

CRESCERE SENZA DISTANZA

Cosa ci insegnano le esperienze dei ragazzi
con patologie croniche sull'apprendimento a distanza

Report finale *in sintesi*

settembre 2020

Commissione paritetica

Ministero della Salute, **Mariella De Santis**, assistente sociale specialista, funzionario Ufficio di diretta collaborazione della Sottosegretaria di Stato alla Salute On.le Sandra Zampa

Ministero dell'Istruzione, **Clelia Caiazza**, Dirigente dell'Ufficio IV della Direzione Generale per lo Studente

Fondazione Emanuela Zancan onlus, **Tiziano Vecchiato**, Presidente

Impresa Sociale "Con i Bambini" onlus, **Marco Imperiale**, Direttore

Gruppo tecnico scientifico

Coordinatore

Tiziano Vecchiato, coordinatore del progetto, Presidente Fondazione Emanuela Zancan onlus, Padova

Componenti

Cinzia Canali, direttrice, Fondazione Emanuela Zancan onlus, Padova

Maria Grazia Corradini, docente in comando presso l'Ufficio IV della Direzione generale per lo Studente, l'Inclusione e l'Orientamento scolastico, Ministero dell'Istruzione

Elisabetta Crocetti, professoressa di Psicologia sociale, Università di Bologna

Mariella De Santis, Funzionario Uff. diretta collaborazione Sottosegretaria di Stato On.le Sandra Zampa, Ministero della Salute

Mariangela Di Gneo, docente in comando presso l'Ufficio IV della Direzione generale per lo Studente, l'Inclusione e l'Orientamento scolastico, Ministero dell'Istruzione

Franca Fagioli, AOU Città della Salute e della scienza di Torino Presidio Infantile Regina Margherita SC Oncoematologia Pediatrica e centro Trapianti

Anna Chiara Frigo, professoressa di Statistica, Università di Padova

Emanuele Rossi, professore di Diritto Costituzionale, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Simona Rotondi, Vicecoordinatore attività istituzionali Con i Bambini, Impresa Sociale

Marina Santi, professoressa di Didattica e Pedagogia Speciale, Università di Padova

Si ringraziano per la collaborazione tutti i ragazzi e i genitori che hanno condiviso le loro riflessioni sulla scuola, gli insegnanti delle Scuole in Ospedale coinvolte, i referenti e gli operatori dei Centri sanitari, tutti i docenti delle scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado che hanno collaborato allo studio, allo stress test e alla raccolta dei punti di vista degli alunni e degli studenti.

Soggetto Responsabile

Fondazione Emanuela Zancan onlus

Centro Studi e Ricerca Sociale

Via del Seminario, 5A

35122 Padova

www.fondazionezancan.it

fz@fondazionezancan.it

Il progetto: obiettivi, sviluppo e sintesi dei risultati

Il progetto ha considerato le esperienze di bambini e ragazzi ospedalizzati a causa di gravi malattie che affrontano la scuola in condizioni molto difficili, distanziati dalla scuola dei compagni perché impossibilitati a parteciparvi e che, anche dopo il ricovero devono restare separati/protetti dai normali contesti di vita e di crescita. Ci hanno aiutato a costruire un protocollo per l'apprendimento a distanza da "collaudare" in scuole di diverso grado nel nord, centro e sud d'Italia.

Ha preso avvio dalla mappatura delle esperienze di 7 centri sanitari italiani e delle insegnanti presenti nelle scuole in ospedale è stato costruito un protocollo che armonizza la visione dei professionisti quella dei genitori e di bambini/ragazzi che hanno sperimentato la "distanza" per poter affrontare la doppia sfida della malattia e dell'apprendimento in condizioni molto più difficili della normale frequenza scolastica.

Il protocollo costruito dopo la mappatura delle esperienze è stato successivamente sottoposto a stress test in un gruppo di classi, con il coinvolgimento di insegnanti, educatori e ragazzi, in modo da validare il suo utilizzo per un pubblico più ampio. La sua disseminazione metterà a disposizione i risultati di questo lavoro sul tema "Crescere senza distanza" a servizio di tutte le realtà che realizzano attività educative formali e informali condotte a scuola ma e in altri contesti educativi.

1.1. Il punto di partenza

L'emergenza sanitaria ha evidenziato grosse lacune nell'educazione a distanza dei bambini e dei ragazzi costretti ad un periodo forzato di "scuola a domicilio". Inoltre la sospensione di tutte le attività di gruppo non formali (laboratori, workgroup, incontri di gruppo) li ha ancora più isolati impoverendo le relazioni con i loro pari e con gli adulti (insegnanti, educatori, personale scolastico, allenatori...).

La frequenza scolastica interrotta e posticipata, l'allentamento dei legami con i compagni di classe, la modifica delle relazioni in famiglia, ha avuto ripercussioni sul benessere e sulla motivazione all'apprendimento.

Tutto questo è risultato drammaticamente amplificato nelle situazioni più fragili, dove alla carenza di supporto educativo si aggiunge la carenza di luoghi e strumenti per l'apprendimento. L'emergenza sanitaria ha portato quindi ad una sostanziale perdita di capitale affettivo, relazionale, educativo. Prima del lockdown questa esperienza riguardava, bambini e ragazzi con patologie acute e croniche, dopo il lockdown, ha portato ad un vissuto esteso a tutti i ragazzi e in tutto il nostro paese.

È così potuto vedere che non si trattava soltanto di ridurre le distanze con soluzioni tecnologiche facilitanti, perché il problema era molto più intenso e riguardava inedite relazioni di apprendimento senza la vicinanza con gli adulti e tra pari. Ha penalizzato soprattutto l'infanzia più a rischio, quella in condizioni di maggiore svantaggio (territoriale, culturale, abitativo, economico...) amplificando l'allontanamento forzato da condizioni che non sono soltanto scolastiche ma di vita. Il primo risultato si è materializzato in una perdita colossale di opportunità necessarie per crescere bene (Barbero Vignola G. e altri, 2016a; AA.VV, 2019). I problemi sono stati affrontati in tanti modi, a partire dal deficit tecnologico che ha penalizzato i più deboli, con

interventi poco coordinati e senza governare le condizioni necessarie per ridurre le distanze e le disuguaglianze evitabili in una pandemia che non sappiamo quando sarà superata.

Chi ha già affrontato questo problema, per gravi condizioni di salute, ci ha aiutato con generosità e passione chiedendoci anzitutto di non confondere il mezzo (la connessione a internet) con il fine (crescere insieme malgrado le condizioni di distanziamento) facendo di tutto per ridurre le differenze e le disuguaglianze nell'accesso all'istruzione e alla educazione.

È l'esigenza da cui è nato il progetto, per cercare risposte e proporre condizioni positive di continuità scolastica, sostenendo le motivazioni al crescere insieme e soprattutto collaudando (nel breve periodo a disposizione) soluzioni da estendere a tutti i ragazzi impegnati in attività educative formali e non formali condotte a scuola e in altri contesti educativi.

A partire dalla esperienza di bambini e ragazzi ospedalizzati a causa di gravi malattie, il progetto si è quindi posto l'obiettivo di costruire un sistema di raccomandazioni (protocollo) facilitante l'apprendimento a distanza e di testarlo in un gruppo di scuole nel nord, centro e sud d'Italia, coinvolgendo tutti gli aventi interesse (bambini, ragazzi, insegnanti, educatori, genitori) per ridurre le distanze ingiustificate e promuovere condizioni utili a vantaggio dei più deboli e di tutti.

1.2. Le fasi del progetto

La strategia operativa si è sviluppata in due fasi: la prima dedicata all'ascolto e alla costruzione del protocollo, e la seconda all'applicazione pilota del protocollo in un gruppo di scuole.

Nella fase 1, il progetto ha coinvolto centri di oncematologia pediatrica e centri di cura di malattie rare e croniche che impediscono la normale frequenza scolastica.

I centri coinvolti hanno collaborato alla raccolta dei percorsi operativi utilizzati per la scuola in ospedale e per la scuola a distanza. Contestualmente alla raccolta dei percorsi sono stati raccolti i materiali e i sussidi didattici in uso, in particolare quelli che si sono dimostrati più utili.

Grazie alla collaborazione con i centri, sono state coinvolte anche famiglie direttamente interessate all'esperienza di scuola in ospedale e di istruzione domiciliare a causa della malattia. Queste famiglie sono state valorizzate ascoltando la loro esperienza in modo da poter metterla a disposizione di molti altri. La versione preliminare del protocollo "Crescere senza distanza" è stata successivamente sottoposta a sperimentazione nella fase 2 (stress test con un gruppo di scuole). La fase 2 si è avviata con il training di insegnanti/educatori/operatori operanti in classi distribuite nel nord, centro e sud (scuola primaria, scuola secondaria di primo grado, scuola secondaria di secondo grado). Le scuole sono state scelte con riferimento a progetti di lotta alla povertà educativa in modo che le collaborazioni in essere potessero facilitare i contatti e l'adesione alle azioni. Il training si è sviluppato in tre step: condivisione del protocollo, verifica intermedia e verifica finale. Dopo la prima parte di condivisione, gli insegnanti/educatori/operatori hanno sperimentato le raccomandazioni nei diversi "setting in distanza" nelle classi selezionate. Le attività nelle classi sono state sottoposte a monitoraggio e valutazione dei benefici con strumenti utilizzati nello studio Crescere¹ e/o in altri progetti con le stesse finalità. Al termine dello stress test è stata completata la sua valutazione e predisposto il rapporto sulle soluzioni sperimentate, evidenziando i risultati ottenuti con raccomandazioni per estenderne l'utilizzo ad altre scuole.

1. CRESCERE è uno studio longitudinale coordinato da Fondazione Zancan che monitora nel tempo un campione di ragazzi e famiglie in provincia di Padova e Rovigo. I ragazzi sono seguiti nel tempo, dagli 11 ai 18 anni, osservando periodicamente i cambiamenti che si producono nel loro modo di pensare, di agire e di relazionarsi con gli altri con l'obiettivo di capire come crescono i ragazzi in un momento cruciale della loro vita, la transizione dall'infanzia all'adolescenza, verso l'età adulta. Il sito dello studio è www.crescerebene.org

1.3. La collaborazione con i centri sanitari

Nella fase iniziale l'attività progettuale ha visto il coinvolgimento di sette centri sanitari di eccellenza nella cura di malattie rare, croniche e di oncoematologia pediatrica. Ad ognuno di essi è stato presentato il progetto con successiva adesione e impegno di collaborazione. I centri di eccellenza coinvolti sono stati i seguenti:

1	Torino	AOU Città della Salute e della scienza di Torino Presidio Infantile Regina Margherita SC Oncoematologia Pediatrica e centro Trapianti
2	Padova	Azienda Ospedaliera di Padova oncoematologia pediatrica
3	Genova	Dipartimento funzionale di Emato-Oncologia Pediatrica Istituto G. Gaslini
4	Monza	Fondazione MBBM / AO San Gerardo clinica pediatrica universitaria
5	Firenze	AOU Meyer Centro di Eccellenza Oncologia ed Ematologia pediatrica - SOC Oncologia, Ematologia e Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche
6	Napoli	AORN Santobono - Pausilipon Dipartimento di Oncoematologia
7	Palermo	A.R.N.A.S. Civico di Cristina e Benfratelli U.O.C Oncoematologia Pediatrica

Nell'individuazione dei centri di eccellenza è stata posta attenzione alla loro distribuzione geografica, rappresentata in Fig. 1.1.

Fig. 1.1. Mappa con i 7 centri sanitari coinvolti



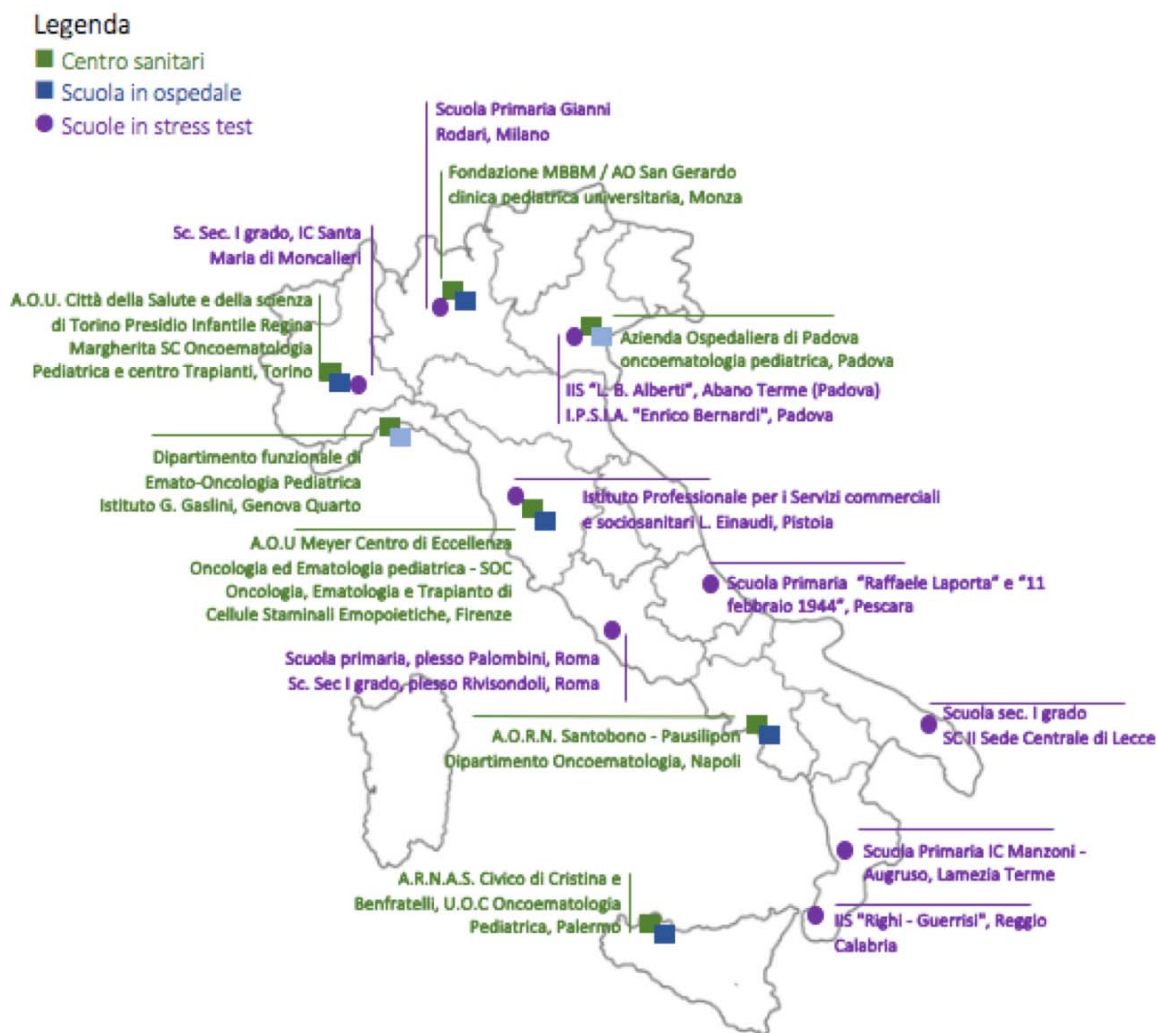
Il principale criterio utilizzato è che i centri avessero esperienze di scuola in ospedale, in day hospital e a domicilio per tutti e tre gli ordini di scuola (primaria, secondaria di primo grado, secondaria di secondo grado), in modo coerente con le direttive ministeriali del 2019. Insieme rappresentano un esempio qualificato dello sforzo che nel nostro paese ha dato risultati importanti per ridurre le distanze dei percorsi scolastici di bambini e ragazzi che affrontano grandi sfide sanitarie ed esistenziali.

Il contributo della scuola in ospedale, oltre a favorire il normale svolgimento dell'iter scolastico, permette infatti al bambino di sviluppare un'idea di continuità di vita fondamentale per alimentare la speranza e il desiderio di crescere bene. Rispetto all'istruzione domiciliare, la scuola in ospedale è apparsa vincente perché i bambini che frequentano la scuola in ospedale mostrano un maggior benessere generale rispetto a coloro che non ne hanno usufruito avendo sperimentato soltanto la scuola domiciliare. Si tratta di una ricaduta non solo sulla loro qualità della vita ma anche su quella dell'intero nucleo familiare (Quarello e altri, 2015).

Ogni centro sanitario è stato coinvolto con approfondimenti individuali e di gruppo. Questa attività ha consentito di costruire una prima mappa di "esperti" di scuola in ospedale e di istruzione a domicilio (ID) da coinvolgere nell'individuazione dei fattori che facilitano e/o ostacolano la scuola "a distanza" così come viene sperimentata da insegnanti, operatori sanitari, studenti e genitori.

1.4. Crescere Senza Distanza in breve

Fase 1 – maggio-luglio		Fase 2 – giugno-agosto	
<i>Mappatura</i>	<i>Approfondimenti</i>	<i>Training</i>	<i>Stress test</i>
Coinvolgimento di 7 centri sanitari con le relative Scuole in Ospedale Panel con approfondimenti	con operatori con insegnanti con genitori con ragazzi Interviste in profondità	mappatura scuole panel con scuole strumenti Protocollo beta Successivo affinamento	5 scuole primarie 3 scuole sec. I 4 scuole sec. II Questionario nelle classi e dialogo con insegnanti
Report finale e Protocollo			



1.5. Crescere Senza Distanza: sintesi dei risultati

Nella fase iniziale, come detto in precedenza, l'attività progettuale ha visto il coinvolgimento dei centri sanitari di eccellenza per la cura di malattie rare, croniche, di oncematologia pediatrica. Le interviste a insegnanti e psicologhe hanno consentito di conoscere i percorsi operativi utilizzati e di capire in particolare:

- come motivano gli alunni e come entrano in relazione;
- come organizzano e gestiscono le lezioni;
- come valutano gli apprendimenti.

Sono emerse criticità e punti di forza che caratterizzano l'apprendimento in situazioni molto critiche, come lo sono quelle di bambini e ragazzi ospedalizzati.

1.5.1. Sintesi dei punti di vista dei professionisti

Restituire “normalità” tramite l'attività scolastica in quanto la scuola ha un ruolo fondamentale nel motivare, far star meglio e dare speranza all'alunno.	Lasciare all'esterno della lezione i genitori e creare una forte alleanza educativa tra personale docente, clinico e figure genitoriali per stimolare maggiormente il desiderio di apprendere.
Conoscere stati d'animo, interessi e passioni di alunni/studenti per stimolarli attraverso questi.	Essere flessibili in merito a strumenti e sussidi telematici utilizzati e concordarli con l'alunno/studente.
Creare una buona relazione insegnante/studente	Utilizzare la metodologia della <i>flipped classroom</i> o classe capovolta
Essere flessibili in merito alle tempistiche di ciascuna lezione cercando di concordarle con l'alunno/studente e adeguarle alle condizioni e alle capacità di attenzione.	Laddove possibile e in accordo con gli studenti creare momenti per far lavorare gli alunni/studenti tra compagni di classe (lezioni con la classe, lezioni in ospedale in mini gruppi o sono stati assegnati compiti insieme ad altri studenti) in quanto occasioni preziose di confronto e stimolo per l'alunno/studente.
Non soffermarsi sulla valutazione dei contenuti appresi ma fare una valutazione globale e dare un peso ulteriore anche ad aspetti come la partecipazione, la motivazione, l'impegno, ecc.	Valutare in itinere e creare delle occasioni per confrontarsi sui risultati ottenuti.

Per dialogare con i protagonisti abbiamo organizzato un percorso di ascolto con i diversi partecipanti con esperienze SIO, a partire dai ragazzi e i loro genitori. Insieme ci hanno offerto spunti preziosi per comprendere, selezionare, sviluppare il protocollo. Nelle interviste in profondità sono state coinvolte famiglie e ragazzi distribuiti tra Genova, Monza, Torino, Palermo e Napoli frequentanti la scuola primaria, la scuola secondaria di primo e di secondo grado.

1.5.2. Sintesi dei principali punti di vista delle famiglie intervistate

<i>Sulla scuola in ospedale</i>	
Insegnanti preparati, accoglienti, empatici. Approccio personalizzato e rispettoso dei ritmi di apprendimento e delle condizioni di salute del ragazzo, orientato alla valorizzazione della qualità della relazione interpersonale e delle potenzialità dei ragazzi più che alla performance. Relazione umana profonda.	Facilita l'apprendimento, perché l'insegnamento è più personalizzato e calibrato sui bisogni del ragazzo. Può aiutare ad acquisire un metodo di studio più efficace. Consente una più facile richiesta di spiegazioni nei passaggi non chiari e, in generale, porta ad un maggiore approfondimento delle materie trattate.
Fondamentale, a livello psicologico, come ancoraggio alla normalità, per distogliere i ragazzi dal pensiero della malattia, per dare loro un obiettivo e, insieme, motivazione, forza e fiducia per superare il momento di difficoltà. Garantisce un accompagnamento, un supporto lungo tutto l'iter di cura.	Facilita il mantenimento dell'attenzione, anche in modalità online (soprattutto se c'è contatto visivo, ad esempio tramite videochiamata).
<i>Sull'istruzione domiciliare</i>	
Conoscenza approfondita, da parte degli insegnanti a domicilio, della patologia del ragazzo.	L'approccio personalizzato, calibrato e flessibile in base ai bisogni e ai ritmi di apprendimento del ragazzo.
<i>Sulla didattica a distanza</i>	
I ragazzi sono "nativi digitali" e sono autonomi precocemente nell'uso delle tecnologie.	Permette maggiore concentrazione a chi è realmente interessato a seguire la lezione.
Disponibilità di strumenti idonei in termini di rete, dispositivi (webcam) e piattaforme in grado di sostenere le connessioni audio/ video dei ragazzi. La telecamera accesa è fondamentale, perché il contatto visivo con l'insegnante - anche se attraverso uno schermo - stimola e mantiene l'attenzione.	Fare conoscenza "di persona" degli insegnanti e dei compagni prima di avviare forme di didattica online. La conoscenza e il rapporto interpersonale instauratosi con il docente facilita l'attenzione durante le lezioni online. L'inserimento in una nuova classe o il passaggio a una nuova scuola risulta più difficile "a distanza".
Consente di portare avanti il programma anche in situazioni di emergenza; permette di seguire le lezioni e di mantenere un contatto con i compagni anche a ragazzi che per le loro condizioni di salute non possono recarsi fisicamente a scuola, o che "non se la sentono" di farsi vedere di persona. Può inoltre facilitare un inserimento graduale nella classe nel caso di alunni che non hanno potuto frequentare dall'inizio dell'anno scolastico.	Materiali didattici dinamici: applicazioni sotto forma di gioco (per i più piccoli); video, filmati di approfondimento, slides (per i ragazzi della scuola secondaria) potrebbero favorire la motivazione dei ragazzi. In generale, sia nella didattica individuale (scuola in ospedale/a domicilio), sia nella didattica a distanza con la classe è apprezzato l'utilizzo di strumenti "smart", facili da usare, già a disposizione, con cui i ragazzi abbiano familiarità.
Organizzazione della didattica: la divisione delle classi in piccoli gruppi facilita l'attenzione, soprattutto dei più piccoli. Bisogna ripensare la durata delle lezioni, rendendole più brevi, facendo delle pause, costruire modalità interattive in grado di compensare la perdita di socialità.	Suggerimenti/cosa si potrebbe fare: ripensare i ritmi dell'insegnamento, immaginare modi "diversi" di fare scuola (modalità a distanza alternati a momenti in presenza...), rendere più omogenei sul territorio le diverse modalità di gestione della didattica; pretendere dai ragazzi, anche online, lo stesso livello di impegno e lo stesso approccio (alzarsi, vestirsi, fare colazione) che si avrebbe con didattica in presenza.

1.5.3. Sintesi dei punti di vista dei ragazzi e delle ragazze intervistati

<i>Sulla scuola in ospedale</i>	
L'insegnamento individuale è più proficuo sul piano dell'apprendimento, perché comporta meno distrazioni, favorisce l'attenzione (soprattutto di chi ha difficoltà di concentrazione), facilita la comprensione, il dialogo e il confronto con l'insegnante. L'approccio è individualizzato, personalizzato, più attento ai bisogni di apprendimento e alle esigenze dei ragazzi e può aiutare ad acquisire un metodo di studio più efficace. Si crea un rapporto insegnante - alunno "vicino, stabile, comprensivo" che risulta meno ansiogeno rispetto a quello in classe, soprattutto per ragazzi che già devono affrontare un percorso di cura ospedaliero.	
Gli insegnanti mostrano profonda capacità di comprensione, pazienza, disponibilità, flessibilità nei ritmi di insegnamento e rispetto delle condizioni di salute dei ragazzi. Maggiore peso alla relazione che alla performance di apprendimento. Si crea una relazione umana profonda. L'insegnante è percepito come una figura accogliente, che si prende cura dei bisogni dei ragazzi, più paritaria nei ruoli rispetto alla figura dell'insegnante in classe.	Un approccio personalizzato è fondamentale per sostenere i ragazzi in un momento di grande difficoltà come quello della malattia, intuire i loro bisogni, spronarli sul piano psicologico, motivandoli a "non lasciarsi andare". Aiuta a "distrarli" e a dare loro un obiettivo anche durante la malattia.
<i>Sulla didattica a distanza</i>	
Costituisce un'opportunità per i ragazzi che non possono andare a scuola per motivi di salute.	La qualità della spiegazione è migliore, perché viene ripetuta più volte e dunque risulta più chiara.
Maggiore interattività di quando si è in classe, perché non potendo contare sul supporto dei compagni si è obbligati a chiedere chiarimenti direttamente al professore. La modalità online permette anche maggiore concentrazione a chi è realmente interessato a seguire la lezione.	La disponibilità di strumenti, dispositivi e infrastrutture adeguate (pc, tablet, tecnologie e piattaforme che facilitino i lavori di gruppo) è fondamentale per garantire una didattica a distanza di qualità e per far percepire minori differenze dalla scuola in presenza. L'aver instaurato un buon rapporto con i professori può facilitare l'adattamento alla modalità online.
Può facilitare, soprattutto durante le interrogazioni e le verifiche, chi ha difficoltà ad esporsi davanti a tutta la classe.	Permette di risparmiare tempo (soprattutto a chi abita lontano dalla scuola) e risulta più comoda nell'organizzazione di alcune attività (ad esempio quelle di gruppo).
L'organizzazione della didattica è più aperta: gli orari delle lezioni sono più flessibili, i professori possono terminare le spiegazioni anche oltre l'ora prestabilita, si può organizzare il calendario accordandosi in modo da favorire la partecipazione di tutti.	I materiali interattivi (slides, foto, video) sono particolarmente apprezzati, anche perché possono essere scaricati e/o consultati durante lo studio. La competenza degli insegnanti nell'utilizzare il pc e gli strumenti informatici rappresenta un valore aggiunto che permette di ottenere maggiore coinvolgimento e attenzione da parte dei ragazzi.
L'approccio degli insegnanti - un approccio "appassionato", attento alle esigenze degli alunni, interessato soprattutto a far comprendere ciò che viene spiegato - è determinante nel motivare i ragazzi e nel mantenere la loro attenzione. Rapporto un po' più personale con i professori.	Suggerimenti/cosa si potrebbe fare: ripensare la frequenza delle lezioni delle varie materie e fare delle pause tra una lezione e l'altra; obbligare a tenere la videocamera accesa; privilegiare strumenti e metodi (per esempio i lavori di gruppo) che compensino in qualche modo la perdita di socialità.

Si è trattato in sostanza di leggere diversamente quello che la scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare ci mettono a disposizione per affrontare un'emergenza impensabile come quella del Covid19 e per mettere a disposizione della scuola soluzioni per ridurre le distanze, anche dopo l'emergenza e il distanziamento, perché lottare contro le disuguaglianze nell'accesso alla scuola per tutti significa "avvicinare tutti" insegnanti, ragazzi e genitori.

1.5.4. Dall'ascolto alla costruzione del protocollo

L'ascolto dei protagonisti ha consentito di elaborare la versione preliminare del protocollo successivamente condiviso con un gruppo di scuole, ciascuna delle quali ha sperimentato una delle cinque fasi dell'"Arco Pedagogico", sintesi del protocollo:

1. Conosco e Capisco (*Approfondisco Necessità e Capacità*)
2. Prefiguro i traguardi possibili (*Prefiguro Risultati e Esiti*)
3. Scelgo e Decidiamo (*Condivido scelte/azioni Risultati Attesi/Esiti Attesi*)
4. Faccio e Facciamo (*Realizzo/Concorro al risultato*)
5. Verifico e Valutiamo (*Verifico/Valuto con indici di Risultato/Esito*)

Fig. 1.2. L'Arco Pedagogico



Il protocollo è costituito da un insieme di raccomandazioni a supporto delle decisioni, che suggerisce "come adottare scelte appropriate" e non "cosa si deve fare". È dunque una bussola e una mappa per insegnanti ed educatori interessati alla crescita dei bambini/e ragazzi/e con "soluzioni senza distanze", per favorire l'"accessibilità all'istruzione e alla crescita" e sperimentare percorsi condividendo idee, parole chiave, traguardi possibili, condizioni per raggiungerli. Ogni elemento (fase) dell'arco è contestualizzato con riferimento alle indicazioni emerse dall'ascolto di ragazzi, genitori e insegnanti.

Il protocollo può risultare utile agli insegnanti in diversi scenari. Quanto emerso potrebbe infatti essere di supporto se:

- tutto il gruppo classe è in remoto, come nella fase di lockdown (scenario 1);
- la frequenza scolastica si alterna in sessioni/turni di presenza in loco e in remoto, con eventuale divisione della classe, per ragioni spaziali o ragioni connesse ai trasporti (scenario 2);
- la frequenza scolastica riprende normalmente ma possono emergere situazioni di riattivazione di scuola a distanza per casi specifici (es: quarantena di uno o più alunni, emergenza di focolai, altre situazioni di rischio che richiedono la temporanea sospensione della frequenza) (scenario 3).

1.5.5. Lo stress test nelle scuole

Per l'individuazione delle scuole si è stato fatto riferimento alla rete dei progetti del Fondo per il contrasto della povertà educativa o alle reti collaborative in altri progetti che hanno facilitato i contatti con le scuole e le adesioni al test. Sono state coinvolte scuole dei tre ordini, distribuite tra Nord, Centro e Sud Italia. Complessivamente sono stati coinvolti 11 istituti scolastici.

Ai docenti partecipanti è stato chiesto di individuare gli elementi di attenzione/ approfondimento, in modo concordare le modalità di partecipazione, informando i genitori sulla sperimentazione. È stata inoltre condivisa la possibile modalità di «monitoraggio» dell'andamento del test (tempi, modalità...) e le modalità di raccolta del punto di vista degli studenti rispetto a *cosa ti aiuta/non ti aiuta* nella didattica a distanza.

La discussione si è molto focalizzata sulla differenza tra "imparare" e "crescere bene", avendo in mente le questioni tecnologiche (connessioni e altro), linguistiche e familiari. Per comprendere il punto di vista degli studenti sulla scuola a distanza sono stati elaborati 3 questionari somministrati on-line nelle ultime settimane di scuola. In collaborazione con gli insegnanti delle classi individuate sono stati raccolti 620 questionari, il 21% della scuola primaria, il 16% della scuola secondaria di primo grado e il 63% dalla scuola secondaria di secondo grado.

Sintesi del punto di vista degli studenti sulla scuola a distanza espresso tramite i questionari

Alla maggior parte di alunni e studenti la scuola a distanza è piaciuta poco o abbastanza. È piaciuta molto a un bambino su 5 della scuola primaria, per tutti gli altri la valutazione è più negativa.

In generale per più della metà degli studenti, di tutte le età, le lezioni a distanza sono state più faticose da seguire.

In merito alle nuove cose imparate, solo gli alunni della primaria indicano in maggioranza "molto". Negli altri due ordini di scuola le risposte si concentrano per lo più sulla categoria "abbastanza".

Il computer è lo strumento più utilizzato per collegarsi, seguito dall'utilizzo del cellulare che aumenta con il crescere dell'età. Il tablet è più usato dagli studenti delle scuole secondarie di primo grado.

Per i ragazzi più grandi è stato più semplice restare in contatto, lo è stato molto meno per gli alunni della scuola primaria.

L'aspetto relazionale è mancato molto in tutti e tre gli ordini di scuola, amici e compagni *in primis*, e a seguire i/le insegnanti sono stati indicati come ciò che più è mancato.

Quando è stato chiesto di lasciare qualche suggerimento sulla scuola a distanza, alunni e studenti hanno indicato principalmente proposte di natura organizzativa in merito ai collegamenti (quanti farne, di che durata, quando farli, di quali materie) e legate al tipo di piattaforme utilizzate e/o a come facilitare chi non ha connessioni o dispositivi informatici adeguati.

1.5.6. L'Arco pedagogico in breve

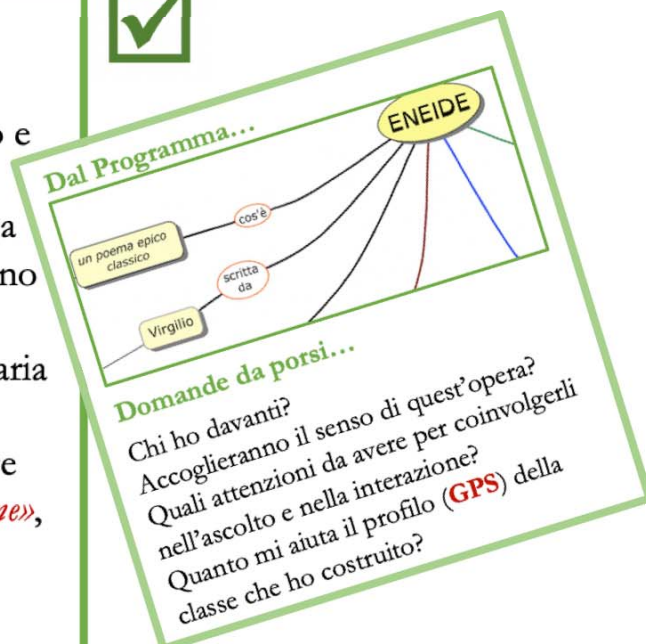
Fase 1 Conosco e Capisco	La fase 1 entra nel merito delle capacità possedute, del livello e consistenza, delle condizioni per arricchirle e svilupparle. “Conosco e capisco” riguarda la messa a fuoco delle capacità e delle difficoltà. Insieme consentono di comprendere e mettere a fuoco le potenzialità a disposizione e la fatica necessaria per gestirle. Questa fase, se gestita bene, riduce il rischio che un ragazzo possa dire “l’insegnante è collegato con la classe ma non con me”, cioè finalizza l’impegno perché ognuno si senta compreso e rispettato nella propria dignità e nelle proprie potenzialità.
Fase 2 Prefiguro i traguardi possibili	Nella fase 2 vengono scelti e prefigurati gli obiettivi di apprendimento da descrivere come RA (Risultati Attesi) EA (Esiti Attesi) intendendo gli RA come traguardi misurabili in termini di output (sono riuscito a fare ...) e gli EA come traguardi misurabili in termini di outcome, cioè di benefici (sono capace di...). La trasformazione da obiettivi a risultati/esiti attesi consente di “pensare in termini di traguardi” che potranno essere descritti come “sono riuscito a fare” (risultato), “mi sento capace di affrontare problemi come questo” (esito).
Fase 3 Scelgo e Decidiamo	La fase 3 realizza la condivisione degli impegni tra le parti coinvolte (il ragazzo, il gruppo, la classe, i genitori...). La condivisione non riguarda solo le motivazioni (i perché) ma anche i Risultati e/o gli Esiti attesi (cioè il cosa e il come). Per questo Risultati ed Esiti attesi devono essere chiari e concreti, descritti in termini di: cose da fare, traguardi da raggiungere osservabili e misurabili dalle parti interessate e benefici personali e relazionali, osservabili con indici di arricchimento personale e relazionale.
Fase 4 Faccio e Facciamo	L’espressione “faccio e facciamo” parla in modo individuale e plurale per utilizzare condizioni diverse per raggiungere traguardi in condizioni individuali, di coppia, nel gruppo finalizzato, nel gruppo classe. Il contributo di ogni ragazzo è posizionato nell’insieme delle capacità e potenzialità. Alla classe tradizionale, in presenza, subentra la classe gestita a distanza che può ridurre le distanze (fisiche, relazionali, cognitive...) valorizzando ogni capacità. È il capitale a disposizione, da gestire di volta in volta nei setting a disposizione, componendo micro sistemi di responsabilità e di capacità.
Fase 5 Verifico e Valutiamo	In questa fase si riconoscono i fondamentali di ogni relazione di educativa e si utilizzano avendo chiara la differenza tra verifica e valutazione senza confonderle. In questo modo è più facile riconoscere i benefici, i cambiamenti positivi, quanto sono stati facilitati da relazioni motivanti. Verificando e valutando è possibile evidenziare il concorso al risultato delle capacità del bambino/ ragazzo. Per questo la Verifica e la Valutazione vanno gestite in modi complementari. La valutazione non giudica, ma rilegge in termini di crescita il percorso che ha portato agli esiti raggiunti.

1. Conosco e Capisco



Capacità del singolo/del gruppo, loro livello e consistenza, condizioni per arricchirle e svilupparle. «Conosco e capisco» è la messa a fuoco delle «condizioni»: insieme consentono di comprendere e mettere a fuoco le potenzialità a disposizione e la fatica necessaria per gestirle e incoraggiarle.

→ Ridurre il rischio che il ragazzo possa dire *«L'insegnante è collegato con la classe ma non con me»*, cioè orienta e finalizza l'impegno perché ognuno si senta compreso e rispettato nella propria dignità umana.

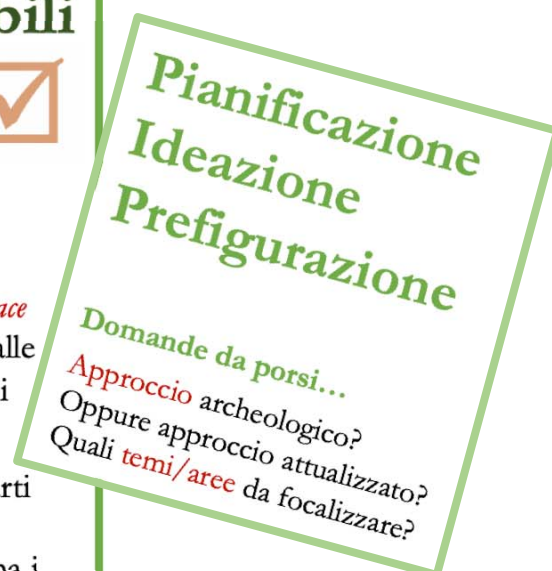


2. Prefiguro i traguardi possibili 3. Scelgo e Decidiamo



In **Fase 2**, si scelgono e prefigurano gli **obiettivi** di apprendimento da descrivere come **traguardi misurabili** in termini di **output** (*sono riuscito a fare ...*) e come traguardi misurabili in termini di outcome, cioè di **benefici** (*sono capace di...*). Entrambi i traguardi vanno associati alle capacità e alle potenzialità necessarie per «riuscire» e sono condivisi con i ragazzi. *«Erano dentro o fuori portata delle capacità?»*

In **Fase 3** si realizza la **condivisione degli impegni** tra le parti coinvolte (il ragazzo, il gruppo, la classe, i genitori...). La condivisione non riguarda solo le motivazioni (i perché) ma i **traguardi attesi** (**chiari e concreti**): cosa fare/quali benefici.



4. Faccio e Facciamo

Utilizzare condizioni diverse per raggiungere i traguardi in condizioni (setting): individuali, in coppia, nel gruppo finalizzato, nel gruppo classe. Il contributo di ogni ragazzo è immaginato e posizionato nell'insieme delle capacità e potenzialità della classe, componendo e ricomponendo micro sistemi di responsabilità e di capacità.

In questo modo le consegne, i tempi, gli strumenti, le modalità di lavoro devono valorizzare il “**concorso al risultato**” (lo abbiamo realizzato insieme) di ogni ragazzo “in presenza e in distanza”.



Lavorare sulla loro capacità di trovare risposte, a partire da F1

Domande da porsi...

Quale **linguaggio** utilizzare? Compito scritto oppure «post»? Qual è il **canale** giusto per raggiungerli?
Cosa può metterci **ognuno**?
Quali **tattiche** per «anticipare» il tema?

5. Verifico e Valutiamo

Il focus è sulle **condizioni** di “riuscita/non riuscita”, di “raggiungimento/non raggiungimento” dei traguardi (risultati e/o esiti attesi). La valutazione aiuta a identificarli, a meglio riconoscerli, a capire i loro determinanti, a ridurre i margini di incertezza e comprendere i **perché della riuscita**. Non giudica, ma è funzionale alla crescita, permette di ragionare sul percorso che ha portato agli **esiti** ottenuti.



Essere in F5 anche quando non è un F5!

Domande da porsi...

Ho fatto **errori** di sovrastima/sottostima delle competenze?
La **prefigurazione** dei traguardi è stata inadeguata, superficiale, approssimativa?

Allegato 2. Collaborazioni

Centri sanitari e referenti

A.O.U. Città della Salute e della scienza di Torino Presidio Infantile Regina Margherita SC Oncoematologia Pediatrica e centro Trapianti, Torino (*Dott.ssa Franca Fagioli*)

Dipartimento funzionale di Emato-Oncologia Pediatrica Istituto G. Gaslini, Genova Quarto (*Dott.ssa Maria Luisa Garré*)

Fondazione MBBM / AO San Gerardo clinica pediatrica universitaria, Monza (*Prof. Andrea Biondi*)

A.O.U Meyer Centro di Eccellenza Oncologia ed Ematologia pediatrica - SOC Oncologia, Ematologia e Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche, Firenze (*Dott. Claudio Favre*)

Azienda Ospedaliera di Padova onco-ematologia pediatrica, Padova (*Prof. Alessandra Biffi*)

A.O.R.N. Santobono - Pausilipon Dipartimento di Oncoematologia, Napoli (*Dott. Giuseppe Menna*)

A.R.N.A.S. Civico di Cristina e Benfratelli, U.O.C Oncoematologia Pediatrica, Palermo (*Dott. Paolo D'Angelo*)

Psicologhe

Claudia Peirolo e Giulia Zucchetti (Torino), Francesca Nichelli (Monza), Sonia Di Profio (Genova), Flavia Camera (Napoli), Paola Guadagna (Palermo), Rosanna Martin (Firenze).

Scuole in ospedale

Scuola in Ospedale di Torino: Francesca Michelon (scuola primaria), Maria Aliberti e Tiziana Catenazzo (scuola secondaria di I grado), Teresa Filardo (scuola secondaria di II grado)

Scuola in Ospedale di Monza: Angela Passoni (scuola primaria), Flavia Tarquini (scuola secondaria di I grado), Lorena Almansi (scuola secondaria di II grado)

Scuola in Ospedale di Firenze: Silvia Simoni (secondaria II grado)

Scuola in Ospedale di Napoli: Tristana Dini (secondaria II grado), Ornella Catapano e Raffaella Ruocco (secondaria I grado)

Scuola in Ospedale di Palermo: Anna Calia (scuola primaria), Eleonora Croce (scuola secondaria di I grado), Carmela Tilotta (scuola secondaria di II grado)

Approfondimenti con le scuole

Roberta Cerutti, Daniela Ambrosetti, Matteo Antonioli, Ornella Marino, Patrizia Mazzucca e Antonietta Zangari (*IC "Locatelli-Quasimodo", Scuola Gianni Rodari, Milano*); Maria Antonietta Castiello e Alessia De Carolis (*IC "Giovanni Palombini", plesso Palombini, Roma*), Rossella Di Donato, Marzia Ghiotti e Nadia Febbo (*IC Pescara 7, Scuola "Raffaele Laporta" e Scuola "11 febbraio 1944", Pescara*), Grazia Agagliate (*IC Santa Maria di Moncalieri, Moncalieri*), Antonio Micciulla e Chiara Antonini (*IC "Giovanni Palombini", plesso Rivisondoli, Roma*), Susanna Lazzarini (*I.I.S. "L. B. Alberti", Abano Terme*), Alessandro Soldi (*Istituto Professionale per i Servizi commerciali e sociosanitari L. Einaudi, Pistoia*), Ramona Ontanu (*I.P.S.I.A. "Enrico Bernardi", Padova*) e Giuseppe Arcudi (*I.I.S. "Righi - Guerrisi", Reggio Calabria*).