malattia.....	38
2.2. La scuola in corsia: funzioni e metodologie educative.....	40
2.2.1. Origini e funzioni delle scuole in ospedale.....	41
2.2.2. Didattica ospedaliera nel reparto di oncoematologia pediatria: Metodologie educative e strategie di coping.....	44
Capitolo 3: Descrizione dello studio.....	49
3.1. Scopi dello studio.....	51
3.2. Materiali e metodi.....	51
3.2.1. Partecipanti.....	51
3.2.2. Procedura.....	52
3.2.3. Strumenti.....	53

3.2.4. <i>Piano delle analisi statistiche</i>	55
3.3. Risultati	57
3.3.1. <i>Età e strategie di coping: analisi descrittiva e gestione dei dati dei questionari PPCI e RCMAS-2</i>	57
3.3.2. <i>Relazione tra le strategie di coping e il tempo della diagnosi in giorni</i>	59
3.3.3. <i>Relazione tra le strategie di coping e la tipologia di diagnosi</i>	60
3.3.4. <i>Relazione tra episodi di ansia e strategie di coping</i>	64
Discussione	67
Conclusione	72
Bibliografia	73
Normative.....	78
Sitografia	78
Appendice.....	79

Introduzione

*Anche se la verità è spaventosa
e la gente preferisce ignorarla ...
Da quel giorno
Gisele avrebbe vissuto la sua vita com'era
Fragile, luminosa
Trasparente, ma alla fine, tutta intera.*
(Alemagna, 2019, p. 30-31)

Il dolore pediatrico non è solo un sintomo fisico, ma un'esperienza complessa che coinvolge le emozioni, il pensiero, il comportamento del bambino e il suo vissuto.

Nel contesto delle malattie oncoematologiche il dolore si inserisce in un quadro di stress profondo che coinvolge l'intero nucleo familiare. La diagnosi e il percorso di cura infatti impongono una violenta interruzione della quotidianità e comportano un allontanamento dal regime scolastica da parte del paziente.

La lettura scientifica ha evidenziato come la continuità educativa e il mantenimento del legame con la scuola di appartenenza siano fattori determinanti per l'esito del percorso terapeutico: offrire una prospettiva per il futuro significa aiutare il bambino a non identificarsi esclusivamente nella malattia, ma favorire una proiezione dell'adulto che può diventare.

In questo scenario risultano rilevanti le strategie di coping, ovvero l'insieme di sforzi cognitivi e comportamentali che il bambino mette in atto per gestire specifici momenti di dolore connessi con la malattia.

Il primo capitolo del presente elaborato andrà ad evidenziare il dolore oncoematologico e le strategie di coping in età evolutiva, concentrandosi sui vari aspetti fisiologici simbolici e relazionali del dolore. Successivamente si andrà ad analizzare l'origine del concetto di coping attraverso il modello di riferimento di Lazarus e Folkman (1984) con una particolare attenzione a due tipologie di coping: adattivo e disadattivo. In seguito, attraverso studi scientifici, verrà analizzata una relazione tra la dimensione dell'ansia e l'esperienza dolorosa della malattia oncoematologica focalizzandosi su quali strategie di coping utilizzano i bambini affetti da patologie oncoematologiche. Nel secondo capitolo verrà data una maggiore rilevanza al ruolo della scuola come un luogo di cura e continuità dando rilievo al ruolo del docente e all'importanza della continuità formativa durante la malattia. In particolare, si

affronterà il tema delle scuole in ospedale delineando la loro origine , il tipo di didattica e di strategie educative che vengono utilizzate.

Essendo la mia tesi sperimentale, nel terzo capitolo verrà presentata una ricerca longitudinale ed esplorativa con la presentazione degli obiettivi prefissati, dei partecipanti, del metodo e dei risultati ottenuti: la finalità di tale studio è stato quello di analizzare le modalità di adattamento e le strategie di coping messe in atto dai pazienti pediatrici affetti da malattie oncoematologiche durante il periodo di ospedalizzazione.

A conclusione del mio elaborato verrà presentata la discussione nella quale vengono esemplificati i punti di forza e le criticità e le prospettive future di tale studio.

Capitolo 1. Il dolore e le strategie di coping in età evolutiva

1.1. Comprendere il dolore nel bambino

Il dolore in ambito pediatrico è diventato rilevante e oggetto di studio solamente negli ultimi decenni, in quanto si faceva riferimento a diversi studi in merito alla soglia del dolore in età infantile, come l'idea che il bambino non possedesse la maturità cognitiva necessaria per sperimentare il dolore in maniera significativa e comparabile a quella dell'adulto (La Magra, 2015).

Il dolore è, quindi un fenomeno che coinvolge aspetti cognitivi, emotivi, sociali e comportamentali. Rilevante è evidenziare come la capacità di percepire il dolore cambi radicalmente in base all'età, allo sviluppo cognitivo e al contesto relazionale nel quale si trova la persona. In età infantile i bambini tendono a reagire al dolore con espressioni immediate e visibili (pianto, agitazione o richiesta di conforto). Nel corso dello sviluppo si riscontra una maggiore capacità di autocontrollo e di modulazione nella reazione come una relazione tra dolore ed emozione. La comprensione del dolore evolve, quindi, da una percezione preverbale e sensoriale ad una rappresentazione più concettuale e narrativa nella quale il bambino può collegare la sofferenza ad emozioni, eventi o relazioni.

In questa evoluzione, l'ambiente familiare ed educativo svolge un ruolo cruciale in quanto la reazione degli adulti influenza profondamente la percezione e l'interpretazione del dolore.

Nei corsi degli studi la ricerca scientifica ha schematizzato tre tipologie di dolore: dolore quotidiano, dolore acuto/procedurale, dolore cronico/ricorrente.

Boerner-Katelynn, Schechter & Oberlander (2024) hanno evidenziato e trattato le tre tipologie di dolore elencate sopra.

La Figura 1 sotto riportata illustra come il dolore e lo sviluppo del bambino si influenzano reciprocamente in un processo bidirezionale.

Pain exposures and developmental tasks that bidirectionally shape child pain experience

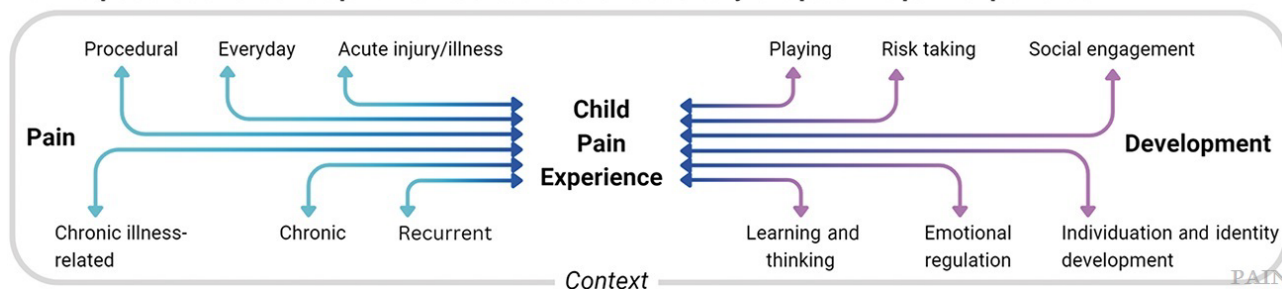


Figura 1. Relazione bidirezionale tra esposizione al dolore e compiti di sviluppo nel bambino (Riprodotta da, The Journal of International Association for the Study of Pain, 2024, p. 86)

Il dolore quotidiano, pur essendo solitamente transitorio, può costituire un fattore di vulnerabilità predisponente allo sviluppo di forme acute o croniche di sofferenza. Studi osservazionali su bambini di età prescolare e scolare iniziale (3–7 anni) mostrano che un’elevata esposizione al dolore di tipo quotidiano può determinare un aumento della sensibilità al dolore, piuttosto che una riduzione della stessa. (Boerner et al., 2024)

Altri studi hanno evidenziato invece una correlazione tra le condizioni dolorose ricorrenti (mal di testa, dolori addominali) e il rendimento scolastico a scuola causato da assenteismo scolastico o problemi di attenzione dovuti alle condizioni che il paziente sta affrontando.

Il dolore acuto/procedurale è definito come un dolore intenso e di breve durata, che si manifesta a seguito di una procedura medica.

Se il dolore acuto procedurale non viene trattato adeguamento può comportare modifiche durature nella percezione del dolore e avere un impatto significativo sulla crescita neuropsicologica e comportamentale del bambino (Boerner et al., 2024).

Il dolore cronico e ricorrente è un dolore che si presenta per un periodo prolungato anche dopo la guarigione dalla causa scatenante. Esso può andare a interferire con il sonno, l’alimentazione e la regolazione emotiva ostacolando la crescita del bambino. Infine, il dolore cronico in età infantile può essere considerato una forma di stress, con ripercussioni sia emotive che economiche sull’intero nucleo familiare (Nelson et al, 2022).

La distinzione tra queste tipologie di dolore consente di cogliere la molteplicità di esperienze dolorose che accompagnano la crescita consentendo di riconoscere il dolore come un fenomeno complesso in cui la dimensione corporea si intreccia con quella psicologica.

Di seguito verrà affrontato il tema del dolore in una visione multidimensionale.

Verranno approfonditi gli aspetti fisiologici, psicologici e simbolici che si intrecciano nel dare forma all’esperienza dolorosa. Successivamente, sarà esaminata l’esperienza del dolore nelle diverse fasi dell’età evolutiva, con attenzione ai processi di comprensione e alle reazioni del

bambino. Infine, si analizzerà il ruolo degli adulti nella mediazione del dolore mettendo in luce come genitori, insegnanti ed educatori possano influenzare la percezione del dolore e sostenere il bambino nella sua elaborazione emotiva e simbolica.

1.1.1. Aspetti fisiologici, psicologici e simbolici del dolore

Dopo aver considerato il dolore e le sue forme, è necessario approfondire la struttura interna osservando come le componenti fisiologiche, psicologiche e simboliche si intreccino. Questa dinamica assume nel bambino una maturazione neurofisiologica che condiziona la percezione dello stimolo doloroso mentre i processi emotivi e relazionali modellano la risposta comportamentale ed affettiva.

Questa visione viene introdotta da Engel nel 1977, nel cui studio tratta il modello biopsicosociale. Tale modello, ripreso negli anni da vari autori, supera l'idea tradizionale del dolore come segnale fisico per interpretarlo invece come un fenomeno complesso influenzato da fattori biologici, psicologici e sociali.

Uno degli studiosi che ha ripreso e ampliato la teoria di Engel è stato Gatchel, il quale sostiene che “Ogni intervento che si concentra solo su uno di questi insiemi di fattori fondamentali sarà incompleto” (Gatchel, 2004, p 797). Il modello si orienta, quindi, verso una concezione olistica dell'individuo, che riconosce l'interdipendenza tra corpo, mente e contesto sociale e valorizza un approccio interdisciplinare tra professionisti della salute e dell'educazione (Szadejko, 2020).

Prima dell'affermazione biopsicosociale, un contributo fondamentale alla comprensione dei meccanismi sul dolore fu offerto da Ronald Melzack e Patrick David Wall, due ricercatori che nel 1965, elaborarono la Gate Control Theory (teoria del cancello del dolore).

La figura 2, ripresa dall'articolo di Moayedi e Davis del 2013, propone diversi quadri teorici per spiegare le basi fisiologiche del dolore, tra cui la Gate control Theory

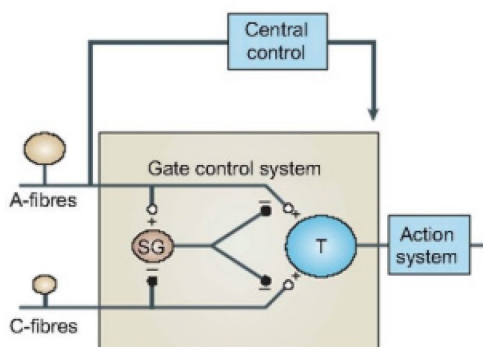


Figura 2: Esplicazione della Gate control Theory (Riprodotta da Theories of pain: from specificity to gate control, 2013, p.2)

Secondo tale teoria, la percezione del dolore non dipende unicamente dall'intensità dello stimolo fisico, ma dal modo in cui il sistema nervoso filtra e modula le informazioni dolorose. A livello biologico, il midollo spinale agisce come una sorta di "porta di controllo" (gate) che può amplificare o ridurre il segnale del dolore prima che raggiunga il cervello. Questa modulazione è influenzata da diversi fattori: alcuni segnali nervosi tendono a ridurre la sensazione dolorosa, mentre altri la potenziano. La teoria evidenzia anche il ruolo centrale dei processi cognitivi ed emotivi: pensieri, emozioni e stati psicologici possono "aprire" o "chiudere" questa porta, modificando l'esperienza soggettiva del dolore (Moayedi e Davis, 2013).

In ambito pediatrico, tale modello assume particolare rilevanza poiché consente di comprendere come la modulazione del dolore possa essere influenzata da interventi educativi, relazionali e ambientali, aprendo così una lettura pedagogica della gestione della sofferenza.

I modelli esaminati hanno contribuito a superare una visione tradizionale del dolore come sola risposta ad uno stimolo fisico presentandosi invece come un processo complesso che apre ad altre componenti. Tale prospettiva apre alla riflessione sugli aspetti psicologici del dolore e mette al primo posto il bambino, la sua esperienza, le sue emozioni e le strategie che attua per comprendere e affrontare tale dolore.

L'International Association for the Study of Pain fornisce una definizione di dolore, definito come un'esperienza di natura sensoriale ed emotiva, caratterizzata da una connotazione spiacevole, che si associa o richiama, un danno tissutale reale o potenziale (IASP, 2020). La definizione di questi termini non è stata un caso, ma invece una scelta accurata per fornire un significato semplice e chiaro al lettore: riconoscere che il dolore non è solo una risposta fisiologica, ma un'esperienza personale e complessa (Craig, 2008).

La componente soggettiva del dolore viene ripresa anche da un modello, definito il "Modello di comunicazione sociale del dolore" (Figura 3) che fornisce una lettura del dolore non solo come un'esperienza individuale, ma anche biopsicosociale e comunicativa che coinvolge sia la persona che soffre sia chi lo assiste.

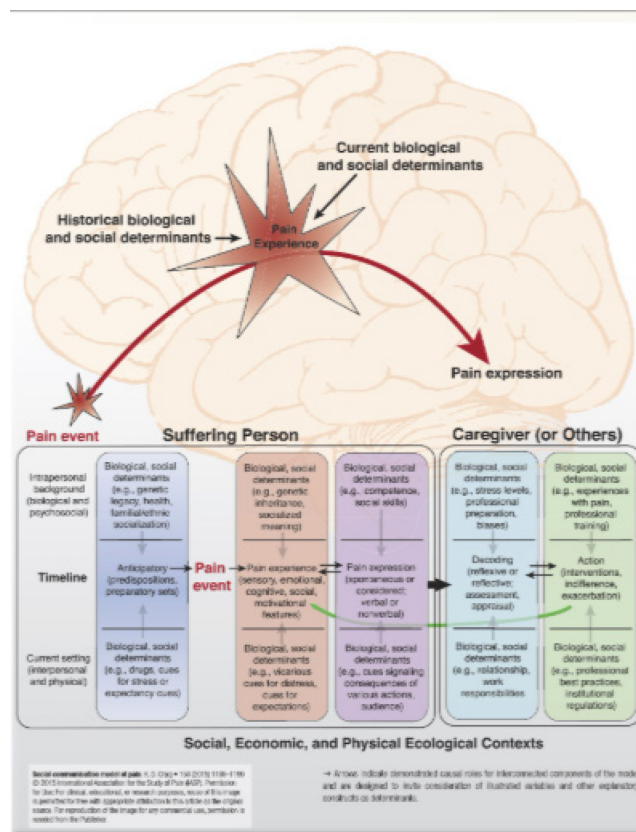


Figura 3: Modello della comunicazione sociale del dolore (Riprodotta da the journal of the international Association the Study of Pain, 2015, p.1199)

Il diagramma illustra come l'esperienza del dolore derivi dall'interazione dinamica tra i seguenti fattori: biologici, psicologici e sociali. L'evento doloroso innesca un processo interno nella persona sofferente che porta alla sua espressione sia comportamentale che comunicativa. Tale espressione viene interpretata dagli osservatori in base ai propri fattori biologici, emotivi, sociali.

Il modello sottolinea il ruolo del contesto nel quale ci si trova e prende in esame la situazione storica, sociale, economica e fisica del soggetto. Questo evidenzia come il dolore non sia solo un fenomeno sensoriale, ma un'esperienza relazionale e comunicativa.

Come si evince dal testo, la natura soggettiva del dolore implica che ogni bambino lo interpreti e lo viva in modo unico, influenzato dai fattori emotivi e dalle sue esperienze pregresse. In questa prospettiva, diventa fondamentale considerare anche la dimensione simbolica del dolore, ovvero le modalità attraverso cui il bambino riesce a rappresentare e comunicare la propria sofferenza quando il linguaggio verbale non è ancora pienamente sviluppato oppure non si è in grado di comunicare il dolore che si percepisce. Disegni, gesti,

posture e narrazioni diventano strumenti espressivi attraverso cui il vissuto doloroso prende forma e significato.

Betty Edwards, professoressa universitaria presso la California State University, ha scritto nel 1979 un libro intitolato “Drawing on the Right Side of the Brain” nel quale esprime il concetto che il disegno non serve solo a rappresentare ciò che si desidera raffigurare, ma anche esprimere chi siamo. Il disegno è quindi un mezzo di comunicazione efficace, alcune volte superiore ai metodi verbali in quanto aiuta a comprendere il mondo psicologico ed emotivo del bambino, rendendo più chiari e nitidi i suoi pensieri e sentimenti (Ferro et al, 2025).

Sulla base di questo viene presa in esame un metodo emergente di psicoterapia non verbale: l’arteterapia. Questo intervento oncologico non tradizionale favorisce il benessere fisico e psicologico attraverso attività creative, incidendo positivamente sui processi di adattamento psicologico e sulla qualità della vita di bambini e adolescenti (Zhang et al., 2022).

La revisione sistematica di Zhang et al. (2022), ha esaminato gli effetti dell’arteterapia su bambini e adolescenti con tumore per valutare se essa favorisca il benessere psicologico ed emotivo nei pazienti pediatrici oncologici. Gli autori hanno ipotizzato diverse teorie per spiegare l’efficacia di questo strumento. In primo luogo, il processo creativo che viene attivato coinvolge aree cerebrali legate alla sfera emotiva favorendo la regolazione di stati affettivi complessi e difficili da gestire.

In secondo luogo, la possibilità del bambino di scegliere autonomamente materiali, immagini, contenuti del disegno contribuisce ad accrescere un senso di controllo e di agency personale che viene a mancare nel contesto della malattia oncologica. Infine, il disegno diventa un canale espressivo non verbale attraverso il quale i bambini possono rappresentare emozioni, pensieri ed esperienze che risultano difficili da verbalizzare (Zhang et al., 2022). Sono stati presi in considerazione otto studi complessivi: sette di questi hanno dimostrato che questo tipo di terapia ha effetti benefici su emozione e qualità della vita, uno di questi invece ha riportato un aumento dell’ansia dopo l’intervento, Si ipotizza che possa essere dovuto sentimenti negativi legati alla malattia che il disegno ha suscitato (Zhang et al., 2022). Questa revisione narrativa mette in luce il valore clinico dei disegni dei bambini come strumento complementare di diagnosi e supporto terapeutico. I risultati infatti indicano come la terapia del disegno può migliorare i disturbi emotivi, migliorare i sintomi somatici e migliorare la comunicazione sociale. La terapia del disegno è quindi un intervento efficace, flessibile e sicuro (Zhang et al., 2022).

Rubini Paglia et al (2017) hanno esaminato che oltre il 50% dei bambini affetti da neoplasie prova dolore che può essere dovuto o dalla presenza del tumore o dagli effetti dei diversi trattamenti. La ricerca, condotta dagli autori, ha dimostrato che il disegno spontaneo aiuta il bambino e gli consente di esprimere liberamente le sue emozioni e sensazione che in precedenza non riusciva a verbalizzare. Prendiamo in esame il caso di Gaetano, bambino di 6 anni, affetto da medulloblastoma che fornisce un titolo al disegno fatto: “C’è una bomba che esplode in questo disegno” (Figura 4)



Figura 4: Diagnosi di un tumore (Riprodotta da International Journal of Pediatrics and Child Health, 2017, pag 4)

Comprendere il dolore nel bambino significa, quindi, andare a riconoscere la complessità e la multidimensionalità che coinvolge aspetti biologici, psicologici e simbolici intrecciati tra loro. Il dolore non è solo un segnale fisiologico, ma un’esperienza vissuta e interpretata che riflette la storia emotiva, relazionale e cognitiva del bambino. Questo aiuta l’adulto a cogliere non solo ciò che il bambino prova ma anche ad attribuire un significato alla propria sofferenza.

1.1.2.L’esperienza del dolore oncologico in età evolutiva

Nel corso dello sviluppo di una persona, il modo in cui si percepisce, comprende e comunica il dolore subisce enormi trasformazioni. Nella prima infanzia, il bambino attua una reazione sensoriale immediata, crescendo è sempre più conscio di ciò che accade e questa esperienza di dolore viene accompagnata anche da fattori cognitivi, emotivi e sociali.

Grazie alla maturazione del linguaggio, al pensiero simbolico e alle competenze emotive il bambino riesce ad attribuire significato al dolore, riconoscerne le cause e sviluppare progressivamente strategie di adattamento più consapevoli.

“Malattie croniche o complesse, come quelle oncologiche, espongono il bambino ad una esperienza traumatica che si protrae nel tempo, influenzando il suo percorso di sviluppo” (Rubini Paglia et al., 2017, pag. 3). Lo scenario complesso entro il quale il paziente pediatrico sperimenta questo tipo di dolore, comporta anche un cambiamento radicale nella quotidianità rendendo necessaria una fase di adattamento. Diventa necessario analizzare le caratteristiche distintive della malattia oncologica, insieme anche alle manifestazioni emotive (Tabella 1).

Changes of the reality:
– uncertainty of prognosis
– aggressive treatments
– repeated hospitalisation
Bodily experiences
– suffering
– the body becomes unfit
– the self image is altered
– “ monstrous state ”
Emotions
– suffering
– loneliness
– exclusion
– dependency
– uncertainty
– anger
– dread of death
– hope

Tabella 1: Caratteristiche della malattia oncologica

(Riprodotta da *International Journal of Pediatrics and Child Health*, 2017, pag 3)

In uno studio pubblicato nel 2019 di Duffy et al. viene fornita una revisione critica delle evidenze scientifiche relative alla valutazione e alla gestione del dolore nei bambini e negli adolescenti affetti da neoplasia, con un’attenzione specifica dello sviluppo evolutivo. Gli autori sottolineano come i giovani pazienti sperimentino tipi di dolore diverso durante il percorso di cura oncologica causato dalla malattia stessa, dalle procedure diagnostiche e terapeutiche e dagli effetti collaterali delle terapie.

Rilevante della review è l’importanza di adottare approcci di valutazione gestione del dolore adeguati allo stadio di sviluppo del bambino: età, competenze comunicative, capacità cognitive, livelli di paura e ansia che vanno a influenzare in maniera significativa come i bambini percepiscono, interpretano ed esprimono il dolore. Pertanto, gli strumenti e le strategie scelti per la valutazione devono considerare tali caratteristiche evolutive del paziente (Duffy et al., 2019).

Gli autori evidenziano anche l'importanza di approcci multimodali alla gestione del dolore nei pazienti oncologici pediatrici integrando sia strategie farmacologiche sia non farmacologiche per alleviare la sofferenza fisica ed emotiva.

In sintesi, questo studio mette in evidenza come, per ottenere una gestione del dolore efficace nei bambini oncologici è essenziale considerare lo sviluppo del bambino e la sua età poiché questi fattori influenzano sia la percezione che l'espressione del dolore. Infatti, approcci personalizzati sono fondamentali per offrire un trattamento del dolore che sia efficace e centrato sul paziente.

L'articolo di Le-Short et al (2022) propone una revisione della letteratura sulla gestione del dolore nei pazienti oncologici pediatrici con particolare attenzione agli approcci interventistici. Gli autori sottolineano come il dolore rappresenti uno dei sintomi più frequenti e complessi nei bambini affetti da patologie oncoematologiche, influenzando in modo significativo la qualità della vita e il benessere psicofisico. La review evidenzia che il dolore oncoematologico pediatrico è multifattoriale e può derivare dalla malattia stessa, dalle procedure diagnostico-terapeutiche, dagli interventi chirurgici o dagli effetti collaterali dei trattamenti, assumendo forme nocicettive, neuropatiche o episodiche (breakthrough pain). Tale esperienza si configura come multidimensionale e richiede una valutazione e una gestione multimodale, adattata allo stadio di sviluppo del bambino (Le-Short et al., 2022).

In conclusione, l'esperienza del dolore in età pediatrica emerge come un fenomeno complesso e in continua trasformazione, fortemente influenzata dal livello di sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino. Il dolore del bambino oncologico si colloca all'intersezione tra maturazione cognitiva, sviluppo emotivo e contesto di cura, assumendo caratteristiche differenti in base all'età alle competenze comunicative e alle capacità di attribuire significato all'esperienza vissuta. La complessità delle forme che il dolore può assumere richiede un approccio integrato e personalizzato capace di coniugare interventi farmacologici e strategie di supporto psicologico ed educativo.

1.1.3. Il ruolo degli adulti nella mediazione del dolore

L'esperienza del dolore in età evolutiva è fortemente influenzata da una molteplicità di fattori (emotivi, cognitivi e contestuali). In quest'ottica, un ruolo fondamentale è svolto dagli adulti che circondano il bambino (genitori, insegnanti e operatori sanitari), i quali agiscono come mediatori nella comprensione e gestione del dolore. Attraverso le parole, i gesti contribuiscono a dare significato all'esperienza dolorosa orientando le modalità di risposta.

È opportuno fare riferimento al contributo del docente e psicologo Albert Bandura, noto per il suo lavoro sulla teoria dell'apprendimento sociale (1977), nella quale ha evidenziato come gran parte dei comportamenti umani non derivino solo dall'esperienza diretta, ma si sviluppino attraverso l'osservazione e l'imitazione dei modelli di riferimento significativi.

Secondo l'autore i bambini apprendono non solo le azioni, ma anche le reazioni emotive e le strategie di coping osservando il comportamento degli adulti, tutto questo viene chiamato modelling, definito come quel processo di apprendimento che si attiva quando il comportamento di un individuo che osserva si modifica in base al comportamento di un altro individuo. Un esempio di questo processo è l'esperimento della bambola Bobo (Bobo doll experiment), nella quale erano coinvolti bambini di età compresa tra i 3 e i 6 anni. L'esperimento si svolse in una stanza chiusa, dove lo psicologo aveva formato tre gruppi:

1. Nel primo gruppo inserì uno dei suoi collaboratori che si presentò aggressivo con il pupazzo
2. Nel secondo gruppo l'adulto giocava con altri giochi senza essere aggressivo con il pupazzo
3. Nel terzo gruppo, i bambini non avevano alcun modello da seguire e giocavano liberamente

In una seconda fase i bambini venivano portati in una stanza dove erano presenti giochi innocui e giochi aggressivi. Bandura verificò che i bambini che avevano osservato l'adulto avere atteggiamenti aggressivi verso Bobo erano più inclini a comportarsi nella stessa maniera. In questo esperimento Bandura dimostrò quindi che il comportamento dei bambini può essere modellato per imitazione. Nel contesto del dolore questo implica che, il modo in cui genitori, insegnanti e altre figure di cura reagiscono alla sofferenza modella la percezione e la gestione del dolore da parte del bambino. Attraverso questo processo di modellamento il bambino interiorizza determinati schemi di risposta influenzando il suo modo di affrontare situazioni dolorose future. In questo senso, la teoria dell'apprendimento sociale evidenzia come l'ambiente familiare e scolastico svolge un ruolo determinante nel fornire un modello comportamentale attraverso il quale il bambino impara a interpretare e affrontare il dolore.

In questa prospettiva risulta evidente come gli adulti diventino veri e propri interpreti e traduttori della complessità della malattia per i bambini. Soprattutto con bambini piccoli (fascia d'età 0-3 anni) comprendere la sofferenza richiede competenze cognitive ed emotive

che nella prima infanzia sono in via di sviluppo. Per questo motivo, il ruolo dell'adulto diventa essenziale nel fornire rassicurazioni adeguate e spiegazioni specifiche con strumenti narrativi attraverso i quali il bambino possa comprendere e interiorizzare ciò che gli sta accadendo.

In questa condizione risulta efficace la storia “Il pentolino di Antonino” di Isabelle Carrier (2018). Narra di un bambino, chiamato Antonino a cui un giorno cade un pentolino in testa e sarà costretto a trascinarlo con sé. Inizialmente il pentolino è un peso che lo ostacola e lo rende diverso in quanto le persone che lo incontrano per strada notano solo quello. Un giorno incontra una persona che lo aiuta a cambiare prospettiva: capisce che può trasformare il pentolino da un limite ad una risorsa, imparando ad usarlo per far emergere le sue qualità uniche invece di lasciarsi definire dal pentolino. Questo albo illustrato fornisce una metafora delicata e inclusiva delle difficoltà invisibili che alcuni bambini affrontano quotidianamente.

Al tempo stesso risulta efficace per accompagnare i bambini nella comprensione di ciò che può significare convivere con una malattia: il testo permette di esplorare vissuti emotivi complessi e di promuovere modalità più funzionali per fronteggiare l'esperienza dolorosa (Boffo, 2022).

Nella malattia del bambino il ruolo che il genitore assolve è quello di “guardiano della biografia del figlio ovvero mantenere sempre vivo il collegamento del bambino e della sua storia con il mondo fuori dell'ospedale con la sua normalità.” (Boffo, 2022, p.89)

Essere quindi “guardiani della biografia” significa ricordare al bambino la sua identità nonostante la malattia che lo accompagna. Mantenere vive le narrazioni familiari, ricordare ciò che il bambino ama fare nella quotidianità come parlare della scuola e dei compagni contribuisce a conservare la continuità del suo percorso di crescita. In questo modo il genitore sostiene il figlio emotivamente e facilita anche un senso di normalità e stabilità.

Ai fini di esplicitare al meglio il mio pensiero volevo evidenziare un estratto, tratto dal libro “La scuola in ospedale: Tirocinio e formazione degli insegnanti” (2015, p. 119), del pensiero di una madre con suo figlio affetto da malattia cronica:

“Io gli parlavo, io stavo lì gli raccontavo tutto quello che succedeva, gli raccontavo tutto, gli raccontavo cos'era la vita, gli raccontavo del cielo, gli raccontavo della terra, gli raccontavo dei colori, gli raccontavo che gli alberi erano verdi, che il cielo era azzurro, che aveva una nonna, che aveva tre nonni, che aveva delle zie, dei cugini, gli raccontavo tutto, mi ricordo gli raccontavo di Babbo Natale, gli cantavo...”

Il sopraggiungere di una malattia cronica in età pediatrica condiziona la vita del bambino per molto tempo, ma l'impatto si riverserà anche su tutta la famiglia, in quanto si andrà a minare l'equilibrio della stessa. Per questo, anche il sistema familiare si adatta alla malattia secondo un processo emotivo suddiviso per fasi.

La fase di shock iniziale nella quale si ritrova uno stato di confusione, disorientamento, la fase di negazione che protegge da una realtà vista come inaccettabile, la fase di depressione, la quale comporta una profonda tristezza e impotenza di fronte alla diagnosi, la fase di rielaborazione che può tradursi in una iperprotezione nei confronti del bambino o in un distanziamento da parte del genitore affidando tutto agli operatori sanitari qualificati, infine la fase di accettazione la quale comporta una possibile convivenza con la malattia e tutto ciò che essa comporta (Boffo, 2020).

In conclusione, delle considerazioni presentate, il ruolo degli adulti nella mediazione del dolore infantile si configura come un elemento decisivo per la comprensione e la gestione dell'esperienza dolorosa. La capacità degli adulti di fornire significati e una continuità narrativa costituisce la cornice attraverso cui il bambino può comprendere, integrare e affrontare l'esperienza dolorosa, permettendo all'evento traumatico di rappresentare un processo evolutivo nella crescita.

1.2. Teorie e modelli di coping

Il concetto di coping rappresenta un elemento centrale nella comprensione delle modalità attraverso cui, sia bambini che adolescenti, affrontano il dolore e le situazioni di malattia. Questo approccio è nato all'interno della psicologia dello stress, successivamente si è sviluppato attraverso diversi modelli teorici. Il coping e in particolare le strategie di coping al dolore "sono quelle risposte comportamentali e cognitive che vengono messe in atto per far fronte a episodi che causano dolore" (Bonichini e Axia, 2000, p.98). Nel contesto pediatrico questo assioma presenta caratteristiche peculiari poiché le capacità di superamento si intrecciano con i processi di sviluppo, con le competenze comunicative e il ruolo fondamentale delle figure di riferimento.

In questo paragrafo verranno presentate le origini del concetto di coping e il modello di riferimento più influente ideato da Lazarus e Folkman, che costituisce la base teorica per le successive applicazioni in ambito sanitario e pediatrico. Successivamente saranno analizzati i principali modelli di coping infantile, evidenziando come le strategie dei bambini differiscano da quelle degli adulti e di come evolvono nel corso dello sviluppo.

Infine, verrà approfondita la distinzione tra coping adattivo e disadattivo nel contesto della malattia oncoematologica, fornendo particolare cura alle implicazioni sul benessere psicologico, sulla gestione del dolore e sul percorso di cura.

1.2.1. Origini del concetto di coping

Nella seconda metà del Novecento il concetto di coping inizia ad essere preso in considerazione negli studi sullo stress e sulle emozioni, periodo nel quale la psicologia si concentrava principalmente sulle risposte fisiologiche dello stress.

Fu dagli anni '60, grazie allo psicologo Richard S. Lazarus che il coping iniziò a essere definito come un processo psicologico attivo e complesso.

Il modello raggiunse la piena formalizzazione con l'opera di Lazarus e Susan Folkman "Stress, Appraisal, and Coping" (1984) considerata la pubblicazione fondamentale per la definizione moderna di coping. Nel volume il coping viene descritto come un insieme di sforzi cognitivi e comportamentali che l'individuo mette in atto per gestire richieste percepite come superiori alle proprie risorse.

Per comprendere meglio questa prospettiva innovativa facciamo riferimento al testo edito da Amanda Biggs et al (2017), in particolare il capitolo nel quale tratta il modello di Lazarus e Folkman. Secondo gli autori, quando una situazione viene percepita come potenzialmente minacciosa o rilevante per il benessere dell'individuo (valutazione primaria) e allo stesso tempo richiede sforzi per essere gestita (valutazione secondaria) si attivano specifiche strategie di coping (Biggs et al, 2017). All'interno della prospettiva transazionale, il coping è quindi definito come: "un cambiamento cognitivo costante e sforzi comportamentali per gestire le richieste esterne e/o interne che vengono valutate come gravose o eccedenti le risorse di una persona" (Lazarus e Folkman, 1984, p.141).

In questa cornice teorica, l'adattamento è concepito come un processo dinamico e orientato al cambiamento, piuttosto che come una caratteristica stabile della persona prevedendo azioni consapevoli e intenzionali attivate nel momento in cui un individuo interpreta una situazione come stressante (Biggs et al, 2017). Un esito positivo del processo di adattamento può contribuire al ripristino dell'equilibrio psicologico, mentre un esito negativo può richiedere l'attivazione di ulteriori strategie di coping. Il fallimento ripetuto nell'affrontare la malattia può invece generare effetti negativi sia sul piano emotivo sia su quello fisiologico (Biggs et al, 2017).

La teoria dello stress e del coping di Lazarus e Folkman evidenzia quindi come il processo di stress sia un ciclo continuo di transizione tra individuo e ambiente, caratterizzato dalla

percezione di uno squilibrio e dall'attivazione di processi adattivi orientati al suo superamento (Biggs et al, 2017).

1.2.2. Modelli di coping infantile: cognitivi, emotivi e comportamentali

La comprensione delle modalità attraverso cui i bambini affrontano il dolore e gli eventi stressanti richiede un approfondimento dei principali modelli di coping infantile.

A differenza degli adulti, i bambini dispongono di risorse cognitive, emotive e comportamentali ancora in via di sviluppo, che influenzano il modo in cui interpretano l'esperienza dolorosa e le strategie che adottano per gestirla.

La letteratura sul coping è vasta, ma difficile da interpretare, per questo vengono sviluppate alcune revisioni, raccolte nell'articolo di Nabbiohn et al (2021) nel quale hanno valutato criticamente la misurazione e concettualizzazione del coping nelle malattie croniche del bambino e dell'adulto. La ricerca evidenzia una mancata chiarezza su come i giovani affrontino il dolore, dovuta a questi tre fattori principali: la vastità della letteratura, l'uso di terminologie e categorizzazioni poco chiare delle risposte di coping e le incoerenze nel modo in cui le risposte di coping vengono misurate in vari studi (Nabbiohn et al, 2021).

Nello studio viene analizzato un campione pediatrico di età compresa tra 0 e 18 anni, con l'obiettivo principale di indagare le capacità dei giovani di fronteggiare il dolore e lo stress ad esso associati. La revisione sistematica condotta, per mappare la misurazione e concettualizzazione del coping, comprende tre domande di ricerca specifiche: "In chi, cosa, perché e come vengono misurate le risposte di coping? Come sono state concettualizzate le risposte di coping in letteratura? Le risposte di coping sono misurate e contestualizzate in modo coerente rispetto allo scopo previsto?" (Nabbiohn, 2021).

I risultati portati da questa ricerca enfatizzano la complessità della letteratura per questa tematica e mettono in luce alcune lacune o incongruenze tra gli studi presi in considerazione.

Si suggerisce, infine, che le ricerche future attribuiscano priorità allo sviluppo e alla validazione di teorie e strumenti di misurazione specifici per le risposte di coping al dolore cronico in età pediatrica. Il lavoro di Nabbiohn et al. (2021) mette in evidenza come, nel campo del dolore pediatrico, il concetto di coping sia ancora caratterizzato da una notevole eterogeneità teorica e metodologica che evidenzia la necessità di chiarire meglio le dimensioni cognitive, emotive e comportamentali del coping nei bambini e negli adolescenti.

In continuità con tali considerazioni, lo studio di Polizzi et al. (2015) rappresenta un contributo empirico rilevante in quanto analizza il mondo in cui i bambini affetti da leucemia linfoblastica acuta (ALL) affrontano psicologicamente la malattia, mettendo in relazione le

loro strategie di coping con il locus of control, ovvero la precisione di avere, o non avere, controllo sugli eventi della propria vita. Il concetto di locus of control si divide in due categorie (Polizzi et al., 2015):

- Interno: il bambino percepisce di avere una certa influenza su ciò che accade loro tendendo a utilizzare strategie più efficaci. Questi bambini ricorrono a strategie di coping cognitivo attivo, come la rielaborazione della situazione, la ricerca di significato e la partecipazione collaborativa alle cure ed evidenziano anche una migliore regolazione emotiva
- Esterno: Il bambino attribuisce la malattia al destino o ad azioni di altri. Questi bambini utilizzano strategie evitanti o passive. In questi casi si osserva una maggiore vulnerabilità emotiva e un rischio più elevato di disagio psicologico.

I risultati dello studio evidenziano una relazione significativa tra il tipo di locus of control e le strategie di coping adottate sottolineando l'importanza di sostenere nei bambini malati un senso di competenza e di partecipazione attiva al percorso di cura. Promuovere una percezione di controllo, adeguata all'età e alla condizione clinica, può favorire l'adozione di strategie di coping più funzionale (Polizzi et al., 2015).

Questi due studi hanno contribuito a delineare un quadro coerente per quanto concerne il tema sul coping. Nabbijohn et al (2021) hanno evidenziato l'urgenza di un avanzamento teorico e metodologico nel definire il coping in età pediatrica. Polizzi et al (2015) evidenziano come la percezione di controllo rappresenti una variabile centrale nel modo in cui i bambini con leucemia affrontano la malattia offrendo importanti indicazioni per interventi mirati in ambito oncoematologico.

In questo contesto si uniscono altri autori Hildenbrand et al (2011) che propongono un'analisi approfondita delle modalità con cui i bambini affetti da neoplasia affrontano lo stress legato alla malattia e ai trattamenti, adottando un approccio metodologico sia misto che integrato da dati qualitativi e quantitativi. L'obiettivo dello studio era quello di comprendere sia quali strategie di coping vengano utilizzate dai bambini oncologici, sia come i bambini descrivono e affrontano la loro esperienza.

Il campione è costituito sia dai bambini in età scolare (6-12 anni), affetti da diverse forme di neoplasie che dai loro genitori. Attraverso questionari standardizzati e interviste semi-strutturate, gli autori analizzano le strategie di coping adottate in relazione a situazioni stressanti specifiche come procedure mediche, effetti collaterali della terapia, cambiamenti

nella quotidianità (Hildenbrand et al., 2011). I risultati mostrano che i bambini cambiano le modalità di coping in base alla situazione. Emergono infatti componenti cognitive, emotive e comportamentali (Hildenbrand et al., 2011):

- Sul piano cognitivo molti bambini fanno ricorso a processi di ristrutturazione del pensiero elaborando e interpretando la malattia come più comprensibile e tollerabile.
- Sul piano emotivo compaiono strategie come l'espressione delle emozioni, la ricerca di conforto e la regolazione dell'ansia.
- Sul piano comportamentale si ritrova la distrazione, il coinvolgimento in attività piacevole, rilassamento e collaborazione attiva durante le cure.

Elemento centrale dello studio riguarda la scelta delle strategie efficaci che rappresentano la combinazione flessibile di più dimensioni. Infatti, i bambini che utilizzano modalità più orientate ad affrontare la situazione (chiedere informazioni, parlare delle proprie paure ...) tendono a mostrare un miglior adattamento psicologico rispetto a chi ricorre a strategie di evitamento (Hildenbrand et al., 2011). Lo studio evidenzia anche il ruolo della famiglia nel sostenere e modellare le strategie di coping. Tale supporto, influenza direttamente la capacità del bambino di regolare le proprie emozioni e di attivare strategie funzionali (Hildenbrand et al., 2011).

In conclusione, i modelli di coping infantile evidenziano come le risposte dei bambini e degli adolescenti al dolore, causato da una malattia oncologica, emergano da una combinazione complessa di processi cognitivi, emotivi e comportamentali, ciascuno con un ruolo specifico nel modulare l'esperienza soggettiva e l'adattamento funzionale. L'insieme di queste componenti (cognitive, emotive e comportamentali) conferma il carattere dinamico e multidimensionale del coping in età evolutiva. Comprendere tali differenze risulta fondamentale per identificare i fattori di vulnerabilità e di protezione e per orientare interventi clinici e pedagogici mirati a promuovere modalità di risposte alla malattia più adattive. La riflessione sui modelli di coping infantile, pertanto, costituisce la base necessaria per approfondire i meccanismi attraverso cui il dolore viene vissuto, regolato e trasformato nel corso dello sviluppo.

1.2.3.Coping adattivo e disadattivo nel contesto della malattia

Considerata la natura multidimensionale del coping infantile, risulta importante approfondire le modalità con le quali tali strategie possono comportare esiti più o meno favorevoli nei

giovani pazienti. In età pediatrica, non sempre le strategie utilizzate per fronteggiare la malattia e il dolore hanno lo stesso impatto: alcune possono facilitare l'adattamento, la regolazione emotiva e il mantenimento delle attività quotidiane, altre invece tendono a intensificare la sofferenza e instaurare meccanismi negativi che alimentano paura e stress.

Compas et al (2017, p 4), affermano che “The ability to cope with stressful events and circumstances and regulate emotions across situations may play a primary role in the development of resilience and reducing the risk for psychopathology during childhood and adolescence”.

L'analisi della distinzione tra coping adattivo e disadattivo fornisce la possibilità di comprendere sia le strategie più efficaci da attuare nel contesto nel quale si trova il paziente, ma anche quali configurazioni comportino un maggior rischio di compromissione psicologica e funzionale.

Nella ricerca elaborata da Chaaya et al (2025), vengono evidenziate le due fasi principali che un individuo attraversa prima di gestire una situazione stressante o di disagio.

Viene definita dagli autori “valutazione primaria” la fase in cui il paziente valuta l'importanza della situazione nella quale si trova e il livello di minaccia da essa rappresentata. Successivamente si sviluppa la fase di “valutazione secondaria” nella quale si esaminano le modalità più efficaci per gestire la situazione (Chaaya et al., 2025).

Lazarus e Folkman, autori della teoria Transnazionale di Stress e Coping, hanno proposto una prima suddivisione per le strategie di coping: coping focalizzato sul problema e coping focalizzato sulle emozioni. Il primo tipo riguarda le strategie messe in atto da un individuo per affrontare direttamente la causa della situazione problematica, mentre il secondo si focalizza sulla modulazione delle risposte emotive generate dal disagio stesso (Chaaya et al., 2025).

Ricerche più recenti hanno messo in evidenza un'altra categorizzazione definita coping adattivo e coping disadattivo. Tale suddivisione viene esplicitata nell'articolo di Chaaya et al. (2025). L'esempio riportato riguarda l'epidemia da COVID-19 che ha costretto in poco tempo gran parte della popolazione ad abbandonare le loro abitudini. Durante questo periodo le persone hanno sperimentato interruzioni nella loro vita quotidiana una maggiore incertezza e paura e ansie riguardo al lavoro. Le persone che hanno scelto di accettare la realtà della situazione hanno riformulato positivamente i loro pensieri e hanno utilizzato un coping adattivo sviluppando benessere psicologico più elevato, mentre coloro che hanno utilizzato distacco, isolamento e auto-colpevolizzazione si sono serviti di strategie di coping disadattive sperimentando un benessere mentale generale ridotto (Chaaya et al., 2025).

Concentrandosi maggiormente nel campo di ricerca della malattia oncoematologica ritroviamo il contributo di Desjardins et al. (2020) che analizza il modo in cui le strategie di coping adottate dai bambini e adolescenti (5-17 anni) con diagnosi di tumore influenzano il loro adattamento sociale nel primo anno dopo la diagnosi. Gli autori partono dall'idea che la malattia oncologica pediatrica rappresenti uno stress complesso e incontrollabile, che richiede da parte del bambino un continuo processo di adattamento non solo emotivo ma anche sociale. Le strategie di coping vengono analizzate attraverso un modello che distingue tre categorie principali (Desjardins et al. 2020):

- Primary control coping: comprende tentativi diretti di modificare la situazione o la propria risposta emotiva (problem solving)
- Secondary control coping: comprende strategie di adattamento cognitivo, come accettazione, ristrutturazione positiva e flessibilità mentale. Questa modalità è rilevante nel contesto oncologico nel quale molte situazioni possono essere modificate direttamente
- Disengagement coping: comprende modalità di evitamento, negazione o ritiro

I risultati dello studio mostrano che le strategie di coping orientate al controllo primario e secondario sono associate ad un miglior adattamento sociale nel tempo. Al contrario l'uso di strategie come l'evitamento o il ritiro tendono ad essere associate ad una maggiore difficoltà di adattamento sociale. Gli autori sottolineano però che l'evitamento non è da considerare sempre in maniera negativa in quanto, in alcune fasi di dolore acuto, può avere anche una funzione protettiva temporanea (Desjardins et al., 2020).

Un aspetto dello studio, già evidenziato in precedenza, è la dimensione evolutiva. L'età, infatti, influisce sul tipo di strategie utilizzate e sulla loro efficacia. I bambini (5-11 ≈) tendono a fare maggiore affidamento su forme di coping più concrete e comportamentali, mentre gli adolescenti (12-15 ≈) utilizzano maggiormente strategie cognitive complesse (Desjardins et al., 2020).

In sintesi, questo sottoparagrafo mostra come il coping in età evolutiva rappresenti un processo complesso e influenzato dalla condizione di stress, dalle risorse personali e dal contesto nel quale vive il paziente. Gli studi chiariscono come le strategie di coping adattive (problem solving, ristrutturazione cognitiva e regolazione emotiva) contribuiscano allo sviluppo di competenze resilienti. Al contrario l'uso di strategie disadattive (evitamento,

ipervigilanza o catastrofizzazione) possono consolidare uno schema negativo che aumenta la vulnerabilità del paziente e intensifica il suo dolore. Questi risultati evidenziano l'importanza di individuare le modalità di coping utilizzate dai soggetti analizzati e di promuovere interventi educativo e clinici mirati. Favorire nei bambini una maggiore consapevolezza emotiva e una capacità di gestione dello stress migliorano il benessere del paziente e rappresentano un investimento per l'equilibrio psicologico futuro.

1.3. Coping e malattia oncoematologica

“Il momento della diagnosi di una malattia oncoematologica è visto come un vero e proprio shock e le emozioni che più lo caratterizzano sono paura e isolamento” (Boffo, 2022, p. 95).

La diagnosi di una malattia oncoematologica rappresenta, sia per il bambino che per la famiglia, un evento critico che riesce a interrompere la quotidianità del nucleo familiare introducendo incertezze e paure. Rende più critica la situazione in questo quadro clinico le cure e la durata dei trattamenti a cui il paziente deve sottoporsi con un impatto tanto fisico quanto emotivo. Comprendere come i pazienti reagiscono, interpretano e gestiscono l'esperienza della malattia permette di cogliere le difficoltà che si manifesteranno nel percorso terapeutico, ma anche le risorse che potranno essere attivate.

In questo paragrafo si analizzerà l'impatto emotivo della diagnosi e delle terapie evidenziando le risposte psicologiche più frequenti e le sfide evolutive che ne derivano. Si dimostrerà come la diagnosi alla cura comporti una instabilità non solo nel bambino, ma anche nel contesto socio-familiare. Successivamente verrà spiegato e analizzato il concetto di oncoematologia pediatrica con particolare attenzione ad alcune forme frequenti nei bambini di età scolare. Infine, si affronteranno le principali strategie di coping nei bambini affetti da patologie oncoematologiche con una particolare attenzione al Modello di Coping al dolore di Varni. L'interazione tra le varie aree elencate favorisce l'emergere di forme di coping funzionali e aiuta a sostenere, attraverso interventi educativi e relazionali, il paziente nel suo percorso di cura.

1.3.1. Impatto emotivo della diagnosi e delle cure

La comunicazione di una diagnosi oncoematologica in età pediatrica rappresenta un evento impattante il quale è capace di interrompere in maniera netta la continuità e la sicurezza che caratterizza l'infanzia. Per il bambino la malattia non riguarda soltanto il corpo ma anche il suo vissuto emozionale, relazionale e la percezione di sé.

Inerente a questo quadro teorico appena delineato, nello studio di Gentile et al (2025) viene indagato l'impatto sia psicologico che psicosociale della neoplasia in età pediatrica combinando rilevazioni quantitative effettuate sui bambini in cura e sui loro caregiver con ulteriori misure quantitative e approfondimenti qualitativi ricavati da un campione distinto di giovani adulti sopravvissuti alla malattia. Viene utilizzato un approccio misto (mixed-method) somministrato ad un campione di 122 individui divisi in tre gruppi: 52 minorenni, 52 caregiver, 18 giovani adulti sopravvissuti alla malattia (Gentile et al., 2025).

I risultati ottenuti, riguardanti la parte quantitativa, hanno evidenziato una maggioranza di livelli medio-bassi di depressione, ansia o altri disturbi psicologici. I punteggi dei caregiver restano nella normalità suggerendo un adattamento positivo durante la fase del trattamento (Gentile et al., 2025).

Per quanto concerne la parte qualitativa gli intervistati hanno riportato un'esperienza emotiva complessa vissuta durante il periodo della malattia. Per questo gruppo di ex-pazienti la malattia è descritta non solo come trauma, ma come punto di svolta che ha modificato le loro priorità rispetto al loro vissuto. La guarigione corporea e quella psicologica non coincidono in quanto il ritorno alla normalità è spesso accompagnato da fragilità emotiva, paura di una recidiva e difficoltà nel ricostruirsi. Infine, molti sopravvissuti hanno dovuto affrontare anche le responsabilità caratteristiche dell'età adulta (lavoro, progetti futuri, scelte di procreazione) le quali hanno comportato sia autonomia e forza, ma anche insicurezze e ansia (Gentile et al., 2025).

Da questo studio si sottolinea ancora una volta l'importanza di un sistematico approccio multidisciplinare, mirato a favorire strategie di coping adattive. In prospettiva pedagogica tali risultati offrono spunti per progettare interventi formativi e attività educative che possano sostenere i bambini e i ragazzi nell'acquisizione di competenze emotive e relazionali utili nel fronteggiare le situazioni di stress e disagio peculiari della malattia.

Carlsson et al (2019) evidenziano, inoltre, come la diagnosi e le cure influenzino il benessere dei genitori comportando ansia, stress e depressione e anche comportino ricadute a livello psicologico sul figlio. In questa analisi gli autori hanno affermato che i genitori di bambini

affetti da neoplasia tendano a dimostrare sintomi da stress post-traumatico, conseguenti alla routine ospedaliera e alle sfide cliniche a cui il figlio è stato sottoposto. Il campione preso in considerazione per questo studio è costituito da 15 genitori il cui figlio aveva terminato il trattamento oncologico da circa due anni. I genitori sono stati intervistati due volte per individuare le esperienze soggettive del disagio (Carlsson et al., 2019).

Dall'analisi condotta nella ricerca si evidenziano due aree tematiche che vanno a descrivere il vissuto dei pazienti. La prima viene identificata come la fase di cura nella quale si riscontrano temi come reazioni iniziali di fronte a una situazione incontrollabile, adattamento alla nuova realtà, concentrazione totale sulla cura del figlio. La seconda area tematica riscontrata riguarda la fine del trattamento curativo e le tematiche evidenziate in questa area sono molteplici: difficoltà nel tornare a una vita "normale", ferite emotive, paure e timori incontrollabili, cambiamenti nella visione della vita e nuove priorità. I genitori hanno raccontato esperienze di sofferenza secondo vari livelli: fisico, psicologico, e sociale.

Gli studiosi hanno concluso che, anche dopo la guarigione clinica del bambino, i genitori possono continuare a manifestare disagio psicologico importante come ansia, paura, stress o difficoltà nel ritornare alla normalità: si evidenzia quindi un bisogno insoddisfatto di supporto psicologico da parte del genitore. Alla luce di questa situazione viene rilevata l'importanza di screening psicologico sistematico per individuare genitori in difficoltà e creare quindi dei programmi adeguati di supporto psicosociale e psicoterapeutico (Carlsson et al., 2019).

In conclusione, gli studi di Gentile et al. (2025), e di Carlsson et al. (2019), hanno delineato come l'esperienza oncologica in età pediatrica produca effetti profondi e persistenti i quali non si traducono solo nella dimensione clinica, ma anche nella sfera emotiva, identitaria e relazione sia dei bambini che delle loro famiglie. In prospettiva pedagogica, tali evidenze suggeriscono la necessità di progettare ambienti educativi capaci di sostenere la rielaborazione narrativa dell'esperienza di malattia, favorendo continuità identitaria e senso di competenza.

La malattia oncologica si configura come un evento critico che interrompe la continuità dell'esperienza infantile e altre forme di equilibrio familiare generando vulnerabilità, timore ed incertezza che possono persistere anche dopo la guarigione. La presenza di un bambino malato all'interno di una famiglia attrae su di sé l'attenzione e la cura, anche a discapito di altri componenti, intensificando la relazione soprattutto con la madre. La letteratura narrativa, come nel romanzo *Wonder* di R.J. Palacio (2013), offre una rappresentazione simbolica delle dinamiche familiari che si instaurano in presenza di una condizione cronica, evidenziando il rischio di una ridefinizione dei ruoli centrata esclusivamente sul bambino malato. Il libro

tratta la storia di un bambino di nome August che ha dovuto subire operazioni frequenti per una deformazione craniofacciale. Questa situazione ha portato la madre a scegliere di dedicarsi totalmente alla cura del figlio a scapito della propria vita professionale. Olivia, la sorella maggiore di Auggie, dice “In casa Auggie è il sole e tutto ruota intorno a lui “. Tale passaggio evidenzia come il paziente in utero diventi il centro e attorno a lui si costruisce tutto: routine, famiglia, ruoli, nuovi tempi e spazi.

1.3.2. La dimensione ansiosa nell'esperienza dolorosa in ambito oncoematologico pediatrico

La dimensione ansiosa rappresenta una componente centrale nell'esperienza di malattia del bambino con patologia oncoematologica. In ambito pediatrico, l'ansia non si configura esclusivamente come reazione emotiva transitoria alla diagnosi, ma assume caratteristiche più articolate, intrecciandosi con l'esperienza del dolore, con le procedure terapeutiche invasive e con l'incertezza legata al decorso clinico. Il percorso di cura oncoematologico espone infatti il bambino a ripetute situazioni stressanti che possono favorire l'insorgenza di diverse manifestazioni ansiose, tra cui ansia anticipatoria, ansia procedurale e sintomatologia post-traumatica.

In tale prospettiva, l'ansia non costituisce soltanto una risposta emotiva al contesto sanitario, ma si configura come un fattore in grado di modulare significativamente la percezione e l'elaborazione del dolore, influenzando i processi di coping e l'adattamento psicologico del bambino alla malattia.

Anggraeni e Luisiana (2022) hanno analizzato la letteratura scientifica relativa agli aspetti psicologici nei bambini con diagnosi oncologica, con l'intento di identificare le principali manifestazioni emotive e comportamentali associate alla malattia e ai trattamenti.

Gli autori hanno condotto una revisione sistematica di studi empirici focalizzati sulle conseguenze psicologiche del tumore in età pediatrica. Gli studi inclusi esaminavano variabili quali ansia, depressione, stress, adattamento emotivo e funzionamento psicosociale.

La revisione sottolinea che l'ansia nei bambini oncologici non è un fenomeno isolato, ma si inserisce in un quadro più ampio di stress psicologico legato a fattori multipli, come: dolore e procedure invasive, ospedalizzazione prolungata, incertezza prognostica, effetti collaterali dei trattamenti e cambiamenti nella routine quotidiana. Inoltre, viene evidenziato che l'intensità dell'ansia può variare in base all'età del bambino, fase della malattia, supporto familiare e strategie di coping disponibili (Anggraeni e Luisiana, 2022).

In conclusione, lo studio evidenzia come i bambini affetti da tumore costituiscano una popolazione psicologicamente vulnerabile, con elevata prevalenza di sintomi ansiosi e depressivi. Gli autori sottolineano la necessità di uno screening psicologico sistematico, interventi di supporto emotivo precoci e approcci multidisciplinari che integrino trattamento medico e supporto psicologico (Anggraeni e Luisiana, 2022).

Hasnani (2023), un altro studioso, analizza i principali fattori associati all'ansia nei bambini con neoplasie durante la degenza ospedaliera, con l'obiettivo di identificare quali tra i diversi stressor siano maggiormente correlati ai livelli di ansia sperimentati dai piccoli pazienti. Lo studio utilizza un approccio trasversale coinvolgendo 165 bambini con diagnosi di tumore che erano ricoverati in ospedale valutando sei potenziali fattori che possono contribuire all'ansia. I risultati principali mostrano che due fattori sono risultati statisticamente significativi nel determinare i livelli più elevati di ansia (Hasnani, 2023):

- Il dolore percepito: correlazione positiva tra una maggiore presenza di dolore nei bambini e un aumento dell'ansia
- La debolezza fisica: associazione tra la debolezza corporea legata alla malattia e ai trattamenti e l'aumento di ansia

In particolare l'analisi statistica ha mostrato che, nel campione di bambini considerato, il dolore è strettamente correlato ai livelli di ansia, con una media di punteggio ansioso di 21,34 nei bambini che lamentavano dolore, e una relazione significativa tra dolore e ansia.

L'articolo sottolinea, inoltre, come l'ambiente ospedaliero, le procedure mediche, la condizione fisica del bambino e altri fonti di stress (sonno disturbato, riduzione dell'appetito, sensazione di malattia) contribuiscano allo stato emotivo negativo, ma il dolore e la debolezza fisica emergono come i principali predittori di ansia in questa popolazione (Hasnani, 2023).

La lettura psicologica pediatrica segnala la carenza di strategie non invasive volte alla gestione dell'ansia. Infatti, la review di Cheng et al. (2022) fornisce un'evidenza quantitativa valutando l'efficacia di utilizzare la realtà virtuale (VR) nella riduzione del dolore, dell'ansia, e paura nei bambini con tumore sottoposti a procedure mediche. La revisione ha incluso sei studi randomizzati e controllati per un totale di 379 pazienti pediatrici oncologici. La meta-analisi ha mostrato che, rispetto alle cure standard, la realtà virtuale:

- riduce significativamente il dolore nei pazienti pediatrici.
- riduce significativamente l'ansia associata a trattamenti e procedure mediche

- riduce significativamente la paura legata alle procedure invasive

Gli autori interpretano questi risultati principalmente come effetto di distrazione multisensoriale, infatti, la VR immerge il bambino in un ambiente visivo-uditivo interattivo che distrae l'attenzione dagli stimoli dolorosi e ansiogeni, promuovendo una riduzione delle risposte emotive negative (Cheng et al., 2022)

In sintesi, la realtà virtuale può essere considerata un intervento non farmacologico efficace per ridurre sia il dolore che l'ansia nei bambini oncoematologici durante procedure mediche, supportando l'idea che le tecniche di distrazione multisensoriale possano migliorare l'esperienza emotiva dei piccoli pazienti.

In conclusione, la letteratura analizzata conferma che la dimensione ansiosa rappresenta un elemento strutturale e non accessorio dell'esperienza oncoematologica pediatrica. L'ansia si configura come un costrutto multidimensionale, influenzato da fattori clinici, fisici, emotivi e strettamente interconnesso con la percezione del dolore e con le modalità di adattamento alla malattia. Gli studi di Anggraeani e Lusiana (2022) evidenziano la vulnerabilità psicologica di questa popolazione, mentre Hasnani (2023) dimostra empiricamente come dolore e debolezza fisica costituiscano predittori significativi dei livelli ansiosi. In tale quadro, l'intervento proposto da Cheng et al. (2022) attraverso l'utilizzo della realtà virtuale offre un contributo rilevante, mostrando come strategie non farmacologiche di distrazione multisensoriale possano incidere simultaneamente sulla riduzione del dolore e dell'ansia procedurale. Emerge quindi la necessità di un approccio integrato che consideri la gestione dell'ansia non solo come supporto psicologico complementare, ma come componente fondamentale del percorso terapeutico oncoematologico pediatrico, al fine di promuovere un adattamento emotivo più funzionale e una migliore qualità dell'esperienza di cura.

1.3.3.Strategie di coping nei bambini affetti da patologie oncoematologiche

Il termine oncoematologia pediatrica raggruppa tumori del sangue e del sistema ematopoietico in adolescenti e bambini: si tratta sia di neoplasie benigne (come leucemia e linfomi) sia di patologie ematologiche complesse che richiedono approcci diagnostici specializzati. Queste condizioni, anche se sono considerate rare soprattutto in età pediatrica, richiedono una presa in carico multidisciplinare che coinvolga figure professionali diverse, con un elevato livello di specializzazione ed esperienza professionale.

Una delle principali neoplasie ematologiche in età pediatrica è la leucemia linfoblastica acuta (LLA), una patologia caratterizzata dalla trasformazione maligna e dalla proliferazione

incontrollata di cellule della linea linfocitaria, ovvero linfociti. Secondo l'AIEPO¹ il picco di incidenza per questa malattia lo si riscontra tra i 2 e i 5 anni. Dal punto di vista clinico, la LLA viene classificata sulla base di specifiche categorie di rischio, determinate da fattori quali l'età del paziente e la conta leucocitaria al momento della diagnosi. In particolare, si distinguono la LLA Standard Risk (LLA-SR), che riguarda prevalentemente bambini di età compresa tra uno e nove anni con una bassa conta leucocitaria, e le forme Medium Risk (LLA-MR) e High Risk (LLA-HR), che includono pazienti con età superiore ai dieci anni e con valori più elevati di leucociti. Nonostante gli elevati tassi di guarigione, attualmente stimati tra l'85% e il 90%, in alcuni casi possono comunque verificarsi episodi di recidiva della malattia. Accanto alla LLA, esistono altre forme di leucemie che, sebbene meno frequenti in età pediatrica, rivestono un'importanza clinica significativa. Tra queste si colloca la leucemia promielocitica acuta (LPA), considerata un sottotipo della leucemia mieloide acuta (LMA). Questa patologia può colpire individui di diverse fasce d'età, sebbene sia più comune negli adulti, e non presenta particolari differenze di incidenza tra i sessi. La leucemia mieloide acuta rappresenta nel complesso una forma relativamente rara di leucemia nei bambini, costituendo circa il 15–20% delle leucemie pediatriche. All'interno delle neoplasie ematologiche più rare si annovera inoltre la neoplasia a cellule dendritiche plasmacitoidi blastiche (BPDCN), una forma particolarmente aggressiva che può manifestarsi anche in età pediatrica. Questa patologia può interessare diversi distretti dell'organismo, tra cui la pelle, con manifestazioni cutanee evidenti, ma anche il midollo osseo, i linfonodi e altri organi interni.

Un'altra patologia ematologica rilevante è il Linfoma di Hodgkin (LH), una neoplasia del sistema linfatico relativamente rara, con un'incidenza stimata tra tre e cinque casi ogni 100.000 persone. La distribuzione della malattia segue un andamento bimodale: un primo picco di incidenza si osserva nei giovani adulti tra i 15 e i 35 anni, mentre un secondo picco compare nelle fasce di età più avanzata. Anche in questo caso, l'incidenza risulta leggermente superiore nel sesso maschile rispetto a quello femminile. Infine, oltre alle neoplasie ematologiche, in età pediatrica si riscontrano anche i tumori solidi, che rappresentano una quota rilevante delle neoplasie infantili. A differenza di molte leucemie, l'incidenza dei tumori solidi tende ad aumentare progressivamente con l'età, rendendo necessarie strategie diagnostiche e terapeutiche specifiche in relazione alla fase di sviluppo del bambino

¹ Associazione Italiana di Ematologia ed Oncologia Pediatrica

Nei bambini in età prescolare (0-5 anni), essere colpiti da una malattia oncoematologica può comportarne effetti tanto fisici quanto psicologici. Infatti, la malattia come la LLA nel bambino piccolo è caratterizzata da sintomi dovuti alle infiltrazioni del midollo osseo che possono comportare stanchezza, riduzione delle difese immunitarie e dolori ossei o articolari. Questi sintomi non causano sofferenza fisica immediata, ma richiedono procedure diagnostiche complesse e terapie prolungate, come chemioterapia, che possono durare mesi o anni. La diagnosi e il trattamento della malattia in età prescolare interferiscono con fasi cruciali della crescita emotiva e cognitiva. L'esperienza di una patologia oncoematologica in età evolutiva produce una combinazione di stress fisico, emotivo che comporta un'interruzione della vita quotidiana. In questo contesto, infatti, agiscono le strategie di coping al dolore e alla malattia che diventano strumenti cruciali per sostenere il benessere psichico e favorire il rispetto del piano terapeutico.

Nell'articolo di Bonichini e Axia (2000) "introduce al lettore un questionario americano per la valutazione delle strategie di coping utilizzato dai bambini in età scolare, per far fronte a situazioni dolorose" (Bonichini e Axia, 2000, p.97). Il modello preso in questione è il Pediatric Pain Coping Inventory (PPCI) di Varni e Waldron (1996) e ha lo scopo di spiegare l'ampia variabilità con cui i bambini riescono ad adattarsi agli effetti connessi all'esperienza dolorosa. Il modello afferma che la percezione del dolore e le risposte comportamentali ad esso collegate siano influenzate da un insieme articolato di fattori. Tra questi rientrano le predisposizioni biologiche, le caratteristiche dell'ambiente familiare, il livello di sviluppo cognitivo, la percezione del supporto sociale e le specifiche strategie di coping adottate dal bambino (Bonichini e Axia, 2000).

Il questionario sopra descritto è uno strumento self-report progettato per offrire una valutazione standardizzata della percezione, da parte del bambino, delle strategie di coping messe in atto di fronte a un'esperienza dolorosa. Lo strumento è disponibile in due versioni distinte: una compilata direttamente dai bambini e una rivolta ai genitori, al fine di ottenere una prospettiva complementare (Bonichini e Axia, 2000).

Un'applicazione significativa del Pediatric Pain Coping Inventory è riscontrabile nello studio di Tremolada et al. (2022), nel quale viene analizzata l'associazione tra specifiche strategie di coping e alcuni fattori legati al trattamento e al dosaggio di analgesici e sedativi impiegati durante la procedura di aspirazione midollare. I risultati emersi indicano che la fiducia dei genitori nei professionisti sanitari e l'efficacia con cui essi stessi mettono in atto strategie di coping rappresentino elementi cruciali per sostenere il benessere del bambino e garantire una situazione di benessere nel corso delle cure. I genitori che riescono a modulare la propria sfera

emotiva sono infatti maggiormente in grado di trasmettere al figlio modalità di adattamento più funzionali contribuendo al mantenimento di un clima familiare più sereno. Dal punto di vista individuale gli autori ipotizzano che gli stili di coping dei bambini derivino dall'interazione tra due orientamenti principali: approccio ed evitamento. Le strategie orientate all'approccio risultano più efficaci in condizioni di stress percepito come controllabile, mentre quelle basate sull'evitamento tendono a risultare più funzionali in presenza di eventi stressanti poco prevedibili o non modificabili.

Le conclusioni dello studio evidenziano come i bambini affetti da leucemia, durante il primo mese di chemioterapia, siano esposti a molteplici fonti di sofferenza quali ricoveri prolungati, dolore procedurale, momenti di inattività forzata e incertezza rispetto al decorso della malattia. Tali condizioni li spingono ad attivare le proprie risorse di coping selezionando le strategie ritenute più utili nelle diverse situazioni stressogene. È emerso, inoltre, che i bambini di età inferiore ai 6 e superiore ai 10 anni presentano una maggiore vulnerabilità con un peggioramento dell'efficacia delle strategie adottate: ciò colloca questi gruppi in una fascia di rischio più elevata.

Un ulteriore dato rilevante riguarda la gestione del dolore: strategie come la distrazione sembrano associarsi negativamente ad alcuni fattori di trattamento, tra cui la durata dell'ospedalizzazione, gli episodi di dolore e la comparsa di alterazione febbrile. Infine, le strategie di richiesta di supporto sociale e di ridotta tendenza alla catastrofizzazione risultano correlate a un minor impiego di farmaci sedativi ipnotici durante la sedazione necessaria per il prelievo midollare. Tale evidenza sottolinea il ruolo centrale delle modalità di coping nel modulare non solo la risposta emotiva al dolore, ma anche il fabbisogno farmacologico necessario durante le procedure invasive.

In sintesi, l'analisi delle strategie di coping nei bambini affetti da patologie oncoematologiche evidenzia la complessità dei processi di adattamento all'esperienza dolorosa e ai percorsi terapeutici ad essa connessi. Il Pediatric Pain Coping Inventory di Varni e Waldron si configura come uno strumento utile non solo per rilevare tali strategie, ma anche per comprendere le diverse modalità con cui il bambino affronta l'esperienza dolorosa permettendo di cogliere risorse e vulnerabilità specifiche.

Parallelamente gli studi empirici confermano l'importanza delle strategie di coping funzionali, quali la richiesta di supporto sociale e la ridotta catastrofizzazione, non solo nella regolazione emotiva del dolore, ma anche in aspetti clinici rilevanti come la riduzione del ricorso ai sedativi durante le procedure invasive.

Inoltre, l'influenza decisiva delle componenti emotive dei genitori evidenzia come il coping del bambino sia profondamente radicato nella qualità del clima familiare richiamando l'urgenza di interventi che includano attivamente il nucleo familiare nei percorsi di supporto psicosociale.

Nel complesso il quadro delineato mette in luce la necessità di approcci multidisciplinari, capaci di integrare dimensioni psicologiche, educative e cliniche al fine di promuovere strategie di coping adattive che facilitino il benessere globale del bambino e migliorino la sua adesione ai trattamenti.

Tale prospettiva risulta particolarmente rilevante in ambito pedagogico dove l'obiettivo non è solo ridurre il disagio emotivo nel breve termine, ma anche sostenere lo sviluppo di competenze personali e relazionali che possano accompagnare il minore lungo tutto il percorso terapeutico.

Capitolo 2: Accompagnare il dolore: prospettive educative e pedagogiche

2.1. La scuola come luogo di cura e continuità

La scuola si configura come uno spazio educativo in cui la dimensioni culturale e quella di cura si intrecciano, rispondendo non soltanto al bisogno di apprendimento cognitivo, ma anche alla necessità di costruire competenze relazionale e identitarie.

In questo spazio, gli alunni sono accompagnati nell'affrontare differenze, cambiamenti, errori, imparando a costruire il proprio modo di agire, di pensare e di essere all'interno di una realtà in continua trasformazione (SIPeS, 2024).

Nel contesto educativo contemporaneo, la scuola è sempre più chiamata a ridefinire il proprio ruolo, superando la concezione esclusivamente trasmissiva del sapere per configurarsi come un luogo di cura, accoglienza e continuità educativa. In particolare, nelle situazioni di fragilità e malattia, l'Istituzione scolastica assume una funzione fondamentale nel garantire non solo il diritto all'istruzione, ma soprattutto la tutela del benessere emotivo e relazionale degli alunni. Infatti, la C.M. 353/1998 afferma che organizzare la scuola in ospedale significa garantire ai piccoli pazienti il diritto e il dovere all'istruzione contribuendo a contrastare il rischio di dispersione.

La scuola diventa uno spazio di cura in cui l'esperienza educativa si intreccia con l'attenzione alla persona nella sua globalità. All'interno di questa prospettiva, il presente paragrafo intende approfondire tre dimensioni connesse tra loro. Verrà affrontato il tema della pedagogica della cura e dell'empatia come fondamento teorico di una scuola attenta alla persona. Successivamente si tratterà il ruolo del docente chiamato ad assumere un ruolo di supporto affettivo ed educativo oltre che didattico. Infine verrà analizzata l'importanza della continuità formativa durante la malattia, intesa come elemento essenziale per preservare il senso di appartenenza, stabilità e identità scolastica dell'alunno. Tali dimensioni consentono di comprendere come la scuola possa rappresentare anche nei momenti di interruzione e difficoltà un riferimento stabile e significativo nel percorso di crescita della persona.

2.1.1. La pedagogia della cura e dell'empatia

Nel dibattito pedagogico contemporaneo, la cura e l'empatia emergono come categorie centrali per ripensare il significato e le finalità dell'educazione. In un contesto scolastico sempre più attraversato da fragilità e complessità relazionali, educare non può limitarsi alla trasmissione di saperi, ma implica la capacità di prendersi cura della persona nella sua globalità. Nell'articolo di Gleason e Mehta (2022) viene proposta la pedagogia della cura come una risposta critica e umanizzante contro quei sistemi educativi orientati a valutare e standardizzare la persona. In questo articolo viene evidenziato come i termini *relazione* e *cura* siano collegati tra di loro: educare significa entrare in relazione con l'altro, assumendosi una responsabilità nei suoi confronti. In questa prospettiva la relazione educativa diventa il luogo privilegiato in cui si realizza la cura. Viene, inoltre, sottolineato come la cura sia interconnessa anche ad un altro termine ovvero l'empatia, intesa come la capacità di comprendere i vissuti senza annullarli o giudicarli. L'empatia consente all'educatore di cogliere i bisogni emotivi, creare ambienti di apprendimento sicuri e inclusivi e sostenere lo sviluppo integrale della persona.

Un ulteriore aspetto centrale è il legame tra cura e giustizia sociale. Infatti, secondo il sociologo Zygmunt Bauman e altri ricercatori, la pedagogia della cura viene definita come: “a examination of power, social location, culture, and access to resources in any relational context, to minimize inequity and maximize the extent to which relationships are reciprocal and justice-oriented” (Zygmunt et al, 2018, p.129). Secondo l'autore la pedagogia della cura implica un atteggiamento critico e consapevole verso il contesto sociale nel quale la relazione educativa si inserisce (Gleason e Mehta, 2022).

In conclusione, la pedagogia della cura si configura come un approccio educativo critico e umanizzante volto a contrastare i tecnicismi e le standardizzazioni dovute dall'istruzione contemporanea. Essa pone al centro la relazione educativa intesa come spazio di responsabilità, attenzione ed empatia, in cui la vulnerabilità dell'altro viene riconosciuta come dimensione costitutiva dell'esperienza educativa. In questa prospettiva la cura non rappresenta un elemento accessorio della didattica, ma una condizione fondamentale per la costruzione di ambienti di apprendimento inclusivi, equi e orientati al benessere della persona (Gleason e Mehta, 2022).

In ambito oncologico e pediatrico, tale prospettiva assume un valore particolarmente significativo, poiché l'esperienza della malattia espone il bambino a condizioni di

vulnerabilità che richiedono un accompagnamento educativo fondato su ascolto, riconoscimento e sostegno emotivo.

2.1.2. Il ruolo del docente come figura di supporto educativo e affettivo

Nel contesto delle scuole in ospedale l'azione educativa assume caratteristiche peculiari che richiedono una ridefinizione del ruolo tradizionale del docente. All'insegnante non viene richiesto unicamente di garantire la continuità degli apprendimenti, ma di essere una figura di riferimento affettivo ed educativo capace di accompagnare l'alunno in un momento di particolare fragilità fisica ed emotiva. In tale contesto l'esperienza scolastica si intreccia con il percorso di cura rendendo necessario un approccio pedagogico sensibile ai bisogni individuali e orientato alla relazione.

Nella C.M. n. 353 (1998) l'insegnante ospedaliero viene riconosciuto come un professionista chiamato a gestire in modo autonomo un processo di insegnamento-apprendimento particolarmente complesso che richiede il possesso di competenze articolate sia di tipo disciplinare sia relazionale. Inoltre egli è tenuto a instaurare relazioni collaborative e costruttive con il personale sanitario, con le famiglie, con le scuole di provenienza degli alunni e con tutte le figure che, all'interno del contesto ospedaliero, si occupano di attività educative, ludiche e ricreative (Bonichini e Putti, 2019). Da queste riflessioni si evince come il docente operatore abbia una funzione complessa: da un lato, è responsabile della progettazione di percorsi didattici flessibili e personalizzati dall'altro, contribuisce a creare un ambiente educativo accogliente e rassicurante in grado di offrire agli studenti un senso di normalità, stabilità e continuità con la vita scolastica precedente.

Nell'articolo di Małkowska-Szkućnik et al. (2021) vengono analizzati, in maniera qualitativa, i bisogni dei docenti che lavorano nelle scuole in ospedale basandosi su interviste semi-strutturate svolte con 21 insegnanti polacchi impegnati in questi contesti. Lo scopo principale di questa ricerca era quello di comprendere quali esigenze percepiscono gli insegnanti ospedalieri nel loro lavoro quotidiano al fine di formulare raccomandazione per migliorare la qualità dell'educazione fornita a studenti in condizioni di salute compromessa.

I principali risultati si sono raggruppati in 5 aree specifiche, le quali delineano una professionalità docente ad alta intensità relazionale, caratterizzata da flessibilità metodologica, capacità di adattamento e gestione del carico emotivo. Tali elementi mostrano come l'insegnante ospedaliero operi in una dimensione che integra competenze didattiche e competenze psico-educative:

1. Condizioni materiali e cambiamento sistemico: I docenti hanno segnalato la mancanza di strutture dedicate e di norme specifiche per le scuole in ospedale. Questo rende difficile organizzare le attività didattiche sottolineando quindi la necessità di un riconoscimento formale².
2. Caratteristiche del lavoro: Il lavoro dell'insegnante ospedaliero è individualizzato e flessibile orientato sia ai contenuti scolastici, ma anche al supporto emotivo dello studente. Viene sottolineata l'importanza di adattare i metodi didattici alle condizioni di salute del paziente.
3. Supporto psicologico: Gli insegnanti riconoscono l'impegno fisico ed emotivo che comporta il lavoro in ospedale soprattutto in situazioni difficili come la malattia grave o la morte di un alunno. Viene quindi reso necessario un supporto psicologico per i professionisti per la gestione dello stress.
4. Autorealizzazione e soddisfazione professionale: Un elemento centrale per la motivazione dei docenti è il contatto con gli studenti costituito da relazioni positive e gratitudine da parte degli alunni per una soddisfazione personale e professionale del docente.
5. Relazioni sociali: quest'area riguarda la relazione e le collaborazioni che si instaurano in questo contesto, con gli studenti, gli insegnanti, le famiglie e il personale medico.

Le evidenze emerse dallo studio qualitativo degli autori mettono in luce come il lavoro dell'insegnante nella scuola in ospedale sia caratterizzato da una forte dimensione relazionale, non solo didattica ma anche emotiva. Nell'articolo viene fornita una visione del ruolo dell'insegnante, dedito all'ascolto e alla flessibilità e sostegno emotivo degli studenti, che comporta un carico emotivo significativo.

In questa prospettiva rientra un ulteriore studio, condotto da Gasser et al. (2017) che offre una cornice teorica utile per comprendere il valore educativo delle pratiche descritte dagli insegnanti ospedalieri.

Tale contributo dimostra come le interazioni caratterizzate da supporto emotivo, ascolto e sensibilità relazionale favoriscano la percezione del docente come figura di cura e rafforzino il senso di fiducia e di riconoscimento degli studenti. L'articolo analizza il ruolo delle interazioni emotive all'interno di una classe e il modo in cui esse influenzino la percezione degli studenti nei confronti dei docenti, in particolare rispetto a due dimensioni: cura e

²In Polonia, a differenza dell'Italia, le scuole in ospedale sono entità autonome con le proprie strutture di gestione dei dipendenti

giustizia. Gli autori partono dal presupposto che l'insegnamento sia un processo relazionale, in cui le competenze emotive incidono sul benessere e sull'esperienza scolastica degli studenti. Lo studio evidenzia come gli insegnanti che dimostrano ascolto attivo, sensibilità emotiva e attenzione ai bisogni degli alunni vengano percepiti come più giusti e attenti alla cura della persona. In particolare, le interazioni caratterizzate da empatia, rispetto e disponibilità favoriscono la costruzione di un clima di fiducia nel quale gli studenti si sentono riconosciuti, compresi e valorizzati. Elemento centrale dello studio è il concetto di supporto emotivo inteso come capacità da parte del docente di riconoscere e accogliere le emozioni degli studenti, rispondere in modo adeguato a situazioni di disagio o vulnerabilità, promuovere relazioni positive e non giudicanti, garantire equità e coerenza nei comportamenti educativi. Tali competenze contribuiscono sia a migliorare le qualità delle relazioni educative, ma anche a rafforzare il senso di giustizia percepito dagli studenti. Gli studenti che percepiscono i propri insegnanti come emotivamente disponibili e giusti mostrano una maggiore partecipazione alle attività didattiche e un più elevato senso di appartenenza alla comunità scolastica.

Il collegamento tra i due studi, quello di Małkowska-Szkutnik e quello di Gasser, consente di interpretare il ruolo del docente nella scuola in situazioni di malattia e vulnerabilità. Tali competenze assumono un valore ancora più significativo contribuendo a sostenere il benessere degli studenti e a rendere possibile una relazione educativa autenticamente orientata alla cura.

2.1.3.L'importanza della continuità formativa durante la malattia

La malattia, soprattutto quando comporta ricoveri ospedalieri o assenze prolungate a scuola, rappresenta per i bambini un'esperienza di forte discontinuità non solo sul piano fisico, ma anche su quello educativo, emotivo e relazionale. Durante l'età pediatrica, le conseguenze dovute ad una ospedalizzazione prolungata sono molteplici (Bonichini e Putti, 2019, p.399):

“Il bambino perde il contatto con la classe di appartenenza e con il circuito delle relazioni affettive nate al suo interno, che coinvolgono non solo i pari, ma anche gli adulti; perde opportunità di apprendimento, con conseguenze potenzialmente negative sul suo percorso cognitivo; perde la possibilità di fare progetti e di condividere esperienze significative per il suo sviluppo; può sviluppare depressione e si può verificare una diminuzione dell'autostima”

In accordo con questa tematica, Hu et al. (2021) hanno esaminato i risultati accademici di bambini ricoverati per una patologia cronica. La ricerca ha analizzato i dati di una coorte di 397.169 studenti nati tra il 2000 e il 2006 in New South Wales (Australia) utilizzando registri sulle nascite, ricoveri ospedalieri e la valutazione scolastica NAPLAN³ in tre diverse classi: classe 3^o, 5^o e 7^o⁴.

I risultati principali dello studio hanno evidenziato un maggior rischio di assenze e di performance sotto alla media. Tra i bambini che hanno sostenuto i test, quelli ospedalizzati con condizioni croniche avevano probabilità significativamente maggiori di ottenere risultati al di sotto degli standard minimi nazionali in tutti i domini. Altro dato fondamentale è stato la correlazione tra frequenza e durata dell'ospedalizzazione e il rischio di ottenere punteggi sotto gli standard minimi. Infine, i bambini ricoverati per patologie psichiche o comportamentali hanno evidenziato probabilità maggiori di ottenere risultati al di sotto degli standard in tutte le discipline. Lo studio sottolinea l'importanza e la necessità di interventi integrati di salute ed educazione che supportino gli studenti con malattie croniche per evitare che i periodi di ospedalizzazione compromettano l'andamento scolastico.

In questo quadro i modelli di continuità educativa, quali la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare, assumono un ruolo fondamentale nel garantire il diritto all'istruzione e nel ridurre l'impatto negativo della malattia sul percorso formativo (D.lgs. 62/2017, art 22, comma 1, pag.17):

“Per le alunne, gli alunni, le studentesse e gli studenti che frequentano corsi di istruzione funzionanti in ospedali o in luoghi di cura per periodi temporalmente rilevanti, i docenti che impartiscono i relativi insegnamenti trasmettono alla scuola di appartenenza elementi di conoscenza in ordine al percorso formativo individualizzato attuato dai predetti alunni e studenti, ai fini della valutazione periodica e finale”

³ Il NAPLAN è un test scolastico standardizzato australiano, somministrato a livello nazionale, per valutazione le competenze accademiche degli studenti in lettura, scrittura, ortografia, grammatica, punteggiatura e abilità artistiche

⁴ Il modello scolastico australiano differisce da quello italiano per la durata dei vari ordini di scuola. Le scuole primarie infatti durano fino al “year 7” (12 anni)

La scuola in ospedale garantisce agli alunni ricoverati pari opportunità educative offrendo loro, nei limiti consentiti dalle condizioni di salute, la possibilità di proseguire lo sviluppo delle proprie capacità e competenze, con l'obiettivo di favorire il reinserimento nei contesti scolastici di appartenenza e di prevenire il rischio di dispersione scolastica (Ministero dell'istruzione e del merito, 2020). L'istruzione domiciliare ha l'obiettivo di tutelare il diritto all'istruzione e il dovere formativo di prevenire le difficoltà educative degli alunni e delle alunne affetti da patologie gravi o temporaneamente impossibilitati a frequentare la scuola a causa di seri motivi di salute (Ministero dell'istruzione e del Merito, 2020).

Entrambi questi modelli si configurano come dispositivi educativi di cura capaci di sostenere lo sviluppo cognitivo, emotivo, e relazionale degli studenti. In tal modo, la continuità educativa contribuisce a prevenire il rischio di isolamento, di perdita di autostima e di difficoltà scolastiche legate alla malattia.

2.2.La scuola in corsia: funzioni e metodologie educative

“Se pronunciamo la parola “scuola” pensiamo immediatamente a uno spazio fisico con determinate caratteristiche, tipiche dell'edilizia e della tradizione scolastica del nostro paese. Eppure, il concetto di scuola va ben al di là del rigido schema spaziale e temporale nel quale risulta per la maggior parte collocata. Un esempio ne è la scuola in ospedale” (Boffo, 2022, p.37).

A partire da questa riflessione, emerge l'idea di come la scuola non possa essere ridotta a una mera dimensione strutturale o organizzativa, ma debba essere intesa come esperienza relazionale, culturale e formativa, capace di adattarsi ai diversi contesti di vita degli alunni. In tale prospettiva, la scuola in ospedale si configura come una concreta espressione del principio di inclusione poiché consente di ripensare l'istituzione scolastica oltre i confini dell'aula, rendendola accessibile anche in condizioni di fragilità.

Nel panorama dell'educazione inclusiva, le scuole in ospedale rappresentano una risposta fondamentale ai bisogni formativi degli alunni che, a causa dello stato patologico in cui versano, vivono periodi di allontanamento dal contesto delle scuole di appartenenza. Nate per garantire il diritto all'istruzione anche in situazioni di malattia e ricovero, esse si configurano come servizi educativi capaci di coniugare la dimensione didattica, l'attenzione alla persona e la collaborazione con il contesto sanitario. In questa prospettiva, la scuola in ospedale non assolve soltanto una funzione compensativa rispetto all'assenza della scuola di appartenenza, ma diventa un luogo educativo in cui promuovere continuità, normalità e sostegno al

benessere globale dell'alunno (Boffo, 2022). Essa contribuisce a mantenere vivo il legame con il percorso scolastico e con la propria identità di studente, contrastando il rischio di isolamento e di frammentazione dell'esperienza personale che la malattia oncologica può generare.

All'interno di tale quadro risulta rilevante indagare quali metodologie didattiche e strategie educative vengono adottate in questo specifico contesto per sostenere l'apprendimento e favorire nel bambino la costruzione e il mantenimento di un senso di continuità quotidiana. La dimensione della quotidianità, infatti, rappresenta un elemento cruciale per il benessere psicologico e per la stabilità identitaria del bambino, compromessa dalla malattia e dai ritmi discontinui delle cure. Approfondire tali pratiche significa comprendere in che modo la scuola in ospedale possa configurarsi non solo come spazio di istruzione, ma anche come luogo capace di restituire senso, struttura e prospettiva all'esperienza educativa del bambino in situazione di vulnerabilità.

2.2.1. Origini e funzioni delle scuole in ospedale

Il mondo della scuola è da sempre, per i bambini e gli adolescenti un ambiente significativo in quanto rappresenta l'occasione di una iniziale separazione dalla famiglia necessaria per la transizione nel mondo adulto. La scuola assume così un valore simbolico e affettivo perché consente la creazione di una rete di amicizie e di relazioni sociali significative al di fuori della cerchia familiare sia con adulti che con i pari (Bonichini e Putti, 2019).

La scuola all'interno dei reparti ospedalieri pediatrici assume un ruolo fondamentale in quanto il suo scopo principale è quello di fare da "ponte fra la realtà della vita prima della malattia e il nuovo mondo della clinica, con l'obiettivo di orientare il rientro del bambino nel suo ambiente originario" (Bonichini e putti, 2019, p.399). Il valore simbolico evidenziato da Sabrina Bonchini e Maria Caterina Putti trova un importante antecedente nelle riflessioni espresse, alla fine degli anni Cinquanta, dal Platt Report (1959), un documento storico e risultato di una ricerca sul benessere dei bambini sottoposti a cure mediche. Tale documento metteva in luce come l'ospedalizzazione potesse interrompere in maniera brusca i legami affettivi evidenziando la necessità di preservare, anche all'interno dell'ospedale, elementi di continuità con il contesto originario.

In questa prospettiva, il ruolo di "ponte" evidenziato dalle autrici rispecchia l'approccio umanizzante promosso dal Report che invita a considerare il bambino ricoverato nella sua globalità, valorizzando non solo la dimensione sanitaria, ma anche quella emotiva, relazionale e educativa.

Pertanto, la scuola nei reparti pediatrici oncoematologici costituisce una traduzione pedagogica del Platt Report che è capace di sostenere le relazioni, l'identità scolastica e il percorso di crescita del singolo bambino orientando il suo successivo reinserimento nella scuola di appartenenza e tutelando il suo diritto all'istruzione.

La scuola in ospedale nasce intorno agli anni '50 quando furono aperte delle sezioni di scuole speciali per fornire un sostegno didattico ai piccoli pazienti ed evitare le difficoltà tipiche del rientro in classe. I ricoveri erano lunghi ed evidenti erano le fragilità incontrate dal minore in ambito scolastico. Le prime scuole ospedaliere si stabilirono a Roma, Bologna e Milano mantenendo un carattere di provvisorietà e frammentarietà in quanto mancava un quadro teorico e un progetto globale che integrasse la dimensione assistenziale con la realtà educativa tipica di quegli ambienti (Bonichini e Putti, 2019).

Tra il 1980 e il 1991, in particolare, nella C.M n. 345 del 1986, vengono istituite le prime sezioni di scuola ospedaliera come sezioni distaccate dalla scuola del territorio. Negli anni successivi vengono emanate una serie di circolari che chiariscono il ruolo delle scuole in ospedale. Rilevanza viene fornita dalla Carta europea dei diritti dei bambini degenti in ospedale (carta EACH), promulgata dal Parlamento europeo il 13 maggio 1986 che include una lista dettagliata dei diritti che devono essere garantiti ai minori ricoverati in ospedale. Tra questi si evidenzia: “La possibilità di avere sempre al proprio fianco i genitori durante l'ospedalizzazione; il diritto di poter usufruire di spazi attrezzati tanto per le attività ludiche quanto per quelle educative; il diritto di avere a disposizione insegnanti qualificati e i materiali necessari per continuare la propria educazione” (Bonichini e Putti, 2019, p.400). Infine, nella legge della “Buona scuola” del 2017 sono presenti diversi articoli che fanno riferimento alla scuola in ospedale, come il D. Lgs n. 62 del 2017 art 22.

Alla luce di questo percorso storico, teorico e normativo, emerge come la scuola in ospedale crei uno spazio pedagogico in ogni situazione spazio-temporale in cui il docente interagisce con il bambino (Bonichini e Putti, 2019). Rilevante è sottolineare la triade che Capurso, nel 2001, ha evidenziato nel libro: *“Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico”*. Viene sottolineato dall'autore come la scuola in ospedale agisca secondo tre fronti che interagiscono tra di loro: piano didattico, piano dell'identità e piano della continuità (Capurso, 2001, p.89):

“All'interno del piano didattico al bambino viene garantita la possibilità di continuare a studiare. Nel piano dell'identità il bambino viene aiutato a mantenere la sua identità attraverso il percorso di coscienza e accettazione

della nuova realtà. Infine, nel piano della continuità vengono messi a disposizione metodi e strumenti per mantenere contatti con l'ambiente esterno: famiglia, scuola e amici”.

La scuola in ospedale, quindi, comporta che il docente ospedaliero supporti e guidi, insieme ad altre figura professionali, il bambino durante tutto il periodo del ricovero e che sia in grado di attuare delle progettazioni didattiche a misura del bambino stesso. Questo aspetto viene espresso dalle parole di alcune insegnanti (Kanizsa, Dosso, 1998, p. 65):

“In una scuola normale tu la classe la gestisci un anno intero, di conseguenza vieni a conoscere com'è la personalità di un bambino, qui invece vivi un po' alla giornata. Ti devi adattare quotidianamente a delle persone completamente diverse, devi avere l'intuito per capire la situazione e rapportarti a essa. Ci sarebbe da smarrirsi tutti i giorni proprio perché non è possibile fare una programmazione. Dobbiamo essere sempre pronte a cambiare, interrompere, riprendere, però sappiamo che questo è un aspetto del nostro lavoro e cerchiamo di gestirlo al meglio”.

Da questo pensiero si può comprendere la difficoltà nel creare un rapporto tra insegnante e allievo in un contesto come la scuola in ospedale in quanto la sua presenza può essere anche rifiutata dal paziente. Per questo bisogna essere preparati ad accettare i tempi di adesione e di rifiuto alle proposte educative da parte del bambino (Bonichini e Putti, 2019). Il bambino viene reso partecipe sia delle proposte didattiche che della durata di esse. Infatti, la durata di ogni lezione va concordata con l'alunno, in quanto solo lui può comprendere la capacità di impegno e il controllo delle tempistiche (Bonichini e Putti, 2019). Per quanto concerne le metodologie didattiche si predilige la dimensione ludica all'interno dell'azione didattica: “In una scuola normale tu la classe la gestisci un anno intero, di conseguenza vieni a conoscere com'è la personalità di un bambino, qui invece vivi un po' alla giornata” (Bonichini e Putti, 2019, p.407).

I percorsi didattici si differenziano anche nel caso di degenze brevi o degenze lunghe.

Nel caso di degenze brevi è difficile proporre un percorso individualizzato per quanto venga offerto supporto al bambino aiutandolo a fare i compiti o rinforzando degli apprendimenti. Quando si presentano le degenze lunghe, l'insegnante è chiamato a progettare e proporre attività curriculari strutturate e coerenti attivando collegamenti costanti e sistematici con la

scuola di appartenenza dell'alunno al fine di garantire la continuità del percorso formativo (Bonichini e Putti, 2019).

La funzione educativa e pedagogica della scuola in ospedale si esprime nella capacità di tenere insieme il piano didattico, dell'identità e della continuità (Capurso, 2001), favorendo il benessere globale della persona e preparandolo per un reinserimento scolastico il più sereno e consapevole possibile. Questo ambiente rappresenta oggi una concreta applicazione dei principi di inclusione e di tutela dei diritti dell'infanzia riaffermando il valore dell'educazione come elemento essenziale anche nei contesti di fragilità.

2.2.2. Didattica ospedaliera nel reparto di oncoematologia pediatria: Metodologie educative e strategie di coping

Ogni ospedale dovrebbe essere ormai sempre più in grado di accogliere non tanto la malattia, quanto il bambino tutto intero, con i suoi bisogni di sicurezza, di amore, di gioco e di conoscenza. Perché salute è benessere psicofisico e la relazione corpo-mente non va spezzata e nemmeno ignorata” (Quarenghi, 2002, p.36).

La riflessione proposta da Quarenghi si integra in modo coerente con l'impatto metodologico della didattica ospedaliera. Infatti, l'affermazione secondo cui l'ospedale dovrebbe accogliere “non tanto la malattia quanto il bambino tutto intero” richiama il paradigma della cura che implica il riconoscimento della persona nella sua globalità biologica, psicologica e sociale. In tale prospettiva, l'intervento educativo non può essere concepito come un'azione accessoria o meramente compensativa rispetto all'interruzione della frequenza scolastica, ma deve configurarsi come parte integrante del percorso di presa in carico.

Un esempio di attuazione di metodologie didattiche nei contesti ospedalieri si può riscontrare nello studio di Dinc et al (2023). Gli autori, attraverso un approccio qualitativo, hanno analizzato l'esperienza vissuta da bambini in età scolare ricoverati in reparti di oncoematologia pediatrica che partecipavano alle attività della classe ospedaliera.

Dall'analisi emergono alcune dimensioni centrali dell'esperienza educativa ospedaliera. In primo luogo, la scuola in ospedale viene percepita come uno spazio di normalità. In un contesto dominato da procedure mediche, la partecipazione alle attività scolastiche permette ai bambini di mantenere un legame con la loro identità di studenti. Questo contribuisce a ridurre la sensazione di “essere solo pazienti”, restituendo loro un ruolo attivo e familiare.

Un secondo aspetto rilevante riguarda il benessere emotivo. I bambini descrivono la classe ospedaliera come un ambiente accogliente e rassicurante, capace di offrire distrazione rispetto al dolore o alla preoccupazione per la malattia. Le attività didattiche, soprattutto quelle creative e interattive, aiutano a focalizzare l'attenzione su compiti significativi, favorendo una momentanea sospensione dello stress legato al trattamento oncologico (Dinc et al., 2023).

Un ulteriore elemento emerso è il valore della relazione con gli insegnanti ospedalieri. I docenti sono percepiti come figure comprensive, pazienti e flessibili, capaci di adattare le attività alle condizioni fisiche del momento (stanchezza, effetti collaterali della terapia, ricoveri prolungati). Questa flessibilità metodologica rappresenta un fattore chiave: la didattica non è rigida né standardizzata, ma modulata sulle energie e sulle necessità individuali (Dinc et al., 2023). Lo studio evidenzia anche l'importanza della continuità scolastica. Partecipare alla scuola in ospedale consente ai bambini di sentirsi meno distanti dalla propria classe di provenienza e di ridurre l'ansia legata al futuro rientro. La percezione di "non rimanere indietro" rispetto ai compagni contribuisce a mantenere motivazione e autostima. Dal punto di vista metodologica, le attività più apprezzate risultano essere quelle: personalizzate, interattive, ludico-creative, supportate da materiali visivi o tecnologici. Inoltre, la possibilità di scegliere alcune attività aumenta il senso di controllo, elemento significativo nel contesto oncologico caratterizzato da una forte perdita di controllo personale sulle decisioni riguardanti il proprio corpo e la propria routine. Nel complesso lo studio mostra come la classe ospedaliera nei reparti di oncoematologia pediatrica non sia semplicemente uno spazio di recupero curricolare, ma un vero e proprio dispositivo pedagogico di supporto psico-sociale. L'esperienza contribuisce a preservare l'identità personale, sostenere il benessere emotivo, favorire il senso di appartenenza, promuovere strategie di coping adattive e rafforzare la resilienza.

In Italia l'Istituto di ricerca per le Tecnologie Didattiche (ITD), facente parte del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), si occupa da decenni di innovazione educativa tramite tecnologie didattiche con un'attenzione particolare ai contesti di esclusione scolastica, come la Scuola in Ospedale (SiO) e l'Istruzione Domiciliare (ID). Le tecnologie vengono sfruttate non solo per supportare l'apprendimento individualizzato, ma anche per favorire l'inclusione sociale, la partecipazione attiva alla vita scolastica e la continuità didattica e di studenti che non possono frequentare regolarmente la scuola. I progetti proposti dall'ITD-CNR, anche in collaborazione con il MIM (Ministero dell'Istruzione e del Merito), offrono un supporto significativo ai processi di inclusione degli studenti ospedalizzati con l'obiettivo di usare le tecnologie sia per facilitare i processi di apprendimento sia per avviare comunicazione

strutturare con l'esterno. Tra i progetti è rilevante ricordare TRIS - Tecnologie di Rete per l'inclusione Socio-educativa – (2013) e CLIPSO- Classi Ibride per la scuola in Ospedale- (2017). TRIS ha favorito la sperimentazione e diffusione del modello di “Classe Ibrida Inclusiva”, un ambiente di apprendimento che consente allo studente ospedalizzato o in istruzione domiciliare di partecipare in modo sincrono e continuativo alle lezioni con i propri compagni e insegnanti. Il modello mira a superare il tradizionale rapporto 1:1 e rafforzare la dimensione sociale dell'apprendimento digitale. CLIPSO ha validato il modello di classi ibride nel contesto SiO offrendo strumenti digitali per collegare quotidianamente studenti, docenti ospedalieri e scuola di appartenenza, anche in situazione di emergenza come la pandemia.

L'esperienza dell'ITD-CNR ha contribuito in modo significativo allo sviluppo e al consolidamento della didattica digitale nei contesti di scuola in ospedale e istruzione domiciliare. Nel corso degli anni, i progetti di ricerca promossi dall'istituto hanno favorito la crescita di competenze digitali specialistiche tra i docenti coinvolti rendendoli capaci di progettare ambienti di apprendimento flessibili, personalizzati e inclusivi in grado di rispondere ai bisogni complessi degli studenti con gravi patologie. Tali esperienze hanno portato alla costruzione e validazione di modelli innovativi di didattica inclusiva tecnologicamente supportata, tra cui il paradigma delle classi ibride. In questa prospettiva, le tecnologie non svolgono soltanto una funzione compensativa rispetto all'assenza fisica, ma diventano strumenti di agency, consentendo al bambino di mantenere un ruolo attivo nel proprio percorso scolastico e di ridurre la percezione di isolamento sociale, elementi centrali nei processi di coping adattivo.

Si procede ora a un approfondimento più specifico attraverso l'analisi dello studio condotto da Hotster et al. (2015) che analizza le strategie di coping adottate da bambini oncologici durante l'ospedalizzazione indagando il ruolo della scuola in ospedale come fattore di supporto psicologico ed educativo nel processo di adattamento alla malattia. L'obiettivo principale è comprendere in che modo la frequenza della classe ospedaliera possa influenzare positivamente le modalità con cui i bambini affrontano lo stress legato al ricovero e ai trattamenti oncologici (Hotster et al., 2015).

Lo studio si basa sul concetto di coping, ovvero l'insieme delle strategie cognitive e comportamentali che il soggetto mette in atto per gestire situazioni percepite come stressanti o minacciose.

Nel caso di bambini con patologie oncologiche, l'ospedalizzazione comporta una separazione dalla routine scolastica, un'esposizione a procedure mediche invasive, perdita di controllo e

autonomia e cambiamenti corporei e identitari. In questo contesto, il coping assume un ruolo centrale per il benessere emotivo e l'adattamento psicologico. Lo studio utilizza un approccio qualitativo, basato su osservazioni, interviste ai bambini e analisi delle esperienze vissute durante la degenza ospedaliera. Le strategie di coping emerse sono (Hotster, et al., 2015):

- Coping centrato sull'emozione: si riscontra una ricerca di supporto affettivo da parte delle figure adulte (genitori, insegnanti, personale sanitario), una espressione delle emozioni attraverso il dialogo o il gioco e utilizzo di attività creative come distrazione
- Coping centrato sul problema: si ritrova una collaborazione attiva durante le cure, una accettazione progressiva delle procedure mediche e una partecipazione a routine strutturate.
- Strategie di distrazione e normalizzazione: gioco, studio, attività scolastiche, interazione con altri bambini.

L'articolo suggerisce anche come le insegnanti possano creare una didattica non solo di trasmissione di contenuti, ma di intervento psico-educativo di supporto al coping. Questo può essere fatto attraverso attività strutturare che favoriscano la continuità e la routine, ad esempio il gioco come strumento di elaborazione emotiva, la creazione di uno spazio sicuro, la valorizzazione dei successi scolastici per rafforzare l'autostima e offrire momenti di ascolto e dialogo (Hotster., 2015).

In conclusione, lo studio fa emergere il ruolo di fattore protettivo che ha la scuola in ospedale nel processo di adattamento alla malattia oncologica. La partecipazione scolastica durante il ricovero contribuisce allo sviluppo di strategie di coping più adattive, favorendo resilienza, benessere emotivo e mantenimento dell'identità personale.

L'analisi dei contributi teorici e delle evidenze empiriche esaminate consente di affermare con chiarezza che la Scuola in Ospedale non rappresenta un semplice dispositivo compensativo volto a colmare un'interruzione didattica, ma si configura come una componente strutturale e qualificante del percorso di cura del bambino oncologico. In una prospettiva che riconosce l'unità inscindibile tra dimensione biologica, psicologica e sociale, l'intervento educativo assume una valenza pienamente integrata nella presa in carico globale del minore contribuendo alla tutela della sua identità, della sua continuità evolutiva e del suo diritto all'educazione.

Le evidenze offerte dagli studi di Dinc et al. (2023) e Hotster et al. (2015) mostrano come la classe ospedaliera si configuri quale spazio di normalizzazione, di riconoscimento e di

sostegno emotivo, capace di promuovere strategie di coping adattive in un contesto caratterizzato da perdita di controllo, vulnerabilità e incertezza. La partecipazione alle attività scolastiche non solo mantiene il legame con il percorso formativo, ma restituisce al bambino la possibilità di esercitare agency, di sperimentare competenza e di preservare il senso di appartenenza alla propria comunità di riferimento.

In tale cornice, le metodologie didattiche flessibili e personalizzate, sono potenziate dall'uso consapevole delle tecnologie inclusive promosse dall'ITD-CNR che assumono un valore strategico. Esse consentono di superare una concezione individualistica e frammentaria dell'intervento educativo per approdare a un modello di didattica integrata, capace di coniugare apprendimento, benessere psicologico e inclusione sociale.

La Scuola in Ospedale emerge dunque come un autentico dispositivo pedagogico di resilienza: uno spazio in cui il bambino non è ridotto alla sua diagnosi, ma riconosciuto nella sua interezza, nei suoi bisogni di conoscenza, relazione e progettualità. In questa prospettiva, educare in ospedale significa prendersi cura non solo del percorso scolastico, ma della persona nella sua globalità, riaffermando concretamente che il diritto all'istruzione, anche nella malattia, è parte integrante del diritto alla salute e alla dignità.

Capitolo 3: Descrizione dello studio

La Clinica oncoematologica Pediatrica di Padova è uno dei maggiori centri di oncoematologia pediatrici italiani sia per numero di pazienti in cura che per la complessità dei trattamenti che è in grado di fornire. La clinica costituisce per il paziente e la sua famiglia il punto di riferimento per la cura della malattia con la presa in carico globale del paziente ed il coordinamento delle diverse attività specialistiche, in tutte le fasi della malattia, diagnosi, trattamento e follow-up (reinserimento scolastico e sociale)

I giovani sopravvissuti a una patologia oncologica, infatti, pur essendo clinicamente guariti, possono andare incontro nel tempo a esiti tardivi di natura fisica e psicologica, correlati sia alla malattia sia ai trattamenti ricevuti. Inoltre, il passaggio dalla condizione di malattia a una ritrovata normalità, sebbene voluto, comporta spesso una fase iniziale di disorientamento e incertezza, durante la quale l'individuo è chiamato a ridefinire la propria identità e il proprio ruolo all'interno del contesto sociale (Bertolotti et al., 2019).

La guarigione da una patologia onco-ematologica in età pediatrica non coincide necessariamente con il pieno recupero del benessere del bambino, poiché al termine delle cure possono permanere fragilità di natura fisica, emotiva, relazionale ed educativa. Queste fragilità fanno parte di specifiche dimensioni della salute (biologica, psicologica e relazionale) che influenzano il percorso di guarigione del paziente. Per quanto concerne gli aspetti psicologici si possono presentare degli effetti tardivi sul corpo legati principalmente alla somministrazione di trattamenti che interferiscono sulla crescita cellulare del ragazzo (Bertolotti et al., 2019). Nonostante il progresso terapeutico abbia portato ad un effettivo miglioramento delle aspettative di vita, i vissuti emotivi che l'esperienza di malattia porta con sé non si possono cancellare. “Gli studi sulla condizione dei giovani fuori terapia inerenti all'area psicologica ed emotiva riguardano tematiche quali il concetto di sé, il grado di autostima e fiducia in sé stessi, la qualità di vita, la percezione del proprio funzionamento familiare e sociale, la salute psicologica e l'immagine corporea” (Bertolotti et al., 2019, p 358).

Per comprendere al meglio questa dimensione, viene riportata la riflessione di un ragazzo di 16 con pregressa leucemia linfoblastica acuta: “La sfida più grande della malattia non è quella clinica, ma quella psicologica; è convivere con sé stessi e con le proprie limitazioni, con il proprio aspetto e il proprio dolore, con la propria situazione” (Bertolotti et al., 2019, p 361).

Infine l'esperienza di un tumore infantile sembra essere correlato anche a ricadute sul piano sociale: in particolare esiste una paura localizzata nel rimanere socialmente isolati perché

considerati diversi. Il reinserimento sociale dei giovani sopravvissuti a una patologia oncologica riveste un'importanza centrale, poiché la soddisfazione dei bisogni sociali contribuisce in modo significativo alla costruzione dell'identità personale, al recupero del senso di normalità, all'appartenenza a una comunità e al mantenimento di un'adeguata autostima (Bertolotti et al., 2019). In diversi paesi europei sono stati sviluppati interventi finalizzati a favorire e sostenere percorsi di reinserimento sociali di questi giovani.

In particolare, per quanto concerne il reinserimento scolastico, Il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione nell'Università di Padova in accordo con l'azienda ospedaliera di Padova, nel Gennaio del 2024 ha approvato un progetto intitolato “*One Health*” che ha lo scopo di favorire il reinserimento scolastico e sociale dei bambini/adolescenti affetti da malattie oncoematologiche: risultano particolarmente fragili non solo a causa di eventuali deficit fisici, cognitivi o relazionali legati alla malattia, ma anche a causa di un prolungato stato di dipendenza sanitaria che incide significativamente sulla qualità della loro vita e quella delle loro famiglie.

Tale progetto è stato ideato in quanto si è evidenziato come una lunga ospedalizzazione e le terapie effettuate possano avere delle ricadute in vari ambiti legati allo sviluppo delle abilità cognitive, emotive e sociali (Bonichini e Tremolada, 2019)

Negli anni, ai programmi di monitoraggio della qualità della vita dei pazienti guariti, si è affiancata la figura professionale dello psicologo che in alcuni centri utilizzano strumenti condivisi, come per esempio la scheda di complessità. Tali strumenti favoriscono l'integrazione tra l'esperienza oncologica pediatrica e quella dell'età adulta. A partire dalla fine degli anni Novanta è stato attivato il Registro Italiano Off-Therapy (ROT), al quale partecipa l'AIEOP, che raccoglie dati relativi alle condizioni dei bambini e adolescenti al termine delle cure. A livello europeo invece, dal 2008, opera la rete PanCare, un network multidisciplinare impegnato nella ricerca e nello sviluppo di linee guida sugli effetti tardivi delle terapie oncologiche.

Queste e altre iniziative sono la conferma di come si stia operando efficacemente per realizzare e supportare il difficile reinserimento di bambini, adolescenti e adulti dopo una degenza ospedaliera attraverso l'integrazione nella scuola di appartenenza e la condivisione e il sostegno di fronte alle complicazioni che possano insorgere in questo processo.

3.1.Scopi dello studio

Lo studio, realizzato in collaborazione con un team multiprofessionale di medici e psicologi dell'Università di Padova, si inserisce nel contesto del progetto “*Analisi dei bisogni e servizio di assistenza psicologica dei pazienti e delle loro famiglie*”. L’iniziativa è rivolta sia ai giovani pazienti sia ai loro familiari, a partire dall’esordio della malattia e durante l’intero percorso terapeutico, fino alla conclusione della terapia e al reinserimento scolastico e sociale. Uno degli obiettivi principali della ricerca consiste nell’indagare le strategie di coping maggiormente adottate dai pazienti in cura, nonché la loro frequenza. Tali strategie sono state individuate mediante il questionario di Waldron e Varni (Pediatric Coping Inventory – PCCI) e saranno analizzate singolarmente al fine di verificare eventuali associazioni con diversi fattori.

Il primo quesito di ricerca, in linea con la letteratura analizzata, riguarda la relazione tra l’utilizzo delle diverse tipologie di coping e l’età. La dimensione del genere, invece, non verrà presa in considerazione, poiché sia nel campione analizzato sia nella letteratura di riferimento emerge una relazione scarsa o assente tra l’utilizzo delle strategie di coping e il genere del paziente

Il secondo quesito riguarda la possibile relazione tra le differenti strategie di coping e il tempo della diagnosi in giorni, quali la durata dell’ospedalizzazione e l’intensità degli effetti collaterali derivanti dalla terapia (ad esempio, numero di ricoveri, giorni di degenza, frequenza di episodi legati agli effetti collaterali e tipologia di diagnosi). Un secondo obiettivo consiste nell’esaminare se le strategie di coping differiscano in relazione alle diverse tipologie di malattie oncoematologiche presenti nello studio. Infine, un aspetto cruciale della ricerca è l’analisi del possibile legame tra episodi di ansia e l’uso delle strategie di coping, nonché la loro relazione con la specifica condizione patologica del paziente

3.2.Materiali e metodi

3.2.1.Partecipanti

Il campione dei soggetti presi in esame è composto da 44 pazienti di ambo i sessi e di età compresa tra i 6 e i 12 anni, di cui 29 maschi e 15 femmine, ai quali sono state diagnosticate differenti tipologie di tumori oncoematologici. Questi sono stati suddivisi in tre gruppi differenti:

- Pazienti affetti da leucemie a prognosi più favorevole o intermedia (LLA SR, LLA MR, LPA)

-Pazienti affetti da leucemie ad alta complessità clinica (LLA-HR, LMA, LLA rec, leucemia dendritica, LNH)

-Pazienti con patologie oncologiche non leucemiche (tumori solidi, linfoma di Hodgkin)

L'età media dei 44 pazienti oncoematologici che costituiscono il campione è pari al 9.3 anni (DS = 2.064) con un range 6-12 anni. La distribuzione dell'età evidenzia una maggiore frequenza nei soggetti di 12 anni (20.5%). Per quanto riguarda la composizione per genere, il 65,9% del campione è rappresentato da soggetti di sesso maschile, mentre il restante 34,1% da soggetti di sesso femminile. In relazione alla tipologia diagnostica, il 34.1% dei pazienti ha ricevuto una diagnosi riconducibile a forme leucemiche a prognosi favorevole/intermedia, mentre il 36.4% rientra nel gruppo delle leucemie ad alto rischio e/o prognosi sfavorevole. Infine, il 29.5% del campione presenta una diagnosi di tumori solidi o di Linfoma di Hodgkin (Tabella 1). Per quanto concerne il tempo trascorso della diagnosi, espresso in giorni, è stata rilevata una media pari al 156.59 giorni (DS = 221.86) , con un valore minimo di 3 giorni e un massimo di 826 giorni.

	Frequenza	Percentuale
LLA SR, LLA MR, LPA	15	34.1
LLA-HR, LMA, LLA ric, leucemia dendritica	16	36.4
Tumori solidi, LH	13	29.5
Totale	44	100

Tabella 1: Relazione tipologia diagnostica dei pazienti

Legenda:

LLA SR: leucemia linfoblastica acuta (Standard risk)

LLA MR: leucemia linfoblastica acuta (medium risk)

LLA-HR: leucemia linfoblastica acuta (High risk)

LLA ric: leucemia linfoblastica acuta recidiva

LH: linfoma di Hodgkin

LPA: leucemia promielocitica acuta

LMA: leucemia mieloide acuta

3.2.2. Procedura

Lo studio è stato coordinato dalla psicoterapeuta e dirigente psicologa Prof.ssa Marta Tremolada e ha visto la partecipazione di diverse psicologhe del servizio.

La prima fase dello studio ha previsto la selezione dei pazienti onco-ematologici seguiti dall'Azienda Ospedaliera di Padova, elegibili per la somministrazione dei questionari. Il

progetto di ricerca veniva presentato ai pazienti e alle rispettive famiglie al momento dell'ingresso in clinica, dopodiché veniva richiesta la firma del consenso, per tutte le procedure medico sanitarie e l'intervento psicologico, ai genitori e a tutti i pazienti con età maggiore ai 12 anni.

Al genitore e all'adolescente venivano presentati di volta in volta il servizio di assistenza psicologica in generale, tra cui la valutazione psico-diagnostica e la possibilità di un supporto psicologico per tutto il nucleo familiare. La partecipazione al progetto prevedeva un ulteriore consenso informato in cui si spiegavano gli scopi dello studio, le valutazioni che sarebbero state fatte e la possibilità di ritirarsi dal progetto in qualsiasi momento. Dopo aver raccolto l'assenso e il consenso informato da parte del genitore, è partita la fase di raccolta dati. I questionari sono stati iniziati dai pazienti con l'aiuto delle psicologhe e delle tirocinanti della Clinica. Ai ragazzi più grandi veniva data la possibilità di accedere e completare in autonomia i questionari attraverso l'uso di un codice identificativo e l'invio di un link per la compilazione online tramite la piattaforma *Qualtrics*. Per quanto riguarda la somministrazione del questionario PPCI, non è stato necessario somministrare la versione per i genitori, in quanto i pazienti avevano tutti un'età superiore o uguale ai 6 anni e non inferiore ad essa. Tutti i dati personali sono stati raccolti e tratti secondo la normativa vigente ai sensi del Decreto Legislativo n 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali").

3.2.3.Strumenti

Alla prima ospedalizzazione del bambino sono state raccolte le informazioni sociali e demografiche della famiglia del bambino (nome e cognome di entrambi i genitori, data di nascita del bambino e genere, componenti della famiglia, titolo di studio di entrambi i genitori con l'attuale occupazione, tipologia di scuola frequentata e anno di frequenza, valutazione della situazione economica familiare) mediante somministrazione di un questionario socio-demografico (v. Allegato 1). Le informazioni mediche invece sono state raccolte presso l'Azienda Ospedaliera di Padova tramite il portale Galielo.

Successivamente al campione è stato somministrato il test di *Waldron-Varni Pediatric Pain Coping Inventory* (PPCI, 1994, trad. Italiana di Bonichini & Axia, 2000), di cui è stata proposta la versione per i bambini (v. Allegato 2).

Il test comprende un elenco di 41 items che vanno a definire l'utilizzo di diverse modalità di coping. Il soggetto deve indicare quanto frequentemente ricorra all'utilizzo della strategia descritta, utilizzando una scala da 0 a 2 (0=mai, 1= qualche volta, 2= molto spesso).

Il questionario è composto da 5 subscale che vanno ad evidenziare le differenti strategie di coping utilizzate dai pazienti. (Bonichini e Axia, 2000). Per ogni strategia è stato calcolato un punteggio ottenuto dalla media dei punteggi dei singoli item ad essa associati:

1. *Distrazione*: il bambino sposta volontariamente l'attenzione dallo stimolo doloroso orientandolo verso pensieri o attività alternative. Comprende 9 items (si immagina di andare in vacanza o di fare una gita; guarda la TV; gioca; mangia o beve qualcosa; cerca di non pensare al male o di ignorarlo; pensa o parla di cose belle; gioca col suo cane/gatto o peluche; legge un libro o colora un disegno; parla di quello che ha fatto oggi)
2. *Problem-solving*: il bambino mette in atto comportamenti specifici finalizzati a ridurre o alleviare il dolore. Comprende 10 items (va a letto; chiede una medicina; si massaggia la parte che gli fa male; respira profondamente; si siede e sta tranquillo; si stende un po'; chiede di vedere il dottore; chiede a qualcuno che gli spieghi perché ha male; riscalda o mette del ghiaccio sulla parte che gli fa male; va letto finché non sta meglio).
3. *Richiesta di supporto sociale*: il bambino ricerca sostegno emotivo, conforto o vicinanza di figure di riferimento, come genitori, pari o altre persone significative. Comprende 9 items (chiede un bacio o di essere abbracciato; cerca qualcuno che capisca come sta male; gioca con i suoi amici; fa sedere vicino a lui la mamma, il papà o un amico; lo dice a genitori; chiede di essere lasciato da solo; stringe la mano di qualcuno; chiede di essere rassicurato, che starà meglio e che il male diminuirà; prega, riflette o chiede a Gesù di aiutarlo).
4. *Autoistruzioni cognitive*: il bambino utilizza un dialogo interno e le proprie conoscenze per gestire l'esperienza dolorosa. Comprende 7 items (si dice di essere coraggioso; immagina di poter far scomparire il male da solo; fa finta di non avere male; si dice che andrà tutto bene; sa che può fare qualcosa per avere meno male; sa che può chiedere qualcosa per avere meno male; fa finta che faccia meno male di quello che fa in realtà).
5. *Catastrofizzazione/drammatizzazione*: il bambino manifesta la percezione di essere sopraffatto dal dolore e di non avere strumenti per fronteggiarlo. Comprende 5 items (piange o grida; pensa che il male peggiorerà; cerca di essere forte e di non dire niente; diventa cattivo, irritabile o caparbio con gli altri; pensa che non c'è niente che possa fare per fermare il male).

Alla fine del questionario viene chiesto al bambino di rispondere per iscritto alle seguenti domande aperte: “*Quando ho male io penso a ...*”, “*Quando ho male, io chiedo...*”, “*Quando ho male, io desidero...*”. Per ogni domanda il bambino ha a disposizione poche righe nel quale rispondere alle indicazioni date. Non è stato necessario somministrare la versione per i genitori, in quanto i pazienti avevano un’età superiore o uguale ai 6 anni e non inferiore ad essa.

In una fase successiva è stato anche somministrato il *Revised Children’s Manifest Anxiety Scale Second edition* (RCMAS-2, 2008, trad. italiana di Scozzari, Sella, Di Pietro, 2012), uno strumento self-report usato nella ricerca e nel trattamento dell’ansia in età evolutiva. (v. Allegato 3).

Il test è composto da 49 items che descrivono lo stato d’animo del soggetto o le sue azioni, ai quali si può rispondere con “Sì” o “No”. Gli items sono suddivisi in 6 scale:

1. *Ansia fisiologica (FIS)*: Collegato alle preoccupazioni somatiche (nausea, problemi di sonno, mal di testa, stanchezza);
2. *Preoccupazione (PRE)*: Se il punteggio è elevato, allora il soggetto è spaventato, nervoso e ipersensibile alle pressioni ambientali;
3. *Ansia sociale (SOC)*: Non sentirsi bravi, validi e capaci come gli altri;
4. *Indice di Ansia totale (TOT)*: Un elevato livello può essere significativo di un ampio spettro di problemi, inclusi quelli in ambito scolastico (scarso rendimento rispetto alle proprie capacità, rifiuto per la scuola o abbandono scolastico precoce) oltre che difficoltà in famiglia e disturbi dell’alimentazione;
5. *Atteggiamento difensivo (DIF)*: Ammettere le imperfezioni quotidiane come parte dell’esperienza comune;

La somministrazione di tale questionario è stata considerata rilevante per comprendere ed analizzare il livello di ansia che i pazienti affetti da diverse malattie oncologiche devono sostenere.

3.2.4. Piano delle analisi statistiche

Il presente studio prevede l’elaborazione dei dati attraverso un piano di analisi statistiche strutturato in diverse fasi, coerentemente con gli obiettivi di ricerca. In primo luogo, verranno condotte analisi descrittive al fine di delineare le caratteristiche del campione in esame.

Successivamente, verrà la distribuzione delle variabili considerate, al fine di accertare il rispetto delle assunzioni di normalità. In relazione agli obiettivi dello studio, verranno quindi

condotte specifiche analisi correlazionali. In particolare, saranno utilizzati test di correlazione, quali il coefficiente di Pearson⁵, con valori +1, -1, 0.

Al fine di esaminare eventuali differenze nelle strategie di coping in funzione delle diverse tipologie di patologia oncologica, verranno utilizzati test non parametrici, in particolare il test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti⁶. Tale analisi sarà applicata alle cinque dimensioni del coping del dolore: distrazione, problem-solving, autoistruzione cognitiva, richiesta di supporto e catastrofizzazione.

Tali dimensioni, in relazione con la diagnosi di ricovero, verranno confrontate, all'inizio attraverso il box plot⁷ che delinea una rappresentazione grafica della distribuzione dei dati e delle differenze tra i gruppi. Successivamente, sempre a coppie, verranno utilizzati i confronti pairwise⁸, per verificare se tra loro esiste una differenza significativa attraverso

Infine, per approfondire la relazione tra la presenza di sintomi ansiosi e le strategie di coping adottate dai pazienti, verranno condotte ulteriori analisi correlazionali sempre con il test non parametrico di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti.

In tutte le analisi il livello di significatività considerato è pari a $p < 0.05$. I valori di significatività sono stati adattati in base alla correzione di Bonferroni per più test.

⁵ Il coefficiente di correlazione di Pearson misura la forza e la direzione della relazione lineare tra due variabili quantitative

⁶ Il test di Kruskal-Wallis è un metodo statistico non parametrico utilizzato per confrontare le mediane di tre o più gruppi indipendenti.

⁷ Il box plot è uno strumento grafico statistico utilizzato per riassumere la distribuzione di un set di dati mostrandone variabilità media e quartili.

⁸ I confronti pairwise sono metodi statistici e di valutazione che analizzano elementi due alla volta per ordinarli o verificare differenze significative tra i gruppi.

3.3.Risultati

3.3.1. Età e strategie di coping: analisi descrittiva e gestione dei dati dei questionari PPCI e RCMAS-2

Per quanto concerne la prima domanda di ricerca, diversamente da quanto evidenziato nella letteratura, non si sono riscontrati valori significativi per quanto riguarda la relazione tra l'età dei pazienti e l'utilizzo delle diverse dimensioni del coping (Tabella 2).

		DISTRAZIONE	PROBLEM SOLVING	SUPPORTO SOCIALE	AUTOISTRUZIONE COGN	CATASTROFIZZAZIONE
ETA_B	r	-0.01	0.09	-0.02	0.08	-0.09
	p (a due code)	0.97	0.56	0.92	0.63	0.58
	N	44	44	44	44	44

Tabella 2: Analisi mediante correlazione di Pearson tra l'età del paziente e l'utilizzo di diverse strategie di coping

* La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

** La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

Relativamente al questionario PPCI, non sono stati riscontrati valori mancanti indicando che l'intero campione ha completato lo strumento. Le analisi descrittive delle diverse dimensioni del coping evidenziano una media pari a 0.85 per la distrazione (DS = 0.85), 1.004 per il problem solving (DS = 0,37), 0.99 per la ricerca di supporto sociale (DS= 0.38), 0.94 per l'autoistruzione cognitiva (DS= 0.39) e 0.71 per la catastrofizzazione (DS= 0.29). La raccolta dei dati di questo questionario è stata effettuata facendo una media della somma delle risposte date dalla totalità dei pazienti per ogni dimensione diviso il numero di items che compone ogni dimensione del coping.

Per quanto riguarda il questionario RCMAS-2, l'analisi delle diverse dimensioni evidenzia una variabilità nel numero di risposte disponibili. In particolare, per la scala di Ansia Totale si rileva un campione di 39 bambini (88,6%), con una quota di dati mancanti pari all'11,4% (n = 5). Visto che è possibile compilarlo solo dagli 8 anni di età. Nella dimensione della preoccupazione sono state registrate 38 risposte (86,4%), con il 13,6% di dati mancanti (n = 6). Infine, per le dimensioni di ansia sociale e ansia fisiologica si osservano 40 risposte (90,9%), con una percentuale di dati mancanti pari al 9,1% (n = 4).

Per quanto riguarda il questionario RCMAS-2, diversamente dal PPCI che usa un punteggio grezzo (somma delle risposte), sono stati utilizzati i punti T standardizzati che indicano la

posizione del soggetto rispetto agli altri, usando una scala fissa dove la media è sempre 50 la deviazione standard di 10. Rilevante è l'utilizzo dei punti di criticità (cut-off) che servono a trasformare il punteggio grezzo del bambino in un'indicazione clinica comprensibile.

Nel RCMAS-2 i cut.off sono rappresentati seguendo tre categorie

- 0: indica un livello di ansia nella norma per l'età (livello di ansia normale)
- 1: indica un livello di ansia problematico (livello di ansia alto/borderline)
- 2: indica una sofferenza clinica significativa (livello di ansia molto alto/clino)

Nello specifico, la scala dell'ansia totale evidenzia un quando in cui la maggior parte dei partecipanti (76.9%) rientra in una fascia di normalità, sebbene circa un quarto del campione superi la prima soglia di attenzione ($T \geq 60$) con una quota più contenuta che raggiunge livelli di rilevanza clinica ($T \geq 70$).

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	0	30	68.2	76.9	76.9
	1	8	18.2	20.5	97.4
	2	1	2.3	2.6	100.0
	Totale	39	88.6	100.0	
Mancante	Sistema	5	11.4		
Totale		44	100.0		

Tabella 3: Frequenza dimensione dell'ansia totale

0 = normale; 1 = borderline; 2 = clinico

Passando all'esame delle sotto scale, la dimensione della preoccupazione mostra una contrazione dei soggetti sopra soglia (10.5%), indicando che nel gruppo considerato l'ansia non tende a strutturarsi prevalentemente attraverso processi cognitivi di pensieri intrusivi.

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	0	34	77.3	89.5	89.5
	1	4	9.1	10.5	100.0
	Totale	38	86.4	100.0	
Mancante	Sistema	6	13.6		
Totale		44	100.0		

Tabella 4: Frequenza dimensione della preoccupazione

0 = normale; 1 = borderline

Parallelamente, l'ansia sociale emerge con l'area di minore criticità relativa, con il 90% dei soggetti che si colloca nella fascia di benessere. In questo contesto il superamento delle soglie critiche riguarda solo una piccola minoranza con una distribuzione dei casi clinici.

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	0	36	81.8	90.0	90.0
	1	3	6.8	7.5	97.5
	2	1	2.3	2.5	100.0
	Totale	40	90.9	100.0	
Mancante	Sistema	4	9.1		
Totale		44	100.0		

Tabella 5: Frequenza dimensione dell'ansia sociale

0= normale; 1= borderline; 2= clinico

Un'osservazione peculiare riguarda infine l'ansia fisiologica, ovvero la componente somatica della tensione. Nonostante anche in questa scala il 90% del campione manifesti un adattamento adeguato, si registra una distribuzione paritaria tra la fascia di attenzione e quella clinica.

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	0	36	81.8	90.0	90.0
	1	2	4.5	5.0	95.0
	2	2	4.5	5.0	100.0
	Totale	40	90.9	100.0	
Mancante	Sistema	4	9.1		
Totale		44	100.0		

Tabella 6: Frequenza dimensione ansia fisiologica

0= normale; 1=borderline; 2=clinico

3.3.2. Relazione tra le strategie di coping e il tempo della diagnosi in giorni

In riferimento a una delle domande di ricerca indagate dallo studio, sono state condotte delle analisi, mediante il coefficiente di correlazione di Pearson, tra il tempo trascorso dalla diagnosi, espresso in giorni, e le diverse strategie di coping rilevate attraverso il questionario PPCI. L'obiettivo dell'analisi è quello di verificare se il tempo della diagnosi risulti associato in modo significativo alle modalità di gestione del dolore e dello stress legati alla malattia. La procedura analitica è stata condotta sull'intero campione composto da 44 pazienti pediatrici. (Tabella 7).

		DISTRAZIONE	PROBLEM-SOLVING	SUPPORTO SOCIALE	AUTOISTRUZIONE COGN	CATASTROFIZZAZIONE
Tempo della diagnosi in giorni	r	- 0.30*	- 0.36*	-0.17	-0.428**	-0.41**
	p (a due code)	0.05	0.02	0.27	0.004	0.01
	N	44	44	44	44	44

Tabella 7: Analisi mediante correlazione di Pearson tra tempo della diagnosi in giorni e le strategie di coping

*. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

**. La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

Da una prima lettura dei risultati, si evidenzia la presenza di correlazioni negative tra il tempo della diagnosi e tutte le dimensioni del coping considerate.

In particolare, si osserva una correlazione negativa e statisticamente significativa tra il tempo della diagnosi e la dimensione della distrazione ($r = -0.30$; $p = 0.05$). Analogamente si riscontra una correlazione negativa significativa con la dimensione del problem solving ($r = -0.36$; $p = 0.02$). Una correlazione negativa, di entità moderata e statisticamente significativa, ma a un livello più elevato, emerge anche per la dimensione dell'autoistruzione cognitiva ($r = -0.43$; $p = 0.004$). Un andamento simile si riscontra anche nella dimensione della catastrofizzazione ($r = -0.41$; $p = 0.01$).

Nel complesso, i risultati suggeriscono che il tempo della diagnosi rappresenta una variabile associata a una riduzione generale nell'utilizzo di diverse strategie di coping, sebbene tale relazione non risulti significativa per tutte le dimensioni considerate.

3.3.3. Relazione tra le strategie di coping e la tipologia di diagnosi

Per determinare l'esistenza di una possibile correlazione tra le strategie di coping messe in atto dai soggetti e la tipologia di diagnosi di ricovero è stato utilizzato il test non parametrico di Kruskal-Wallis, seguito da confronti pairwise tra i gruppi attraverso anche lo strumento grafico del box plot.

Per quanto concerne i confronti pairwise ogni nodo del grafico corrisponde a un gruppo di diagnosi e il valore associato indica il rango medio ottenuto rispetto alla variabile considerata. I gruppi inclusi sono tre: tumori solidi e linfoma di Hodgkin (LH), leucemie a bassa gravità (LLA SR, LLA MR LPA) e, infine, forme più complesse o ad alto rischio (LLA-HR, LMA rec, neoplasia dendritica). Sono stati riportati solo i grafici delle dimensioni che hanno riportato dei dati significativi: dimensione della distrazione e dimensione della catastrofizzazione. Le altre dimensioni rimanenti (problem solving, autoistruzione cognitiva e

supporto sociale) non hanno evidenziato delle differenze statisticamente significative ($p > 0,05$). Sebbene siano presenti differenze nei ranghi medi tra i gruppi, tali variazioni non risultano sufficientemente marcate da raggiungere la soglia di significatività statistica.

Per quanto riguarda la dimensione della distrazione, dall'osservazione dei ranghi medi emerge che il gruppo dei tumori solidi e del linfoma di Hodgkin presenta il valore più elevato (29.58) suggerendo un maggiore utilizzo della strategia di coping analizzata rispetto agli altri gruppi. Segue il gruppo LLA SR, LLA MR e LPA (22.77), mentre i valori più bassi si riscontrano nel gruppo LLA-HR, LMA, rec e neoplasia dendritica (16.50). Il confronto che risulta significativo è tra l'utilizzo della distrazione da parte dei pazienti con tumore solido versus quelli con tumore liquido più a rischio (Grafico 1).

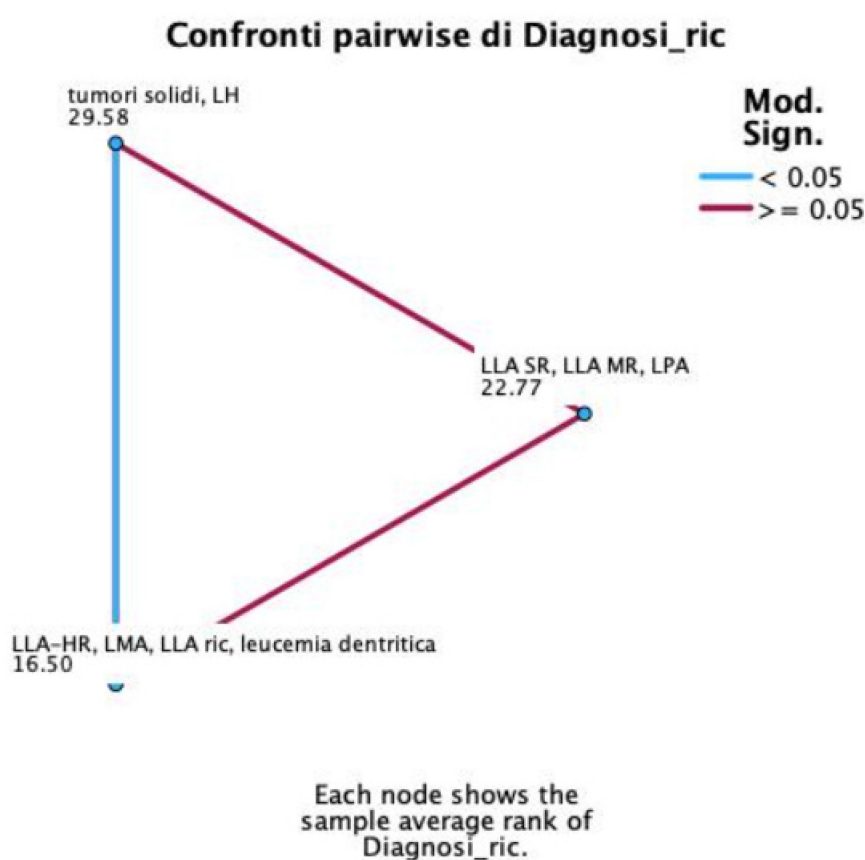


Grafico 1: Confronto strategia PPCI (distrazione) con la tipologia di diagnosi del ricovero

Analogamente, anche nella dimensione della catastrofizzazione si riscontra che il gruppo costituito da tumori solidi e linfoma di Hodgkin (LH) presenta il valore più alto con un rango medio pari a 28.23. Il gruppo comprendente leucemie LLA SR, LLA MR, LPA, mostra un rango medio pari a 23.80. Infine, il gruppo formato da LL-HR, LMA, LLA ric, leucemia dendritica ha un rango medio pari a 16.63. La differenza significativa è in particolare tra pazienti con tumore solido e pazienti con leucemie ad alto rischio (Grafico 2).

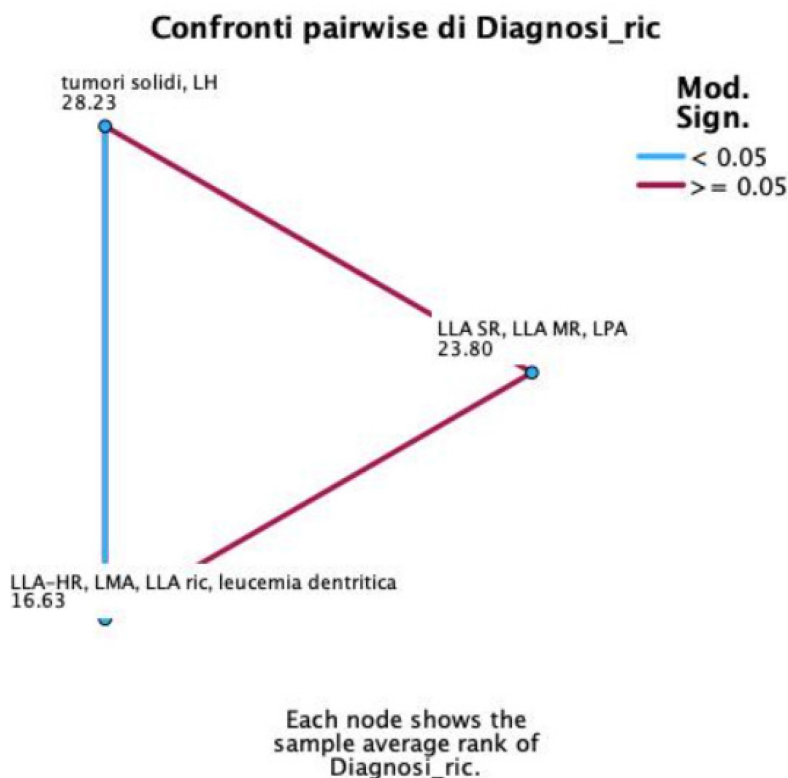


Grafico 2: Confronto strategia PPCI (catastrofizzazione) con la tipologia di diagnosi del ricovero

Le linee che collegano i gruppi rappresentano i confronti a coppie tra le diverse diagnosi. Il colore delle linee indica il livello di significatività statistica: nel caso specifico la presenza prevalente di linee con significatività maggiore o uguale a 0.05 suggerisce che le differenze osservate tra i gruppi non risultano statisticamente significative. Ciò implica che, pur emergendo differenze nei ranghi medi, queste sono sufficientemente forti da poter essere generalizzate alla popolazione.

Un ulteriore strumento statistico utilizzato per andare a rappresentare in maniera grafica la distribuzione dei dati è stato il box plot. Tale strumento permette, infatti, di visualizzare come si distribuiscono i punteggi delle strategie di coping nei diversi gruppi diagnostici, indicando la mediana, l'interquartile e la dispersione dei dati.

In ogni box plot viene riportato nell'asse delle ascisse (x) i gruppi di diagnosi (LLA SR, LLA MR, LPA; LLA-HR, LMA, LLA ric, leucemia dendritica; tumori solidi e LH), mentre l'asse delle ordinate (y) rappresenta il punteggio medio delle strategie di coping calcolato come la somma delle risposte fornite dai partecipanti e divisa per il numero di items.

Per quanto riguarda la dimensione della distrazione, in conformità con quanto citato sopra, emerge che il gruppo dei tumori solidi e linfoma di Hodgkin presenta una mediana

leggermente più elevata rispetto agli altri gruppi e si nota che la scatola è molto più compatta ($\approx 1,00$). Il gruppo LLA-HR, LMA, LLA rec e leucemia dendritica mostra valori mediamente bassi (≈ 0.70) e infine il gruppo LLA SR, LLA MR e LPA presenta valori intermedi (≈ 0.90). (Grafico 3)

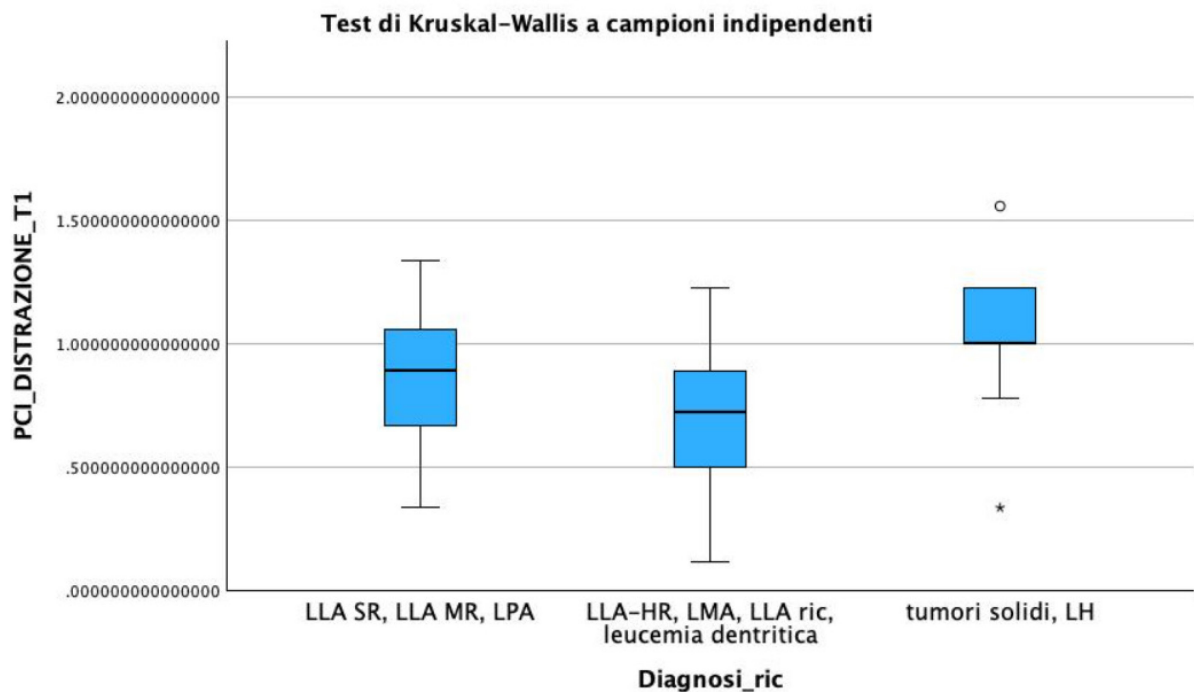


Grafico 3: Box plot della dimensione del coping distrazione suddivisa per tipologia di diagnosi

Analogamente anche per quanto concerne la dimensione della catastrofizzazione riscontriamo sempre una mediana leggermente maggiore nei tumori solidi e linforma di Hodgkin (≈ 0.80) a seguire subito sotto il gruppo di diagnosi LLA SR, LLA MR, LPA ha una mediana vicina al gruppo precedente ma mostra una grandissima variabilità (la scatola è molto più lunga). Infine l'ultimo gruppo di diagnosi LLA-HR, LMA, LLA rec, leucemia dendritica riscontriamo con una mediana leggermente più bassa (≈ 0.60).

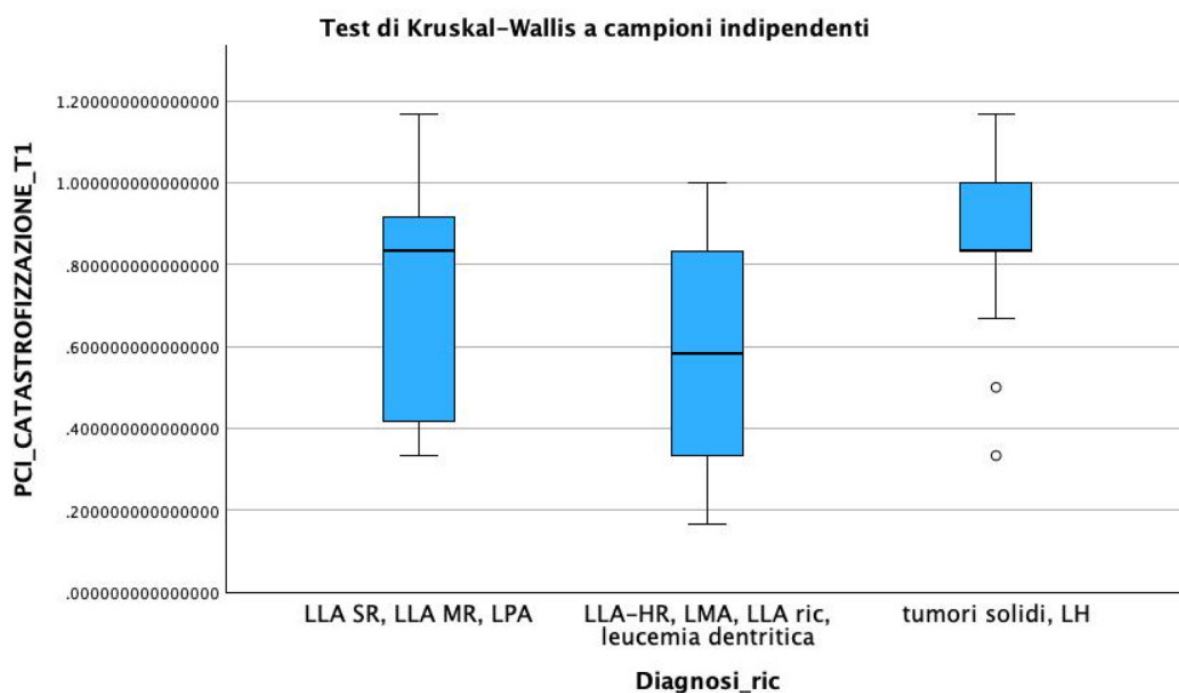


Grafico 4: Box plot della dimensione del coping catastrofizzazione suddivisa per tipologia di dignosi

3.3.4. Relazione tra episodi di ansia e strategie di coping

Per determinare l'esistenza di una relazione tra le dimensioni dell'ansia e le strategie di coping adottate dai partecipanti, è stata condotta nuovamente un'analisi di correlazione utilizzando il coefficiente di Pearson. In particolare, sono state considerate le diverse dimensioni dell'ansia, rilevate attraverso il questionario RCMAS-2: ansia fisiologica, preoccupazione, ansia totale, atteggiamento difensivo e ansia sociale. Tali dimensioni sono state messe in relazione con le diverse strategie di coping analizzate.

Per quanto riguarda le strategie di problem solving e richiesta di supporto sociale, i risultati evidenziano alcune relazioni significative. In particolare, la dimensione dell'ansia fisiologica non mostra correlazione significativa con il problem solving ($r = 0.037$; $p = 0.827$), mentre emerge una correlazione negativa e statisticamente significativa con il supporto sociale ($r = -0.465$; $p = 0.003$), significativa a livello $p < 0.01$. Questo dato indica che a livelli più elevati di ansia fisiologica tende a corrispondere un minore utilizzo della richiesta di supporto sociale.

Per quanto riguarda la dimensione della preoccupazione, si osserva una correlazione positiva e significativa con le strategie di problem solving ($r = 0.367$; $p = 0.021$), significativa a livello $p < 0.05$ suggerendo che all'aumentare dei livelli di preoccupazione aumenta anche il ricorso

a strategie orientare alla risoluzione del problema e viceversa. La correlazione con il supporto sociale risulta invece positiva ma non statisticamente significativa ($r = 0.286$; $p = 0.078$).

Relativamente all'ansia totale, non emergono correlazioni statisticamente significative né con il problem solving ($r = 0.261$; $p = 0.193$) né con il supporto sociale ($r = 0.037$; $p = 0.824$).

Analogamente, per quanto riguarda l'atteggiamento difensivo e l'ansia sociale non si riscontrano relazioni significative con nessuna delle due strategie considerate (Tabella).

		PROBLEM SOLVING	SUPPORTO SOCIALE
ANSIA FISIOLOGICA	r	0.04	-0.465**
	p (a due code)	0.83	0.003
	N	38	38
PREOCCUPAZIONE	r	0.367*	0.29
	p (a due code)	0.02	0.08
	N	39	39
ANSIA TOTALE	r	0.22	0.04
	p (a due code)	0.19	0.82
	N	38	38
ATTEGGIAMENTO DIFENSIVO	r	0.02	0.16
	p (a due code)	0.91	0.34
	N	39	39
ANSIA SOCIALE	r	0.13	0.16
	p (a due code)	0.44	0.32
	N	39	39

Tabella 8: Relazione tra le dimensioni dell'ansia e l'utilizzo delle strategie di coping

*. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

**. La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

Ulteriori analisi sono state condotte per esaminare la relazione tra le dimensioni dell'ansia e le restanti strategie di coping considerate nello studio: distrazione, autoistruzione cognitiva e catastrofizzazione.

Nel complesso, i risultati non evidenziano correlazioni statisticamente significative tra tali strategie e le dimensioni dell'ansia considerate.

In particolare, per quanto riguarda l'ansia fisiologica si osservano correlazioni negative con la distrazione e con l'autoistruzione cognitiva e una relazione quasi nulla con la catastrofizzazione, ma nessuna di queste raggiunge il livello di significatività statistica. Analogamente, la dimensione della preoccupazione non mostra associazioni significative con le strategie analizzate, pur evidenziando una tendenza positiva con la catastrofizzazione.

Per quanto riguarda l'ansia totale non emergono relazioni statisticamente significative con le strategie di distrazione, autoistruzione cognitiva e catastrofizzazione. Lo stesso andamento si osserva per l'atteggiamento difensivo e per l'ansia sociale, che non presentano correlazioni significative con nessuna delle strategie considerate (Tabella 9).

		DISTRAZIONE	AUTOISTR. COGN.	CATASTROFIZZA- ZIONE
ANSIA FISIOLOGICA	r	-0.18	-0.32	-0.05
	p. (a due code)	0.20	0.05	0.77
	N	38	38	38
PREOCCUPAZIONE	r	-0.01	- 0.09	0.29
	p (a due code)	0.97	0.61	0.07
	N	39	39	39
ANSIA TOTALE	r	-0.12	-0.27	0.11
	p (a due code)	0.47	0.097	0.50
	N	38	38	38
ATTEGGIAMENTO DIFENSIVO	r	0.06	0.16	0.05
	p (a due code)	0.70	0.33	0.77
	N	39	39	39
ANSIA SOCIALE	r	-0.03	-0.21	0.03
	p (a due code)	0.85	0.1	0.84
	N	39	39	39

Tabella 9: Relazione tra le dimensioni dell'ansia e l'utilizzo delle strategie di coping

*. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

**. La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

Nel complesso, i risultati indicano che le relazioni tra le dimensioni dell'ansia e le strategie di coping analizzate risultano prevalentemente non significative, con l'eccezione della correlazione positiva tra preoccupazione e problem solving e della correlazione negativa tra ansia fisiologica e richiesta di supporto sociale.

Discussione

La malattia oncoematologica comporta un'esperienza traumatica e complessa che impone al paziente pediatrico l'adozione e la sperimentazione di strategie di adattamento nuove. Negli anni, la letteratura, ha identificato il fattore dell'età come una variabile chiave nell'influenzare la scelta delle risposte del coping: con la crescita e lo sviluppo cognitivo, i bambini tendono generalmente a utilizzare meccanismi di difesa e adattamento più complessi e articolati (Desjardins et al, 2020).

Tuttavia, diversamente da quanto teorizzato finora, i risultati emersi da questo studio, mostrano uno scenario differente. Infatti, il campione analizzato, composta da 44 bambini tra i 6 e i 12 anni, non ha evidenziato differenze statisticamente significative ($p < 0.05$) nell'uso delle strategie di coping in base all'età. Se, da un lato, questo dato può essere influenzato dalla numerosità ridotta del campione, che ha limitato la possibilità di far emergere discrepanze statistiche nette, dall'altro suggerisce la capacità dei pazienti più piccoli, specialmente sotto i 10 anni, di attingere a strategie di coping più mature soprattutto in un contesto dove è necessario affinare sempre di più le proprie strategie.

La situazione critica in cui si trova il piccolo paziente, unita al carico d'ansia e di responsabilità che la malattia comporta, sembra accelerare i processi di elaborazione. Il bambino si trova costretto a ragionare e a reagire attraverso modalità che un coetaneo sano non sperimenterebbe favorendo lo sviluppo precoce di strategie di coping estremamente funzionali.

Da questo primo risultato, l'analisi si sposta su altri fattori situazionali ed esperienziali che possono orientare la scelta di una strategia di coping rispetto a un'altra.

In letteratura la durata dell'ospedalizzazione comporta una separazione dalla routine precedente alla malattia generando conseguenze non solo sul piano fisico ma anche su quello educativo, emotivo e relazionale (Bonichini e Putti, 2019).

I risultati emersi dal presente studio mostrano che, all'aumentare dei giorni di ospedalizzazione, l'uso di quasi tutte le strategie di coping tende a ridursi. Nello specifico osserviamo che all'aumentare dei giorni di ospedalizzazione diminuisce l'utilizzo di strategie volte a spostare l'attenzione del dolore verso stimoli alternativi. Analogamente per il problem solving si riscontra una tendenza simile, ovvero che con il prolungarsi del tempo trascorso della diagnosi i pazienti cercano meno attivamente delle soluzioni pratiche per gestire il dolore.

Un andamento sovrapponibile si rivela con la dimensione dell'autoistruzione cognitiva, in questo caso il bambino, con il passare dei giorni di ospedalizzazione, non utilizza il dialogo interno per farsi coraggio. Il dato rilevante risulta nella dimensione della catastrofizzazione che indica come il bambino tenda a disperarsi e autocommiserarsi di meno con l'aumentare dei giorni trascorsi dalla diagnosi. L'unica dimensione che risulta non significativa statisticamente, è il supporto sociale. Questo dato evidenzia l'assenza di una correlazione attendibile per questo tipo di dimensione e non si può quindi dire con certezza se aumenti o diminuisca con il tempo dalla diagnosi, probabilmente perché la richiesta di aiuto sociale è continuo nel giovane paziente durante tutto l'iter terapeutico. Questi esiti hanno infatti fatto emergere due possibili interpretazioni cliniche.

Da un alto, in accordo con quanto espresso da Patenaude et al., (2005), il dato potrebbe riflettere un positivo processo di adattamento del bambino alla routine terapeutica. Superato l'impatto iniziale della diagnosi, la stabilizzazione emotiva ridurrebbe la necessità di ricorrere a strategie di coping continue. Dall'altro lato, si include l'ipotesi legata all'affaticamento emotivo. Come evidenziato in letteratura, per gli stress cronici, l'allungarsi del tempo di cura potrebbe prosciugare tutte le energie del paziente portandolo a disinvestire nelle strategie più dispendiose dal punto di vista cognitivo (problem solving e autoistruzione cognitive). Questo secondo scenario suggerisce l'importanza di monitorare e sostenere attivamente il paziente non solo nelle fasi critiche dell'esordio, ma lungo tutto il percorso di cura (Polizzi, 2015).

Sulla base della letteratura analizzata, emerge come le differenti tipologie di diagnosi di malattia oncoematologica pediatrica comportino diverse ripercussioni sul piano fisico, relazionale ed emotivo del bambino. Numerosi studi evidenziano, inoltre, come le strategie di coping in età pediatrica siano influenzate dalle caratteristiche specifiche della malattia e del loro trattamento. In particolare, diagnosi differenti implicano stressor clinici differenti che favoriscono l'attivazione di strategie di coping diverse.

Anche in questo caso i risultati dello studio sono concordi con la letteratura, sebbene venga riscontrato che solo due tipologie di dimensioni del coping hanno fornito dati rilevanti. In particolare, sia nella dimensione della distrazione che nella dimensione della catastrofizzazione si osservano una differenza statisticamente significativa ($p < 0.05$) tra i pazienti affetti da tumori solidi e linfoma di Hodgkin (LH) e il gruppo caratterizzato da diagnosi di leucemie ad alto rischio (LLA-HR, LMA). Nello specifico i pazienti affetti da tumori solidi e LH presentano ranghi medi più elevati sia nella distrazione (29.58) che nella catastrofizzazione (28.23), suggerendo un utilizzo più frequente delle strategie con l'obiettivo sia di spostare l'attenzione dal dolore verso stimoli alternativi, ma anche sentirsi sopraffatti

dal dolore e non sapere come fronteggiarlo. Al contrario, i pazienti con forme leucemiche più aggressive (LLA-HR, LMA ric, leucemia dendritica) mostrano punteggi più bassi in entrambe le dimensioni. Tale discrepanza suggerisce che un basso ricorso alla distrazione e alla catastrofizzazione nelle leucemie più aggressive potrebbe non essere indice di un miglioramento ma di un disinvestimento emotivo. Infatti, mentre i tumori solidi permettono cicli di cura che lasciano spazio a una maggiore variabilità di risposta di coping, le leucemie ad alto rischio sono caratterizzate da regimi di ospedalizzazione più serrati che possono causare un minore dispendio di energie mentali da parte dei bambini necessarie per esprimere anche solo la loro disperazione. Questi esiti confermano la necessità di creare reti di supporto psicopedagogico personalizzate e allo stesso tempo di creare una comunità educante, grazie al servizio delle scuole in ospedale, attraverso strategie metodologiche efficaci, per aiutare e supportare il paziente nel decorso della malattia e nel reinserimento scolastico e sociale futuro (Di Padova, 2023).

In letteratura viene sottolineato come l'ansia non debba essere interpretata esclusivamente come una reazione emotiva transitoria al contesto ospedaliero, quanto piuttosto come un elemento strutturale dell'intera esperienza di malattia. Questa dimensione psicologica si configura come una variabile cardine, capace di condizionare sia i processi di coping sia le capacità di adattamento del bambino al percorso terapeutico. In accordo con la letteratura, i risultati di tale studio hanno evidenziato un'associazione statistica significativa tra alcune strategie di coping e alcune dimensioni dell'ansia, individuate attraverso il questionario RCMAS-2.

In particolare, per quanto riguarda la dimensione dell'ansia fisiologica, si riscontra una correlazione negativa con la ricerca di supporto sociale. Questo dato assume una rilevanza clinica maggiore se analizzato tenendo presente la distribuzione del campione: come emerso dalle analisi delle frequenze, il 10% dei soggetti ha superato i cut-off borderline e clinico ($T \geq 60$) per questa dimensione. Ciò suggerisce che, nei casi in cui l'ansia fisiologica devia significativamente dalla norma statistica, essa agisca come un fattore di isolamento, in quanto il bambino, sopraffatto da sintomi somatici che raggiungono livelli critici, riduce i tentativi di aiuto e confronto con le figure di riferimento, diventando meno capace di attivare quella rete relazionale funzionale al sostegno emotivo. Al contrario, la dimensione della preoccupazione presenta una correlazione positiva e statisticamente significativa con la strategia del problem solving. In questo caso il bambino che attinge alla dimensione della preoccupazione, pur rimanendo entro i limiti di normalità definiti dai cut-off, utilizza la componente cognitiva e riflessiva dell'ansia per analizzare la situazione e cercare soluzioni pratiche. Interessante è

osservare come tutte le altre dimensioni dell'ansia, in relazione con le rimanenti dimensioni del coping non presentino legami statisticamente rilevanti. Tale assenza di legami diffusi, unita alla presenza di piccoli gruppi di soggetti che superano i cut-off clinici nelle singole dimensioni, rafforza l'idea che l'intervento educativo e il supporto debbano essere sempre più mirati. È, infatti, necessario creare interventi che non attendano la richiesta di aiuto del bambino, ma che sappia leggere i segnali fisici dell'ansia e supportate attivamente la routine scolastica ospedaliera per prevenire conseguenze di disinvestimento emotivo e sociale. Solo attraverso il monitoraggio costante di questi indicatori, specialmente quando i punteggi si approssimano o superano le soglie di allerta psicometrica, è possibile prevenire conseguenze di disinvestimento emotivo e sociale nel piccolo paziente.

Dalle riflessioni, emerse dall'analisi di questo studio, risulta sempre più rilevante l'importanza di affiancare al supporto psicologico del bambino un intervento educativo strutturato e personalizzato. In accordo con la letteratura viene evidenziato come il mantenimento della continuità educativa nei contesti di malattia contribuisca al benessere psicologico, alla qualità della vita e allo sviluppo globale del bambino (World Health Organization [WHO] & UNESCO, 2021). In questa prospettiva, la scuola in ospedale favorisce il mantenimento della quotidianità e delle relazioni significative, sostenendo il senso di normalità durante il percorso terapeutico.

In aggiunta, la letteratura sottolinea come, nell'ambito oncologico pediatrico, l'esperienza della malattia possa configurarsi come un evento altamente stressante, con potenziali ricadute sul piano emotivo, relazionale e familiare. In particolare, Kazak et al. (2006) confermano la necessità di interventi integrati di supporto non solo per il bambino ma anche per l'intero nucleo familiare. In questa prospettiva, la continuità scolastica si inserisce come elemento protettivo, in grado di sostenere i processi di adattamento e di promuovere una dimensione di normalità. La dimensione educativa si integra così con quella clinica all'interno di un approccio globale alla cura, contribuendo a ridurre il senso di isolamento e favorire una progettualità futura.

In conclusione, nel presente studio di ricerca uno dei principali contributi risiede nell'adozione di un approccio multidimensionale, capace di integrare le dimensioni dell'ansia, con le strategie di coping e le variabili cliniche, offrendo una visione globale del benessere del bambino. In particolare l'applicazione metodologica dei cut-off ha rappresentato un valore aggiunto permettendo sia di identificare una parte dei soggetti del campione a rischio. Tali evidenze non solo foriscono dati preziosi per la progettazione di interventi mirati, ma riaffermano con la forza la valenza pedagogica della Scuola in Ospedale: essa si configura

come un presidio di normalità e continuità educativa, indispensabile per contrastare il disinvestimento emotivo indotto dalla cronicità delle cure.

Tuttavia, si sono riscontrati alcuni limiti di questo studio che hanno circoscritto l'indagine. La numerosità ridotta del campione ha limitato possibilità di generalizzare i risultati all'intera popolazione pediatrica. Inoltre, la natura trasversale della raccolta dati, avvenuta in unico punto temporale, ha precluso l'osservazione dell'evoluzione delle strategie di coping che potrebbero mutare lungo le diverse fasi dell'iter terapeutico. Si deve infine considerare il potenziale limite legato agli strumenti self-report, i quali potrebbero aver risentito dell'affaticamento dei bambini o della desiderabilità sociale, influenzando la rilevazione di dimensioni delicate come la catastrofizzazione. Nonostante queste criticità i risultati emersi sottolineano l'urgenza di un monitoraggio costante, proattivo. L'intervento psicopedagogico deve evolvere verso una capacità di lettura precoce dei segnali somatici dell'ansia, al fine di prevenire il rischio di ritiro relazionale. L'obiettivo ultimo è la promozione di una comunità educante ospedaliera che sia in grado di sostenere il bambino nella sua interezza: non solo come paziente oggetto di cura, ma come studente e individuo capace di mantenere attiva la propria progettualità e il proprio legame con il futuro.

In ottica migliorativa si consiglia, quindi, di utilizzare tecnologie digitali, che permettono di mantenere il legame con la classe di appartenenza e metodologie attive e narrative che favoriscono l'espressione di sé e la rielaborazione dell'esperienza della malattia. In questo senso la didattica si trasforma in uno strumento che promuove l'apprendimento, ma anche che sostiene il bambino nel suo percorso di crescita personale.

Conclusione

*Uno ti dice Buon viaggio quando ti vede pronto per andar via
e non sa dove vai e nemmeno perché
ma crede che tu sappia tutto
e invece non sai niente, ma va bene così.
A volte non sai niente nemmeno alla fine,
perché non sai se quella è la fine
o se è solo una tappa.
Allora vuol dire che hai fatto davvero Buon viaggio,
perché sei già pronto per cominciarne un altro.*
(Masini, 2017, p.35)

Le parole dell'autrice racchiudono l'immagine del viaggio come esperienza incerta, aperta e non sempre comprensibile fino in fondo. È proprio a partire da questa incertezza che la scuola emerge non esclusivamente come una risposta educativa a una condizione di fragilità, ma come spazio capace di accompagnare ogni bambino lungo un cammino complesso, fatto di tappe, soste e ripartenze.

Dalle analisi emerge infatti l'importanza di aiutare e sostenere il bambino durante il percorso terapeutico, osservandolo e non solo guardandolo, ascoltandolo e non solo sentendolo.

In questo modo il paziente attua quelle strategie di coping adattive funzionali per la gestione del dolore durante la malattia evitando un disinvestimento delle energie con conseguente isolamento.

Per quanto concerne i limiti di questo studio, essi possono essere dovuti sia alla limitata numerosità del campione che ha comportato una bassa possibilità di far emergere discrepanze statistiche nette sia anche al limitato range di età (6-12) in quanto, in base alla letteratura, la differenza sull'utilizzo delle strategie di coping si osserva dai 10 anni in su.

In prospettiva futura sarebbe interessante, quindi, ampliare il campione statistico e il range di età, per osservare se si riscontrano cambiamenti sostanziali sull'utilizzo delle strategie di coping da parte dei pazienti.

Inoltre, in ottica educativa, sarebbe interessante effettuare uno studio incentrato sull'utilizzo delle metodologie didattiche adottate in situazioni di malattia e ricoveri prolungati per osservare e analizzare quali siano più funzionali per il paziente in relazione al tipo di malattia, alla diagnosi e ai tempi di ospedalizzazione in relazione alle strategie di coping utilizzate.

Bibliografia

AISP. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1972. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Alemagna, B. 2019. *La bambina di vetro*. TopiPittori

Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. In C. L. Cooper & J. C. Quick (A c. Di), *The Handbook of Stress and Health* (1^a ed., pp. 349–364). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>

Bisagni, D., Szadejko, K., Vellani, D., & Vitrani, U. (s.d.). *Quando l'educatore diventa un "allen-attore" di resilienza. L'applicazione del modello Casita al contesto della Casa Famiglia "La Faretra"*.

Boerner, K. E., Schechter, N. L., & Oberlander, T. F. (2024).

Pain and development: Interacting phenomena. *Pain*, 165(11S), S82–S91. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003304>

Boffo, V., & Balestri, F. (2022). *La scuola in ospedale: Tirocinio e formazione degli insegnanti*. Editpress.

Bonichini S., Axia. G., (2000). La valutazione delle strategie di coping al dolore fisico nei bambini di età scolare. *Psicologia clinica dello sviluppo*, (1), 97–124. <https://doi.org/10.1449/586>

Bonichini, S., & Putti, M. C. (2019). *Scuola in ospedale* (Cap. 24). In S. Bonichini & M. Tremolada (a cura di), *Psicologia pediatrica* (pp. 399-413). Carocci.

Carlsson, T., Kukkola, L., Ljungman, L., Hovén, E., & Von Essen, L. (2019). Psychological distress in parents of children treated for cancer: An explorative study. *PLOS ONE*, 14(6), e0218860. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218860>

Chaaya, R., Sfeir, M., Khoury, S. E., Malhab, S. B., & Khoury-Malhame, M. E. (2025). Adaptive versus maladaptive coping strategies: Insight from Lebanese young adults navigating multiple crises. *BMC Public Health*, 25(1), 1464. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22608-4>

Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939–991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>

Craig, K. D. (2009). The social communication model of pain. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 50(1), 22–32. <https://doi.org/10.1037/a0014772>

Craig, K. D. (2015). Social communication model of pain. *Pain*, 156(7), 1198–1199. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000185>

Desjardins, L., Rodriguez, E., Dunn, M., Bemis, H., Murphy, L., Manring, S., Winning, A., Vannatta, K., Gerhardt, C. A., & Compas, B. E. (2020). Coping and Social Adjustment in Pediatric Oncology: From Diagnosis to 12 Months. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(10), 1199–1207. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa077>

Di Padova, M. (2023). Quando l’istruzione diventa cura: la scuola in ospedale, un esempio di comunità educante. *IUL Research*, 4(7). <https://doi.org/10.57568/iulresearch.v4i8.476>

Dinç F, Kurt A, Yıldız D. (2023) Hospital classroom experiences of hospitalized school-age pediatric oncology patients: A qualitative study. *J Pediatr Nurs.*; 73: e220-e226.
doi: 10.1016/j.pedn.2023.09.014.

Duffy, E. A., Dias, N., Hendricks-Ferguson, V., Hellsten, M., Skeens-Borland, M., Thornton, C., & Linder, L. A. (2019). Perspectives on Cancer Pain Assessment and Management in Children. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(3), 261–273. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.04.007>

Engel GL. (1977). The need for a new medical model a challenge for biomedicine. *Science* 8;196(4286)129-36 DOI: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)

Ferro, F., Gaspari, C., Manfrè, G., Cernigliaro, F., D'Agnano, D., Panzica, R., Correnti, E., Ruta, M. R., Marchese, F., Pitino, R., Capizzi, M., Santangelo, G., Versace, A., Sciriuicchio, V., & Raieli, V. (2025). Children's Headache Through Drawings: A Narrative Review and a Portrait Gallery. *Life*, 15(7), 996. <https://doi.org/10.3390/life15070996>

Gentile, M., Ronconi, L., Romeo, M., De Vincenzo, C., Burattini, E., Rutigliano, C., Santoro, N., Zucchetti, G., Fagioli, F., & Testoni, I. (2025). Psychological and Psychosocial Effects of Cancer on Young Patients and Survivors in Italy: A Mixed-Methods Study on the Challenges and Meaning-Making Factors. *Diseases*, 13(11), 367. <https://doi.org/10.3390/diseases13110367>

Gleason, B., & Mehta, R. (2022). A PEDAGOGY OF CARE: CRITICAL HUMANIZING APPROACHES TO TEACHING AND LEARNING WITH TECHNOLOGY. *Italian Journal of Educational Technology*, (IJET-ONLINE FIRST). <https://doi.org/10.17471/2499-4324/1278>

Hildenbrand, A. K., Alderfer, M. A., Deatrick, J. A., & Marsac, M. L. (2014). A Mixed Methods Assessment of Coping with Pediatric Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(1), 37–58. <https://doi.org/10.1080/07347332.2013.855960>

Hostert, P. C. D. C. P., Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2015). Coping da hospitalização em crianças com câncer: A importância da classe hospitalar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(4), 627–639. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400006>

Hu, N., Fardell, J., Wakefield, C. E., Marshall, G. M., Bell, J. C., Nassar, N., & Lingam, R. (2022). School academic performance of children hospitalised with a chronic condition. *Archives of Disease in Childhood*, 107(3), 289–296. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-321285>

Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A., & Rourke, M. (2006). *An integrative model of pediatric medical traumatic stress*. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 343–355.

Le-Short, C., Katragadda, K., Nagda, N., Farris, D., & Gelter, M. H. (2022). Interventional Pain Management for the Pediatric Cancer Patient: A Literature Review. *Children*, 9(3), 389. <https://doi.org/10.3390/children9030389>

Masini, B. (2017). *Il buon viaggio* (illustrazioni De Conno, G.). Carthusia

Małkowska-Szcutnik, A., Berkowska, A., Gajda, M., & Kleszczewska, D. (2021). Teaching in Hospitals and Healthcare Resorts: A Qualitative Study of Teachers' Needs. *Education Sciences*, 11(7), 311. <https://doi.org/10.3390/educsci11070311>

Melzack R, Wall PD. (1965). Pain mechanisms a new theory. *Science*. 19;150(3699)971-9. Doi: [10.1126/science.150.3699.971](https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971)

Moayed, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: From specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology*, 109(1), 5–12. <https://doi.org/10.1152/jn.00457.2012>

Nabbijohn, A. N., Tomlinson, R. M., Lee, S., Morrongiello, B. A., & McMurtry, C. M. (2021). The Measurement and Conceptualization of Coping Responses in Pediatric Chronic Pain Populations: A Scoping Review. *Frontiers in Psychology*, 12, 680277. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.680277>

Paglia, P. R., Ruggiero, A., & Guido, A. (2017). Pain in Paediatric Oncology and Spontaneous Drawing: Clinical and Psychological Concerns The Experience of Pain in Children with Cancer. *International Journal of Pediatrics and Child Health*, 5, 2–7. <https://doi.org/10.12974/2311-8687.2017.05.01.1>

Patenaude, A. F., & Kupst, M. J. (2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 9–27. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi012>

Polizzi, C., Fontana, V., Perricone, G., D'Angelo, P., Jankovic, M., Taormina, C., Nichelli, F., & Burgio, S. (2015). Coping Strategies and Locus of Control in Childhood Leukemia: A Multi-Center Research. *Pediatric Reports*, 7(2), 5703. <https://doi.org/10.4081/pr.2015.5703>

Quarenghi, G. (2002). Pediatria umanizzata. *LiBeR*, (56), 36.

Società Italiana di Pedagogia Speciale (SIPeS). (2024). *L'inclusione non si ferma. Cammina sempre. Volume in ricordo di Andrea Canevaro*. SIPeS.

Tremolada, M., Tasso, G., Incardona, R. M., Tumino, M., Putti, M. C., Biffi, A., & Pillon, M. (2022). Pain Coping Strategies in Pediatric Patients with Acute Leukemias in the First Month of Therapy: Effects of Treatments and Implications on Procedural Analgesia. *Cancers*, 14(6), 1473. <https://doi.org/10.3390/cancers14061473>

Zhang, K., Ma, J., Chen, J., Xu, L., & Gu, C. (2022). Effects of Drawing Therapy on Pediatric Oncology Patients: A Systematic Review. *Cancer Nursing*, 45(2), E397–E406. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000929>

Zygmunt, E., Cipollone, K., Tancock, S., Clausen, J., Clark, P., & Mucherah, W. (2018). Loving out loud:community mentors, teacher candidates, and transformational learning through a pedagogy of care and connection. *Journal of Teacher Education*, 69 (2), 127–139. doi: 10.1177/0022487117751640

Normative

Circolare Ministeriale (1998,7 agosto) Servizio scolastico nelle strutture ospedaliere (n.353) Gazzetta ufficiale https://www.edscuola.it/archivio/norme/circolari/cm353_98.html

Circolare Ministeriale (1986, 2 dicembre) linee guida sull'istruzione domiciliare e le visite didattiche (n. 345), Ministero dell'istruzione e del merito

European Association for Children in Hospital. (1988/2016). *EACH Charter: European Charter for Children in Hospital*. <https://www.each-for-sick-children.org>

Decreto legislativo (2017, 13 aprile) Norme in materia di valutazione e certificazione delle competenze nel primo ciclo ed esami di Stato (n. 62), Gazzetta ufficiale <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/05/16/17G00070/sq>

Ministero dell'Istruzione e del merito (2020). *Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare*.

<https://scuolainospedale.mim.gov.it/sio/home/istruzione-domiciliare>

World Health Organization, & UNESCO. (2021). *Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators*. World Health Organization.

Sitografia

Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica. (n.d.). <https://www.aieop.org/web/>

Istituto per le tecnologie didattiche (ITD), CNR DSU. (2025, 22 aprile). *Tecnologie inclusive per la scuola ospedaliera e l'istruzione domiciliare*. Dipartimento Scienze Umane e Sociali – CNR. <https://www.dsu.cnr.it/innovazione-sociale/tecnologie-inclusive-per-la-scuola-ospedaliera-e-listruzione-domiciliare/>

Appendice

Allegato 1 (Questionario Sociodemografico)

Clinica di Onco-ematologia Pediatrica - Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino
Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
Università degli Studi di Padova

Data compilazione:

Nome e cognome del genitore:

Nome e cognome del bambino: Data di nascita del bambino:

QUESTIONARIO SOCIO-DEMOGRAFICO

Lo scopo di questo questionario è di aiutarci a conoscere un po' meglio gli aspetti importanti della vita quotidiana della tua famiglia.

1. La tua data di nascita: Sesso (M-F)

2. Chi sono le persone che ADESSO vivono con te? Inserisci nelle righe seguenti il ruolo (es. mamma, fratello, compagno/a, etc.), il sesso e l'età:

	Ruolo	Sesso (F - M)	Età
a.			
b.			
c.			
d.			
e.			

3. Qual è il titolo di studio di tua madre?

- ☐ Licenza elementare
- ☐ Scuola media
- ☐ Scuola superiore
- ☐ Diploma di laurea (triennale)
- ☐ Laurea (specialistica)
- ☐ Formazione post-laurea (master, corsi di specializzazione post-laurea)

4. Qual è l'attuale occupazione di tua madre?

- ☐ Non lavora
- ☐ Attualmente in cerca di lavoro
- ☐ Attualmente lavoratore part-time
- ☐ Attualmente lavoratore a tempo pieno

5. Qual è il titolo di studio di tuo padre?

- ☐ Licenza elementare
- ☐ Scuola media
- ☐ Scuola superiore
- ☐ Diploma di laurea (triennale)
- ☐ Laurea (specialistica)
- ☐ Formazione post-laurea (master, corsi di specializzazione post-laurea)

6. Qual è l'attuale occupazione di tuo padre?

- ☐ Non lavora
- ☐ Attualmente in cerca di lavoro
- ☐ Attualmente lavoratore part-time
- ☐ Attualmente lavoratore a tempo pieno

7. Se stai ancora frequentando un corso di studi, attualmente sei iscritto/a:

Anno di frequenza attuale	Tipo di scuola frequentata

8. Come valuteresti la situazione economica della tua famiglia?

- ☐ Sufficiente, copre solo il minimo indispensabile
- ☐ Adeguata, ma con pochi risparmi o investimenti possibili
- ☐ Buona

Allegato 2 (Waldon-Varni Paediatric Pain Coping Inventory test. PPCI, 1994, trad. italiana di Bonichini & Axia, 2000. Versione per i bambini)

Traduzione e adattamento di
Bonichini S. & Axia G.
Università di Padova
Dipartimento di Psicologia
dello Sviluppo
e della Socializzazione
1996

Questionario su come i bambini reagiscono al dolore (Forma C)

(PPCI Waldron/Varni Pediatric Pain Coping Inventory
J.W. Varni, S.A. Waldron, R.A. Gragg, M.A. Rapoff, B.H. Bernstein, C.B. Lindsley & M.D. Newcomb, 1996)

Nome e cognome del bambino

Sesso

Data di nascita bambino

Data di compilazione

ISTRUZIONI

Qui c'è una lista di cose che i bambini qualche volta fanno quando hanno male.

Per ciascuna di queste cose, segna se anche a te capita di farla **"MAI"**, **"QUALCHE VOLTA"** o **"MOLTO SPESSO"** segnando con un cerchietto il numero nella colonna di destra. Cerca di fare un cerchietto per ogni cosa che ti verrà elencata.

Quando io ho male, io

	Mai	Qualche volta	Molto spesso
1. Vado a letto	0	1	2
2. Chiedo una medicina	0	1	2
3. Chiedo un bacio o di essere abbracciato	0	1	2
4. Cerco qualcuno che capisca come sto male	0	1	2
5. Piango o grido	0	1	2
6. Mi immagino di andare in vacanza o a fare una gita	0	1	2
7. Gioco con i miei amici	0	1	2
8. Guardo la TV	0	1	2
9. Gioco	0	1	2
10. Mangio o bevo qualcosa	0	1	2
11. Mi massaggio la parte che mi fa male	0	1	2
12. Mi dico di essere coraggioso	0	1	2

Quando io ho male, io

	Mai	Qualche volta	Molto spesso
13. Faccio sedere vicino a me la mamma, il papà o un amico	0	1	2
14. Cerco di non pensare al male o di ignorarlo	0	1	2
15. Respiro profondamente	0	1	2
16. Penso a cose belle	0	1	2
17. Gioco col mio cane/gatto o col mio peluche preferito	0	1	2
18. Leggo un libro o coloro un disegno	0	1	2
19. Parlo di quello che ho fatto oggi	0	1	2
20. Penso che il male peggiorerà	0	1	2
21. Desidero che il male vada via	0	1	2
22. Immagino di poter far scomparire il male da solo	0	1	2
23. Faccio finta di non avere male	0	1	2
24. Mi dico che andrà tutto bene	0	1	2
25. Cerco di essere coraggioso e di non dire niente	0	1	2
26. Mi siedo e sto tranquillo	0	1	2
27. Mi stendo un po'	0	1	2
28. Lo dico alla mia mamma o al mio papà	0	1	2
29. Chiedo di stare da solo	0	1	2
Quando io ho male, io			

	Mai	Qualche volta	Molto spesso
30. Chiedo di andare dal dottore	0	1	2
31. So che io posso fare qualcosa per avere meno male	0	1	2
32. So che posso chiedere qualcosa per avere meno male	0	1	2
33. Chiedo a qualcuno che mi spieghi perché ho male	0	1	2
34. Riscaldo o metto del ghiaccio sulla la parte che mi fa male	0	1	2
35. Vado a letto finché non sto meglio	0	1	2
36. Impazzisco o divento cattivo con gli altri	0	1	2
37. Stringo la mano di qualcuno o qualcos'altro	0	1	2
38. Chiedo a qualcuno di dirmi che il male passerà e starò meglio	0	1	2
39. Prego o chiedo a Gesù di aiutarmi	0	1	2
40. Faccio finta che faccia meno male di quello che fa in realtà	0	1	2
41. Penso di non poter far niente per fermare il dolore	0	1	2

1. Quando ho male, io penso a

2. Quando ho male, io faccio

3. Quando ho male, io chiedo

4. Quando ho male, io desidero

Cecil R. Reynolds e Bert O. Richmond

RCMAS-2

Revised Children's Manifest Anxiety Scale Second Edition

Adattamento italiano di Simona Scozzari, Francesco Sella e Mario Di Pietro

QUESTIONARIO FOGLIO DI RISPOSTA

Attenzione. Chi fotocopia i test commette un reato! Questo modulo è protetto dalle leggi vigenti, internazionali e italiane, sul diritto d'autore e quindi non è in alcun modo riproducibile senza l'espressa autorizzazione dell'Editore. I trasgressori possono incorrere nelle sanzioni civili e penali previste (leggi 633/587 e 43/2003).

Nome e cognome/ID _____

Data della prova _____

COME SI DEVE SEGNARE SU QUESTO FOGLIO

CORRETTO				SEGNI ERRATI			
1	2	3	4	1	2	3	4
☐	☐	☒	☐	☐	☐	☒	☐
☐	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☐
☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒
☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐

CODICE

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

ETÀ

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

CLASSE

- ☐ Scuola dell'infanzia
- ☐ 1° anno scuola primaria
- ☐ 2° anno scuola primaria
- ☐ 3° anno scuola primaria
- ☐ 4° anno scuola primaria
- ☐ 5° anno scuola primaria
- ☐ 1° anno scuola secondaria di I grado
- ☐ 2° anno scuola secondaria di I grado
- ☐ 3° anno scuola secondaria di I grado
- ☐ 1° anno scuola secondaria di II grado
- ☐ 2° anno scuola secondaria di II grado
- ☐ 3° anno scuola secondaria di II grado
- ☐ 4° anno scuola secondaria di II grado
- ☐ 5° anno scuola secondaria di II grado
- ☐ 1° anno università

ISTRUZIONI Le frasi nel presente questionario indicano come le persone possono sentirsi e come possono pensare riguardo a se stesse. Leggi attentamente ciascuna frase. Annerisci la casella corrispondente alla parola "SÌ" se pensi che quella frase si adatti veramente a te. Annerisci la casella corrispondente alla parola "NO" se pensi che NON si adatti a te.

Rispondi a tutte le domande anche se per qualcuna è difficile decidere. Non annerire sia la casella corrispondente alla parola "SÌ" che quella corrispondente alla parola "NO" per la stessa affermazione.

Se vuoi correggere la tua risposta, segna una X sulla risposta che desideri annullare e annerisci la casella corrispondente alla tua nuova risposta, come nell'esempio.

Questa è la risposta valida

Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Solo tu puoi dirci quello che senti e ciò che pensi di te stesso. Ricordati, dopo aver letto ciascuna frase, di chiedere a te stesso: "È vero nel mio caso?". Se sì, annerisci la casella corrispondente alla parola "SÌ", altrimenti annerisci la casella corrispondente alla parola "NO". Annerisci una sola casella per ogni frase.

1. Spesso ho mal di stomaco	SÌ	NO
2. Mi sento nervoso	SÌ	NO
3. Spesso mi preoccupa per qualcosa di brutto che potrebbe accadermi	SÌ	NO
4. Temo che i miei compagni possano ridere di me in classe	SÌ	NO
5. Ho troppi mal di testa	SÌ	NO
6. Mi preoccupa di non piacere agli altri	SÌ	NO
7. A volte mi sveglio spaventato	SÌ	NO
8. Mi innervosisco quando ho delle persone attorno	SÌ	NO
9. Ho la sensazione che qualcuno mi dirà che sbaglio a fare le cose	SÌ	NO
10. Temo che le altre persone possano ridere di me	SÌ	NO
11. Trovo difficile prendere decisioni	SÌ	NO
12. Divento nervoso quando le cose non vanno nel modo che vorrei	SÌ	NO
13. Sembra che gli altri facciano le cose con più facilità di me	SÌ	NO
14. Mi piacciono tutti quelli che conosco	SÌ	NO
15. Spesso ho difficoltà a respirare	SÌ	NO

GENERE

☐ Maschio

☐ Femmina

continua dalla pagina precedente

- | | | | |
|---|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ■ | 16. Passo molto tempo a preoccuparmi _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 17. Ci rimango molto male se gli altri ridono di me _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 18. Ho paura di molte cose _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 19. Sono sempre gentile _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 20. Mi arrabbio facilmente _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 21. Mi preoccupa di quello che i miei genitori potrebbero dirmi _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 22. Sento che agli altri non piace il modo in cui faccio le cose _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 23. Mi spaventa fare un discorso davanti a tutta la classe _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 24. Mi comporto sempre in modo educato _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 25. È difficile per me addormentarmi la notte _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 26. Mi preoccupa di quello che gli altri pensano di me _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 27. Mi sento solo anche quando c'è della gente con me _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 28. A scuola vengo preso in giro _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 29. Sono sempre buono _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 30. Me la prendo facilmente _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 31. Spesso mi sudano le mani _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 32. Mi preoccupa il fatto di sbagliare davanti ad altre persone _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 33. Sono simpatico a tutti _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 34. Mi stanco molto _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 35. Mi preoccupa di ciò che potrebbe succedere _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 36. Gli altri sono più felici di me _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 37. Ho timore a parlare davanti a un gruppo di persone _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 38. Dico la verità sempre in ogni occasione _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 39. Faccio brutti sogni _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 40. Qualche volta mi arrabbio _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 41. Mi preoccupa essere interrogato in classe _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 42. Mi sento preoccupato quando vado a letto la notte _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 43. È difficile per me rimanere concentrato sui compiti _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 44. Qualche volta dico cose che non dovrei dire _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 45. Mi preoccupa del fatto che qualcuno possa picchiarmi _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 46. Mi muovo in continuazione sulla sedia _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 47. Molte persone sono contro di me _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 48. Mi è capitato di dire una bugia _____ | ☐ SI | ☐ NO |
| ■ | 49. Mi preoccupa il fatto che potrei dire qualcosa di stupido _____ | ☐ SI | ☐ NO |



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
Dipartimento di Filosofia, Sociologia,
Pedagogia e Psicologia applicata

CORSO DI STUDIO MAGISTRALE IN
SCIENZE DELLA FORMAZIONE PRIMARIA

RELAZIONE FINALE DI TIROCINIO

Crescere, Esplorare, Collaborare

Tre dimensioni di un percorso di formazione e consapevolezza docente

Relatore: Piermaria Sartorato

Laureanda: Sofia Taliercio

Matricola: 2072736

Anno Accademico: 2025/2026



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia,

Pedagogia e Psicologia applicata

Studentessa: Sofia Taliercio

Matricola: 2072736

Indirizzo: Via Cardinal Jacopo Monico, 101, 30174 Mestre (VE)

Telefono: 3423766652

E-mail: sofia.taliercio@studenti.unipd.it

sofiataliercio1999@gmail.com

Denominazione Istituzione Scolastica di appartenenza:

Istituto Comprensivo Statale Margherita Hack di Spinea

Indirizzo: Via Fregene, 15, 30038 Spinea (VE)

Telefono: 041, 543647/041997534

Fax: 041990692

E-mail: veic861007@istruzione.it

Dirigente scolastico: Giuseppe Peluso

Tutor del tirocinante: Paola Nardi

Indice

Introduzione.....	92
1.Dimensione professionale: Crescere	93
1.1.Monitorare la crescita: analisi critica e strumenti di autovalutazione professionale.....	93
1.2.La documentazione come processo riflessivo: linguaggi, strumenti e significati dell'agire educativo.....	95
2.Dimensione didattica: Esplorare.....	97
2.1. Ambiente come terzo educatore: spazi, valori e culture	98
2.2. Il progetto “Piccoli riciclatori”	100
2.3. L’eterogeneità come risorsa: riflessioni sulla conduzione e il setting educativo ...	105
2.4. Strumenti di rilevazione e documentazione autentica.....	106
3.Dimensione istituzionale: Collaborare	108
3.1.Scuola, territorio e famiglie: un percorso educativo condiviso per la sostenibilità.	108
Conclusione.....	110
Bibliografia	112
Normativa	114
Documentazione Scolastica.....	114
Allegati.....	115
1. Format per la progettazione: Piccoli riciclatori.....	115
2. Trascrizione dell'intervento	130
3. Check list.....	133
4. Analisi swot ex ante e Analisi swot post.....	135
5. Presentazione riunione genitori 12/05/2026.....	136

Introduzione



“Intorno alla maestra ci sono i bambini, a volte in fila, a volte in cerchio, in piedi o seduti [...]. Nella maestra ci sono tante cose che a poco a poco finiscono anche dentro ai bambini” (Carrer, 2013, p. 3 e 9)

Queste parole restituiscono la complessità e la profondità del ruolo docente: l'insegnante non è soltanto colui che trasmette conoscenze, ma una presenza educativa che, attraverso gesti, parole, scelte e atteggiamenti, lascia tracce significative nei percorsi dei bambini. La maestra diventa un punto di riferimento, guida e modello; ciò che vive, osserva, progetta e comunica si riflette progressivamente nei processi di apprendimento, nelle relazioni e nella costruzione dell'identità. In questa prospettiva l'esperienza di tirocinio ha rappresentato per me un'occasione fondamentale per comprendere come l'azione educativa richieda uno sguardo attento e riflessivo, capace di connettere osservazione, progettazione e valutazione. Il percorso, realizzato all'interno di una sezione eterogenea di 3 e 4 anni, si è sviluppato proprio a partire dall'osservazione sistematica dei processi di insegnamento-apprendimento, indispensabile per cogliere bisogni, dinamiche, e potenzialità del contesto educativo progettando interventi didattici coerenti con gli obiettivi formativi.

L'annualità di tirocinio mi ha consentito di sperimentare il raccordo tra dimensione didattica, istituzionale e professionale attraverso la predisposizione di strumenti di osservazione, la conduzione delle attività, la documentazione dell'esperienza e la riflessione costante. Ogni esperienza vissuta in sezione ha contribuito alla costruzione del mio profilo professionale emergente rafforzando la consapevolezza che educare significa entrare in relazione (Vygostkij, 1987) mettersi in ascolto (Rogers, 1969) e interrogarsi continuamente per diventare insegnanti capaci di incidere con responsabilità e sensibilità nel percorso di ogni alunno.

1.Dimensione professionale: Crescere

La dimensione professionale del profilo docente riguarda l'insieme delle competenze, conoscenze e atteggiamenti che guidano l'azione educativa e didattica in maniera consapevole, intenzionale e riflessiva. L'insegnante assume il ruolo di professionista dell'educazione, capace di osservare, progettare e ri-progettare la propria azione educativa in base ai bisogni degli alunni e del contesto. In tale prospettiva, le Indicazioni Nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione (2012), alla sezione infanzia citano: "la professionalità docente si arricchisce attraverso il lavoro collaborativo, la formazione continua in servizio, la riflessione sulla pratica didattica e il rapporto adulto con i saperi e la cultura" (DM 254/2012, pag. 17).

1.1.Monitorare la crescita: analisi critica e strumenti di autovalutazione professionale.

L'autovalutazione si inserisce all'interno del processo educativo. Essa non rappresenta un momento isolato, ma un processo continuo di riflessione attraverso il quale gli studenti e i docenti analizzano criticità e qualità del lavoro svolto (Bond, 1995).

Tale riflessione si configura come un dispositivo fondamentale di sviluppo professionale continuo che consente la rilettura critica dell'esperienza educativa alla luce delle competenze attese nel profilo docente. Secondo Schön (1983) il docente viene definito come un "professionista riflessivo" capace quindi di integrare teorie e pratica attraverso l'analisi dell'azione. Tale processo di auto-valutazione consente di individuare punti di forza e aree di miglioramento, contribuendo alla definizione di un docente consapevole, dinamico e orientato allo sviluppo totale dell'alunno. In quest'ottica risultano rilevanti due lavori riflessivi svolti durante il mio percorso di tirocinio. Il primo riguarda l'analisi SWOT, uno strumento di analisi utilizzato nella progettazione, sia nella fase iniziale sia in quella conclusiva del progetto (v. Allegato 4). Prima dell'avvio degli interventi, l'utilizzo di questo strumento, ha favorito una riflessione preventiva sul contesto scolastico, sul gruppo classe e sulle possibili dinamiche educative, aiutandomi a progettare in modo più consapevole e intenzionale. Al termine del percorso, tale analisi ha assunto invece una funzione valutativa, permettendomi di confrontare le previsioni iniziali con l'esperienza concreta, riconoscendo i punti di forza, i punti di debolezza, le opportunità e le minacce. Questa fase richiama la prospettiva dell'apprendimento esperienziale di Kolb (1984), secondo cui la riflessione sull'esperienza è

fondamentale per la crescita professionale. L'analisi SWOT, si è quindi rivelata uno strumento significativo di consapevolezza professionale che valorizza la capacità del docente di progettare autovalutazioni e migliorarsi. In linea con questa prospettiva, viene riscontrato anche un ulteriore strumento utile nella riflessione, ovvero il lavoro di autovalutazione, programmato durante il periodo di tirocinio indiretto e svolto in tre momenti distinti: all'inizio (blu), in itinere (rosso), finale (verde). Il percorso di tirocinio è diventato il risultato di un processo di transizione verso il profilo docente.

Dall'istogramma emerge come la mia sfida principale sia stata quella di tradurre le pre-



Tabella 1: *Autovalutazione delle competenze professionali*

conoscenze possedute in una progettazione che potesse rispondere alle esigenze del gruppo sezione, attraverso una costante osservazione e una progressiva capacità di adattamento (De Rossi, 2023). In tale prospettiva l'esperienza si è configurata come un'occasione di apprendimento situato, in cui la riflessione sull'azione ha assunto un ruolo centrale (Dewey, 1938). Un traguardo conseguito è stato il fatto di prendere coscienza che la scuola è un contesto relazionale complesso. La partecipazione alla vita scolastica ha evidenziato l'importanza della comunicazione e della collaborazione tra le diverse figure educative come pure il ruolo dell'interazione sociale nei processi di apprendimento (Vygotskij, 2008). La

dimensione professionale va a rappresentare l'aspetto più significativo. Il tirocinio mi ha portato a sviluppare un atteggiamento riflessivo basato sull'osservazione, la documentazione e la rielaborazione critica della mia pratica. Attraverso l'autovalutazione ho potuto individuare punti di forza e aree di miglioramento riconoscendo la necessità di un continuo sviluppo professionale. In questa prospettiva, viene richiamata la visione di una professionalità docente dinamica e in evoluzione, orientata alla costruzione di competenze e alla responsabilità educativa (Perrenoud, 1999).

In prospettiva futura, sento l'esigenza di portare con me questa pratica riflessiva come parte integrante del mio modo di essere insegnante, con l'obiettivo di continuare ad interrogarmi sul mio operato accogliendo le difficoltà come occasione di crescita.

1.2. La documentazione come processo riflessivo: linguaggi, strumenti e significati dell'agire educativo

La documentazione non si traduce in mera raccolta di evidenze, ma come strumento di costruzione di significato e di consapevolezza del proprio agire educativo (Rinaldi, 1999; Malavasi & Zoccatelli, 2018). All'interno delle istituzioni scolastiche la documentazione assolve una triplice funzione. In primo luogo, svolge una funzione comunicativa, in quanto permette di condividere il percorso educativo con le famiglie e la comunità. In secondo luogo, assume una funzione valutativa e regolativa, poiché fornisce elementi per una valutazione formativa permettendo al corpo docente di ri-progettare l'azione didattica sulla base delle evidenze raccolte. Infine, riveste una funzione auto-formativa, dato che obbliga il docente a fermarsi sul proprio operato. In questa prospettiva, le Indicazioni Nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione (2012), e il D.lgs. 65/2017, sottolineano l'importanza della documentazione come strumento per garantire la continuità del percorso educativo e per sostenere la *scuola come luogo di ricerca*.

Durante l'intero percorso di tirocinio, ho ritenuto opportuno adottare un approccio multi-strumentale che ha permesso di catturare la complessità della sezione. In linea con il pensiero di Malaguzzi, ho cercato di valorizzare i "cento linguaggi" dei bambini attraverso vari canali. Tra questi la fotografia ha rappresentato uno strumento privilegiato per documentare il processo educativo: attraverso le immagini ho potuto analizzare le posture, gli sguardi, l'uso degli spazi e le interazioni sociali durante le attività didattiche. Questo ha fornito una documentazione visiva del mio operato, utile non solo a sostanziare le mie riflessioni, ma anche a osservare e analizzare criticamente quanto realizzato, in ottica di un miglioramento continuo. Tale processo richiama il principio del lifelong learning (Delors, 1996), inteso come formazione permanente che accompagna l'insegnante nella costante revisione e sviluppo delle proprie competenze.

Un ulteriore strumento significativo è stato rappresentato dalla registrazione audio e dalle trascrizioni, fondamentali per cogliere ciò che Bruner (1987) definisce il *linguaggio come strumento di pensiero*. Attraverso la tecnica educativa dell'ascolto guidato e della conversazione clinica, supportata da domande-stimolo da me predisposte, le discussioni di gruppo si sono rivelate stimolanti per l'intera sezione. I bambini di 4 anni hanno potuto esercitare competenze di ragionamento, memorizzazione e associazione, fungendo da modello per i bambini più piccoli, che hanno sviluppato capacità di ascolto attento, di memoria e comprensione di vocaboli nuovi. Questo strumento si è rivelato estremamente

funzionale in quanto ha permesso di individuare quali aspetti della mia progettazione fossero ancora in via di acquisizione e quali invece fossero già consolidati (v.

Allegato 2).

Le evidenze raccolte e i manufatti artistici prodotti (Disegni, la carta, le maracas, il cartellone) si sono rivelati dei veri e propri “oggetti mediatori” che testimoniano l’evoluzione cognitiva e simbolica del bambino all'inizio del percorso, in itinere e nella sua conclusione.

Inoltre, attraverso l’utilizzo dello strumento digitale Power-Point ho offerto alle famiglie la possibilità anche di osservare e comprendere le esperienze vissute dai loro figli, rendendole partecipi del progetto educativo e raccogliendo feedback significativi sul mio operato.

Documentare, tuttavia, non significa soltanto raccogliere dati, ma soprattutto interpretarli: il cuore della documentazione risiede infatti nel suo potenziale riflessivo. Autori come Dewey e Pezzano evidenziano come la documentazione solleciti l’insegnante a un esercizio di meta-cognizione professionale. Attraverso la rilettura delle note sul campo, l’analisi dei feedback, l’ascolto delle registrazioni ho imparato a distinguere l’intenzione progettuale dell’evento accaduto. Questa distanza critica si è rivelata essenziale per sviluppare le capacità di improvvisazione didattica e per rispondere in modo inclusivo alle sfide quotidiane della sezione.

Alla luce di queste considerazioni e pensando al mio ruolo di docente, la documentazione si inserisce come una vera e propria postura etica, in quanto rappresenta l’impegno a non lasciare che l’esperienza scolastica svanisca nel quotidiano ma che diventi un patrimonio collettivo. L’integrazione con i vari strumenti digitali permette di rendere la documentazione sempre più partecipativa coinvolgendo i bambini nella narrazione del proprio apprendimento. In linea con il D.M. 249/2010 che definisce gli obiettivi qualificanti al termine del mio percorso universitario, ritengo di aver acquisito adeguate conoscenze disciplinari negli ambiti oggetto di insegnamento, nel mio caso riferiti ai campi di esperienza, anche attraverso la documentazione e l’utilizzo di albi illustrati e libri.



Foto 1: *Disegni fatti sulla carta riciclata*

2.Dimensione didattica: Esplorare

La dimensione didattica del profilo docente si fonda sulla capacità di tradurre i saperi disciplinari in esperienze significative per gli alunni, attraverso scelte metodologiche consapevoli e flessibili, attente ai bisogni della sezione o del gruppo classe, ai diversi stili di apprendimento e alla valorizzazione delle differenze individuali. L'insegnante assume così il ruolo di mediatore dell'apprendimento favorendo la costruzione attiva della conoscenza attraverso esperienze significative (Bruner, 1997). In questa prospettiva la didattica si configura come un'azione mediatica nella quale il docente costruisce le condizioni favorevoli allo sviluppo delle competenze attraverso processi di apprendimento autentici e un'attiva partecipazione (Damiano, 2013).

L'Universal design for learning (UDL 3.0, 2024) si pone l'obiettivo di promuovere l'*agency* dello studente affinché sia propositiva e riflessiva, piena di risorse e autentica, strategica e orientata all'azione. In accordo con queste linee guida, il docente è chiamato a progettare ambienti di apprendimento accessibili e partecipati, adottando strategie didattiche differenziate e personalizzate che garantiscono a ciascun alunno reali opportunità. In riferimento a tali linee guida, ho predisposto contesti educativi inclusivi e partecipativi, nei quali i bambini potessero prendere parte alle attività secondo i propri tempi di apprendimento. Le proposte sono state diversificate in base all'età, con l'obiettivo di favorire uno sviluppo cognitivo e coerente con le caratteristiche evolutive dei bambini. Ho privilegiato inoltre metodologie attive, come il gioco e l'utilizzo del corpo attraverso pause attive, riconoscendo il valore dell'esperienza concreta e del coinvolgimento corporeo nei processi di apprendimento. In linea con il D.M. 334/2021 che raccoglie le linee pedagogiche per il sistema integrato zero-sei, il gioco assume un ruolo centrale nell'esperienza educativa del bambino, poiché favorisce apprendimenti significativi, relazioni e partecipazione attiva, riconoscendo il bambino come protagonista del proprio percorso di crescita, valorizzando esperienze ludiche, corporee come strumenti fondamentali di sviluppo cognitivo e sociale. Secondo questa prospettiva teorica, le Indicazioni Nazionali per il curricolo (2012) e il D.lgs. 66/2017 pongono al centro la progettazione per competenze, che rafforza la prospettiva dell'inclusione scolastica evidenziando la promozione di strategie educative e didattiche finalizzate allo sviluppo delle potenzialità di ciascun alunno.

Nei sottoparagrafi successivi verranno presentate le diverse attività proposte alla sezione documentate attraverso fotografie o trascrizioni di conversazioni significative. Tali strumenti di documentazione e osservazione hanno consentito di monitorare il percorso svolto e di

verificare il raggiungimento degli obiettivi definiti in fase di progettazione, analizzando le modalità attraverso cui i bambini hanno partecipato e costruito i propri apprendimenti.

2.1. Ambiente come terzo educatore: spazi, valori e culture

L'ambiente deve essere considerato come un acquario che rispecchia le idee, i valori, gli atteggiamenti e le culture delle persone che vi abitano. L'ambiente parla, racconta e sostiene le esperienze dei bambini, diventano parte integrante del processo educativo (Edwards et al., 1988). Attraverso queste parole desidero evidenziare come il contesto non risulta solo uno sfondo neutro, ma uno spazio che riflette idee, valori e pratiche di chi lo vive.

In accordo con quanto scritto, l'I.C. Margherita Hack di Spinea, nel quale ho svolto per 4 anni il mio tirocinio, risulta essere inserito in un contesto economico e socio-culturale di medio livello e accoglie una presenza significativa di alunni stranieri. Il Piano Triennale dell'Offerta Formativa A.s. 2025/2026 evidenzia questa eterogeneità definendola: “una ricchezza che promuove un importante scambio di esperienze e vissuti. Questi elementi apportano contributi significativi sotto l'aspetto della crescita sociale permettendo lo sviluppo di un tessuto interculturale all'interno dell'ambiente scolastico” (PTOF, A.s. 2025/2026, p. 3).

L'istituto Comprensivo ha individuato una propria missione educativa: “*Un mondo in armonia: musica e sport senza confini*”. Tale enunciato esprime la volontà di costruire una comunità scolastica aperta, inclusiva e dinamica, nella quale la musica e lo sport rappresentano strumenti privilegiati per favorire l'incontro tra culture diverse, superare le barriere e promuovere un senso di appartenenza. In linea con questa visione, la mia progettazione si inserisce in un ambiente educativo progettato per sostenere la crescita personale, sociale ed emotiva di ciascun alunno creando situazioni favorevoli per creare un clima coinvolgente, dinamico, inclusivo nel quale ogni bambino si senta protagonista del proprio agire e possa sviluppare le proprie potenzialità, diventando un cittadino del mondo consapevole. Secondo tale impostazione si crea quindi, l'idea di educazione come esperienza significativa e situata, nella quale l'apprendimento nasce dall'interazione con il contesto e con gli altri (Dewey, 1938). Coerentemente con la missione dell'istituto, la scuola riconosce come finalità fondamentale la formazione integrale della persona, nel rispetto dei tempi, degli stili di apprendimento e delle differenze individuali (D.M. n. 254 Indicazioni nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione). Tale prospettiva trova fondamento nel pensiero di Maria Montessori (1949), secondo cui l'educazione non è ciò che il maestro offre, ma un processo naturale che si sviluppa

spontaneamente nell'individuo, sottolineando l'importanza di un ambiente educativo che rispetti i tempi di ciascun bambino.

Il plesso dell'infanzia "Bruno Munari", nel quale ho svolto questo anno il mio tirocinio,

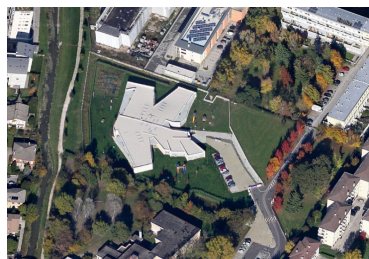


Foto 2: *Tonero progetti,
Scuola Bruno Munari*

presenta una struttura architettonicamente originale. L'edificio, progettato simbolicamente come un raggio di sole, presenta una disposizione degli spazi che crea una sinergia tra i vari ambiente scolastici. Tale configurazione non risponde soltanto a un criterio estetico, ma riflette una precisa intenzionalità educativa: favorire nei bambini libertà, esplorazione autonoma e possibilità di orientarsi consapevolmente nello spazio. In questo modo,

l'ambiente scolastico diventa occasione quotidiana di scoperta, relazione e crescita, permettendo ai bambini di sperimentare anche forme di autonomia progressiva.

Gli spazi, sia interni sia esterni, risultano organizzati secondo una progettazione educativa attenta ai bisogni evolutivi dei bambini orientata a promuovere apprendimenti attivi attraverso esperienze laboratoriali. All'interno del plesso sono presenti atelier, spazi manipolativi e ambienti condivisi pensati per incoraggiare creatività, ricerca sperimentazione e cooperazione. L'atelier richiama il pensiero pedagogico di Loris Malaguzzi (2010), fondatore dell'approccio di Reggio Emilia, secondo cui il bambino possiede "cento linguaggi" attraverso i quali esprimersi, conoscere e costruire significati. In questa prospettiva, l'atelier non rappresenta un mero spazio fisico dedicato alle attività artistiche, ma un contesto di ricerca, dove materiali, esperienze sensoriali e processi creativi sostengono lo sviluppo cognitivo ed espressivo. Il laboratorio diventa un luogo privilegiato di apprendimento attivo in cui il sapere si costruisce attraverso il fare, in linea con il pensiero di Dewey (Dewey, 1916) che valorizza l'esperienza diretta come fondamento del processo educativo.

Anche gli spazi esterni della struttura assumono una funzione educativa rilevante: il giardino attrezzato e l'orto didattico consentono ai bambini un contatto diretto con la natura, promuovendo osservazione, cura, responsabilità e consapevolezza ecologica. Tale esperienze si collegano alle Indicazioni Nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione (2012) che riconoscono l'importanza di offrire contesti nei quali i bambini possano esplorare la realtà attraverso esperienze concrete, multisensoriali e significative.

In questi spazi i bambini possono creare relazioni tra bambini di età diverse favorendo così il passaggio dalla scuola dell'infanzia alla scuola primaria.

La sezione nella quale ho svolto il quarto anno di tirocinio è composta da 21 bambini di tre e

quattro anni. Questa eterogeneità ha richiesto infatti l'adozione di strategie didattiche flessibili e differenziate. Dall'osservazione iniziale in sezione ho potuto concentrarmi sull'utilizzo degli spazi e la loro funzione. Infatti, rilevante per la conduzione dell'attività è stato il circle time, una metodologia educativa che pone al centro il bambino come



Foto 3: Circle time

soggetto attivo del proprio apprendimento. Essa promuove l'ascolto, la partecipazione e la costruzione di relazioni positive all'interno del gruppo sezione. Nel plesso di riferimento, ogni sezione ha predisposto lo spazio dedicato al circle time, organizzato con panche disposte a semicerchio sulle quali i bambini possono sedersi. Questo spazio, viene utilizzato non solo per specifiche attività didattiche, ma anche per momenti di routine come l'appello, attività di lettura e attività che precedono l'uscita. All'interno di questo ambiente i bambini sono guidati al rispetto di due semplici regole: il silenzio e l'ascolto. Tali indicazioni contribuiscono a far comprendere come ogni ambiente scolastico sia caratterizzato da specifiche funzioni e modalità di comportamento, aiutando i bambini a riconoscere la differenza tra i diversi momenti della giornata educativa.

In questa prospettiva l'organizzazione del plesso richiama il concetto di ambiente come “terzo educatore” il quale viene progettato intenzionalmente per favorire curiosità, partecipazione e benessere attraverso spazi curati, materiali accessibili e occasioni di interazione.

2.2. Il progetto “Piccoli riciclatori”

L'educazione allo sviluppo sostenibile è intesa come quel processo che consente a ogni individuo di acquisire le conoscenze, le competenze, i valori e gli atteggiamenti necessari per contribuire a un futuro sostenibile (UNESCO, 2017). In questa prospettiva, risulta necessario avviare fin dalla prima infanzia percorsi educativi basati su esperienze concrete e significative che favoriscono la costruzione di comportamenti responsabili e consapevoli nei confronti dell'ambiente e degli esseri viventi.

La progettazione didattica “piccoli riciclatori” nasce proprio da questa esigenza e si sviluppa in accordo con il gruppo docenti, con l'obiettivo di offrire le prime basi di educazione sostenibile. L'intento è quello di promuovere la formazione di un primo pensiero critico e di favorire un rapporto positivo con la natura attraverso esperienze dirette, coinvolgenti e adeguate all'età (v. Allegato 1). All'interno di questo percorso, la progettazione a ritroso ha consentito di partire dai traguardi di apprendimento attesi per pianificare in modo coerente gli

interventi e le metodologie. Tale prospettiva ha reso l'azione didattica più intenzionale e significativa, promuovendo percorsi orientati allo sviluppo autentico delle competenze e a una maggiore coerenza tra obiettivi, processi e valutazione (Wiggins & Mctighe, 2011).

La progettazione si è strutturata anche attraverso gli obiettivi personali di tirocinio secondo la prospettiva SMART⁹, orientati a rendere il percorso osservabile, monitorabile e coerente con le tre dimensioni formative fondamentali. Sul piano didattico mi sono posta l'obiettivo di sperimentare metodologie diverse e flessibili, documentando il mio operato attraverso strumenti differenti (fotografie, osservazioni, check-list) così da monitorare l'efficacia degli interventi. Dal punto di vista professionale ho approfondito riferimenti teorici e pratici attraverso la ricerca bibliografica e la formazione sviluppando una maggiore capacità riflessiva sul mio ruolo educativo. Infine, sul piano istituzionale, ho valorizzato il confronto e la collaborazione con il gruppo docente, le famiglie e il territorio.

Durante il periodo di osservazione in sezione, il confronto con le insegnanti ha assunto un ruolo fondamentale per individuare bisogni, interessi e caratteristiche del gruppo, così da progettare un percorso didattico rispondente ai bisogni dei bambini. In questo senso, l'intervento è stato pensato in coerenza con il pensiero di Lev Vygotskij (1978), secondo il quale l'apprendimento avviene all'interno della zona di sviluppo prossimale, ovvero lo spazio tra ciò che il bambino

è in grado di fare autonomamente e a cui può tendere. Alla luce di tale prospettiva, gli interventi didattici sono stati progettati tenendo conto delle diverse età presenti in sezione, valorizzando, quando possibile, il ruolo dei bambini più grandi come modello e supporto per i più piccoli, in linea anche con la progettazione annuale del plesso. In altri casi, si è ritenuto opportuno differenziare le attività, al fine di rispondere in modo più efficace ai bisogni specifici di ciascuna fascia d'età e sostenere lo sviluppo individuale.

Per quanto riguarda la progettazione e conduzione degli interventi è stata rilevante la fase di lancio composta dalle due attività iniziali. Questo momento ha creato un primo spazio all'interno del percorso di educazione ambientale consentendo di rivelare le pre-conoscenze dei bambini e ponendo la base per una prima classificazione dei rifiuti attraverso la scoperta e la manipolazione.

Prima di realizzare l'attività in sezione, provavo curiosità, ma anche incertezza rispetto alla sua efficacia e adeguatezza rispetto all'età, dato che era il primo anno che mi trovavo a

⁹Un obiettivo SMART è un traguardo definito secondo criteri precisi e lo rende Specifico, Misurabile, Attuabile, Realistico e Temporizzato.

interfacciarmi con una sezione eterogenea. Tuttavia, confidavo che l'utilizzo di uno sfondo integratore, quale l'albo illustrato, associato a esperienze corporee e sensoriali, potesse favorire il coinvolgimento e la partecipazione del gruppo. La scelta dell'albo "*Ti voglio bene Blu*" di Barroux si colloca in linea con la prospettiva di Jerome Bruner (1966), secondo cui la narrazione rappresenta uno strumento privilegiato per l'organizzazione del pensiero e la costruzione di significati nei bambini.

La prima fase dell'attività, incentrata sulla lettura e rielaborazione della storia attraverso un setting strutturato e l'utilizzo di domande guida, ha favorito un buon livello di partecipazione, pur evidenziando alcune difficoltà legate alla discontinuità dell'attenzione. Tale osservazione mi ha consentito di calibrare gli interventi successivi, introducendo esperienze maggiormente attive e coinvolgenti. Nella seconda attività ho ripreso lo sfondo narrativo e attraverso l'esperienza diretta i bambini hanno iniziato a distinguere i materiali, attivando prime forme di classificazione, in linea con quanto sostenuto da Jean Piaget (1964) che riconosce nella manipolazione un elemento centrale nei processi di apprendimento.



Foto 4: *Adattamento del setting con lo sfondo integratore*

Durante la conduzione degli interventi didattici ho incontrato alcune difficoltà e ostacoli che mi hanno portata a ricalibrare la progettazione delle attività successive. Tali situazioni non hanno rappresentato un elemento di scoraggiamento, ma si sono configurate come occasioni di crescita professionale. In questa prospettiva, condivido quanto affermato da Loris Malaguzzi, secondo cui l'imprevisto non deve essere evitato, ma accolto come risorsa educativa, in quanto è capace di generare nuove opportunità di apprendimento. In particolare,

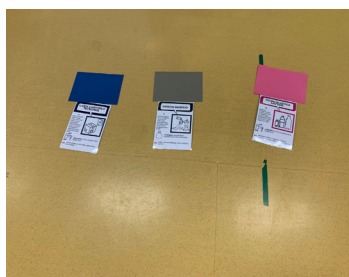


Foto 5: *Errore progettazione*

l'imprevisto si è verificato durante la preparazione del terzo intervento, finalizzato al riconoscimento delle diverse tipologie di rifiuti e alla loro corretto conferimento. A tal fine, erano stati predisposti tre pannelli di medie dimensioni riportanti i nomi dei contenitori (carta, plastica e secco), associati ai rispettivi colori. L'attività prevedeva inizialmente una fase di esplorazione e manipolazione dei rifiuti puliti, seguita da una conversazione guidata e da un'attività di classificazione. Nel corso

dell'intervento, io e le insegnanti abbiamo rilevato un errore nella progettazione: i colori associati ai contenitori non risultavano coerenti con il sistema di raccolta differenziata del territorio e, inoltre, mancava un contenitore. Considerata la complessità del tema e la

necessità di evitare un sovraccarico cognitivo, abbiamo scelto di non esplicitare l'errore. In linea con i principi dell'Universal Design for Learning (UDL 3.0, 2024), che promuove la flessibilità dei mezzi e la capacità di ricalibrare l'azione didattica in base al contesto, l'errore è stato trasformato in risorsa pedagogica. L'attività è stata conclusa creando un aggancio per l'intervento successivo: ai bambini è stato assegnato il compito di individuare il contenitore e il colore mancanti. Nella fase seguente, tale proposta si è concretizzata in una caccia al tesoro che ha permesso ai bambini di scoprire e collocare correttamente i contenitori, favorendo un apprendimento attivo e significativo. Questo intervento mi ha dimostrato come la flessibilità del docente e la capacità di problem solving siano fondamentali per garantire il successo formativo. Questa esperienza si collega con il pensiero di Dewey (1933), secondo cui il problem solving rappresenta l'elemento centrale dell'apprendimento, poiché consente al bambino di costruire conoscenze a partire dall'esperienza e dalla riflessione su situazioni problematiche.

Proseguendo con la progettazione, tra gli obiettivi di apprendimento ritroviamo lo sviluppo e il consolidamento di atteggiamenti di cura verso gli spazi scolastici. Questi due interventi sono stati progettati in modo differenziato in base all'età dei bambini, nel rispetto dei loro bisogni evolutivi e delle diverse modalità di apprendimento. Per quanto riguarda il gruppo dei bambini più piccoli, l'attività è stata strutturata privilegiando un approccio esperienziale e simbolico.

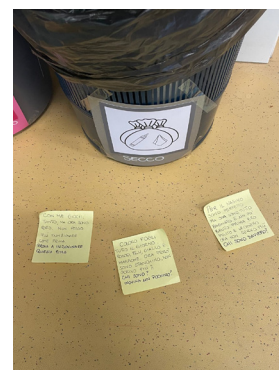


Foto 6: *Caccia al tesoro e scoperta del cestino mancante*



Foto 7: *Fase conclusiva dell'attività*

Sono state utilizzate diverse metodologie e tecniche: la conversazione clinica per coinvolgerli e guidarli nell'attività, la sperimentazione concreta di tre azioni da svolgere durante la quotidianità (spegnere la luce, chiudere l'acqua, differenziare i rifiuti) e infine un feedback orale creato attraverso un'attività simbolica che ha consentito di consolidare l'apprendimento in forma accessibile. Questa progettazione è stata ideata in linea con il pensiero di Jean Piaget, secondo cui nei primi anni di vita l'apprendimento avviene principalmente attraverso l'azione e la manipolazione. Per il gruppo dei medi, l'intervento ha previsto una maggiore strutturazione cognitiva e linguistica. Inizialmente si è favorita la continuità educativa attraverso la rielaborazione dell'esperienza dei più piccoli, stimolando riflessioni e confronto. Nella fase centrale sono state proposte attività dinamiche per sostenere la

partecipazione attiva, infine l'attività ha previsto la verbalizzazione delle azioni concrete mediante le parole chiave: SPENGO, CHIUDO E DIVIDO.



Foto 8: Verbalizzazione finale attività gruppi dei medi

In conclusione, del percorso sull'educazione alla sostenibilità, ho ritenuto importante lasciare ai bambini un'esperienza concreta e significativa che potesse rappresentare una traccia tangibile del lavoro svolto insieme. Per questo motivo, nella mia progettazione ho previsto un percorso laboratoriale articolato in due momenti: il primo, suddiviso in tre incontri consecutivi, finalizzato alla creazione di fogli di carta a partire da materiali di recupero, il secondo dedicato alla realizzazione delle maracas, sempre costruite con materiali riciclati.



Foto 9: Creazione della carta riciclata

Gli interventi sono stati differenziati per fasce d'età, in linea con un approccio centrato sul bambino e nel rispetto dei diversi ritmi di sviluppo. Per i bambini piccoli è stato privilegiato un approccio sensoriale ed esperienziale: a partire dallo sfondo integratore della balena Blu, i bambini hanno manipolato la carta, attraverso attività come lo strappo e l'immersione in acqua, esplorando le caratteristiche. L'attività è stata lasciata aperta per favorire la continuità con il gruppo dei medi. Questi ultimi hanno infatti rielaborato l'esperienza in modo più strutturato, partendo dal materiale precedentemente preparato dai più piccoli e completando il processo di trasformazione della carta mediante l'utilizzo di strumenti specifici, quali setaccio, frullatore e telaio. Tale



Foto 10: Carta riciclata



Foto 11: creazione delle maracas

attività ha permesso di approfondire la comprensione del processo di riciclo favorendo lo sviluppo di competenze operative e collaborative. Parallelamente, per la realizzazione delle maracas, i bambini sono stati coinvolti in un'attività manipolativa che ha previsto inizialmente l'esplorazione dei materiali (bottiglie di plastica sassolini), seguita dalla costruzione dello strumento attraverso l'utilizzo dell'imbuto e, infine, della decorazione personalizzata ispirata all'immagine della balena Blu.

L'intervento conclusivo ha rappresentato un momento di sintesi dell'intero percorso: attraverso il circle time, i bambini hanno rievocato le esperienze vissute, mentre l'attività grafico-espressiva a tema marino e la successiva sperimentazione sonora con le maracas hanno favorito la rielaborazione creativa e il consolidamento degli apprendimenti, in una dimensione partecipativa e condivisa.

2.3.L'eterogeneità come risorsa: riflessioni sulla conduzione e il setting educativo

Non esiste uno studente medio, ogni studente apprende in modo diverso (CAST, 2024).

In linea con questa affermazione, l'azione educativa si configura come un processo che pone al centro la valorizzazione delle differenze individuali riconoscendo la necessità di progettare percorsi accessibili e significativi per tutti gli alunni. Tale prospettiva trova solide basi nel quadro formativo italiano, partendo dalla Costituzione la quale, all'art. 34, sancisce il diritto all'educazione e all'istruzione per tutti, arrivando al Decreto legislativo 66/2017 che promuove una didattica inclusiva e attenta ai bisogni educativi di ciascuno.

La progettazione del percorso sulla sostenibilità ambientale e sul riciclo è stata sviluppata in ottica inclusiva, come richiesto dalle Indicazioni Nazionali, secondo cui: "la scuola dell'infanzia si presenta come un ambiente protettivo capace di accogliere le diversità e di promuovere le potenzialità di tutti i bambini che tra i tre e i 6 anni esprimono una grande ricchezza di bisogni ed emozioni" (D.M. n. 254 Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione, 2012, p. 17).

Rilevante per la mia progettazione e conduzione, avendo avuto una sezione eterogenea di bambini di 3 e 4 anni, è stato diversificare le attività per rispettare i differenti livelli di sviluppo cognitivo. L'eterogeneità del gruppo si è rivelata infatti una risorsa: i bambini di 4 anni hanno spesso sostenuto i più piccoli facilitando l'accesso ai compiti, e i bambini di 3 anni si sono soffermati su aspetti come la manipolazione e la scoperta utili per il loro percorso di crescita. La



Foto 12: Preparazione del materiale e del setting

preparazione del setting educativo ha giocato un ruolo particolarmente rilevante: l'allestimento dello spazio, la preparazione del materiale e la sua cura, non sono stati casuali, ma frutto di un'attenta progettazione e pianificazione. La predisposizione di un ambiente visivamente coerente con la narrazione ha favorito l'immersione nella storia sostenendo la

comprensione anche nei bambini più piccoli. Il setting ha dunque funzionato come una “cornice simbolica” capace di rendere concreto ciò che veniva raccontato.

In linea con le Linee Guida UDL 3.0 (CAST, 2024) la progettazione è stata strutturata prevedendo molteplici modalità di accesso all'apprendimento, al fine di rispondere in modo efficace alla varietà dei bisogni degli alunni. In particolare, sono stati curati diversi mezzi di coinvolgimento, attraverso l'utilizzo del gioco, della dimensione narrativa e della proposta della situazione-problema, con l'obiettivo di sostenere la motivazione. Parallelamente sono stati predisposti molteplici mezzi di azione ed espressione che hanno offerto ai bambini la possibilità di partecipare e manifestare i propri apprendimenti attraverso modalità differenti. Infine, l'azione didattica ha previsto una molteplicità di mezzi di rappresentazione proponendo contenuti mediante immagini, materiali concreti e digitali, movimento e simboli, così da facilitare la comprensione e rendere l'esperienza accessibile a tutti.

La varietà di linguaggi utilizzati, dal corporeo al grafico, al verbale e al simbolico, si collega con la teoria delle intelligenze multiple di Howard Gardner che valorizza diverse modalità di accesso al sapere: intelligenza corporeo-cinestetica (movimento e drammatizzazione), linguistica (narrazione e verbalizzazione), logico-categoriale (classificazione), visivo-spaziale (uso di immagini e colori).

Riflettendo a posteriori, posso affermare che la conduzione della attività ha sostenuto un apprendimento inclusivo, multimodale e partecipato. La pluralità di linguaggi, la concretezza delle proposte e la dimensione narrativa hanno contribuito a ridurre possibili barriere all'apprendimento e alla partecipazione.

2.4.Strumenti di rilevazione e documentazione autentica

La valutazione ha per oggetto il processo formativo e i risultati di apprendimento delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti. (Ministero dell'Istruzione e del Merito, D.lgs. 62/2017, art. 1).

Nella scuola dell'infanzia la valutazione non ha una funzione classificatoria, ma assume un valore formativo e riflessivo. In riferimento alle Indicazioni Nazionali (2012) viene infatti evidenziata la funzione formativa e di accompagnamento nei processi di apprendimento e di crescita che la valutazione assume. In questa prospettiva, gli strumenti di osservazione e documentazione diventano fondamentali per cogliere non solo i risultati, ma soprattutto i processi.

l'utilizzo di fotografie e le registrazioni vocali ha consentito di documentare in modo autentico l'esperienza educativa rendendo visibili aspetti significativi quali il linguaggio, la partecipazione e le dinamiche relazionali emerse durante le attività. Accanto a questi strumenti, il percorso di tirocinio ha favorito l'affinamento di ulteriori modalità di rilevazione, utili ad analizzare in modo più consapevole il mio operato e a individuare eventuali aspetti della progettazione da rivedere o approfondire. Le conversazioni cliniche iniziali, supportate da domande stimolo insieme ai feedback orali, si sono rivelati significativi per rilevare le pre-conoscenze dei bambini rispetto al tema della sostenibilità, ma anche per consolidare progressivamente nuovi vocaboli e concetti.

Tra gli strumenti di rilevazione, la checklist si è rivelata uno strumento efficace di supporto alla raccolta dati, poiché ha consentito di documentare in modo più sistematico e strutturato alcune evidenze relative allo sviluppo della competenza sociale e civica e al campo di esperienza "La conoscenza del mondo". In questo modo è stato possibile osservare con maggiore precisione i comportamenti, le interazioni e i progressi dei bambini, rendendo più chiaro il processo di apprendimento (v. Allegato 3). Gli indicatori della checklist sono stati differenziati in base all'età dei bambini, nel rispetto dei diversi livelli di sviluppo, al fine di garantire un'osservazione mirata e coerente. Questo strumento ha permesso di rilevare con maggiore chiarezza alcuni indicatori, come la capacità dei bambini di classificare materiali e riconoscere alcune proprietà degli oggetti e partecipare alle attività proposte. La struttura chiara e sintetica ha reso possibile una raccolta organizzata delle osservazioni, trasformando l'osservazione educativa in un elemento significativo su cui fondare la riflessione progettuale. L'osservazione sistematica, infatti, rappresenta uno strumento fondamentale per comprendere i processi di apprendimento dei bambini e orientare le scelte didattiche dell'insegnante (D.M. n. 254 Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola della infanzia e del primo ciclo di istruzione).

In ottica futura, per quanto mi riguarda, l'utilizzo continuativo della check-list si configurerà come una risorsa significativa per mantenere uno sguardo intenzionale sugli obiettivi educativi, per monitorare i progressi dei bambini nel tempo e individuare eventuali aree di intervento attraverso nuove proposte didattiche. La check list, se utilizzata con continuità, rappresenta quindi uno strumento di supporto alla progettazione e alla riflessione professionale dell'insegnante.

L'uso consapevole di strumenti come la documentazione, la registrazione e la check list permette all'insegnante di osservare con maggiore attenzione i bambini e di progettare esperienze sempre più significative e coerenti con i loro bisogni di crescita.

3.Dimensione istituzionale: Collaborare

La dimensione istituzionale del tirocinio rappresenta un elemento fondamentale per comprendere come l'azione educativa del docente si sviluppi all'interno di un sistema organizzato, regolato da riferimenti normativi, progettuali e relazionali. L'esperienza scolastica, infatti, non si limita alla sola gestione della classe o alla realizzazione di attività didattiche, ma si inserisce in una struttura più ampia, nella quale la scuola opera come istituzione educativa con una propria identità, finalità formativa e assetto organizzativo. Analizzare la dimensione istituzionale significa quindi osservare il funzionamento della scuola nei suoi aspetti normativi, progettuali e collegiali, considerando il ruolo del Piano Triennale dell'Offerta Formativa (PTOF), del Rapporto di autovalutazione (RAV), delle Indicazioni Nazionali per il Curricolo (MIUR, 2012), dell'organizzazione degli spazi e dei tempi scolastici, nonché della collaborazione tra le diverse figure professionali.

3.1.Scuola, territorio e famiglie: un percorso educativo condiviso per la sostenibilità.

All'interno della mia progettazione del tirocinio del quarto anno si colloca un intervento realizzato in collaborazione con l'ente territoriale Veritas. Esso si è configurato come una importante esperienza di raccordo tra scuola e territorio. L'attività, svolta in aula, ha avuto come obiettivo principale il riconoscimento dei rifiuti e la corretta differenziazione. Tale esperienza ha assunto un significativo valore formativo anche sul piano personale e professionale poiché mi ha consentito di sperimentare una progettazione condivisa con un soggetto esterno comprendendo l'importanza della collaborazione tra istituzioni scolastiche e realtà territoriale nella costruzione di percorsi educativi efficaci.

Questa prospettiva risulta coerente con quanto indicato dalle Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola della infanzia e del primo ciclo di istruzione (2012), nelle quali viene sottolineato come la scuola debba aprirsi al territorio, valorizzando le risorse culturali, sociali e ambientali presenti nel contesto di appartenenza, al fine di favorire apprendimenti autentici e contestualizzati. Inoltre, il progetto si collega anche agli obiettivi dell'Agenda 2030, in particolare nell'obiettivo 4 riporta: "Fornire un'educazione di qualità, equa ed inclusiva, e opportunità di apprendimento per tutti [...] garantire che tutti i discenti acquisiscano la conoscenza e le competenze necessarie a promuovere lo sviluppo sostenibile, anche tramite

un'educazione volta ad uno sviluppo e uno stile di vita sostenibile[...]” (United Nations, 2015, p. 17).

L'operatrice della società Veritas ha introdotto l'attività attraverso l'uso di slide e domande stimolo valorizzando le preconoscenze dei bambini secondo una prospettiva riconducibile allo scaffolding di Bruner (1976). Tale approccio ha favorito la partecipazione attiva dei bambini, sostenendo gradualmente nella costruzione di nuove conoscenze attraverso la mediazione dell'adulto.

Il percorso si è poi sviluppato attraverso la lettura dell'albo illustrato "*Le avventure di Giannino*" che ha favorito la comprensione del tema del riciclo, e mediante attività ludiche che hanno reso l'apprendimento concreto, partecipato e adeguato ai bisogni evolutivi della fascia 3-6 anni. La conclusione musicale ha infine consolidato in modo positivo i e coinvolgente gli apprendimenti acquisiti, favorendo memorizzazione e partecipazione emotiva.



Foto 13: Albo illustrato "*Le avventure di Gianino*"

Particolarmente rilevante è stato il coinvolgimento delle famiglie in linea con quanto riportato dal Piano dell'Offerta Formativa dell'istituto (PTOF) e dal Rapporto di Autovalutazione (RAV) dell'istituto, nei quali viene sottolineata l'importanza della collaborazione tra scuola e famiglia come elemento fondamentale per il successo formativo degli alunni. La scuola, fin dal momento dell'iscrizione, condivide con i genitori il Regolamento d'Istituto, il Patto di Corresponsabilità e il PTOF, promuovendo una partecipazione attiva e consapevole delle famiglie alla vita scolastica. Inoltre, vengono organizzati incontri formativi e momenti di confronto su tematiche educative, favorendo la costruzione di una reale alleanza educativa. A tal fine sono stati organizzati due incontri con i genitori: il primo, in data 2 dicembre 2025, dedicato alla presentazione del progetto e dei suoi obiettivi, il secondo, previsto in data 12 maggio 2026, finalizzato alla restituzione conclusiva del percorso attraverso una presentazione PowerPoint contenente documentazioni fotografiche, elaborati e attività realizzate dai bambini (v. Allegato 5). Durante questo momento finale è stato dato spazio anche i genitori che hanno potuto condividere feedback orali e riflessioni sull'esperienza vissuta dai figli, evidenziando interesse e partecipazione. La raccolta dei feedback si è rivelata particolarmente significativa poiché ha permesso di valorizzare il punto di vista delle famiglie e di promuovere una comunicazione autentica tra scuola e genitori. In ambito educativo, infatti, il feedback assume una funzione fondamentale nel sostenere processi di miglioramento e riflessione condivisa (Hattie, 2016).

Entrambi questi due momenti di condivisione hanno rafforzato il senso di corresponsabilità educativa tra scuola e famiglia, contribuendo alla costruzione di una comunità educante fondata sul dialogo, sulla partecipazione e sulla condivisione di obiettivi comuni.

L'esperienza ha dunque evidenziato come la costruzione di relazioni efficaci con bambini, famiglie ed enti esterni costituisca un elemento essenziale dell'azione educativa, ciò ha contribuito in modo significativo alla mia formazione come futura docente.

Conclusione

Il percorso di tirocinio descritto in queste pagine ha permesso di delineare una visione dell'agire educativo inteso come un processo organico, intenzionale e profondamente riflessivo. Seguendo la prospettiva che vede la valutazione non come un atto classificatorio ma come un'azione di accompagnamento, si fa riferimento alla valutazione formativa descritta da Bloom secondo cui la valutazione sostiene il percorso di crescita dell'alunno fornendo feedback utili a orientare e migliorare l'azione didattica.

Tale percorso mi ha permesso di dare concretezza agli obiettivi formativi qualificanti previsti dal D.M. 249/2010 trasformando le conoscenze teoriche in competenze professionali attive.

L'adozione di un approccio basato sull'Universal Design for learning (CAST 3.0, 2024) e sulla valorizzazione dei "cento linguaggi" ha permesso di trasformare l'eterogeneità della sezione da potenziale criticità e in risorsa preziosa. In linea con la normativa sopra citata, ho potuto consolidare la capacità di articolare i contenuti disciplinari in funzione dell'età e dei livelli di sviluppo dei bambini garantendo una progressione degli apprendimenti adeguata e inclusiva. La progettazione non è stata un atto solitario, ma ha dato vita ad un dialogo costante con il contesto: l'ambiente del plesso "Bruno Munari" ha agito come un vero e proprio "terzo educatore", permettendomi di affinare capacità pedagogico-didattiche necessarie per gestire la classe e scegliere gli strumenti più adeguati, dalle nuove tecnologie alla dimensione narrativa.

Attraverso l'utilizzo di checklist, registrazioni audio e documentazione multimediale, è stato possibile rendere visibile l'apprendimento trasformando l'intuizione in un dato oggettivo su cui basare la riprogettazione (Malaguzzi, 1993). Questo esercizio ha trovato il suo culmine nell'autovalutazione professionale, attraverso strumenti come l'analisi SWOT e la riflessione sulle competenze,

Questo processo di analisi critica è stato fondamentale per sviluppare quelle capacità relazionali e gestionali indispensabili per promuovere la solidarietà, il senso di responsabilità

un clima sereno, consentendomi di partecipare alla vita della scuola in collaborazione con le colleghe.

L'eredità più significativa di cui mi sono appropriata in questi anni è l'idea di una professionalità docente intesa come ricerca. Documentazione e autovalutazione diventano un modo di abitare la scuola fatto di ascolto, progettazione e costante riflessione. Questo è l'impegno che intendo portare con me: continuare ad osservare e riflettere con dedizione affinché ogni bambino possa trovare nella scuola un contesto capace di accogliere la sua unicità e di accompagnarlo con fiducia verso il futuro.

Bibliografia

Bond, G. L. (1995). *School-based partnerships: A clustering of strategies for school improvement*. Harwood Academic Publishers.

Bruner, J. S. (1966). *Toward a theory of instruction*. Harvard University Press.

Bruner, J. (1983). *Il gioco: Ruolo nello sviluppo e nell'evoluzione*. Armando Editore.

Bruner, J. S. (1987). *Il linguaggio del bambino*. Armando.

Bruner, J. S. (1997). *La cultura dell'educazione*. Feltrinelli.De

CAST. (2024). *Universal design for learning guidelines version 3.0*. CAST.

Damiano, E. (2013). *La mediazione didattica. Per una teoria dell'insegnamento*. Milano: FrancoAngeli

Carrè, M. (2019). *Come funziona una maestra*. Terre di Mezzo Editore.

Delors, J. (1996). *Learning: The treasure within. Report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century*. UNESCO.

Dewey, J. (1938). *Esperienza ed educazione*. Armando.

Dewey, J (1933). *How We Think*, New York: D.C. Heath and Company

De Rossi, M. (2023). *Costruire l'azione didattica. Didattica per la scuola*. Pensa MultiMedia

Edwards, C., Gandini, L., & Forman, G. (1998). *The Hundred Languages of Children: The Reggio Emilia Approach*.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. Basic Books.

Hattie, J. (2016). *Apprendimento visibile, insegnamento efficace. Metodi e strategie di successo dalla ricerca evidence-based*. Trento: Erickson.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.

Malaguzzi, L. (1993). *For an education based on relationships*. In C. Edwards, L. Gandini & G. Forman (Eds.), *The hundred languages of children: The Reggio Emilia approach to early childhood education* (pp. 9–26). Ablex Publishing.

Malaguzzi, L. (2010). *I cento linguaggi dei bambini*. Junior.

Malavasi, L., & Zoccatelli, B. (2018). *Documentare a scuola: Riflessioni e strumenti per l'educazione*. Edizioni Junior.

Montessori, M. (1949). *The Absorbent Mind*. Madras: The Theosophical Publishing House.

Perrenoud, P. (1999). *Dieci nuove competenze per insegnare*. Anicia

Piaget, J. (1964). *Part I: Cognitive development in children: Piaget development and learning*. Journal of Research in Science Teaching, 2(3), 176–186.

Rinaldi, C. (2009). *Documentazione e valutazione : Rendere visibile l'apprendimento*. Reggio Children.

Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn*. Charles Merrill.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Vygotskij, L. S. (2008). *Pensiero e linguaggio* (L. Mecacci, Ed.). Laterza. (Opera originale pubblicata nel 1934)

UNESCO. (2017). *Education for Sustainable Development Goals: Learning objectives*. UNESCO Publishing.

United Nations.(2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*.<https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf>

Vygotskij, L.S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge

Vygotskij, L. S. (1987). *Thinking and speech* (N. Minick, Ed.). Plenum Press. (Opera originale pubblicata nel 1934)

Wiggins, G. P., & McTighe, J. (2011). *Understanding by design* (2nd ed.). Pearson.

Wood, D., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). *The role of tutoring in problem solving. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17(2), 89–100. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1976.tb00381.x>

Normativa

Decreto Ministeriale 31 gennaio 2011, n. 249, Regolamento concernente la definizione dell'assetto didattico del sistema di formazione iniziale degli insegnanti

Decreto ministeriale 16 novembre 2012, n. 254. (2012). Indicazioni nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65. Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita fino a sei anni. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Decreto Legislativo 13 aprile 2017, n. 66. Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità.

Decreto Ministeriale 22 novembre 2021, n. 334, Linee pedagogiche per il sistema integrato zero-sei.

Documentazione Scolastica

Programma tirocinio annuale del quarto anno 2025-2026

PTOF (Piano dell'Offerta Formativa) 2025-2028, Istituto Comprensivo statale Margherita Hack, Spinea 1

RAV (Rapporto di autovalutazione) 2025-2028, Istituto Comprensivo statale Margherita Hack, Spinea 1

Allegati

1.Format per la progettazione: Piccoli riciclatori

Destinatari: sezione eterogenea di bambini piccoli e medi (3-4 anni): 19 bambini di cui 12 di tre anni e sette di quattro anni. Non sono presenti certificazione e casi di fragilità nella classe riscontrati dalle insegnanti.

PRIMA FASE: IDENTIFICARE I RISULTATI DESIDERATI

(Quale/i apprendimento/i intendo promuovere negli allievi?)

Competenza chiave *(Competenza europea e /o dal Profilo delle competenze, dalle Indicazioni Nazionali)*

- Competenza Sociale e civica
- Competenza personale, sociale e capacità di imparare ad imparare

Disciplina/e o campo/i d'esperienza di riferimento *(di riferimento prevalente, dalle Indicazioni Nazionali)*

- Il sé e l'altro
- Conoscenza del mondo

Traguardo/i per lo sviluppo della competenza *(di riferimento prevalente, dalle Indicazioni Nazionali)*

- Campo di esperienza il sé e l'altro
 - Riconosce i più importanti segni della sua cultura e dei territori, le istituzioni, i servizi pubblici, il funzionamento delle piccole comunità e delle città
- Conoscenza del mondo
 - Il bambino raggruppa e ordina oggetti e materiali secondo criteri diversi, ne identifica alcune proprietà.
 - Osserva con attenzione il suo corpo, gli organismi viventi e i loro ambienti, i fenomeni naturali, accorgendosi dei loro cambiamenti

Obiettivi di apprendimento *(desumibili, per la scuola primaria, dalle Indicazioni Nazionali aggiornate con i Nuovi scenari del 2018; per la scuola dell'infanzia vanno formulati)*

- Promuovere nei bambini una prima consapevolezza ecologica e il senso di cura verso l'ambiente.
- Sviluppare comportamenti di rispetto, attenzione e responsabilità nei confronti della natura e degli altri.

- Favorire la collaborazione scuola–famiglia–territorio per costruire una cultura condivisa della sostenibilità.
- Potenziare l’inclusione attraverso attività multisensoriali, cooperative e accessibili a tutti.

Obiettivi di apprendimento dell’intervento didattico *(cosa gli alunni sapranno e sapranno fare al termine del percorso, ossia quali azioni gli alunni metteranno in atto in relazione a quali contenuti)*

- Prima classificazione dei rifiuti attraverso la loro scoperta e manipolazione, identificazione delle pre-conoscenze
- Riconoscere i rifiuti e sapere in quale contenitore devono essere conferiti
- Sviluppare atteggiamenti di cura verso gli spazi
- Usa materiali riciclati per creare artefatti.

Aggancio-attivazione *(problematizzazione iniziale, domande essenziali/di lancio che danno senso all’esperienza, orientano l’azione didattica, stimolano il processo e il compito di apprendimento)*

Lettura dell’albo illustrato: “Ti voglio bene blu” di Barroux nella quale viene spiegata ai bambini, attraverso una storia di amicizia, l’importanza di salvare i nostri animali e trattare gli ambienti dove viviamo in modo adeguato e giusto, dato che non siamo gli unici a vivere. Da questo albo illustrato si inizia con una conversazione clinica guidata alla sottoscritta per attivare nei bambini dei ragionamenti semplici e lineari. Questo albo illustrato, insieme ad altri saranno il mio sfondo integratore per l’intera progettazione.

SECONDA FASE: DETERMINARE EVIDENZE DI ACCETTABILITÀ

(In che modo sollecito la manifestazione della competenza negli allievi?)

Modalità di rilevazione e valutazione *(quali compiti, prove, situazioni renderanno evidenti gli apprendimenti indicati dagli obiettivi di apprendimento dell’intervento; come verrà monitorato l’apprendimento; sulla base di quali criteri verranno valutate le evidenze raccolte; che tipo di restituzione potranno ricevere i singoli alunni e la classe/sezione)*

Obiettivi di apprendimento dell'intervento didattico	Compito/prova /situazione	Forme di monitoraggio	Evidenze raccolte	Criteri di valutazione delle evidenze raccolte	Restituzione degli alunni (singoli e classe/sezione)	Eventuali forme di autovalutazione e valutazione tra pari
<i>Prima classificazione dei rifiuti attraverso la loro scoperta e manipolazione, identificazione delle pre-conoscenze</i>	Questo primo obiettivo trova attuazione nella fase introduttiva dell'intervento. L'attività si apre con la lettura animata dell'albo illustrato "Ti voglio bene blu" alla sezione, che offre ai bambini un primo contatto significativo con il tema che verrà approfondito nelle attività successive. La lettura dialogata, l'osservazione guidata delle illustrazioni e le domande aperte poste dall'insegnante costituiranno strumenti fondamentali per orientare l'attenzione dei bambini verso gli elementi narrativi più rilevanti e per favorire una prima comprensione condivisa della storia.	L'osservazione dei bambini durante la lettura dell'albo illustrato costituirà il primo strumento di monitoraggio. Successivamente, attraverso le domande guida poste dall'insegnante, verrà compilata una checklist osservativa finalizzata a rilevare il livello di comprensione e di interiorizzazione dei contenuti narrativi da parte dei bambini.	- Griglie di osservazione - Foto durante la lettura -Foto degli elaborati dei bambini	Ascolto dell'albo illustrato, comprensione delle parti salienti della storia, attivazione dell'attenzione e della memoria.	Feedback orali	Confronto con l'intera sezione, attraverso le domande guida fornite dalla conduttrice

	Nella seconda parte della fase introduttiva verrà proposta una conversazione guidata in cerchio, supportata dall'utilizzo di immagini, oggetti e domande-stimolo. Tale modalità, svolta con l'intero gruppo sezione, permette di valorizzare i processi di apprendimento per imitazione e modellamento, promuovendo un clima partecipativo e inclusivo in cui ciascun bambino può contribuire secondo il proprio livello di sviluppo. In un secondo momento di questa fase i bambini avranno la possibilità di scoprire e dare un nome ai rifiuti. Attraverso lo sfondo integratore del libro viene sviluppata una prima classificazione svolto dai bambini a seguito della					
--	---	--	--	--	--	--

	manipolazione di vari rifiuti. Questa seconda fase consente ai bambini di attivare processi di memorizzazione e attenzione attiva. Manipolando i rifiuti (toccandoli, schiacciandoli) comprendono la differenza dei materiali con cui sono fatti.					
<i>Riconoscere i rifiuti e sapere in quale contenitore devono essere buttati</i>	Questa fase costituisce il nucleo centrale della progettazione, durante la quale ai bambini sarà richiesto di riconoscere i diversi tipi di rifiuti e di individuare il corretto contenitore per la loro raccolta. Tale processo di riconoscimento sarà mediato da attività ludiche che utilizzeranno come sfondo integratore l'albo illustrato <i>Ti voglio bene Blu</i> , così da mantenere continuità tematica e coerenza	L'osservazione della capacità dei bambini di differenziare correttamente i rifiuti costituirà un elemento centrale del monitoraggio dell'attività. Nella fase iniziale è previsto un intervento di guida e supporto da parte dell'insegnante, volto a sostenere la comprensione delle consegne e l'avvio	- Check list di osservazione - Foto svolte durante le attività	La valutazione prevede la costruzione di una prova strutturata finalizzata a rilevare la capacità dei bambini di effettuare correttamente l'abbinamento tra rifiuto e contenitore previsto. Saranno inoltre osservati la partecipazione alle diverse attività proposte e lo sviluppo dell'attenzione e della	Feedback orali e scritti	In questa fase dell'intervento sono previsti momenti di collaborazione e supporto tra pari, anche se le tre attività vengono infine completate in modo individuale

	narrativa. Le attività previste saranno tre in totale, ciascuna della durata di circa trenta minuti, e avranno la funzione di consolidare le conoscenze acquisite in modo progressivo ed esperienziale. A conclusione di questa fase è previsto un incontro con un ente territoriale attivo nell'ambito della sostenibilità ambientale, così da offrire ai bambini un'occasione significativa di contatto con le realtà del territorio in cui è inserita la scuola	del compito. L'attività verrà inoltre differenziata per fasce d'età, così da permettere a ciascun bambino di partecipare secondo le proprie competenze e di esprimere pienamente le proprie potenzialità		memoria rispetto ai contenuti narrativi introdotti dall'albo illustrato.		
<i>Sviluppare atteggiamenti di cura verso gli spazi della scuola</i>	Nel corso di questa attività verrà realizzato, insieme all'intera sezione, un cartellone dedicato agli atteggiamenti di cura dell'ambiente. A partire dalle esperienze maturate nelle attività manipolative	Rielaborazione delle esperienze precedenti e potenziamento della memoria a lungo termine.	Cartellone sugli atteggiamenti di cura	In questa attività verranno sviluppate due attività in parallelo: - Medi: comprendere la regola, rappresentarla e contribuire alla	Feedback orale dell'insegnante. Feedback tra pari ottenuto dal confronto col compagno durante l'attività.	In questa fase dell'intervento sono previsti momenti di collaborazione e supporto tra pari.

	precedenti e utilizzando l'albo illustrato come sfondo integratore, saranno individuate e rappresentate alcune azioni quotidiane di tutela dell'ambiente, alle quali i bambini saranno invitati a prestare attenzione in modo costante			costruzione del significato - Piccoli: partecipare all'attività manipolando materiali semplici e riconoscendo le immagini		
<i>Usa materiali riciclati per creare prodotti espressivi.</i>	In questa fase conclusiva verranno proposti diversi laboratori finalizzati a consolidare quanto appreso in precedenza. L'obiettivo sarà utilizzare materiali di riciclo per realizzare piccoli oggetti. Le attività laboratoriali saranno differenziate e calibrate in base all'età, allo sviluppo e ai livelli di apprendimento dei bambini	Manipolazione e riconoscimento dei materiali di riciclo che verranno utilizzati nelle attività	In conclusione, verrà realizzata una mostra finale che offrirà ai bambini una visione d'insieme di tutto il percorso svolto.	In questa attività verranno sviluppate due attività in parallelo: - Medi: Sviluppare creatività, autonomia e rappresentazione simbolica attraverso l'uso di materiali riciclati - Piccoli: sperimentare materiali diversi attraverso la manipolazione,	Feedback orale dell'insegnante. Feedback tra pari ottenuto dal confronto col compagno durante l'attività.	In questa fase dell'intervento sono previsti momenti di collaborazione e supporto tra pari.

				sviluppando consapevolezza sensoriale e motoria.		
--	--	--	--	--	--	--

Modalità di utilizzo degli strumenti con attenzione ai processi autovalutativi e di valutazione tra pari

La raccolta degli elaborati prodotti dai bambini (artefatti) consentirà di evidenziare il loro livello di comprensione del tema affrontato. Durante le discussioni di gruppo e la realizzazione dei lavori, i bambini avranno l'opportunità di confrontarsi tra loro, promuovendo processi di autovalutazione e di valutazione tra pari.

TERZA FASE: PIANIFICARE ESPERIENZE DIDATTICHE

(Quali attività ed esperienze ritengo significative per l'apprendimento degli allievi?)

Tempi	Ambiente/i di apprendimento <i>(setting)</i>	Contenuti	Metodologie	Tecnologie <i>(strumenti e materiali didattici analogici e digitali)</i>	Attività
PRIMA FASE (4 ore)	Aula didattica Disposizione degli alunni: circle time	Introduzione al tema della sostenibilità e del riciclaggio. Lettura dialogata dell'albo illustrato e conversazione guidata e prima classificazione dei rifiuti attraverso attività manipolativa	Lezione frontale: lettura di gruppo Tecniche di discussione e confronto Conversazione clinica a partire da domande stimolo Prova di realtà.	Albo illustrato Rifiuti	Durante la fase di lancio dell'attività verrà proposta la lettura dialogata dell'albo illustrato "Ti voglio bene blu" di Barroux. Verranno sviluppate tecniche di osservazione delle illustrazioni e comprensione del messaggio di cura dell'ambiente. Successivamente viene sviluppata una conversazione guidata attraverso l'utilizzo di immagini e oggetti per facilitare la comprensione della storia

					e aiutare i bambini a visualizzarla. Questa fase verrà sviluppata con l'intera sezione poiché è un primo approccio al tema e può essere di aiuto ai più piccoli per osservare e comprendere al meglio la storia, supportati dal gruppo dei medi. In un secondo momento viene proposta ai bambini una prima attività sulla Classificazione e manipolazione dei rifiuti. L'insegnante, utilizzando sempre lo sfondo integratore dell'albo illustrato, riprende la storia soffermandosi su quanto la balena sta male perché nella pancia è piena di <u>SPAZZATTURA</u>. La classificazione svolta dai bambini consiste nell'osservare, guardare e manipolare i vari rifiuti portati dall'insegnante, insieme anche a piccoli pezzettini di carta raffigurati pesciolini che in realtà fanno bene alla Balena.
SECONDA FASE (9 ore)	Aula didattica e palestra	Attività incentrate sulla sperimentazione e consolidamento di quanto appreso nella prima fase. Riconoscimento attraverso	Lezione segmentata: utile per attivare nei bambini la concentrazione Conversazione clinica	Rifiuti puliti per farli osservare ai bambini Cartelloni da attaccare ai bidoni	Durante questa seconda fase, la sezione approfondirà il tema e avrà l'opportunità di sperimentarlo concretamente. L'insegnante, dopo una breve ripresa delle attività già svolte, proporrà una serie di

		il tatto dei rifiuti puliti e apprendere in quale contenitore devono essere conferiti. Comprensione di quali azioni sono giuste e quali sbagliate nel tema della raccolta differenziata.	guidata attraverso domande stimolo	della differenziata Flash card con azioni corrette o errate	attività ludiche finalizzate a far comprendere ai bambini il significato e l'importanza della raccolta differenziata. Nella prima attività è prevista la manipolazione di rifiuti puliti, portati sia dai bambini sia dalla docente. Successivamente verrà avviata una conversazione guidata per esplorare ciò che i bambini ricordano e per aiutarli a distinguere le diverse tipologie di rifiuti. La seconda attività sarà dedicata all'osservazione dei cestini per la raccolta differenziata e dei loro colori, accompagnata dalla presentazione di una breve filastrocca per ciascun contenitore. Infine, la terza attività si svolgerà in palestra: ai bambini verranno proposti vari oggetti e saranno invitati a decidere in quale cestino conferirli, favorendo così un apprendimento attivo e coinvolgente. Queste attività verranno sviluppate in maniera diversificata per bambini di tre e quattro anni, per rispettare i differenti livelli di sviluppo cognitivo, linguistico, motorio e
--	--	--	------------------------------------	--	--

					attentivo tipici delle due fasce d'età.
TERZA FASE: (4 ore)	Aula didattica	Sviluppo di atteggiamenti di cura verso l'ambiente partendo dalle esperienze svolte in precedenza.	Conversazione clinica guidata attraverso domande stimolo Didattica laboratoriale	Cartellone Cancelleria Flash card: azioni da riconoscere inerenti alle routine ecologiche	Durante questa fase l'obiettivo è creare, insieme ai bambini, un cartellone visivo e partecipato che raccolga alcune azioni quotidiane utili a prendersi cura dell'ambiente, trasferendo così nella routine scolastica le conoscenze acquisite. L'insegnante introduce l'attività richiamando i contenuti affrontati in precedenza, utilizzando immagini, domande guida e il riferimento all'albo <i>Ti voglio bene Blu</i>. La conversazione iniziale permette di recuperare ciò che i bambini ricordano e di individuare, insieme, i comportamenti ecologici da rappresentare nel cartellone. In questa fase le attività verranno diversificata tra i piccoli e i medi. L'attività con i medi assume un livello maggiore di consapevolezza e partecipazione: <u>Collaborazione nella scelta delle azioni</u> da rappresentare nel cartellone e <u>Riconoscimento della verbalizzazione</u>

					<u>dell'azione</u> (non sprecare l'acqua, spegnere la luce quando si esce, non sprecare il cibo, fare la raccolta differenziata in modo corretto.) Dopo la selezione, ogni bambino contribuisce attivamente alla costruzione del cartellone attraverso: <u>incollaggio autonomo delle immagini corrispondenti</u> L'attività dei piccoli sarà composta da: <u>Osservazione di immagini</u> che rappresentano attività di routine ecologica (rubinetto aperto/chiuso, luce accesa/spenta, bambino che getta la carta nel cestino corretto) <u>Scelte binarie guidate</u> ("Quale immagine mostra un bambino che si prende cura dell'ambiente?"); <u>Brevi verbalizzazioni spontanee</u> sostenute dall'adulto ("Acqua... chiusa!", "Luce... off!"). In conclusione, verrà svolto l'incontro con un ente territoriale che proporrà un'esperienza diretta con un operatore del territorio per consolidare la conoscenza dei materiali e del riciclo.
--	--	--	--	--	---

QUARTA FASE (7 ore)	Aula didattica	Concretizzazione di quanto sviluppato in precedenza attraverso manipolazione e cos	Didattica laboratoriale Tinkering: didattica incentrata sulla creazione di artefatti utilizzando materiale da recupero.	Materiale da riciclo: bottiglie di plastica, carta, cartone, tappi di plastica, stoffa.	Questa fase si propone di trasformare oggetti di uso quotidiano in strumenti espressivi, combinando manipolazione, fantasia e apprendimento ludico. L'insegnante introduce la proposta mostrando ai bambini i materiali riciclati a disposizione (cartoni, bottiglie di plastica, carta straccia) e spiegando il loro nuovo utilizzo. La fase laboratoriale viene differenziata in base all'età, garantendo a ciascun bambino la possibilità di sperimentare secondo le proprie competenze. ATTIVITA 1 (costruiamo blu) <u>Medi:</u> i bambini, attraverso il disegno della balena della storia, la decorano utilizzando pezzi di carta riciclata ritagli di giornale e colori a tempera. Questa attività stimola la coordinazione occhio-mano, la creatività e la capacità di combinare materiali diversi, permettendo di esprimere un concetto astratto come il mare e la vita marina attraverso il riciclo. <u>Piccoli:</u> Partecipano alla decorazione della balena, concentrandosi sull'applicazione di pezzi di carta o ritagli di giornale forniti
---------------------------	----------------	--	--	---	--

					dall'insegnante, sviluppando la manualità e la capacità di esplorare i materiali. ATTIVITA 2 (bottiglie sonore) Tutti i bambini utilizzano bottiglie di plastica vuote, riempiendole con materiali diversi (riso, pasta, conchiglie) per creare strumenti musicali riciclati I bambini potranno sperimentare le combinazioni dei materiali, scoprendo anche che materiali diversi producono suoni differenti. ATTIVITA 3 (fare la carta) I bambini sperimentano la trasformazione della carta straccia in nuovo materiale, immergendo strisce di carta in acqua, frullandole e poi pressandole su un telaio o su una superficie assorbente. <u>Medi:</u> Possono partecipare più attivamente al processo, osservando le varie fasi e aiutando a modellare la nuova carta. <u>Piccoli:</u> Si concentrano sulla manipolazione semplice della carta bagnata, sviluppando la percezione tattile e l'esplorazione sensoriale In conclusione, l'ultimo giorno, verrà sviluppata una mostra in sezione a cui i
--	--	--	--	--	---

					bambini parteciperanno per osservare le loro creazioni.
--	--	--	--	--	---

2.Trascrizione dell'intervento

L'attività è iniziata in circle time. I bambini avevano fatto un'attività precedente, quindi erano un po' stanchi, ma sono riuscita comunque a condurre l'attività anche se alcune volte si doveva riprendere l'attenzione con delle pause attive.

Maestra Paola: Adesso Io sono curiosa di vedere la cosa bella che ci ho preparato Sofia, ma le voci devono andare via. Bibidi, bobodi, buuu la voce non c'è più.

Io: Ciao bambini, quanti siete oggi? Allora, oggi volevo iniziare con una storia, alcuni bambini la sanno già questa storia, ma c'è la voglio raccontare di nuovo. Siete pronti? Iniziamo. Questa storia si chiama Ti voglio bene! Iniziamo a girare le pagine Cosa c'è qui?

È stata interrotta la storia per far in modo che tutti i bambini vedessero bene.

Racconto della storia:

Ho sempre amato il blu dell'oceano, Il profumo del vento e la tranquillità...

Ma oggi il cielo è tutto nero, Il mare ruggisce e si infuria. (Facciamo il mare agitato agitiamoci, bravissimi)

Aiuto, aiuto. Grazie mille grazie, mi hai salvato la vita. (Chi è questa una balena? Scopriamo come si chiama?)

Io sono Jonas come ti chiami? Blu. Grazie mille, Blu. Sei bellissima. Spero di incontrarti ancora domani.

Blu, Blu Sei la più bella del mondo. Blu... buonanotte Blu.

Trallallà! che bella giornata arrivo blu!

Non c'è nessuno, nulla! Cosa è successo? Dove sei? (Bambini voi vedete blu?)

Eccoti qui! Hai un aspetto terribile, stai male?. Apri la bocca e fai AHHHH (facciamo come la balena bambini tutti insieme apriamo la bocca e facciamo AHHH. Vediamo cosa c'è dentro la bocca della balena. Siete pronti?)

Come è grande qua dentro. Povera blu, hai la pancia piena di sacchetti di plastica. Ci credo che non ti senti bene!

Ti libero da tutta questa spazzatura e dopo sicuramente sarai meglio. Porto via tutti questi sacchetti le meduse sono molto più buone per colazione!. Riposati e ci vediamo domani.

Ma il giorno dopo ancora nulla. Niente. (proviamo a chiamarla tutti insieme bambini: 1,2,3, BLUUU)

Eccola qui! Ti voglio bene, Mi hai salvato la vita

Fine

Io: Bambini è arrivato qualcosa che prima non c'era. Aspettate che vado a vedere.

Cosa c'è? Ma bambini è proprio Bluu!! Mamma mia! ha fatto un tuffo grandissimo!

Adesso sediamoci tutti come prima. Chi era sulle panchine torna sulle panchine.

Come vedete blu? La vedete felice?

A: No, è triste perché ha nella bocca ancora i sacchetti.

Io: Poverina, P. perché secondo te è triste?

P: Perché ha mangiato i sacchetti.

Io: Mamma mia! Ha mangiato troppe carte di plastica delle caramelle forse? Adesso bambini proviamo a farle una carezza? Così forse gli passa il male alla pancia.

I: Sì me lo fa anche la mia mamma e mi dà anche un bacino

(La conduttrice passa con la Balena, creata con la carta, così i bambini possono toccarla e darle una carezza)

N: Io gli do un bacino

R: io la abbraccio

Io: Questi bambini sono proprio affettuosi. E niente, però, sempre triste. Vogliamo aiutare Blu ad essere più felice? Volete aiutare Blu?

Tutti i bambini: SIIII!!

Io: Adesso lasciamo blu qui che ci guarda!

C'è stato un momento di confusione e ho cercato di riprendere l'attenzione dei bambini con una pausa attiva

Io: Adesso bambini sù le mani! facciamo ballare queste mani, su su bene e ora cadano piano come la pioggia, e ora braccia conserte. Bene bambini, adesso state attenti, perché Blu mi ha chiesto l'aiuto di tutti voi! Questa che vi mostro bambini è la pancia di blu, vedete che è tutta rosa?

G: la pancia fa male a Blu, perché è piena di pieghe

La pancia della balena è stata creata con un sacchetto rosa, dove dentro sono stati messi dei rifiuti: cartone, carta, tappi, bottiglie di plastica

Io: Esattamente, anche voi quando avete male alla pancia siete tutti piegati giusto?

Vediamo che cosa c'è nella pancia adesso i bambini devono soltanto mettere una manina, o anche due, e sentire cosa c'è dentro questa pancia. Non devono vedere però solo toccare senza guardare. Quindi quando mettete le mani dentro, chiudete gli occhi. Va bene, adesso passo.

La conduttrice passa tra i bambini con il sacchetto, lasciando ad ognuno il tempo di sperimentare, manipolare cosa c'è dentro. Alla fine del giro vengono poste ai bambini delle domande guida per iniziare una conversazione guidata

Io: Bambini avete toccato qualcosa di morbido? Per alzata di mano. P, come sentivi gli oggetti nella mano?

P: morbido, tipo un sacchetto.

Io: Qualcuno ha toccato qualcos'altro?

S: Io una cosa dura.

L: io morbida

T: piccola,

L: una cosa lunga

R: una rotonda

Io: Quindi nella pancia di Blu ci sono un sacco di cose diverse! Adesso bambini attenzione, perché dentro questa pancia sapete avete toccato vari oggetti: lungo, rotondo? Sish, squish! Appiccicoso. Chissà cosa ha mangiato la povera Blu.

Adesso ogni bambino prenderà qualcosa dalla pancia di blu. Va bene? ogni bambino avrà un oggetto in mano. Prendete qualcosa dalla pancia di blu quello che volete poi vediamo che cosa avete preso. Va bene? Così aiutiamo blu a stare meglio. Va bene, lo facciamo tutti insieme siamo pronti?

La conduttrice passa nuovamente tra i bambini per fargli prendere un oggetto dalla pancia di blu

Io: Guardate le vostre mani bambini, tutti gli oggetti che avete preso erano nella pancia di Blu. Adesso, secondo voi la bottiglia di plastica fa bene a blu?

Tutti: No!

Io: Quindi la rimettiamo nella pancia o secondo voi la dobbiamo buttare?

N: va buttata nel cestino

Io: Bravissimi, adesso chiamo io un bambino alla volta con l'oggetto che ha pescato dalla pancia di blu e vediamo dove dobbiamo buttarlo.

Ogni bambino è stato chiamato dalla conduttrice e insieme al gruppo sezione abbiamo ragionato se dovesse essere buttato nel cestino o poteva essere rimesso nella pancia della balena

Io: G. la carta fa bene a blu?

G: No! Nemmeno ai bambini fa bene

Io: bene e allora dove si mette? Bravissima nel cestino!

Io: Bambini questo che ha buttato G. è un giornale, e sapete di che materiale è fatto il giornale?

R: Carta!

Io: Bravissimo!

Io: A. cosa hai in mano?

A: un tappo

Io: il tappo fa bene o male a Blu?

A: Male

Io: e quindi dove si butta? Nel cestino bravissima!

Io: L. Cos'hai tu in mano? Alza bene la mano, vediamo chi sa cosa ha L. in mano?

C: una medusa

Io: secondo voi la medusa fa bene o male a Blu?

A: Male

Io: Attenzione, vi ricordate nella storia? Il bambino ricorda a Blu che invece della plastica le meduse sono molto più buone e salutari. Quindi secondo voi fa bene o male a blu?

P: Benee!

Io: Quindi la medusa dato che fa bene può ritornare nella pancia di Blu, perché comunque ha un po' di fame

Ad ogni bambino è stato chiesto cosa avesse e se facesse bene o male a Blu. Questa attività è stata una prima classificazione per introdurre la spazzatura e dare lo spazio ai bambini per familiarizzare e manipolare con i rifiuti. Alla fine del giro i bambini avevano incominciato a perdere l'attenzione e la concentrazione; quindi, si è conclusa l'attività con un applauso condiviso

Io: Bravi bambini, avete fatto stare meglio Blu, vedete adesso che è felice? Facciamoci tutti un applauso!

3.Check list

COMPETENZA SOCIALE E CIVICA

Campo di esperienza: la conoscenza del mondo

Traguardo: Il bambino raggruppa e ordina oggetti e materiali secondo criteri diversi, ne identifica alcune proprietà.

MEDI

DIMENSIONI	CRITERI	INDICATORI	LIVELLI			
			A AVANZATO	B INTERMEDIO	C BASE	D INIZIALE
Attuazione della raccolta differenziata	Differenzia in modo corretto i rifiuti	Sa collocare nel giusto contenitore i rifiuti	Separa in maniera corretta e autonoma i rifiuti	Separa in maniera corretta e autonoma la maggior parte dei rifiuti	Separa in maniera corretta e autonoma alcuni rifiuti	Separa in maniera corretta i rifiuti con il supporto dell'insegnante

COMPETENZA SOCIALE E CIVICA				
EVIDENZA	Sa collocare nel giusto contenitore i rifiuti			
LIVELLO DI COMPETENZA	A	B	C	D
R.			X	
M.	X			

G.				X
A.		X		
N.	X			
L.	X			
A.	X			
L.		X		

PICCOLI

DIMENSIONI	CRITERI	INDICATORI	LIVELLI			
			A AVANZATO	B INTERMEDIO	C BASE	D INIZIALE
Attuazione della raccolta differenziata in collegamento con il colore	Differenzia in modo corretto i rifiuti in base al colore	Collega il rifiuto al contenitore del colore giusto	Associa il rifiuto al colore del contenitore giusto in maniera autonoma	Associa la maggior parte dei rifiuti al colore del contenitore giusto in maniera autonoma	Associa alcuni rifiuti al colore del contenitore giusto in maniera autonoma	Associa il rifiuto al colore del contenitore giusto in con il supporto dell'insegnante

COMPETENZA SOCIALE E CIVICA				
EVIDENZA	Collega il rifiuto al contenitore del colore giusto			
LIVELLO DI COMPETENZA	A	B	C	D
L.	X			
P.	X			
S.			X	
L.				X

A.				X	
I.			X		
T.		X			
S.				X	
E.		X			
M				X	
L.		X			
A.				X	
A.	X				

4. Analisi swot ex ante e Analisi swot post

ANALISI SWOT ANTE

ANALISI SWOT PERSONALE	UTILE PER RAGGIUNGERE L'OBIETTIVO	DANNOSO PER RAGGIUNGERE L'OBIETTIVO
ORIGINE INTERNA	STRENGTHS Conoscenze teoriche acquisite dai corsi universitari; creatività nella progettazione delle attività; promuovere un buon clima classe	WEAKNESSES Scarsa capacità di gestire l'imprevisto
ORIGINE ESTERNA	OPPORTUNITIES Supporto del tutor mentore e del team docente; Ambiente scolastico	THREATS Difficoltà nella gestione del tempo

ANALISI SWOT POST

ANALISI SWOT PERSONALE	UTILE PER RAGGIUNGERE L'OBIETTIVO	DANNOSO PER RAGGIUNGERE L'OBIETTIVO
ORIGINE INTERNA	STRENGTHS Conoscenze teoriche acquisite dai corsi universitari; creatività nella progettazione delle attività; Scelta della tematica che fornisce una molteplicità di strumenti metodologie, approcci (laboratoriale, frontale, cooperativo ..); sviluppo della partecipazione attiva attraverso dialogo e manipolazione dei materiali; team docenti, aule attrezzate, buon clima classe	WEAKNESSES Gestione dell'imprevisto non immediata
ORIGINE ESTERNA	OPPORTUNITIES Supporto del tutor mentore e del team docente; Ambiente scolastico	THREATS Organizzazione degli interventi in base ai progetti scolastici in atto

5. Presentazione riunione genitori 12/05/2026

PICCOLI RICICLATORI Sofia Taliercio - Riunione Genitori 12/05/2026

