

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE DELLA FORMAZIONE PRIMARIA

TESI DI LAUREA

Nella scuola primaria ai tempi del COVID-19: vissuti, strumenti ed esperienze sul campo.

Candidata: Francesca Borruto

Matricola n°: 16 A05 138

Docente relatore: Prof. Giovanni Voltolin

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

Ma le vostre vittorie, ecco, saranno sempre provvisorie.

Albert Camus

Ai miei genitori ed a mia sorella,
perché il desiderio di rendervi orgogliosi ha sempre prevalso su qualsiasi difficoltà.

Al mio relatore,
per avermi guidata e supportata lungo questo percorso.

INDICE

INTRODUZIONE	1
PARTE PRIMA	4
1. Quadro clinico	4
1.1. Aspetti biomedici	4
1.2. Aspetti epidemiologici e organizzativi	8
1.2.1. Livello biomedico	9
1.2.2. Livello pedagogico	10
1.3. Fattori personali	11
1.3.1. Aspetti biologici	11
1.3.2. Aspetti psicologici	12
1.4. Fattori contestuali	14
1.4.1. Fattori climatici e inquinamento	14
1.4.2. Divario sanitario, gradiente socioeconomico, vulnerabilità sociale	14
1.4.3. Determinanti culturali	15
1.4.4. La realtà percepita durante il <i>lockdown</i>	17
2. Resilienza individuale e di gruppo	18
3. Contesto normativo	20
4. Strategie e strumenti informativi di tipo psicoeducativo	22
4.1. Aspetti psicoeducativi	23
4.2. Strumenti per l'informazione dei bambini	25

4.3. Strumenti di informazione sul COVID-19	26
4.3.1. Colloquio diretto	26
4.3.2. Materiale didattico	27
4.3.3. Considerazioni	31
PARTE SECONDA	35
5. Teoria e forme della ricerca qualitativa	35
5.1. La ricerca qualitativa: riferimenti teorici	35
5.2. La ricerca qualitativa: forme	36
6. Questionari	37
6.1. <i>Format</i> dei questionari	39
6.2. Il questionario per il personale ausiliario	44
6.3. Il questionario per gli insegnanti	44
6.4. Esiti dei questionari	46
6.4.1. Questionario personale ausiliario	46
6.4.2. Questionario insegnanti	48
7. Discussione	54
7.1. Aspetti sociali	54
7.1.1. Le differenze di salute e le disuguaglianze	54
7.1.2. La richiesta alla scuola	55
7.2. Aspetti relativi allo sviluppo del bambino	56
7.3. Osservazione sul territorio	56

7.3.1.	Questionario personale ausiliario	57
7.3.2.	Questionario insegnanti	57
7.3.3.	Ulteriori considerazioni sulle risposte ai questionari	60
Conclusione		62
Bibliografia		64
Sitografia		77

INTRODUZIONE

L'impatto della pandemia di COVID-19 sul mondo dell'età evolutiva è stato drammatico, sia a livello mondiale, sia livello più periferico, come sembrerebbe essere avvenuto anche nel territorio valdostano. La realtà dei grandi numeri, infatti, ci rende consapevoli dei gravi rischi che corre la popolazione infantile. Si riconoscono rischi sanitari derivanti, non tanto dalla possibilità, rara, di infezione nei bambini, quanto dal fatto che, soprattutto nelle situazioni più svantaggiate, vengono meno quelle prestazioni di profilassi vaccinale usuali, di igiene alimentare e di accesso ai servizi sanitari che prima erano possibili. In conseguenza di queste difficoltà, si stima, a livello mondiale, mezzo milione di decessi in più al di sotto dei cinque anni di età. Più diffuse e, se possibile, più gravi le conseguenze sul piano educativo, si stima a questo proposito che da 1 a 1,5 miliardi di bambini siano stati esclusi per molti mesi dall'esperienza scolastica, con ripercussioni gravi sul piano cognitivo e relazionale. Infine, gli ostacoli all'allattamento al seno, i disagi conseguenti alla crisi economica, l'isolamento sociale, i lutti avvenuti in famiglia, hanno condotto ad uno stress emozionale che si riconosce presente nel 50% della popolazione infantile. A fronte di questo quadro drammatico, che rischia di privare il mondo di un'intera generazione, la professionalità educante non può non attivarsi attraverso una riflessione sul proprio ruolo, l'elaborazione delle esperienze quotidiane e l'implementazione di nuove prassi al fine di contenere le difficoltà e promuovere la resilienza (Tamburlini 2020, Buzzetti 2021).

La tesi, ovviamente, non si occupa di virologia, accenna agli aspetti biomedici solo per evidenziarne il forte impatto sui vissuti e i comportamenti di allievi, genitori e operatori scolastici. Il secondo *focus* è costituito da una riflessione su alcuni strumenti a disposizione degli insegnanti, potenzialmente utili a favorire nei bambini la comprensione della situazione, anche utilizzando un'indagine, ovviamente non giudicante e in forma aggregata, di alcune modalità concretamente messe in atto dai docenti. La pandemia di COVID-19 che anche il contesto scolastico sta vivendo mi spinge, dunque, a proporre, con questa tesi, una riflessione circa l'esperienza didattico-pedagogica che sembra caratterizzarla, almeno sul territorio che ho avuto la possibilità di osservare e nel periodo di tempo a cui l'osservazione stessa si riferisce. Le conoscenze circa il COVID-19 e le misure messe in atto per fronteggiare la pandemia sono ancora attualmente in continua evoluzione, per cui dichiaro che il periodo di riferimento della tesi va dall'inizio dell'anno scolastico 2020/2021 al 15 febbraio 2021, data di rientro dei questionari somministrati. L'attenzione si focalizza dunque sugli esiti del primo *lockdown* e sul primo quadrimestre, con il rientro a scuola in presenza da settembre 2020.

Il compito appare impegnativo per diversi motivi che vanno dalla difficoltà di accedere agli stessi locali scolastici, alla continua evoluzione del quadro normativo, alla possibile discontinuità e disomogeneità dei percorsi educativi e, forse soprattutto, per un sentimento diffuso di incertezza e di ansia che, inevitabilmente, interferisce nella relazione insegnamento-apprendimento.

Lo scritto tenta di descrivere, in ottica didattico-pedagogica, gli avvenimenti intervenuti nel microcosmo di alcune classi della scuola dell'infanzia e della scuola primaria, al fine di poter evidenziare la spendibilità delle conoscenze culturali e umane ricevute dalla formazione accademica, nel confronto con la situazione pandemica, e ancora di osservare le strategie utilizzate e le risposte ottenute presso i diversi protagonisti della narrazione, in *primis* allievi e insegnanti, ma anche genitori e personale ausiliario.

Un'osservazione sul campo come quella da me presentata non è, evidentemente, suscettibile di una qualche elaborazione statistica quantitativa, essa si pone piuttosto nell'ottica dell'analisi qualitativa, coerentemente con l'interesse dichiarato dai teorici di questo approccio, alla ricerca e alla protezione del benessere soggettivo e collettivo, considerati tra loro convergenti e non antitetici, all'interno della comunità scolastica.

Nella prima parte vengono riassunte le principali informazioni biomediche, dalle incertezze iniziali alle conoscenze cliniche, ancora provvisorie, che hanno caratterizzato la ripresa scolastica, con l'implementazione delle norme di contenimento del contagio dove, ad esempio, la necessità del distanziamento sociale inevitabilmente confligge con il bisogno di socialità per lo sviluppo globale del bambino. In questo senso, sono anche prese in considerazione le dinamiche di natura socioculturale, economica e relazionale che i comportamenti richiesti a contenimento della pandemia, hanno attivato (Ammaniti 2020, Buzzetti 2021). Qui viene ripreso il costrutto di resilienza in quanto componente fondamentale della risposta dei bambini, delle famiglie e della comunità in condizioni di stress. Segue una sintesi della complessa normativa dedicata alla gestione scolastica della pandemia. L'ultimo capitolo di questa prima parte si può definire di natura prevalentemente psicoeducativa ed è dedicato alle strategie informative e agli strumenti utilizzabili con gli allievi, che sono usualmente presentati in letteratura. Al suo interno sono sintetizzati alcuni strumenti psicopedagogici che diversi autori e consulenti hanno indicato come utili durante la pandemia.

Nella seconda parte l'approccio è di natura più osservativa ed esperienziale, scelta motivata dal fatto che in Valle d'Aosta l'impatto della pandemia è stato particolarmente violento, la mortalità da COVID-19 per 100.000 abitanti è stata infatti la più alta d'Italia: 330,33 persone rispetto ad una media italiana di 157,38, dati al 15 febbraio 2021, con evidenza di una

mortalità in eccesso rispetto al quinquennio precedente, superiore al 29% (Curiale 2021, pp. 47-50). Si presenta dunque il contesto in cui è avvenuta l'osservazione, si descrive il questionario proposto ai docenti e al personale ausiliario al fine di raccogliere le rispettive esperienze, nel periodo osservato, e infine si presentano i dati ottenuti.

Nella discussione si propone una riflessione critica circa l'attenzione rivolta alle esigenze pedagogiche e socio-emotive dei bambini a seguito delle misure di contenimento del contagio, segue una breve analisi descrittiva dei risultati ottenuti dai questionari, evidenziandone i punti di forza e i punti di debolezza, anche attraverso un confronto con alcuni dati della letteratura.

Nella conclusione vengono enfatizzate la necessità e la possibilità di privilegiare e proteggere la continuità dell'esperienza scolastica in presenza, soprattutto per la sua caratterizzazione socioeducativa, nel caso di future emergenze analoghe. L'insegnante è chiamato, in situazioni emergenziali, a dare una risposta tempestiva, introducendo strumenti culturali e didattici adeguati all'età dei suoi allievi, relativamente sia all'apprendimento che allo sviluppo socio-emotivo: si rende dunque necessario un percorso di aggiornamento personale e di collaborazioni interprofessionali continui di fronte un mondo che cambia. Questo non nell'ansiosa attesa di una qualche catastrofe (sanitaria, informatica, climatica o ambientale), ma nella consapevolezza di un ruolo che comporta la vicinanza, la protezione e la promozione della resilienza del bambino in quanto, al pari dell'insegnante, soggetto vitale per la collettività.

PARTE PRIMA

In questa parte, come anticipato, sintetizzo i riferimenti principali e funzionali alla tesi, propri dell'area clinica-epidemiologica, della normativa istituzionale, delle strategie informative e didattiche considerate applicabili, della dinamica propria del processo di adattamento resiliente e dei fondamenti dello strumento dell'analisi qualitativa. Nella seconda parte, questi stessi riferimenti saranno confrontati con le attività realizzate sul territorio valdostano dal campione di insegnanti intervistato.

1. QUADRO CLINICO

1.1. Aspetti biomedici

Lo sviluppo, a fine 2019, di un quadro pandemico dovuto ad un nuovo ceppo di coronavirus ha, in realtà, riproposto in termini assai più drammatici, esperienze pandemiche passate, come l'epidemia di Influenza spagnola del gennaio 1918-dicembre 1920, ed esperienze pandemiche più recenti, come la MERS (Sindrome Respiratoria Medio-Orientale) e la SARS (Sindrome Respiratoria Acuta Grave), queste ultime causate da coronavirus. La malattia attuale si denomina invece con il termine COVID-19 (*CoronaVirus Disease 19*). Il virus responsabile è un virus a RNA, identificato in Cina nella città di Wuhan e denominato SARS-CoV-2; si tratta di un'infezione di tipo zoonotico, cioè conseguente al passaggio, per mutazione casuale, della struttura virale da un animale (verosimilmente il pipistrello) all'uomo, e poi diffusasi attraverso le interazioni sociali a tutto il pianeta. Sul piano biologico la mutazione intervenuta ha reso il virus capace di legarsi a specifici recettori cellulari, presenti in più organi, ma particolarmente rappresentati a livello polmonare, ove può determinare una severa polmonite interstiziale con grave insufficienza respiratoria. Sono segnalate come manifestazioni tipiche: febbre importante, tosse e difficoltà respiratoria, ma essendo possibile un interessamento sistemico, si possono avere anche sintomi neurologici, cardiaci, a carico del nervo acustico, del gusto e dell'olfatto, nel bambino, in particolare, anche a carico del sistema digestivo. Bisogna tuttavia sottolineare la possibilità di situazioni di infezione senza o con pochi sintomi, confondibili con una comune influenza, ma che possono risultare talvolta altamente in grado di contagiare le altre persone. Nel bambino le manifestazioni sono, di solito, decisamente più attenuate, con un recupero delle condizioni di salute, sostanzialmente in modo spontaneo o trattamento sintomatico, in circa quindici/ventuno giorni, e non viene segnalata un'elevata mortalità. Tipica

dell'età evolutiva è una rara evoluzione che interessa 1 soggetto ogni 100.000, definita Sindrome Iperinfiammatoria Multisistemica che segue di quattro/sei settimane l'esposizione a SARS-CoV-2; essa è responsabile di pressoché tutte le forme ad esito negativo (Esposito 2021). Sono, infine, sempre più frequentemente riconosciute manifestazioni a lungo termine della malattia Pasc-CvD (*Sequela Post-Acute* da SARS-CoV-2): nei bambini i sintomi sono segnalati in 4 casi su 10 e sono i seguenti: stanchezza, dolori muscolari, cefalea, insonnia e disattenzione (Buonsenso 2021, Buzzetti 2021, Michelen 2021, Isella 2021). Rispetto a questo quadro clinico, molti autori sottolineano la necessità di porre attenzione sia agli aspetti biomedici (alterazioni neurofunzionali e radiologiche), sia agli aspetti psicologici (disagio emotivo da isolamento sociale), (Michelen 2021).

Non esistono al momento terapie specifiche accreditate in modo definitivo, risulta invece raggiunta, rapidamente, la realizzazione di vaccini efficaci ed utili nel ridurre la gravità dell'infezione, il rischio di infezione, la circolazione e lo sviluppo di varianti del virus. La somministrazione del vaccino è in corso al momento in cui scrivo, rispetto allo stesso persistono incertezze, non certo circa l'utilità, ma relativamente alla durata dell'immunità acquisita, alle sue caratteristiche, all'equità e alla globalità necessaria della distribuzione universale del farmaco (Bonati 2020, Cortés 2020, Marchetti 2020, Thanh 2020, Curiale 2021). A proposito degli esiti della campagna vaccinale, ritengo utile aggiornare a inizio 2022 e riassumere nella tab. 1 alcuni punti che ritengo utili al docente in quanto *opinion maker* presso le famiglie.

Tab. 1 - Aggiornamento alla luce degli esiti della campagna vaccinale a metà 2022.

(Società Italiana di Pediatria 2021, Merlo 2022)

- Incremento relativo della popolazione infantile contagiata a seguito della vaccinazione degli adulti.
- Anticipazione delle vaccinazioni rispetto alle previsioni (Davanzo 2021). È stata attivata la vaccinazione nella fascia cinque-undici anni e si prevede l'autorizzazione per la fascia zero-cinque anni, considerando che la maggior percentuale di bambini ricoverati in Terapia Intensiva ha meno di un anno di età.
- La vaccinazione riduce significativamente le forme di una gravità tal da richiedere il ricovero, in particolare la Mis-C (Sindrome Infiammatoria Multisistemica Pediatrica). A fine 2021 l'Istituto Superiore di Sanità contava trentasei decessi per COVID-19 in età evolutiva nei diciotto mesi precedenti.

- La miocardite rappresenta l'effetto collaterale più significativo ed è più frequente nei vaccinati, ma si presenta solitamente in forma lieve, meno grave di quanto avviene in corso di infezione naturale, e non sono segnalati decessi.
- Un bambino con disturbo neuropsichiatrico ha una possibilità tre volte superiore di contrarre la malattia, due volte superiore di essere ricoverato e sei volte superiore di avere complicanze gravi legate all'infezione virale, rispetto ad un coetaneo neurotipico. L'impatto sulla salute mentale sembra essere due volte più dannosa rispetto ai soggetti neurotipici. La vaccinazione non peggiora l'epilessia (Paladino 2021).
- La vaccinazione è indicata e sicura in età evolutiva, l'indicazione si accentua nei soggetti fragili da un punto di vista biomedico, con l'eccezione dei bambini immunodepressi.
- La vaccinazione riduce nettamente il rischio di reinfezione ma non lo esclude totalmente.
- La vaccinazione riduce nettamente la circolazione virale nella popolazione generale.
- La vaccinazione riduce nettamente la probabilità di subire accertamenti diagnostici (tamponi) e limitazioni alla interazione sociale.
- La vaccinazione in età evolutiva non decolla, la percentuale di soggetti in età evolutiva vaccinati è di circa il 35%, con un massimo del 49% in Puglia, un minimo del 18% nella Provincia Autonoma di Bolzano; in Valle d'Aosta la percentuale è del 24% circa, situandosi al terzultimo posto (Merlo 2022).

Nel periodo di osservazione in oggetto di questa tesi erano, unanimemente, indicate le misure preventive e di contenimento del contagio come: uso della mascherina chirurgica, lavaggio delle mani e sanificazione delle superfici di contatto, distanziamento sociale o interpersonale, isolamento delle persone contagiate e/o dei loro contatti (Cavallo 2020).

A conclusione di questa sintesi essenziale sugli aspetti biomedici, propongo alcune considerazioni che credo siano significative rispetto al focus della tesi. Si può dunque considerare quanto segue:

- Il virus SARS-CoV-2 è un virus che, pur appartenendo ad una famiglia di virus nota per produrre infezioni respiratorie, resta in sostanza un virus "nuovo", dunque non adeguatamente conosciuto dai sanitari, la moltitudine di termini con cui viene denominata la patologia sembra riflettere tutte le incertezze che la caratterizzano.
- L'emergere di varianti virali è un evento atteso, direttamente correlato con la replicazione virale. Nella maggioranza dei casi esse sono sfavorevoli alla replicazione e non si diffondono, ma, in alcuni casi, possono dare un vantaggio selettivo al virus che acquisisce

caratteristiche di contagiosità e patogenicità più importanti; questo fenomeno si è evidenziato, fin dal 2020, con la comparsa della variante inglese cui ne sono seguite, e ne seguiranno altre. L'impatto delle varianti del virus è complesso in quanto determina la necessità di un forte incremento dei soggetti immunizzati per avvicinare una "immunità di comunità" o "immunità di gregge", la seria possibilità di ulteriori ondate di malattia e una probabile evoluzione verso forme endemiche di COVID-19 (Curiale 2021).

- L'assenza di linee guida accreditate per l'intervento terapeutico specifico contro il virus ha ulteriormente incrementato le divergenze tra i clinici e l'insicurezza della popolazione e, ovviamente, anche presso gli insegnanti, ne sono derivati sentimenti ambivalenti di idealizzazione/colpevolizzazione dei sanitari e un'attesa miracolistica di un vaccino.
- La consapevolezza che l'obiettivo delle misure comportamentali preventive indicate è quello di contenere il contagio e non di assicurare la scomparsa del virus, non è sufficientemente diffusa. Le iperboli che accompagnano affermazioni di "assoluta sicurezza" proposte dai media si possono analizzare in molti modi, ma, di fatto, non riconoscono che il rischio zero non esiste.
- La situazione si complica ulteriormente a seguito della moltitudine delle opinioni espresse dagli esperti, soprattutto attraverso i media, che si rivelano spesso discordanti e confusivi (tab. 2, tratta da *Medico e Bambino*, giugno 2020), talvolta in un contesto socioculturale di negazionismo e/o di scorrettezze della ricerca scientifica (Clavenna 2020, Ferrando 2020).

Tab 2 - Alcuni titoli dagli organi di stampa durante la prima ondata di COVID-19 (*Medico e Bambino*, giugno 2020)

<p>«Banale influenza, anzi no: tutti gli errori degli scienziati sul coronavirus» Valutazioni sbagliate e contraddittorie. I guru della scienza prima osannati, poi accusati di aver disorientato con previsioni ottimistiche. <i>La Nuova Sardegna</i>, 15 maggio 2020</p>
<p>«Anche per l'OMS i guanti sono inutili» Meglio lavare e igienizzare le mani, per non dare falsi sensi di sicurezza. <i>La Repubblica</i>, 8 giugno 2020</p>
<p>«La Scienza tra sani dubbi e responsabilità» Virologi ed esperti vengono ascoltati quasi fossero oracoli. Eppure, ammettono di non avere verità né certezza. <i>Il Piccolo</i>, 20 maggio 2020</p>

<p>«<i>Profezia Choc del virologo: “Dobbiamo prepararci al peggio”</i>»</p> <p>In diretta durante la trasmissione <i>Dimartedì</i>, il direttore sanitario dell'IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) Fabrizio Pregliasco ha ammesso di essere rimasto spiazzato dal comportamento del virus.</p> <p><i>Il Giornale</i>, 14 maggio 2020</p>
<p>«<i>La veterinaria aspirante Miss Covid incolpa lo smog e ci tratta come muli</i>»</p> <p>Ilaria Capua si gode la fama tra copertina e laute ospitate tv. Ma ripete come innovative teorie apparse già otto secoli fa.</p> <p><i>La Verità</i>, 29 maggio 2020</p>
<p>«<i>Cala lo sviluppo umano per la prima volta dal 1990</i>»</p> <p>L'ONU avverte che gli effetti della pandemia sull'istruzione, la salute e le condizioni di vita provocheranno una caduta nell'indice che misura il progresso dei Paesi.</p> <p><i>El País</i>, 21 maggio 2020</p>
<p>«<i>In Ghana il lockdown rende più affamati i bambini di strada</i>»</p> <p>Dopo tre settimane di confinamento e un'economia ferma molti bambini di strada si sono trovati senza mezzi di sussistenza.</p> <p><i>Le Monde</i>, 13 maggio 2020</p>
<p>«<i>“Basta terrore il virus non c'è più”. E tra gli scienziati si scatena la rissa</i>»</p> <p>Zangrillo, direttore della Terapia Intensiva al San Raffaele di Milano: “Troppe previsioni sbagliate degli epidemiologi”. L'ira del Comitato Scientifico. Per Richeldi un messaggio fuorviante. Locatelli: “Sconcertato”. Ippolito “Niente mutazioni”.</p> <p><i>La Repubblica</i>, 1° giugno 2020</p>

1.2. Aspetti epidemiologici e organizzativi

Credo che nel contesto di questa tesi il discorso epidemiologico si possa realizzare su due piani: quello clinico, relativo all'impatto della diffusione del contagio da SARS-CoV-2, e quello pedagogico, relativo all'impatto sulla vita scolastica e ai rischi dell'interruzione della frequenza. La continua evoluzione dei dati, inoltre, permette una riflessione più consolidata se ci si riferisce al *lockdown* della primavera 2020 per quanto segue.

1.2.1. Livello biomedico

A livello biomedico, la pandemia in corso ha spostato l'interesse dell'epidemiologo dallo studio delle malattie croniche come il diabete in età pediatrica, tipico degli ultimi anni, allo studio urgente delle malattie infettive e molti hanno rievocato le grandi epidemie del passato. L'aggiornamento quotidiano attraverso i media ha proposto una massa di dati e numeri che non sono stati di facile interpretazione per nessuno e che sono variati sia nel 2020 che nel 2021 (Buzzetti 2020). In conclusione, era necessaria la conoscenza delle caratteristiche intrinseche dei parametri quantificati per tentare di orientarsi nella massa di dati che viene prodotta, che, peraltro, mai hanno estratto l'incidenza e la prevalenza dei soggetti in età evolutiva.

Alcune considerazioni, supportate dai numeri, sono tuttavia possibili e credo interessanti:

- La chiusura più o meno parziale è stata decretata in novantacinque paesi al mondo coinvolgendo circa il 90% della popolazione scolastica. In Italia hanno interrotto la frequenza nove milioni di soggetti, tra bambini e adolescenti (Bonifacio 2020, Tamburlini 2020, Ventura 2020). Questa situazione non ha precedenti ed è unanimemente considerata come un importante fattore di rischio per la salute mentale, l'apprendimento e la socializzazione in età evolutiva, soprattutto nei soggetti più fragili o svantaggiati, in particolare gli scolari con Sindrome di Down e i bambini migranti (Marchetti e Guiducci 2020, Rosenthal 2020, Van Lancker 2020, Xie 2020). In letteratura prevalgono le segnalazioni che evidenziano come la chiusura delle scuole abbia un impatto molto modesto o addirittura nullo sull'andamento del contagio (Institute for Education 2020). Studi su epidemie precedenti da coronavirus evidenziano un impatto positivo della chiusura delle scuole sulla diffusione del contagio compreso tra il 2% e l'8%. Stime attendibili definiscono la chiusura delle scuole tre volte meno efficace della chiusura dei locali di ristorazione o del divieto di assembramento (Banholzer 2020, Tamburlini 2020, Viner 2020).
- Studi pregressi e studi recenti dimostrano una bassa probabilità di contagio in ambito scolastico sull'infezione da coronavirus, sia per i bambini che per i docenti, intorno al 5% per SARS nel 2003, intorno allo 0% circa per SARS-CoV-2 a Vò Euganeo nel 2020 (Nussbaumer-Streit 2003, Esposito 2020, Lavezzo 2020, Ventura 2021).
- Numerosi studi dimostrano che i bambini vengono solitamente contagiati dagli adulti (in famiglia o a scuola) e non viceversa, ad esempio in Germania un bambino di nove anni sintomatico ha frequentato tre scuole diverse con 112 contatti, ma nessuno si è infettato (Munro 2020, Zimmermann 2020, Tamburlini 2020). Questi dati risultano confermati in uno studio post *lockdown* condotto presso alcuni centri estivi della regione Emilia-

Romagna, dove risulta che su 637 sintomatici per infezioni delle vie respiratorie, nessuno è risultato positivo al tampone, mentre i soli due casi positivi erano asintomatici e riconosciuti durante un tracciamento di adulti contagiati. In conclusione, i bambini non hanno un ruolo attivo nella diffusione virale, almeno fino al termine della scuola primaria (Di Mario 2020, Curiale 2021).

- La morbilità/mortalità nel bambino e anche nel neonato nei primi diciotto mesi di pandemia, sono state modeste ma non assenti; i dati dell'Istituto Superiore di Sanità riportano 36 decessi e 206 ricoveri in Terapia Intensiva in età pediatrica (Panza 2022). Il numero di soggetti infettati non è noto con certezza, secondo stime (in carenza di test molecolari e/o sierologici) i bambini contagiati in Italia sarebbero da meno del 1% al 5% della popolazione infantile, a seconda dei territori, e quelli sintomatici sarebbero solo lo 0,1% (Conti Nibali 2020, ISS 2020, Tofol 2022).

Quanto sopra presentato, ovviamente, non esclude per nulla l'applicazione puntuale di tutte le strategie comportamentali di prevenzione, ma evidenzia come la scuola, quantomeno la scuola dell'infanzia e la scuola primaria, sia un luogo ragionevolmente sicuro, da mantenere tale, e sottolinea come la sua chiusura sia la conseguenza di una sopravvalutazione dei rischi di contagio e di una sottovalutazione delle conseguenze possibili a livello psico-educativo e degli apprendimenti (Marchetti e Tamburlini 2020).

1.2.2. Livello pedagogico

A livello pedagogico, l'impatto del COVID-19 e delle misure di confinamento con associata DAD (Didattica a Distanza), risulta, al momento, difficilmente quantificabile, in realtà pochi sono gli studi consultabili ma molte sono le implicazioni, in maggioranza negative previste (www.alleanzainfanzia.it). In sintesi esse comprendono:

- Carenza/disturbo delle dinamiche emotive proprie della relazione interpersonale alla base del processo apprendimento-insegnamento.
- Ridotta efficacia per deficit di individualizzazione e modulazione della proposta didattica
- Estrema difficoltà nella realizzazione di attività pratiche o motorie.
- Disomogenea dotazione e limitazioni nell'utilizzo di strumenti informatici. Durante il *lockdown* della primavera 2020 hanno potuto seguire adeguatamente la DAD solo quattro studenti su dieci e, ancora recentemente, viene segnalato come durante il primo *lockdown*

solo una famiglia italiana su tre sia stata in grado di sostenere adeguatamente l'apprendimento a distanza (Conti Nibali 2021).

- Incertezza dell'elaborazione e della valutazione dei prodotti, all'interno di un più generale impoverimento degli apprendimenti accademici;
- Assenza di attività di gioco condiviso, con rischio di consolidare abitudini negative, come eccesso di videogiochi e televisione, con rischio di sedentarietà e di eccessi alimentari;
- Difficoltà nell'applicazione di strategie di *cooperative learning* e *peer education*, all'interno di un più generale impoverimento dello sviluppo di abilità sociali (Brunelli 2020).
- Tutte le problematiche in elenco risultano, infine, a maggiore impatto negli allievi con disabilità, bisogni educativi speciali, in situazioni di svantaggio socioculturale e di precarietà economica (Save the Children Italia 2020).
- L'Institute for Education (IFE) di Zurigo ha calcolato che, durante il *lockdown* del 2020, nel mondo, sono state perse 300 miliardi di giornate di scuola, l'84% delle quali nei paesi più poveri, creando un "debito formativo pandemico" importante. Sempre a livello globale, si stima che questa situazione di perdita di apprendimento potrà avere un serio impatto economico sugli studenti e sulle nazioni, gli studenti colpiti potranno attendersi un reddito inferiore del 3% per tutta loro vita lavorativa, mentre le nazioni una riduzione del PIL pari all'1,5% in media per il resto del secolo (Hanushek 2020).

In conclusione, è da prevedere un lungo periodo di *follow-up* sul piano psico-pedagogico per valutare questa condizione di sostanziale deprivazione, con lo scopo di definirne gli aspetti quantitativi (ad esempio la dispersione scolastica) e quelli qualitativi (ad esempio i disturbi del comportamento in adolescenza), ma anche per impostare programmi di potenziamento e recupero (Abbracciavento 2020, Catone 2020).

1.3. Fattori personali

1.3.1. Aspetti biologici

L'incremento dell'incidenza dell'obesità nel bambino è segnalato da molti autori e si ritiene favorito dal *lockdown* che ha prodotto un incremento dell'assunzione di cibo (in particolare ricco di carboidrati), una generalizzata sedentarietà e un prolungamento del tempo impegnato nei videogiochi o su internet.

La *food insecurity*, definita come un'abitudine alimentare inadeguata, nel senso di un introito insufficiente o di "cibo spazzatura", è nettamente aumentata all'interno delle famiglie italiane anche in aree benestanti (Dondi 2021).

La soglia di vulnerabilità dei nuclei familiari si è abbassata. La convivenza continuativa e forzata ha favorito, ad esempio, maltrattamenti in famiglia come la sindrome del bambino scosso, in uno studio inglese recente l'incidenza è passata dallo 0,67% al mese nei tre anni precedenti all'1% al mese durante il *lockdown* (Rosa-Rizzotto 2021).

1.3.2. Aspetti psicologici

In questo paragrafo presento quelle che sono le manifestazioni, in età evolutiva, di disagio emotivo, non in quanto esito di infezione ma come esito psico-comportamentale delle esperienze legate al *lockdown*, alla sospensione dell'attività scolastica e delle relazioni interpersonali che sono ad essa connaturate, più avanti considero più specificatamente le implicazioni negative sul piano degli apprendimenti, anche se ovviamente, i diversi aspetti sono profondamente intrecciati nel processo di sviluppo.

Un cambiamento evidente del comportamento, indicativo di disagio del bambino, è segnalato dai genitori in circa il 73% dei casi sotto forma, in generale, di un maggior bisogno di contatto e di perdita delle abitudini consolidate (Pedrotti 2020).

A livello psicologico sono frequentemente segnalati (Ammaniti 2020, Brooks 2020, Park 2020, Rubin 2020, Xodo 2020, Istituto Gaslini 2020, Esposito 2021, De Nardi 2021, Marchetti 2021):

- Irritabilità e oppositività (manifestazioni più frequenti al di sotto dei sei anni).
- Regressione comportamentale (rientro nel letto con i genitori).
- Ansia diffusa o focalizzata (verificata nel 47,1% degli adolescenti ma frequente anche nei bambini).
- Paure ipocondriache e disturbi somatoformi.
- Disturbo del sonno, enuresi.
- Umore depresso e pianto (verificata nel 14,1% degli adolescenti, ma frequente anche nei bambini sopra i sei anni).
- Ritualità di lavaggio tendenti all'ossessività;
- Abbassamento dell'età di comparsa dei disturbi del comportamento alimentare (Bastone 2021).

- Eccesso o carenza di iniziativa motoria;
- Rifiuto delle attività scolastiche e ridotta concentrazione

È opportuno inoltre considerare che:

- Le manifestazioni sopra elencate si possono, in alcuni casi, innestare in condizioni pregresse, a livello clinico, di fobia scolare o di disturbo ossessivo-compulsivo, peggiorandole nettamente, oppure possono esse stesse evolvere in quadri sintomatici significativi, ad esempio, di disturbo post-traumatico da stress (Abbracciavento 2020, Catone 2020, Xie 2020).
- Il livello di gravità dei disturbi è correlato in modo diretto con il disagio espresso dagli adulti di riferimento ed è più frequente nei bambini più grandi (71% degli intervistati) rispetto ai bambini di età inferiore ai sei anni (65%), (Istituto Gaslini 2020). In uno studio che ha coinvolto direttamente 3698 bambini dai cinque agli otto anni, circa il 64% di essi segnala di dormire di più rispetto a prima del *lockdown* e il 41% di mangiare di più, questo dato è in correlazione certa con la situazione ambientale, ma non esclude anche interpretazioni in senso psicopatologico (Pedrotti 2020).
- I genitori di una popolazione, non clinica, di bambini in età scolare del nord Italia segnala che la cosa che è mancata maggiormente ai figli durante il lockdown è stata (accettate risposte multiple):
 - Andare a scuola (30,6%)
 - Uscire di casa (46,9%)
 - Incontrare gli amici (80,2%)
 - Incontrare i parenti (41,4%)
 - Praticare sport (42,3%).

I genitori segnalano inoltre un peggioramento dell'umore dei figli nel 74,7% e il fatto che i figli hanno provato sentimenti di solitudine nel 67,5% dei casi (non verbalizzandola esplicitamente nel 36,1%), (Dondi 2021).

In conclusione, è da prevedere un lungo periodo di *follow-up* sul piano psicologico per valutare questa condizione di sostanziale deprivazione, per definirne gli aspetti quantitativi (ad esempio la dispersione scolastica) e qualitativi (ad esempio i disturbi del comportamento in adolescenza), e per impostare programmi di potenziamento e recupero nella popolazione generale e nei bambini con fragilità psichiche (Abbracciavento 2020, Catone 2020, Tamburlini 2022).

1.4. Fattori contestuali

1.4.1. Fattori climatici e inquinamento

I fattori climatici (umidità, temperatura, meteo) sono correlati, in modo non definitivamente accertato, alla diffusione della malattia, condizioni di clima caldo e secco con soleggiamento esteso, sembrano favorire una riduzione della malattia e viceversa. Questo fatto si lega ovviamente alla più alta frequenza di permanenza al chiuso e di affollamento se il clima è rigido.

L'inquinamento dell'aria risulta un fattore di rischio per lo sviluppo della malattia, soprattutto il particolato fine stimola un effetto permanente, pro-infiammatorio a livello dell'albero respiratorio. In generale, molti autori sostengono che il forte mutamento antropogenico dell'uso del suolo può favorire il passaggio di virus dalla fauna selvatica all'uomo (Buzzetti 2021).

Quanto a questo punto, spiega alcune differenze iniziali di incidenza regionale del COVID-19 (incidenza più elevata in regioni più inquinate) poi superate dalla diffusione interumana, ma coinvolge la professionalità docente nella valutazione del rischio sul proprio territorio e su aspetti di contenuti e informazioni da condividere con gli allievi.

1.4.2. Divario sanitario, gradiente socioeconomico, vulnerabilità sociale

La rapidità con cui si è sviluppata la condizione pandemica appare riconducibile al processo sociale, politico ed economico della globalizzazione, con le sue opportunità, ma, soprattutto, con le sue contraddizioni, nello specifico con un accentuato rischio delle disuguaglianze di salute presso le popolazioni povere e/o i soggetti fragili (Capello 2020, Manetti 2020, Marchetti e Guiducci 2020, Tajè 2020, UNICEF 2020). Da sempre, infatti, le calamità naturali dimostrano scarsa imparzialità; ad esempio, le carestie sono più severe nelle regioni più povere del pianeta, la SARS si è diffusa in modo più letale nelle minoranze etniche e nei gruppi più svantaggiati (Valletta 2020). La pandemia da SARS-CoV-2 non fa eccezione, in Gran Bretagna e negli USA, ad esempio, la malattia COVID-19 evidenzia un tasso di morbilità e mortalità significativamente più elevato nelle minoranze di origine africana e asiatica (Niedzwiedz 2020, Myers 2020, Curiale 2021). Si può inoltre dire che, sempre a partire dagli strati più poveri della popolazione, per ogni punto di PIL perso a seguito della pandemia, ben dieci milioni di persone varcano la soglia della povertà (Ahmed 2020). Gli stessi *lockdown*

hanno contribuito ad accentuare e ad evidenziare le diseguaglianze di salute; in Italia basta tener conto delle diversità di condizioni abitative (il 47% dei bambini vive in condizioni di sovraffollamento abitativo), come anche le differenze delle reti sociali e del tessuto socioeconomico nelle diverse regioni e, relativamente alla scuola, del livello di dotazioni informatiche della famiglia necessarie per la DAD (Tamburini 2020, WHO-UNICEF 2020, Conti Nibali 2021).

La condizione socioeconomica della famiglia, dunque, assume un ruolo determinante sull'incidenza della malattia e sugli esiti. La pandemia inizia prima nelle comunità più ricche, ma poi si diffonde maggiormente in quelle più svantaggiate, ove alcuni determinanti sono risultati significativi:

- Sovraffollamento nel domicilio.
- Maggiore utilizzo dei mezzi pubblici.
- Maggiore impiego in “attività essenziali” con elevato contatto interumano e con ridotta possibilità di accedere al telelavoro.
- Minore possibilità di accesso a sistemi sanitari locali quando è forte la presenza della sanità privata.
- Minore competenza/possibilità di accesso a informazioni corrette.
- Istruzione di livello più basso e senza “aggiornamento”.

Il sentimento della popolazione, infine, non risulta generalmente positivo. In uno studio recente condotto in Emilia-Romagna, circa il 42% degli intervistati considera la condizione economica familiare peggiorata e circa l'1% la considera critica, anche le aspettative per il futuro economico della famiglia vengono ipotizzate dopo la pandemia: migliore 2,3%, invariato 39,9%, più difficile 50,5%, molto più difficile 6,1%, seriamente a rischio 1,2% (Dondi 2021).

Questo punto coinvolge concretamente l'insegnante in quanto presuppone una conoscenza approfondita dell'allievo al fine di coglierne le risposte ai fattori di rischio familiare, e, eticamente, in quanto fa risaltare il suo possibile impegnativo ruolo di equilibratore sociale.

1.4.3. Determinanti culturali

Come una società rappresenta sé stessa condiziona la risposta che mette in atto a fronte di minacce gravi e globali, come, ad esempio, una pandemia. Gli studi di Hofstede individuano due polarità possibili: la cultura individualista in cui l'interesse del singolo prevale e quella

collettivista in cui le persone si percepiscono come interdipendenti dal gruppo (National Culture - Hostede Insights). In letteratura è stata evidenziata l'esistenza di una correlazione diretta tra individualismo, incidenza e mortalità per COVID-19, per cui in queste condizioni dovrebbero essere proposte misure di contenimento del virus più rigorose (Buzzetti 2021, Speri 2021).

Il livello educativo e la competenza a gestire adeguatamente le informazioni sanitarie, anche mediate dalla tecnologia informatica (Health Literacy), si sono dimostrati fattori di protezione rispetto alla diffusione virale e alla infodemia. Ad esempio, i dati Istat del 2020 evidenziano un eccesso di mortalità nelle donne, in particolare nei soggetti con un basso livello di scolarizzazione.

Per quanto riguarda la considerazione che i governi riservano alle esigenze sanitarie della popolazione e dunque le risorse concretamente allocate e allocabili, i sistemi sanitari che hanno risposto rapidamente alle nuove richieste finanziarie e/o che disponevano già di risorse e organizzazioni adeguate stanno contenendo meglio la pandemia, al contrario, paesi più poveri, come quelli dell'Africa centrale, non hanno potuto agire in tal senso, e altri paesi come l'India o il Brasile hanno, di fatto, sottovalutato le esigenze delle proprie popolazioni.

Burnout genitoriale. Questa condizione interseca e aggrava quanto descritto nei paragrafi precedenti, essa si caratterizza per la possibile messa in atto da parte di un genitore di maltrattamenti fisici o psicologici, ma anche quando ciò non avviene, il disagio emotivo intrafamiliare (il cui maggiore fattore di facilitazione è rappresentato dal peggioramento economico) viene percepito dal bambino con un rischio ulteriore sul piano psichico (Vitiello 2021). Uno studio dedicato segnala che: le madri presentano un livello di *burnout* più elevato, i lavoratori manuali presentano un livello di *burnout* più elevato rispetto a quelli intellettuali, la presenza di figli con disabilità risulta essere un predittore significativo (Di Fiore 2021). Un ulteriore aspetto problematico si ritrova nella crescente difficoltà dei genitori a supportare, con valide competenze genitoriali, il normale sviluppo del bambino (Setaro 2021). L'epidemia ha inoltre indotto nella popolazione generale un diffuso sentimento di insicurezza, la convivenza forzata ha esasperato i conflitti e le difficoltà familiari (Albizati 2021); negli USA, ad esempio, la vendita delle armi è aumentata del 50%, con un aumento del 100% dei bambini deceduti o feriti per incidenti domestici o intenzionalmente. Un secondo aspetto, altrettanto drammatico, è rappresentato dall'aumento dei bambini rimasti orfani, per analoghi motivi, durante il primo anno di pandemia (Ventura 2021).

Quanto sopra riportato coinvolge l'insegnante relativamente alla sua funzione "pubblica" sia come operatore culturale a servizio della comunità per sostenere le informazioni adeguate, sia come soggetto politico esperto dei reali bisogni della scuola. Nel rapporto con il bambino,

poi, la sua conoscenza del contesto emotivo, economico e culturale in cui esso vive sarà, come sempre, indispensabile per individualizzare il progetto educativo.

1.4.4. La realtà percepita durante il *lockdown*

Riporto uno studio che ritengo riassuma in modo efficace l'esperienza di bambini e genitori nel corso del *lockdown*. Si tratta di un'indagine via *web* realizzata in provincia di Trento, nel periodo che va dal 28 aprile al 19 maggio 2020; le caratteristiche storico-politiche e culturali di quel territorio credo siano confrontabili con quelle della Valle d'Aosta, lo studio inoltre appare molto descrittivo delle tematiche rilevate (Pedrotti 2020).

Sono stati intervistati 3698 bambini dai cinque agli otto anni (età media: 6,4 anni). Presento alcuni dati raccolti:

- Il 18,9% ha dichiarato di “non stare bene”.
- Nella quasi totalità risulta acquisita/consolidata l'abitudine di lavarsi le mani.
- Il 74,2 % afferma di avere scoperto nuove attività e nuovi giochi.
- Il 17% non ha avuto contatti con l'insegnante.
- La DAD è stata valutata negativamente dal 62,4% degli intervistati.
- Il 74,2% si è dichiarato triste e il 35,8% contento della vita in *lockdown*.
- L'attività che “è mancata di più” risulta il gioco con gli amici nel 51,4%, segue la scuola nel 17,6%. Sono segnalati anche: mancanza dei familiari non conviventi (talvolta un genitore), difficoltà della DAD, mancanza di spazio, dolore per la perdita di persone care, preoccupazione per le misure preventive e paura del virus.

Sono stati intervistati 10658 genitori, in prevalenza madri. Presento alcuni dei dati raccolti:

- Il rapporto con i figli viene considerato migliorato nel 34,8% e peggiorato nell'11,4%.
- La soddisfazione nei confronti dei servizi educativi cresce con l'ordine di scuola, dal 48% per l'infanzia al 69,1% per la primaria (fino all'82% della secondaria di secondo grado). La gestione della DAD risulta spesso difficile, soprattutto per i bambini più piccoli, talvolta si lamentano un eccesso di compiti, difficoltà di contatto con gli insegnanti e mancanza di preparazione nell'uso di strumenti informatici, sia da parte dei genitori che dei docenti.

Concludo sottolineando che questo studio sembra molto aderente alla realtà, robusto da un punto di vista numerico e ben descrittivo, esso, tuttavia, non considera (certo non per disinteresse) la componente scolastica.

2. RESILIENZA INDIVIDUALE E DI GRUPPO

Il costrutto di resilienza viene ampiamente citato in questo periodo, per cui ho ritenuto utile inserire nella mia tesi un capitolo che riassume le informazioni, teoriche ed operative, riguardanti questo processo, nel tentativo di coglierne la presenza e i limiti, in corso di pandemia. Molte persone, infatti, si aspettano che dopo la pandemia il mondo sarà popolato da persone migliori, essenzialmente più solidali, altri ritengono che il mondo sarà peggiore, con la presenza di maggiore competitività: ovviamente ci saranno entrambi gli aspetti e molto dipenderà dalla sofferenza vissuta da ciascuno a livello fisico, psicologico ed economico. La resilienza di ciascuno risulta una variabile importante all'interno di queste possibili evoluzioni verso un mondo certamente diverso. Da sempre, vaste popolazioni hanno vissuto periodi prolungati di stress caratterizzati da un rischio oggettivo di forte deterioramento della qualità di vita o di pericolo per la vita stessa; esempi storici di pestilenze, guerre, crisi energetiche e calamità naturali fanno parte della cronaca recente nel mondo e in Italia. La pandemia di COVID-19, tuttavia, presenta caratteristiche tali da poter essere considerata unica, anche perché ci coinvolge personalmente e quotidianamente. I principali fattori che caratterizzano questo momento sono la diffusione dell'infezione su tutto il pianeta, l'elevato numero di soggetti coinvolti per mortalità e morbilità, la crisi socioeconomica che ne consegue e che accentua le disuguaglianze di salute, la condivisione e, talvolta, la drammatizzazione delle informazioni e delle immagini da parte dei media e di internet. Sentimenti di insicurezza, ansia personale e per il futuro, spaesamento, solitudine e isolamento sono diffusi nella popolazione ed ovviamente appartengono anche a tutti i protagonisti della vita scolastica. La resilienza si configura allora come un processo di natura biopsicosociale che permette ai singoli, alle comunità e alle nazioni di far fronte a situazioni sfavorevoli e pericolose, associando la capacità di continuare a svilupparsi e di aumentare le proprie competenze nonostante tali condizioni avverse (Lazarus 1994, Malaguti 2005, Cyrulnik 2009). Le componenti biologiche si riconoscono nei sistemi neuroendocrini deputati alla risposta dello stress, geneticamente condizionati ed epigeneticamente modulati. Le componenti psicologiche individuali si riconoscono nella dinamica relazionale precoce, in particolare nello sviluppo di uno stile di attaccamento sicuro (Bowlby 1982, 1989). Le componenti sociali sono rappresentate dalle condizioni socioeconomiche e culturali, dalla rete di relazioni significative dei soggetti e delle comunità. La scuola è coinvolta da tutte queste componenti, ma è protagonista soprattutto nelle ultime, in

quanto la frequenza o la ripresa della frequenza scolastica si configura come importante fattore di promozione della resilienza.

Nella realtà, il processo di resilienza si esplicita attraverso l'implementazione di strategie di fronteggiamento (*coping*) della condizione stressante. Le forme attraverso le quali si esprime la resilienza sono molteplici, tra loro articolate e instabili nel tempo, anche a seconda della cronicità dello stress e della sua intensità: l'esperienza scolastica è un ambito in cui è possibile avere cura e facilitare dinamiche di resilienza/fronteggiamento (Ferrando 2020). Gli strumenti e le strategie descritte nei due capitoli che precedono sono degli esempi di modi in cui si facilita, in teoria, un *coping* efficace, nella seconda parte della tesi se ne ricerca l'applicazione in una situazione realmente osservata.

Un secondo impegno per gli insegnanti è poi quello di cogliere il fallimento e la fragilità del *coping* presso i bambini, le famiglie, il personale ausiliario, i colleghi e loro stessi. In questo senso si ripropone l'importanza dell'attenzione al proprio e all'altrui mondo emotivo interno e alle forme in cui il disagio si manifesta a livello comportamentale. Le manifestazioni che si possono cogliere sono numerose, dalla negazione di ogni difficoltà o sofferenza al prevalere di un approccio passivo e depresso, da un'aggressività diffusa ad una disponibilità concretamente insostenibile, da una proposta di apprendimento "al ribasso" ad una proposta meritocratica di eccellenza comunque "come se nulla fosse".

La solitudine percepita a fronte di un'attesa, incerta, di un nemico invisibile (a questo proposito va notata come la terminologia utilizzata durante la pandemia sia la stessa dei tempi di guerra: nemico invisibile, sconfiggere il virus, eroi, martiri, linea del fronte, ecc.) possono essere contenute valorizzando e proteggendo il gruppo di lavoro. L'insegnante appartiene a un gruppo di lavoro, in azione (Bion 1971) composto dagli allievi, dagli altri insegnanti, dal personale ausiliario e dai genitori. Ne può derivare un disagio diffuso in cui esigenze personali, la paura di portare a casa l'infezione, le difficoltà inevitabili, la fatica e l'ansia mettono a dura prova la coesione del gruppo scolastico e rischiano di attivare modalità di difesa dal dolore psichico, fisiologiche ma disfunzionali quali:

- La regressione ad un egocentrismo finalizzato all'autoprotezione, con riduzione dei contatti interpersonali, al di là di quelli imposti dal *lockdown*.
- La negazione delle difficoltà e della sofferenza esemplificata nello *slogan* "andrà tutto bene".
- Il distacco emotivo, una specie di disattivazione dell'empatia, che si traduce in una disponibilità formale alle esigenze degli altri (Ornstein 2009).

- L'ipertrofia e la rigidità delle regole, in cui l'aderenza alle stesse cerca di contenere nell'azione strettamente aderente al "proprio ruolo", quanto non è possibile esprimere con le parole e dunque mentalizzare.
- L'intolleranza come alternativa alla precedente, con individuazione di nemici immaginari; in pandemia, ad esempio, i cinesi o i sanitari.
- L'accettazione acritica, idealizzazione o "imputazione" ad altri della durata e dell'intensità della DAD.

La consapevolezza di quanto appena sopra considerato può favorire la compattezza del gruppo scuola e dell'organizzazione che ne deriva sul piano istituzionale. Questo approccio del prendersi cura reciproco risulta indispensabile in questo periodo, diventa fattore di promozione di resilienza presso i singoli, generatrice di senso di appartenenza e dunque necessità di attenzione e protezione (Liverani 2020, Speri 2021).

3. CONTESTO NORMATIVO

In questo paragrafo tento di proporre alcune considerazioni sulla normativa che ha caratterizzato il periodo scolastico che ho osservato in questa tesi e che ha corrisposto alla seconda ondata della pandemia, momento in cui il *lockdown* rigido non era più sostenibile a livello socioeconomico, ma in cui la situazione epidemiologica restava comunque altamente problematica. L'approccio è descrittivo e focalizza gli aspetti più inerenti all'attività scolastica; inoltre sono privilegiati e commentati i contenuti, rispetto agli elementi strettamente legislativi.

La normativa si è sviluppata in numerosi decreti della Presidenza del Consiglio dei ministri (dPCM) e si è ulteriormente articolata in diversi decreti-legge, note del Direttore del Dipartimento Istruzione e di provvedimenti delle istituzioni periferiche (regioni, province e comuni) e delle aziende sanitarie sul territorio. La numerosità e la ridondanza formale dei provvedimenti che ne sono derivati rende impossibile farne, almeno in questa sede, una sintesi esaustiva e ordinata; si può comprendere questo fatto per l'emergenza sanitaria in atto, la ripresa virale a "macchia di leopardo" (diversi colori indicanti il rischio regionale), l'impegno a contenere la diffusione del contagio e il tentativo di contenere lo sfaldamento socioeconomico.

Di fatto, il punto di partenza è rappresentato dalla consapevolezza, intorno a settembre/ottobre 2020 di riprendere l'attività in presenza, nella scuola dell'infanzia e nella scuola primaria. Dal febbraio 2020 al 21 marzo 2021 sono stati emanati 24 dPCM. Dal 7 settembre 2020 al 2 marzo 2021 sono stati emanati ben 6 dPCM con gli obiettivi sopra accennati. In sintesi, riferendomi a partire dal mese di settembre segnalo:

- dPCM 7 settembre 2020

L'elemento prioritario è rappresentato dal fatto che *«ferma restando la ripresa delle attività dei servizi educativi e dell'attività didattica delle scuole di ogni ordine e grado secondo i rispettivi calendari, le istituzioni scolastiche continuano a predisporre ogni misura utile all'avvio nonché al regolare svolgimento dell'anno scolastico 2020/2021, anche sulla base delle indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2, elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità di cui all'allegato 2»*. Queste ultime si riferiscono in sintesi all'utilizzo delle mascherine chirurgiche (sopra i sei anni di età), al distanziamento sociale, alla sanificazione delle mani e degli ambienti e, come dice il dPCM, restano in carico alle istituzioni scolastiche secondo le proprie risorse e competenze. Sono sospese le uscite didattiche, ma in alcune situazioni sono potenziate le attività *outdoor* in spazi di pertinenza della scuola.

- dPCM 13 ottobre 2020, seguito dal dPCM del 18 ottobre 2020

Entrambi si caratterizzano per il fatto che viene ripetuto l'uso delle misure di contenimento del contagio, ma le stesse appaiono alleggerite. Viene ribadito il distanziamento interpersonale di un metro *«è consentito l'accesso dei minori, anche assieme ai familiari o altre persone abitualmente conviventi o deputate alla loro cura, ad aree gioco all'interno di parchi, ville e giardini pubblici, per svolgere attività ludica o ricreativa all'aperto nel rispetto delle linee guida del Dipartimento per le politiche della famiglia»* e nel punto successivo *«è consentito l'accesso di bambini e ragazzi a luoghi destinati allo svolgimento di attività ludiche, ricreative ed educative, anche non formali, al chiuso o all'aria aperta, con l'ausilio di operatori cui affidarli in custodia e con obbligo di adottare appositi protocolli di sicurezza predisposti in conformità alle linee guida del Dipartimento per le politiche della famiglia di cui all'allegato 8»*. Si riconosce un'attenzione maggiore alle esigenze dei bambini, credo anche a seguito delle numerose argomentazioni prodotte da esperti di area pedagogica, psicologica e sanitaria.

- dPCM del 24 ottobre 2020

Sono ribaditi esplicitamente il protocollo sanitario per la gestione sanitaria dei soggetti positivi al Sars-CoV-2 e il fatto che *«L'attività didattica ed educativa per la scuola dell'infanzia, il primo ciclo di istruzione e per i servizi educativi per l'infanzia continua a svolgersi in presenza, con uso obbligatorio di dispositivi di protezione delle vie respiratorie salvo che per i bambini di età inferiore ai sei anni e per i soggetti con patologie o disabilità incompatibili con l'uso della mascherina»*. Si formalizzano ulteriormente le modalità di ingresso e uscita degli allievi.

- dPCM del 3 novembre e del 3 dicembre 2020

Relativamente all'ambito scolastico i documenti confermano sostanzialmente i precedenti.

- dPCM del 14 gennaio 2021

Questo dPCM ripete le misure di contenimento iniziali e tiene conto della divisione in zone di rischio con allentamento delle restrizioni in relazione al numero di casi per 100000 abitanti.

- dPCM 2 marzo 2021

Con questo decreto, vengono date alcune riaccutizzazioni pandemiche, si stabilisce che in zona rossa *«le attività scolastiche e didattiche delle scuole di ogni ordine e grado si svolgono esclusivamente con modalità a distanza»*.

A conclusione di questa sintesi credo di poter affermare la difficoltà di lettura e di incerto orientamento nella normativa che sembra più destinata ai tecnici del settore che agli operatori scolastici. Nel periodo di riferimento della tesi e per la scuola primaria credo si possa affermare che le indicazioni circa le misure di contenimento della pandemia siano state reiterate senza variazioni significative e che la scelta della didattica in presenza e l'eccezionalità di quella a distanza siano state sostenute.

4. STRATEGIE E STRUMENTI INFORMATIVI DI TIPO PSICO-EDUCATIVO

In questo capitolo presento le principali strategie proposte in letteratura per supportare l'attività scolastica in corso di pandemia. L'approccio generale è stato quello di privilegiare la scuola in presenza e la distinzione tra strategie di tipo psico-educativo e strategie didattiche, è solo funzionale all'organizzazione della tesi, dal momento che nella prassi educativa le due si intersecano e confondono.

Per strategie informative intendo tutte quelle prassi destinate alla comunicazione/introiezione delle notizie relative alla pandemia e soprattutto all'acquisizione di comportamenti utili al contenimento del contagio. Attività assolutamente pertinenti al contesto scolastico, in diversi ambiti, dall'educazione alla salute all'educazione civica e dunque oggetto del processo di insegnamento/apprendimento. Queste stesse strategie vengono anche caratterizzate come di tipo psico-educativo in quanto, inevitabilmente, veicolano e attivano dinamiche emotive reciproche tra l'allievo e l'insegnante, ad esempio correlate al disagio emotivo del primo o alla credibilità e alla funzione di "base sicura" del secondo (Bowlby 1982, 1989).

4.1. Aspetti psicoeducativi

Secondo un approccio costruttivista possiamo assumere che ogni bambino si sviluppa a partire da processi ricorrenti di attribuzioni di significato alle percezioni, azioni, relazioni, emozioni e agli avvenimenti che sperimenta. In corso di pandemia questo lavoro è particolarmente impegnativo in relazione soprattutto all'incertezza dominante, alle comunicazioni verbali o non verbali e alle limitazioni imposte, questo rende le usuali modalità adattive e di fronteggiamento molto fragili. Il ruolo cruciale del *caregiver* sarà dunque quello di supportare il bambino (Berne 1971, Stern 1987, Capurso 2018, Provenzi 2020). Supportare un'attribuzione di significato sempre più aderente alla realtà in base all'età e alle esperienze del bambino ed evitare che venga travolto da una massa ingestibile di informazioni ed emozioni, credo sia, in ambito scolastico, un compito specifico dell'insegnante, non delegabile ad altre professionalità, ad esempio psicologiche. In questo senso si ritrovano, in letteratura, alcune indicazioni.

Il *caregiver* deve occuparsi delle proprie emozioni, questo è quasi un prerequisito indispensabile all'inizio da non considerare superato una volta per tutte, ma piuttosto da alimentare lungo tutto il cammino pedagogico, a fronte di novità positive o negative. Verbalizzare, mentalizzare e legittimare l'emotività permette all'adulto di attivare un processo analogo al bambino. In pratica, l'adulto:

- Mette in atto un approccio di ascolto attivo del disagio dell'allievo e rinuncia a rassicurazioni anticipate, inefficaci e difensive. Si dimostra disponibile ad accogliere ogni messaggio che parte dal bambino, senza selezionare i messaggi emotivi-cognitivi corretti rispetto a quelli scorretti, ma supporta un'elaborazione degli uni e degli altri, ad esempio attraverso spiegazioni, utilizzo dell'errore, discussioni di gruppo. Da rilevare che, operativamente, molta della sua disponibilità sarà espressa attraverso il linguaggio del corpo e la mimica.
- Adatta il suo linguaggio all'assetto cognitivo ed emotivo del bambino, è infatti noto l'impovertimento di contenuto del messaggio verbale nel passaggio adulto-bambino (Siegal 1999). Recuperare un lessico chiaro, accessibile, talvolta metaforico o favolistico, per esplicitare le informazioni rispetto al virus e alle misure comportamentali di prevenzione può contenere la confusione, il disagio di non riuscire a decodificare le informazioni potenzialmente angoscianti. Un altro aspetto significativo a livello comunicazionale risiede nell'indicazione a dare spazio alle produzioni suggerite o spontanee dei bambini: giochi di finzione, disegni, dialoghi tra personaggi condivisi tra allievi e insegnanti possono essere

utili. L'attenzione alle modalità comunicative tra l'adulto e il bambino fa parte dell'impegno del docente, in particolare nella scuola dell'infanzia e nella primaria, sia quando si rivolge al singolo allievo sia quando si rivolge all'intera classe. Relativamente poi al tema della tesi, inoltre, interviene il fatto che quanto viene comunicato è “una brutta notizia”, fonte di stress per il bambino, per la famiglia e per l'insegnante stesso. Una “cattiva notizia” è solitamente definita come quella notizia che altera in modo negativo e compromette la prospettiva di futuro della persona (Buckman 1992). Nel corso della pandemia di COVID-19, come afferma Quadrino «questo futuro alterato, specie se si riferisce a un bambino, altera anche in modo a volte sconvolgente le abitudini e i ritmi di vita di tutti i membri di quella famiglia [...] richiede da parte del professionista un intervento di affiancamento e di facilitazione nella ricerca di modalità di azione, risorse, soluzioni sostenibili: un intervento di alto valore educativo e di grandissimo impegno» (Quadrino 2015). La stessa autrice propone alcune considerazioni potenzialmente utili per una comunicazione efficace, le principali sono riportate di seguito:

- Non è opportuno mentire al bambino senza tuttavia minimizzare né enfatizzare la problematica.
- Appare utile osservare se il bambino sembra disinteressarsi all'argomento o esserne angosciato, così come è indicato rilevare la sua comunicazione non verbale.
- Utilizzare domande circolari e narrative, all'interno del gruppo classe, per facilitare la condivisione delle emozioni e la ristrutturazione delle informazioni.
- Considerare la competenza linguistica del bambino in rapporto all'età e dunque adeguare le parole utilizzate.
- Considerare la ridotta capacità del bambino a stabilire connessioni tra passato e presente.
- Dare ampio spazio alle domande del bambino e tenere conto che il bambino, soprattutto nei primi anni di scuola, manifesta, involontariamente, l'obiettivo di compiacere l'adulto per cui le sue risposte possono non essere sincere (fatto che solitamente l'insegnante dà per scontato).
- Coinvolge il bambino in attività di esplorazione e di gioco condiviso, non finalizzate primariamente e solo alla distrazione (al “non pensarci”). Dal momento che esse non si limitano a permettere una sistematizzazione, una mentalizzazione adattiva nel presente e resiliente in prospettiva di uno sviluppo futuro, che sono poi l'obiettivo ultimo dell'intero percorso psicoeducativo, non solo in condizioni di emergenza, ma neppure rimuovono l'argomento virus.

4.2. Strumenti per l'informazione dei bambini

Con la ripresa dell'anno scolastico 2020/2021, l'insegnante ha dovuto affrontare il compito di motivare agli alunni i comportamenti richiesti al fine di ridurre la diffusione virale nell'ambito scolastico, così da permettere la prosecuzione della frequenza in presenza. In questo paragrafo propongo una ricognizione ampia ed esemplificativa di alcuni strumenti utilizzabili per motivare i bambini a seguire le indicazioni sanitarie. Le misure previste dalla normativa avevano dunque scopo preventivo, erano da implementare in modo sollecito e inevitabilmente hanno creato alcune difficoltà. In realtà, l'educazione in ambito scolastico relativamente a tematiche sanitarie, è spesso riservata ad alcuni ambiti specifici come la conoscenza delle manifestazioni problematiche possibili di un compagno con disabilità (ad esempio autismo, con crisi epilettiche o disturbi senso-percettivi). Due tematiche in ottica di prevenzione sono proposte da tempo, con alterne fortune, in un contesto scolastico e possono costituire un primo supporto al docente che deve motivare le misure anti COVID-19: esse sono l'Educazione Alimentare (Colli 2007, Fraccaro 2007, Stilton 2015, Barzanti 2016) e l'Educazione alla Salute Dentale (Kay 1996, Cervinara 2020). Da queste esperienze sembra possibile evidenziare alcuni aspetti da considerare anche in relazione alla tematica COVID-19.

Essi sono:

- La modificabilità dei comportamenti impropri in età precoce (Fridel 2017, Naidu 2017).
- La maggiore efficacia dell'intervento educativo diretto, in presenza, rispetto alle campagne informative sui media (Cervinara 2020).
- L'opportunità di associare alla spiegazione orale altri strumenti quali cartonati, sussidi audiovisivi, modellini tridimensionali e *poster* (Gambhir 2013).
- La maggiore sensibilità alle informazioni fornite presso le popolazioni in svantaggio socioculturale (Vallone 2018).
- L'attenzione allo sviluppo di autoconsapevolezza e fiducia nel proprio impegno da parte del bambino (Fridel 2017).
- La collaborazione con la famiglia (Langford 2014).
- La dimostrazione di una buona efficacia "informativa" delle strategie di *peer education* (Vangipuram 2016, Vallone 2018).
- L'indicazione ad utilizzare linguaggi coerenti con il contesto culturale (Olobunmi 2013).

- La sostanziale sovrapposizione dell'efficacia delle proposte educative indipendentemente dal fatto che esse siano proposte da un sanitario o da un insegnante (Haleem 2012)
- Il trasferimento dei comportamenti e delle informazioni acquisiti dai bambini agli altri membri della famiglia (Cervinara 2020).

4.3. Strumenti di informazione sul COVID-19

4.3.1. Colloquio diretto

Il colloquio diretto con il singolo allievo e/o con l'intera classe fa parte delle abilità richieste e praticate da ogni insegnante, ma bisogna ammettere che non è una competenza facile da acquisire, mantenere nel tempo e adattare alle diverse occasioni. Le situazioni di emergenza comportano il coinvolgimento emotivo tanto del docente quanto dell'allievo e della classe, di conseguenza si realizza una condizione di stress e disagio, che va elaborata o, quantomeno, governata. La conoscenza accademica di alcuni riferimenti teorici di area psicopedagogica (Salzeberger 1987, Berté 2012, Bruzzone 2012, Soana 2012, Rogers 2017, Pergola 2020) e l'acquisizione operativa di indicazioni potenzialmente efficaci, magari esercitate in situazioni meno pressanti, con consapevolezza dei limiti impliciti, potranno risultare molto utili. Le strategie comunicative con il bambino e la loro dinamica evolutiva, non sono argomento di questa tesi, tuttavia l'attenzione su questi aspetti va ricordata (Siegal 1999-2004, Quadrino 2015). Nel periodo più urgente della pandemia si potevano ritrovare indicazioni semplici e pragmatiche (Agostiniani 2020, Costantino 2020, Provenzi 2020) i cui "principi" sintetizzo come segue:

- Facilitare e ascoltare l'espressione spontanea (nelle diverse forme praticate in classe) delle conoscenze e delle emozioni del bambino, in questo senso la condivisione tra pari può essere un fattore di elaborazione o almeno di ristoro.
- Utilizzare il linguaggio idoneo all'età per spiegare la situazione, partendo da manifestazioni a loro già note come il raffreddore o la febbre, in tal modo anche prevenendo spiegazioni spontanee del bambino, che spesso risultano peggiorative.
- Rassicurare rispetto a immagini e informazioni trasmesse dai media, con particolare attenzione ovviamente a cogliere, ed eventualmente contenere, le notizie infondate.

- Evitare la stigmatizzazione di gruppi etnici in cui la pandemia ha presentato caratteristiche particolarmente allarmanti e/o enfatizzate (origine del virus, durata e rigidità del *lockdown*, condizioni igieniche di certe regioni).
- Riferire ed esemplificare ai bambini l'impegno degli adulti ad affrontare la situazione segnalando non solo l'impegno dei sanitari e degli scienziati, ma anche di tutti coloro che tentano di conservare al bambino una buona qualità di vita: dai trasportatori a chi trasmette i cartoni in televisione, dalle forze dell'ordine agli impiegati dei supermercati, dai farmacologi alla loro mamma in *smart working*.
- Valorizzare le misure di contenimento della pandemia che i bambini possono mettere in atto a protezione di loro stessi, dei compagni, dei genitori, dei fratelli, dei nonni e dell'insegnante.
- Riservare un'attenzione speciale ai bambini particolarmente fragili per la presenza di disagio socioeconomico, immigrazione, disabilità e/o per un lutto in famiglia correlato al COVID-19.
- Credo inoltre che si debba considerare anche l'eventuale funzione vicaria svolta dall'insegnante nel caso di genitori in *burnout* per problemi di salute e/o di lavoro (Di Fiore 2021).

4.3.2. Materiale didattico

In questo paragrafo presento alcuni esempi di strumenti a disposizione dell'insegnante per motivare i bambini ad aderire alle misure di prevenzione. Non è possibile riportare tutti i prodotti che sono comparsi nell'ultimo anno e mezzo, peraltro alcuni di essi non erano neppure disponibili alla ripresa dell'anno scolastico 2020/2021, ma credo che una riflessione su alcuni di essi possa essere utile per indirizzare le scelte future, nella consapevolezza di una lunga, probabile, convivenza con il virus. Sono presentati per primi alcuni testi, facilmente accessibili sul territorio, individuati con la fattiva collaborazione del Sistema Bibliotecario Valdostano, i cui operatori ringrazio. L'elenco che segue raccoglie alcune considerazioni sui testi che ho osservato.

- 1) *Ti conosco mascherina*, di Ilaria Capua, Edizioni La Coccinella, 2020.

Cartonato con finestre di lettura.

Contenuto saliente: protagonista il virus, reso simile alla bambina (entrambi utilizzano l'orsetto per dormire), per cui risulta non angosciante. Si accenna, per assicurare la

bambina, che il nonno ha superato una precedente pandemia. Relativamente al virus, si rileva soprattutto l'invisibilità e diffusività in contesti di assembramenti e feste. Da queste considerazioni si motivano i comportamenti preventivi e si descrivono le corrette modalità d'uso della mascherina.

- 2) *L'abbraccio più forte*, di Valerio Berruti, Edizioni Gallucci, 2020.

FlipBook, di non agevole utilizzo, che sfogliato rapidamente rende dinamiche le illustrazioni.

Contenuto saliente: l'abbraccio disegnato artisticamente e poeticamente, con un correlato di tipo neurochimico non particolarmente utile, né comprensibile per un bambino. Si enfatizza il bisogno emotivo e biologico dell'abbracciarsi.

- 3) *Un metro*, di Sara Gomel e Chiara Ficarelli, Edizioni Orecchio Acerbo, 2020.

Cartonato apribile a fisarmonica per l'estensione di un metro.

Contenuto saliente: il distanziamento interpersonale di un metro. Esplicita l'ansia per la situazione e la tristezza che questa misura produce e viene descritta con esempi idonei ai bambini. La prospettiva è rivolta al mondo intero, sia per motivare le necessità di prevenzione globale, sia per ipotizzare una felice ripresa dei contatti interpersonali, simbolizzata nel girotondo finale che ci coinvolgerà tutti.

- 4) *Laila e il coronavirus*, di Nicole Vascotto. Edizioni Scienza Express, 2020.

Cartonato leggero di piccole dimensioni.

Contenuto saliente: la protagonista ha cinque anni ed è curiosa, per cui di fronte all'insorgere della pandemia a Milano, si fa delle domande sulla chiusura dell'asilo e nota la preoccupazione degli adulti. Riporta dunque informazioni sul virus (fin troppo mediche), sulla diffusione (con esplicito invito a non colpevolizzare i cinesi e gli infetti), spiega le ragioni del *lockdown* e motiva i comportamenti di prevenzione della trasmissione virale.

- 5) *Laila, la mascherina e il coronavirus*, di Nicole Vascotto, Edizioni Scienza Express, 2020.

Cartonato leggero di piccole dimensioni.

Contenuto saliente: analogo al precedente, estende le informazioni a tutti i bambini della scuola primaria. Esplicita come, dopo un primo momento di euforia, il *lockdown* sia risultato gravoso, dopo un'estate positiva la ripresa scolastica si è caratterizzata per la necessità di rispettare ulteriori regole come: l'uso corretto delle mascherine, il distanziamento di un metro che corrisponde alla lunghezza di un monopattino. Accenna a eventuali prelievi o tamponi e anticipa la possibile preoccupazione del bambino di fronte ai sanitari vestiti "come astronauti" (eventualità peraltro non frequente). Esplicita la preoccupazione di perdere l'amicizia degli amici nel caso di tampone positivo (di cui

descrive la procedura). Conclude dicendo che “se ci comportiamo tutti bene” potremo riabbracciarci e il coronavirus sarà “presto solo un ricordo”.

- 6) *Coco le virus, le coronavirus expliqué aux enfants*, di Paul e Marguerite de Livron, Edizioni Larousse, 2020.

Brochure con testo in corsivo di piccole dimensioni, in francese.

Raccoglie contributi specialistici a integrazione delle pubblicazioni degli autori sul sito cocovirus.net.

Contenuto saliente: più indicato per la scuola primaria, un testo che affronta in modo esaustivo molti argomenti relativi alla pandemia, tra questi: il confinamento (inteso come bozzolo protettivo e necessario, da cui nascerà una farfalla, ma anche possibile contesto di conflitti), la DAD e il telelavoro, la solidarietà interpersonale e internazionale, l’impegno dei sanitari, i fragili e i senzatetto. Sono presenti informazioni biomediche rispetto al virus, al salto di specie, al concetto di “ondata”. Particolarmente importante è l’attenzione riservata agli aspetti emotivi di paura e insicurezza scatenati dalla pandemia correlati al fatto che si tratta di un virus sconosciuto. Il libro affronta con molta sensibilità i difficili argomenti del lutto e della morte di un congiunto. Sono motivati ed esemplificati gli argomenti relativi ai comportamenti preventivi, all’utilizzo delle mascherine e alle potenzialità dei vaccini. Evidenzia infine lo spaesamento di tutti di fronte ad una ripresa della frequenza “une drôle de rentrée” condizionata dalle misure preventive nella realistica previsione di una loro lunga durata.

- 7) *Esplorando il corpo umano. Speciale Coronavirus*, di Agnese Codignola, Edizioni De Agostini, 2020.

Brochure.

Contenuti salienti: più indicato per la scuola primaria, il testo, ricco di fotografie, riporta informazioni biomediche circa il virus, la sua trasmissione, le regole di contenimento, i fattori di rischio e le ipotesi di intervento con farmaci ma soprattutto con il vaccino. Passa poi a raccontare il periodo dell’isolamento, gli aspetti emotivi che lo hanno caratterizzato e la necessità di esplicitarli. Sono anche presenti chiare prese di posizione circa le *fake news*.

Mi sembra indicato per un’attività abbastanza estesa nel tempo

- 8) *La corona di virus*, di Sandra Chistolini, Youcanprint, disegni e pensieri dei bambini della Scuola dell’Infanzia Comunale Filastrocca Impertinente, Roma, 2020.

Contenuto saliente: nel testo sono raccolti disegni e pensieri dei bambini. I bambini sono colpiti dalla “regalità” del virus, che deriva dalla sua corona, cui attribuiscono aspetti positivi, sentimenti e sofferenze e che alla fine diventa buono. Sono anche riferiti i disagi

del distanziamento, il rischio di morire, l'adesione alle regole di prevenzione il testo si configura come la rielaborazione condivisa (grafica e di pensiero), della proposta educativa e mi sembra un buon esempio per una attività di "verifica" e consolidamento.

- 9) *La Pimpa spiega le regole per proteggersi dal coronavirus*, di Altan, pubblicato in rete sui propri social media, 2020.

Contenuto saliente: propone un personaggio molto amato dai più piccoli che spiega le regole di comportamento anti diffusione e distanziamento, non si occupa della mascherina.

- 10) *Maestra come si fa?*, di Francesca Dall'Ara e Giada Negri, Edizioni Erickson, 2020. Appartiene ad una serie di *InBook* accessibili in rete.

Contenuti salienti: destinato principalmente ad allievi del terzo anno della scuola primaria, sviluppa una riflessione delle dinamiche affettive che si realizzano in classe a seguito dell'applicazione delle regole al rientro in presenza. Propone la narrazione scritta delle esperienze da parte dei bambini e dei docenti come strategia per rielaborare i vissuti di stress, di rabbia, di solitudine (riportati nel testo molti pensieri dei bambini). Sono naturalmente proposte e motivate le regole comportamentali di prevenzione. In una seconda parte, tutto il contenuto è riproposto utilizzando i simboli della CAA (Comunicazione Aumentativa e Alternativa), con l'obiettivo di renderlo fruibile anche alle persone con disturbi comunicativi complessi.

- 11) *Il coronavirus spiegato ai bambini*, di La matita parlante, testo di Irene Caproni, grafica e immagini Canva, pubblicato in rete, 2020.

Fumetto con testo.

Contenuto saliente: sono narrate la morfologia del virus, la diffusione e le manifestazioni dell'infezione, la prospettiva di un vaccino. Sono proposte le misure di contenimento preventivo ma piuttosto che di regole si parla di un trucco da prestigiatore, per tenere lontano il virus.

- 12) *Il mio eroe sei tu!*, di IASC (Inter-Agency Standing Comitee), pubblicato in rete, 2020.

Fumetto con testo.

Esplicitamente consigliata la lettura da parte dell'insegnante.

Contenuto saliente: narra del viaggio che alcuni bambini, in ottica multietnica, fanno cavalcando un drago, molto saggio, che li conduce a conoscere e informare tutti i bambini del mondo circa le caratteristiche del virus e i comportamenti preventivi. Parla del confinamento evidenziando aspetti positivi (gioco, vicinanza dei genitori) ma anche aspetti negativi (assenza degli amici, conflitti, possibilità di morte). Riconosce un forte stress emotivo di tutti i protagonisti e propone di arginarlo ricercando "un luogo sicuro nella

mente”, nel ricordo di momenti migliori e nella prospettiva di “prendersi cura uno dell’altro anche se distanti”.

13) *Alice resta a casa*, di Rossella Scalise e Annie C. Roveyaz, Edizioni BABELE, 2020.

Prodotto realizzato non a scopo di lucro, scaricabile gratuitamente dal sito della casa editrice, esiste una edizione realizzata con i simboli CAA.

Contenuti salienti: si tratta di un testo che associa dei disegni che il bambino è invitato a colorare a piacimento. Il virus è allo stesso tempo birichino e molto arrabbiato, arrivato da lontano e ha cambiato la vita familiare con il *lockdown*. Si sostiene la necessità di adattarsi alla situazione e di tentare di creare momenti positivi. Sono riportati i comportamenti preventivi e l’uso della mascherina. All’interno della relazione affettiva con la madre, la bambina viene incoraggiata a non avere paura e ad avere fiducia nel futuro.

14) *Virus all’attacco del corpo umano*, di Maria Pia Pisoni, Edizioni Mondadori, 2021.

Brochure con molte illustrazioni, dalla grafica piuttosto confusa.

Contenuto saliente: nel testo prevale la lettura biomedica, partendo dal virus del raffreddore, passando per quello del morbillo si arriva allo “sconosciuto” coronavirus. Sono segnalati i comportamenti e le misure di prevenzione. Molto dettagliato (anche troppo) nel descrivere le cellule del sistema immunitario che si trovano ad interagire con un batterio “buono” della flora intestinale. L’approccio narrativo circa il virus, enfatizza aspetti di “battaglia e attacco”, di “mostro e nemico” e infine di “sconfitta” dello stesso grazie alla prevenzione e al vaccino, idealizzato nella sua efficacia e universalità.

4.3.3. Considerazioni

Sono possibili a questo punto alcune considerazioni. Gli strumenti a disposizione del docente per motivare i bambini a aderire ai comportamenti utili per il contenimento della pandemia sono numerosi, alcuni tra quelli più facilmente accessibili sul territorio sono esemplificati nel paragrafo precedente.

Aggiungo alla discussione una serie di considerazioni con l’obiettivo di individuare le caratteristiche potenzialmente utili per indirizzare la scelta di uno strumento piuttosto che un altro, sottolineo che, naturalmente, la scelta sarà comunque a discrezione del singolo insegnante, in rapporto alle sue specifiche sensibilità, alle sue capacità narrative e al contesto, sia della classe, sia più in generale del territorio in cui opera.

Quanto sopra, perché credo che la scelta e la dichiarazione degli strumenti, accreditati e verificabili, utilizzati, rappresenti, anche su questa tematica, un approccio di trasparenza,

aderente alla normativa e “scientifico”, cioè tale da permettere confronti e valutazioni nel tempo per migliorare l’intervento. L’approccio creativo ed empatico, personale, del docente non viene mortificato e trova ampi spazi di espressione, sia nelle strategie didattiche optate, sia nell’attenzione alle storie emotive dei singoli allievi. L’attenzione, da parte del docente, alla propria componente emotiva, esplicitata anche attraverso scelte/non scelte di strumenti e modalità interpretative, appare coerente con l’idea che il processo di insegnamento/apprendimento sia un processo a valenza relazionale, in parte inconscio, bidirezionale e certo asimmetrico, ma, proprio per questo carico di rischi confusivi e proiettivi, probabilmente inevitabile, da considerare all’interno della proposta pedagogica (Salzberger-Wittenberg 1987).

L’insegnante potrà dunque valutare tra gli strumenti già a disposizione e tra quelli di futura pubblicazione diverse opzioni e fare la sua scelta. Si possono distinguere aspetti generali e aspetti relativi ai contenuti.

Aspetti generali:

- Età dei bambini e classe frequentata, in relazione all’utilizzo di immagini adatte e di un’eventuale lettura autonoma del testo, in realtà la prassi che sembrerebbe più indicata è quella della lettura da parte dell’insegnante, attivando una prassi di tipo conversazionale. Questo punto riconduce a una problematica assai rilevante in ambito pedagogico e, dunque, anche nella decisione di utilizzare uno strumento informativo piuttosto che un altro. Credo che in questa tesi sia necessario ricordare che entrano in gioco le complesse dinamiche che regolano il rapporto comprensione/conversazione all’interno della relazione narrativa tra il bambino e l’adulto. Sul piano teorico, facendo riferimento alle regole di Grice, andranno considerate le massime conversazionali di: quantità (ad esempio considerando il carico informativo e l’impegno attentivo), qualità (ad esempio considerando le possibili emozioni evocate), la pertinenza rispetto all’oggetto (ad esempio anticipando l’argomento) e il modo (ad esempio utilizzando immagini attivanti ma non ridondanti), (Grice 1975). Il contributo di Siegel ha inoltre sottolineato la fragilità della risposta del bambino rispetto ad una conversazione proposta dall’adulto dimostrando come, ad esempio, possano prevalere risposte di assenso finalizzate a gratificare l’adulto piuttosto che a evidenziare la reale acquisizione di una informazione o di un concetto, e ancora la difficoltà a distinguere l’apparenza fenomenologica o le comunicazioni ambigue dalla realtà, nelle prime fasi della scuola dell’infanzia e della primaria (Siegel 1999, 2004).

Il docente dovrà dunque tenere presenti e governare numerose variabili quali: il linguaggio domestico del bambino sul piano qualitativo e quantitativo, il patrimonio lessicale, le abilità

cognitive, le funzioni comunicative in entrata e in uscita, le abilità accademiche raggiunte, ma soprattutto il docente, per essere compreso, dovrà cercare di “dire non di più e non di meno di quanto è richiesto” (Siegal 1999).

- Proposta del materiale attraverso libri, video, proiezioni statiche tipo *PowerPoint*, queste ultime sembrano facilmente realizzabili a partire dai libri e permettono una visione-discussione cooperativa per tutto il tempo necessario.
- Programmazione di una rielaborazione personale e/o di gruppo attraverso disegni, pensieri, scenette, successivamente alla presentazione del materiale.

Aspetti relativi ai contenuti:

- Il protagonista narrante: la scelta si pone tra il virus stesso, un personaggio di fantasia, un bambino o più spesso una bambina o ancora un gruppo di bambini, l'insegnante è spesso importante comprimario. La figura principale è correlata agli aspetti psicodinamici dell'apprendimento di proiezione e identificazione, l'adulto, quando presente, informa e rassicura.
- Dato che tutti i testi osservati danno informazioni circa la natura e la struttura del virus, si può rilevare che quelli dedicati ai bambini più piccoli enfatizzano le fantasie legate alla “corona”, quelli per la primaria introducono informazioni scientifiche talvolta complesse. Un aspetto discriminante diventa quello relativo alla “personalità” del virus, la tendenza per i bambini più piccoli è di proporre un virus di buon carattere, un po' regale, che si comporta in un certo modo perché “è fatto così”, in altri testi il virus è una figura negativa rispetto al quale si usano termini come “guerra, battaglia, nemico e sconfiggere”. Risulta evidente che la scelta di un approccio o dell'altro introduce un'informazione più o meno ansiogena.
- Tutti i testi presentano le manovre di contenimento della diffusione. I primi pubblicati presentano soprattutto i corretti comportamenti sociali, seguiti dall'indicazione della mascherina e dal distanziamento, pochi e più recenti parlano dei vaccini. In alcuni casi le distanze interpersonali sono assimilate alla lunghezza di un monopattino, in altri la durata del lavaggio (peraltro molto variabile) corrisponde al tempo di cantare una filastrocca. Il docente potrà considerare l'opportunità di frazionare le informazioni ma anche di verificarne la completezza e la comprensione da parte del bambino.
- Molti testi sostengono una prospettiva di resilienza, talvolta con suggerimenti pratici sul da farsi durante il *lockdown*, in altri casi proponendo un'evoluzione consapevole di miglioramento della situazione, e ancora in alcuni casi emerge un atteggiamento di negazione, intesa come difesa in senso psicologico, riassunta nello *slogan* abusato di “andrà

tutto bene”. Fermo restando che infondere speranza è un compito dell’insegnante unanimemente riconosciuto, resta a sua discrezione il livello della tonalità affettiva con cui sarà svolto: la conoscenza della classe e la conoscenza di sé stesso, per quanto possibile, dovrebbe aiutarlo a individuare l’approccio più adeguato.

- Alcuni testi escludono i vissuti emotivi, altri li affrontano. Evidentemente la seconda proposta appare più impegnativa, ma probabilmente la più corretta nella prospettiva di prevenzione a lungo termine sugli esiti della pandemia nel campo della salute mentale. Molte emozioni sono affrontate, tra esse la paura, l’incertezza che spesso ne è all’origine e che può essere contenuta attraverso una buona informazione, ma anche la tristezza che nasce dalla solitudine. Particolarmente rilevanti le emozioni correlate al *lockdown* di cui si accettano gli aspetti confortanti, di “bozzolo” familiare rassicurante, ma di cui non si negano le tensioni e i conflitti che possono nascere da una convivenza molto dissonante dalle richieste di sviluppo e di autonomia, proprie dei periodi precedenti. Un’attenzione ulteriore andrà riservata al tema della morte e del lutto. Questi argomenti sono emotivamente impegnativi e angoscianti per tutti, a prescindere dalla pandemia, ma da questa sono sicuramente evidenziati, si legano allo sviluppo cognitivo del bambino e soprattutto alla sua esperienza e a quella del docente.

PARTE SECONDA

La seconda parte della tesi si riferisce all'osservazione sul campo che mi sono proposta. Inizio con una sintesi dell'ottica di ricerca che si rifà alla metodologia dell'Analisi Qualitativa. Segue una ricognizione degli strumenti a disposizione dell'insegnante, di informazione/comunicazione con l'allievo, compreso il colloquio diretto. Nel paragrafo successivo presento il *format* dei questionari utilizzati e infine riporto i risultati dei questionari stessi.

5. TEORIA E FORME DELLA RICERCA QUALITATIVA

Lo strumento che ho deciso di utilizzare per tentare una riflessione sui dati raccolti con questa tesi si pone nell'ottica della ricerca qualitativa, in questo capitolo ne riassumo i principali riferimenti fondanti e le principali forme in cui essa si realizza, con particolare attenzione a quella più rispondente alla mia esperienza di osservazione.

5.1. La ricerca qualitativa: riferimenti teorici

La ricerca qualitativa si può, semplificando, definire come una modalità ed una strategia di interpretazione dei fenomeni; essa apparentemente si contrappone alla ricerca quantitativa, basata su dati certi, oggettivamente misurati e che conduce ad evidenze di cause ed effetti altrettanto certi "basati sull'evidenza" (Wieringa 2017).

In realtà la ricerca qualitativa appare complementare a quella quantitativa soprattutto per lo studio di fenomeni complessi afferenti alle Scienze Umane (Sasso 2015). La ricerca qualitativa porta ad un'interpretazione, detta appunto analisi qualitativa, dei fenomeni con particolare riferimento a quelli di natura sociale, relazionale ed esperienziale osservandoli e raccogliendo dati (anche numerici) in contesto naturale/ecologico (Sorzio 2005, Del Corno 2010, Ferro Allodola 2014). La ricerca qualitativa si focalizza sulla comprensione dei fatti, la ricerca quantitativa sulla spiegazione degli stessi, la prima sembra dunque privilegiare l'attenzione al contesto culturale e sociale, valorizza il dubbio e la riflessione al fine di produrre una conoscenza situata in una certa dimensione spazio/temporale. La ricerca quantitativa si fonda sulla presenza/assenza di significatività statistica richiedendo un campione di riferimento assai esteso e gestibile in termini di variabili da governare; la ricerca qualitativa si realizza

intorno all'interlocuzione, approfondita tra osservatore e un numero relativamente ridotto di soggetti, si sviluppa a partire dalla lettura, condivisa, di prassi, credenze, conoscenze ed emozioni del singolo, tentando di saturarne tutte le possibili caratterizzazioni, ma restando, al contempo, sempre aperta ad una revisione dinamica delle conclusioni raggiunte, che sono dunque per loro natura propositive e instabili.

Sintetizzando, la ricerca quantitativa, si situa nell'eredità filosofica del Positivismo, quella qualitativa nell'ambito costruttivista e psicodinamico; la maggioranza degli autori, come è ovvio che sia, in realtà sostiene l'utilità di integrazione e afferma che non esiste un approccio migliore dell'altro e per molte attività sarebbe indicato un approccio integrato. In conclusione, la scelta sembra dipendere dall'oggetto osservato: ad un estremo l'efficacia di un farmaco, opportunamente standardizzata, può essere meglio riconosciuta con un approccio quantitativo, all'altro estremo un comportamento umano, nelle sue infinite variabili personali e di contesto, può essere meglio interpretato, anche se consapevolmente in modo parziale, prudente e transitorio, con un approccio qualitativo.

5.2. La ricerca qualitativa: forme

Le diverse forme della ricerca qualitativa si differenziano, essenzialmente, in base al campo di interesse e agli "strumenti" utilizzati, sintetizzando si riconoscono le seguenti strategie di intervento:

- **Etnografia:** approccio cooperativo e ricerca azione partecipativa, strategie destinate a campi diversi ma estesi (studi di popolazione), entrambe prevedono la presenza più o meno attiva dell'osservatore all'interno del gruppo osservato sia esso una tribù amazzonica, un'*equipe* consultoriale impegnata in un percorso di miglioramento dell'assistenza, un'esperienza di cambiamento all'interno di una comunità. Un aspetto tipico risulta l'immersione dell'osservatore nel gruppo osservato.
- **Ermeneutica:** strategia che valorizza l'ascolto partecipe da parte dell'osservatore valorizzando l'esperienza vissuta dai partecipanti in relazione ai loro valori di riferimento. Uno strumento tipico è il *focus group*.
- **Fenomenologia:** strategia più dialogica tra osservatore e osservati, sviluppata a partire dalla consapevolezza della instabilità/variabilità (reciproca) della percezione degli avvenimenti.

- Studio di caso: l'osservatore catalizza e raccoglie la posizione dei diversi soggetti coinvolti rispetto ad un certo avvenimento al fine di favorire l'elaborazione dell'esperienza e il cambiamento. Un esempio tipico è rappresentato dai Gruppi Balint.
- Grounded Theory: questa tipologia di studio esplora i fenomeni umani attraverso lo sviluppo di ipotesi e spiegazioni radicate (*grounded*) nell'esperienza concreta dei soggetti coinvolti. Le teorie che ne derivano sono per loro natura contestuali, evolutive, fluide, aperte alla critica, all'approfondimento e alla riformulazione. Si caratterizza per un'iniziale raccolta di dati nel contesto e nel tempo osservato, sono inoltre raccolti i pareri dei soggetti osservati rispetto al fenomeno oggetto di studio; questo approccio è stato utilizzato, ad esempio, per monitorare la percezione delle competenze personali e professionali di un gruppo omogeneo di professionisti. Vengono generalmente utilizzati questionari dedicati (Glaser 1967, Zibrowski 2009).
- Ricerca narrativa: strategia che si sviluppa a partire dal riconoscimento dello *storytelling* come strumento per la comunicazione, l'organizzazione e la comprensione delle esperienze umane. La medicina narrativa in cui il paziente e il medico narrano le loro rispettive e parallele esperienze ne è un esempio, in forte espansione nel solco dell'umanizzazione delle cure (Bert 2002, Charon 2001, 2008, Zannini 2008, 2009, Hurwitz 2013). Essa si pone all'interno del paradigma costruttivista che valorizza introspezione e riflessione. Gli strumenti tipici sono: diari personali, interviste, racconti autobiografici, lettere ma anche fotografie e opere grafiche; le restrizioni conseguenti all'attuale situazione di pandemia mi hanno indotto a semplificare e accelerare le modalità di raccolta utilizzando un questionario dedicato.

6. QUESTIONARI

Sono proposti due questionari, uno ai docenti e uno al personale ausiliario, dedicati a descrivere i vissuti e l'impatto concreto conseguenti all'introduzione delle misure di contenimento della diffusione pandemica da COVID-19: ogni questionario è stato testato su un gruppo ristretto di soggetti, appartenenti a quattro diverse istituzioni scolastiche del territorio valdostano, per verificarne la praticabilità e poi utilizzato per la raccolta dei dati successivamente presentati. Nella prima parte di questo capitolo descrivo i questionari utilizzati, discutendo quanto ci si aspettava di acquisire dalle singole risposte alle domande in essi contenute (vedi *format* questionari). Nella seconda parte riporto i dati raccolti.

La presentazione dei questionari utilizzati comporta alcune considerazioni.

- L'approccio è evidentemente di tipo descrittivo qualitativo e non ha velleità di significatività statistica, per altro ritenuta non così efficace nello studio di fenomeni psico-sociali.
- La "sincerità" della risposta è una variabile implicita di ogni questionario, presente anche in test internazionali ampiamente verificati a livello di attendibilità psicometrica.
- Il ridotto numero di domande proposte tiene conto dalla percezione di una certa "intolleranza" degli intervistati a richieste più impegnative ed estese (bias quantitativo), il ridotto numero di opzioni offerte e la loro formulazione, spesso semplificata, dovrebbero facilitare la compilazione (bias qualitativo).
- Tra le opzioni, la voce "altro" è presente al fine di aumentare la flessibilità del questionario e permettere l'espressione di posizioni personali.

6.1. *Format dei questionari*

QUESTIONARIO PERSONALE AUSILIARIO

Le chiedo di ripensare ai primi tre mesi dell'anno scolastico corrente e di rispondere in modo sincero al seguente questionario anonimo. Il suo contributo sarà utile ai fini dello studio trattato nella mia tesi di laurea e, più in generale, servirà per ampliare la mia personale riflessione riguardo alla particolare situazione che la scuola sta vivendo in questo momento.

1. All'inizio dell'anno scolastico La preoccupava (è possibile selezionare più di una risposta):

- Il rischio di contagio da COVID-19
- L'impegno lavorativo richiesto per adeguarsi alle norme di prevenzione del contagio da COVID-19
- La responsabilità della prestazione richiesta legata alla messa in atto delle norme di prevenzione del contagio da COVID-19
- Altro (specificare).....

2. Le informazioni che Le sono state date circa l'introduzione delle norme di prevenzione del contagio da COVID-19 sono state prevalentemente:

- Soddisfacenti
- Insoddisfacenti

3. Quali sono state le risposte dei bambini alle misure di sicurezza finalizzate a prevenire la diffusione del contagio da COVID-19:

- Aderenti ai protocolli operativi
- Prevalentemente aderenti ai protocolli operativi
- Non sufficientemente aderenti ai protocolli operativi

4. Quali sono state le risposte dei docenti alle misure di sicurezza finalizzate a prevenire la diffusione del contagio da COVID-19:

- Aderenti ai protocolli operativi
- Prevalentemente aderenti ai protocolli operativi
- Non sufficientemente aderenti ai protocolli operativi

La ringrazio per la sua collaborazione.

QUESTIONARIO INSEGNANTI

Le chiedo di ripensare ai primi tre mesi dell'anno scolastico corrente e di rispondere in modo sincero al seguente questionario anonimo. Il suo contributo sarà utile ai fini dello studio trattato nella mia tesi di laurea e, più in generale, servirà per ampliare la mia personale riflessione riguardo alla particolare situazione che la scuola sta vivendo in questo momento.

1. Come giudica le informazioni in suo possesso sulla fase di emergenza COVID-19 all'inizio dell'anno scolastico:
 - Sufficienti
 - Insufficienti

2. Le principali fonti di informazione riguardo alle norme di prevenzione del contagio da COVID-19 sono state (è possibile selezionare più di una risposta):
 - Internet
 - Televisione
 - Social media
 - Comunicazioni da parte dell'istituzione scolastica
 - Scambio di informazioni con i colleghi
 - Operatori sanitari
 - Altro (specificare).....

3. Le informazioni erano prevalentemente relative a (è possibile selezionare più di una risposta):
 - Quadro clinico e aspetti medici
 - Protocolli comportamentali di prevenzione
 - Strategie di informazione dei bambini
 - Aspetti emotivi del bambino
 - Strategie didattiche consigliate

4. Ad inizio anno scolastico il suo stato emotivo prevalente era (è possibile selezionare più di una risposta):

- Depresso
- Ansioso
- Arrabbiato
- Sereno

5. Quali sono state le strategie utilizzate in classe per informare i bambini circa le norme di prevenzione del contagio da COVID-19 (è possibile selezionare più di una risposta):

- Narrazione di storie
- Materiale istituzionale
- Presentazione orale delle norme di prevenzione alla classe
- Intervento di un esperto
- Nessuna
- Altro (specificare)

6. Sono stati previsti dei momenti di condivisione delle emozioni dei bambini in risposta alla fase di emergenza COVID-19:

- Sì
- No

7. Se sì, quali strategie sono state utilizzate (è possibile selezionare più di una risposta):

- Discussione condivisa in classe
- Discussione condivisa in piccolo gruppo
- Colloquio diretto con il singolo bambino
- Attività di espressione
- Altro (specificare)

8. Nel caso in cui siano stati previsti dei momenti di condivisione delle emozioni, quali sono state le emozioni espresse dai bambini (è possibile selezionare più di una risposta):

- Paura
- Disagio
- Tristezza
- Rabbia
- Calma
- Serenità
- Speranza
- Altro (specificare)

9. Quali sono state le strategie didattiche utilizzate per la conduzione della lezione (è possibile selezionare più di una risposta):

- Le metodologie didattiche utilizzate negli anni precedenti
- Una didattica caratterizzata dall'incremento nell'uso di strumenti informatici
- Una didattica caratterizzata dall'incremento dell'approccio outdoor
- La didattica a distanza
- Altro (specificare).....

10. L'adesione dei bambini ai protocolli di prevenzione del contagio da COVID-19 può essere definita secondo Lei:

- Adeguata
- Inadeguata

11. L'adesione dei genitori ai protocolli di prevenzione del contagio da COVID-19 può essere definita secondo Lei:

- Adeguata
- Inadeguata

12. Come definirebbe il suo livello di soddisfazione professionale riguardo a questi primi tre mesi dell'anno scolastico:

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Insufficiente

La ringrazio per la sua collaborazione.

6.2. Il questionario per il personale ausiliario

Il questionario è stato somministrato ad un campione di 16 soggetti.

Per una domanda è stata data la possibilità di selezionare più di una risposta.

- La prima domanda si focalizza su tre aspetti: il rischio di essere contagiati, il possibile sovraccarico lavorativo e il *surplus* di responsabilità legata a mansioni che possono implicare aspetti di tipo sanitario.
- La seconda domanda segnala la valutazione da parte dell'intervistato dell'efficacia delle informazioni ricevute circa le mansioni correlate al contenimento della pandemia
- La terza domanda considera la soddisfazione percepita dal personale ausiliario, in risposta al suo impegno, da parte dei bambini.
- La quarta e ultima domanda considera la soddisfazione percepita dal personale ausiliario, in risposta al suo impegno, da parte dei genitori

6.3. Il questionario per gli insegnanti

Il questionario è stato somministrato ad un campione di 32 soggetti.

Per alcune domande è stata data la possibilità di selezionare più di una risposta.

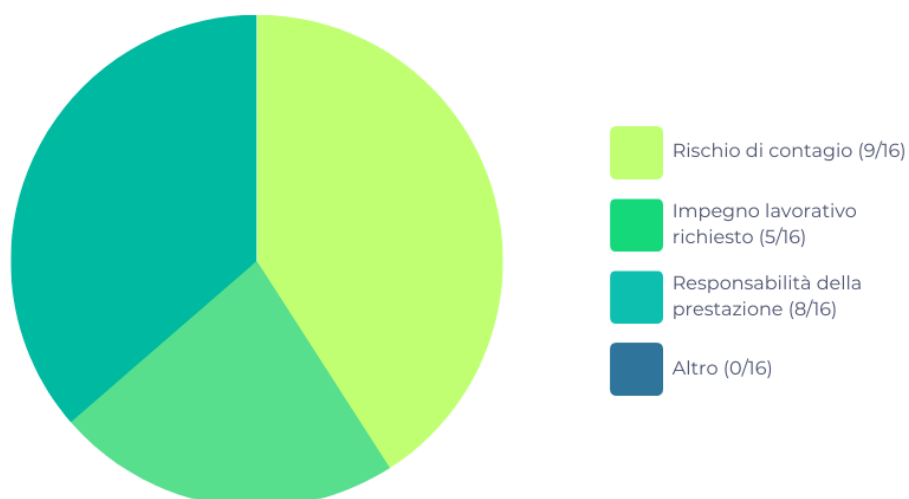
- La prima domanda è molto generale, fa riferimento alla percezione relativa al grado di conoscenza acquisita, su COVID-19, da parte del docente. L'ipotesi è quella che un'adeguata conoscenza formale del tema possa essere rassicurante e contenere, almeno in parte, le risposte comportamentali controproducenti e il disagio emotivo.
- La risposta alla domanda precedente si pensa sia correlata e condizionata, in modo biunivoco, con la fonte delle informazioni utilizzate dal docente.
- La terza domanda si proponeva di indagare quale fosse il *focus* prevalente della ricerca di informazioni. Tra le diverse opzioni si possono individuare quella più incentrata sugli aspetti biomedici che si prestano ad un'interpretazione di un prevalente interesse verso sé stesso. La seconda opzione sembra supportare un approccio più operativo da attivare nel momento della ripresa dell'attività scolastica. L'opzione successiva credo possa evidenziare la specifica attenzione pedagogica e didattica propria della professionalità docente. La quarta implica un approccio empatico, un farsi carico, verosimilmente reciproco, del disagio emotivo proprio della situazione pandemica. L'ultima opzione proposta riprende la terza in un'ottica pragmatica che prevede la valorizzazione dell'esperienza di colleghi esperti.

- La quarta domanda tenta una riflessione sullo stato emotivo del docente a qualche mese dalla conclusione del periodo di *lockdown* e in previsione degli impegni della ripresa dell'attività scolastica in presenza.
- La quinta domanda fa una ricognizione su alcune strategie, in teoria a disposizione del docente, per l'informazione degli allievi; lo scopo era quello di riflettere circa la loro reale implementazione.
- La sesta domanda si basa sull'assunto che la condivisione delle emozioni è notoriamente una modalità di elaborazione delle stesse e non si configura come una pratica psicologica, essa, anzi, appare specifica della professionalità pedagogica competente a individuarne la forma più idonea (in relazione all'età) e a diffonderne l'effetto positivo nel contesto "sociale" della classe.
- La settima domanda propone una ricognizione circa le strategie utilizzate nel caso di risposta affermativa alla domanda precedente.
- L'ottava domanda vuole evidenziare le manifestazioni emotive espresse, più frequenti/prevalenti (quantomeno nella percezione del docente).
- La nona domanda esamina alcuni aspetti del possibile impatto dell'esperienza correlata al momento pandemico sul piano della prassi didattica.
- La decima domanda presenta, forse, un carattere valutativo non certamente indirizzato al lavoro del docente, ma finalizzato a valutare gli esiti percepiti sui comportamenti e sugli atteggiamenti degli allievi.
- L'undicesima domanda si riferisce al livello percepito di collaborazione da parte delle famiglie.
- La dodicesima e ultima domanda si riferisce al periodo scolastico oggetto di osservazione, essa si propone di sintetizzare la dinamica attribuzionale relativa all'esperienza.

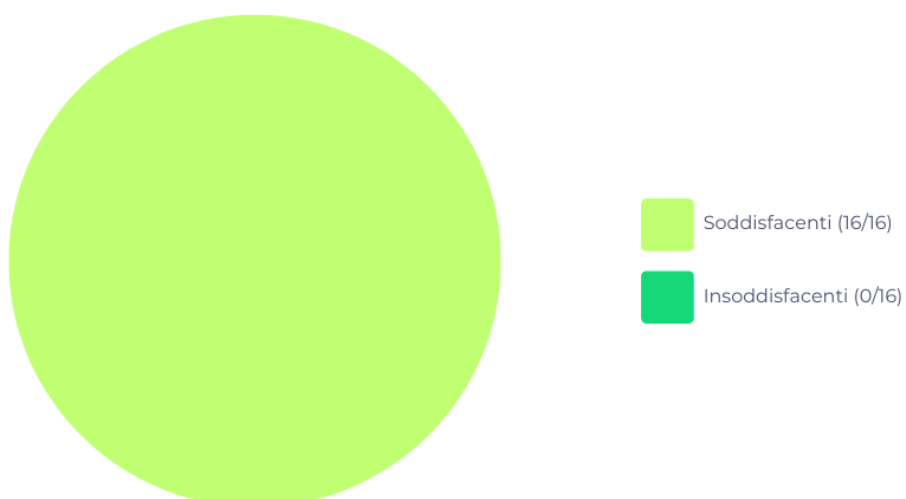
6.4. Esiti dei questionari

6.4.1. Questionario personale ausiliario

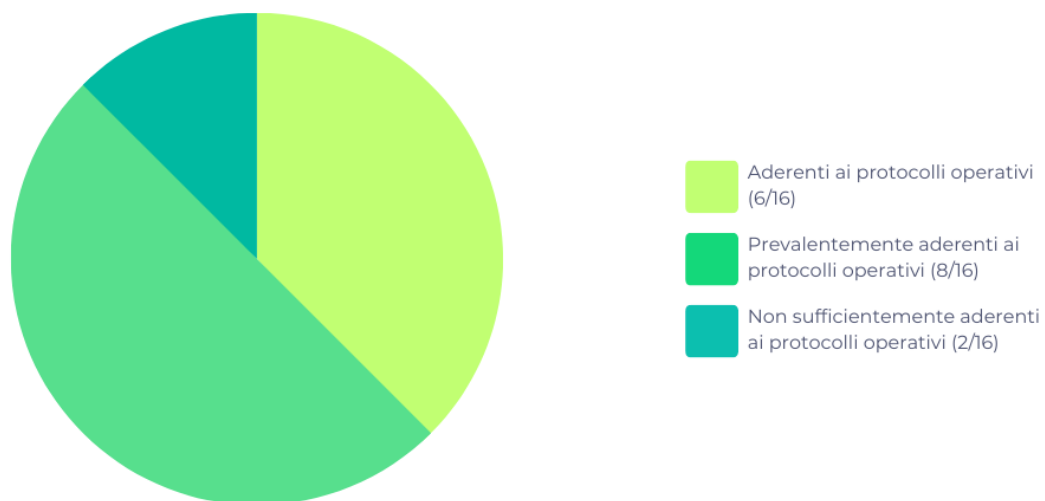
1. Preoccupazioni ad inizio anno scolastico
(possibilità di selezionare più risposte)



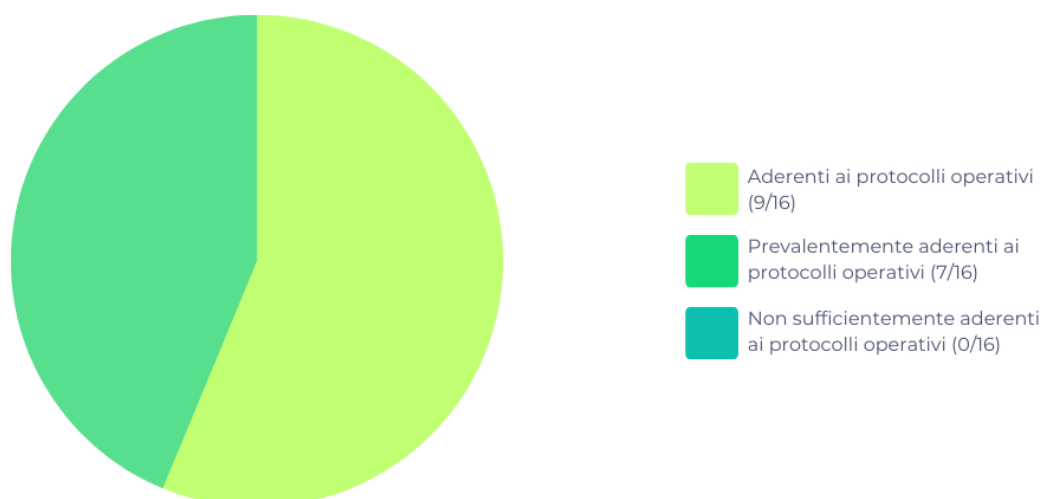
2. Informazioni circa l'introduzione delle norme di prevenzione del contagio



3. Risposte dei bambini alle misure di sicurezza

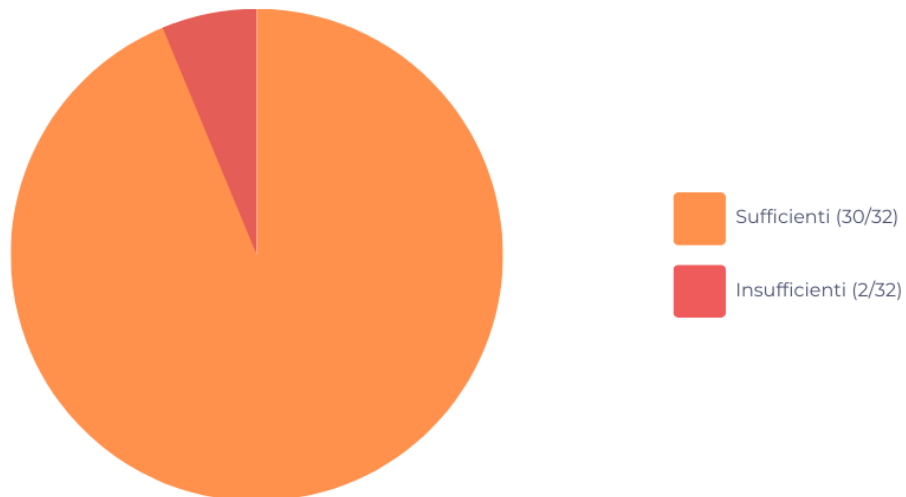


4. Risposte dei docenti alle misure di sicurezza

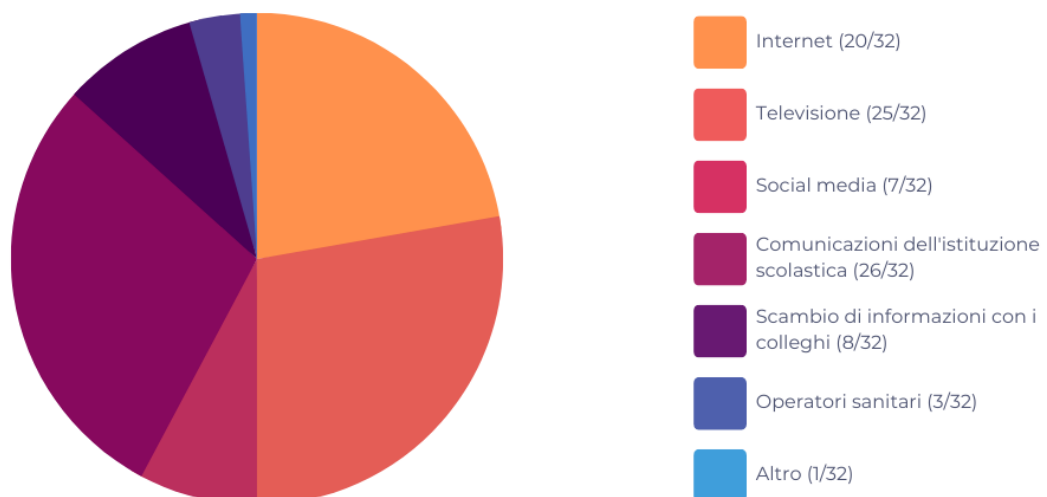


6.4.2. Questionario insegnanti

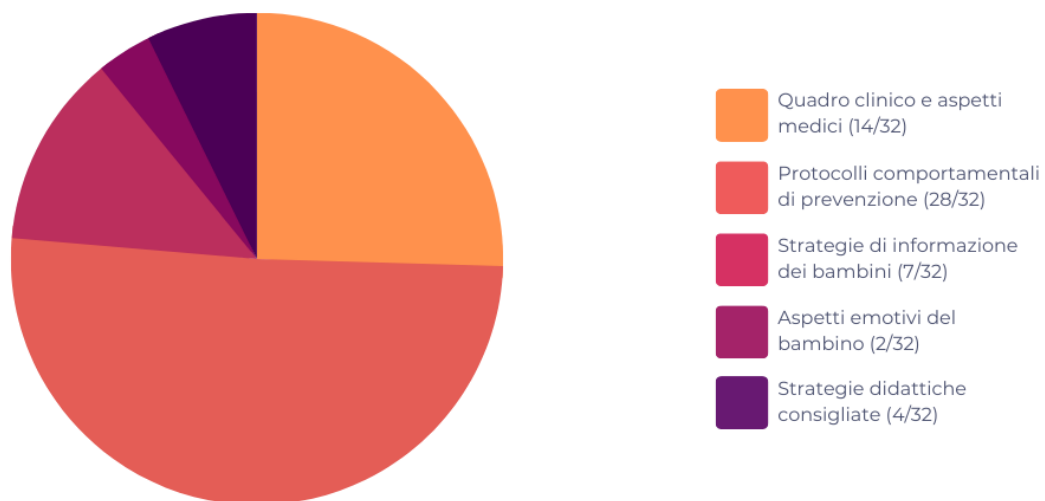
1. Informazioni possedute sulla fase di emergenza ad inizio anno scolastico



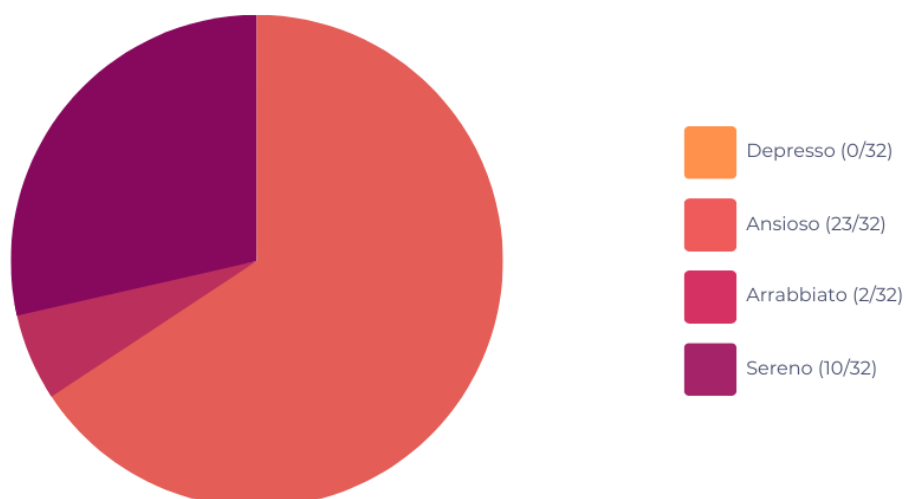
2. Fonti di informazione riguardo alle norme di prevenzione del contagio (possibilità di selezionare più risposte)



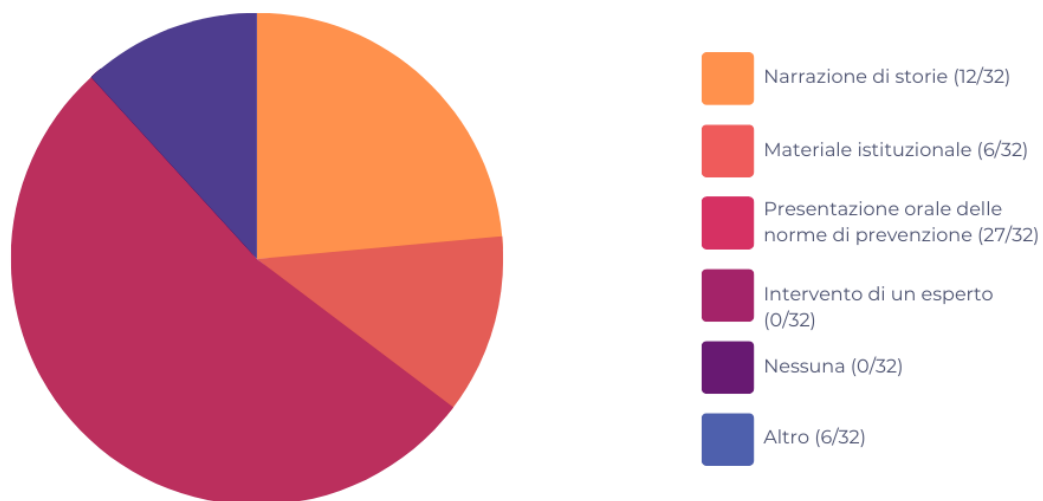
3. Prevalenza di informazioni (possibilità di selezionare più risposte)



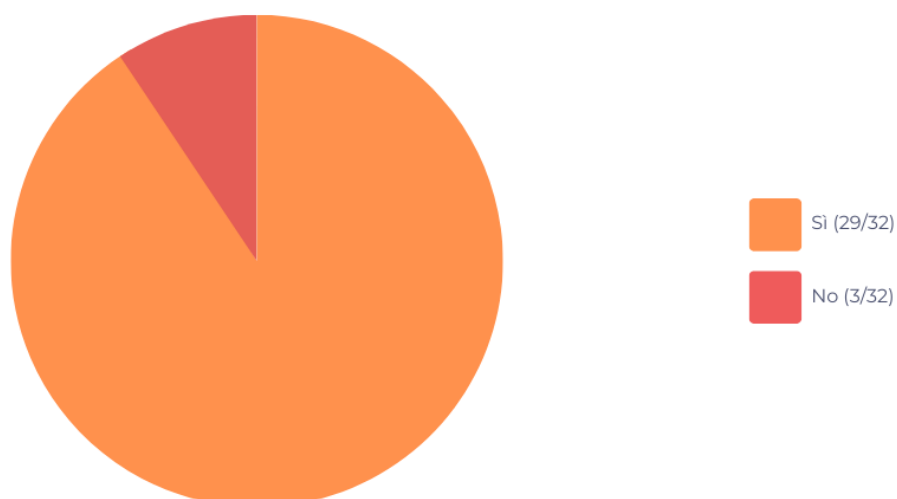
4. Stato d'animo prevalente ad inizio anno scolastico (possibilità di selezionare più risposte)



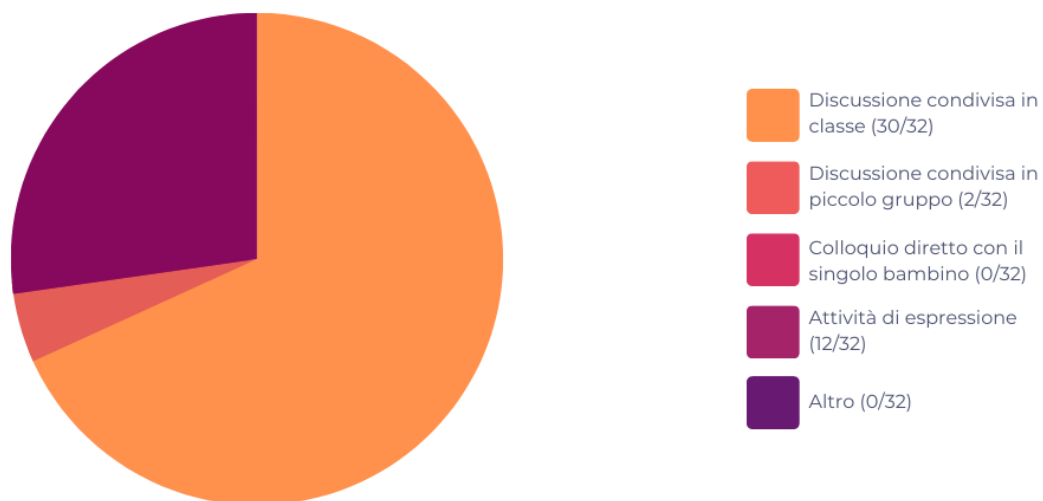
5. Strategie utilizzate in classe per informare i bambini circa le norme di prevenzione del contagio
(possibilità di selezionare più risposte)



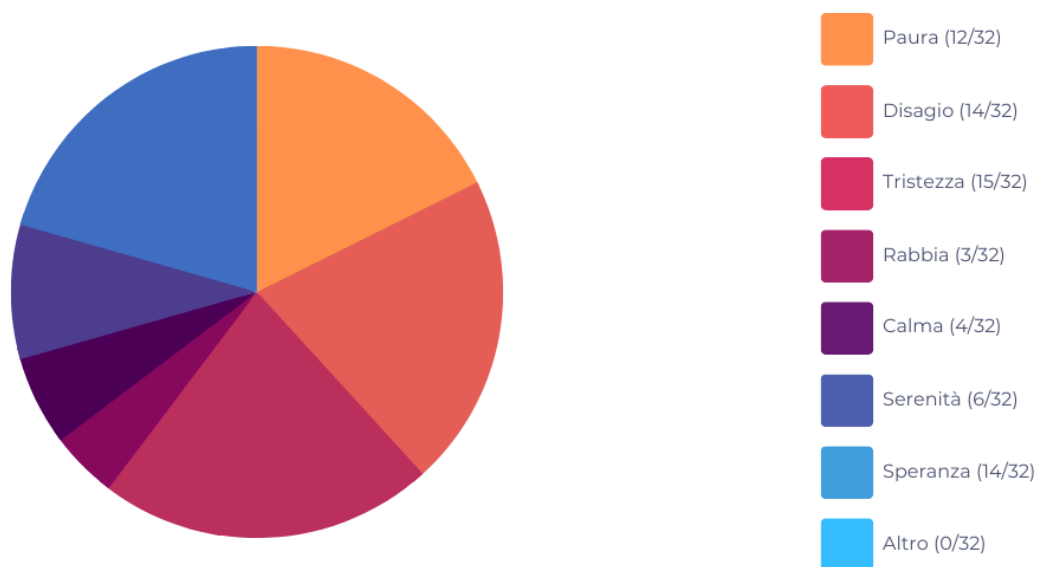
6. Previsione di momenti di condivisione delle emozioni dei bambini



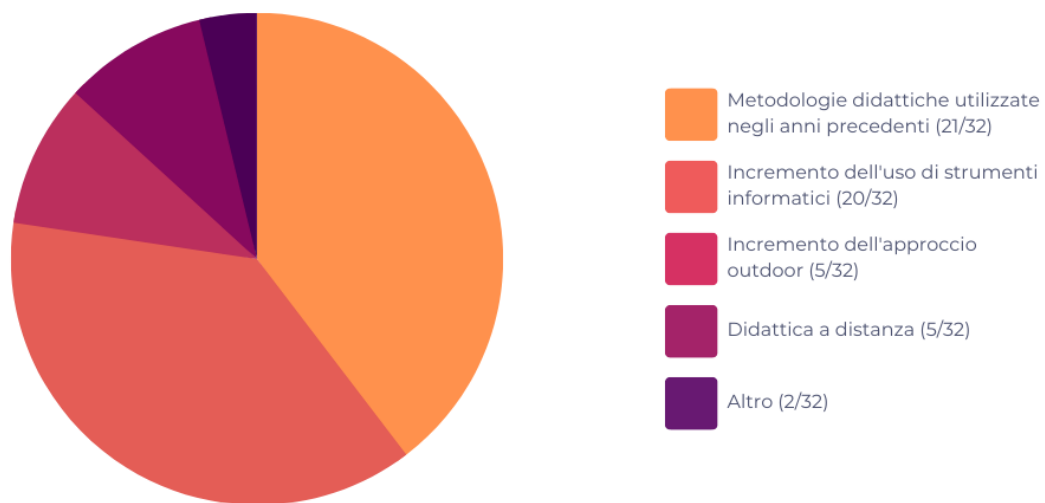
7. Strategie utilizzate
(possibilità di selezionare più risposte)



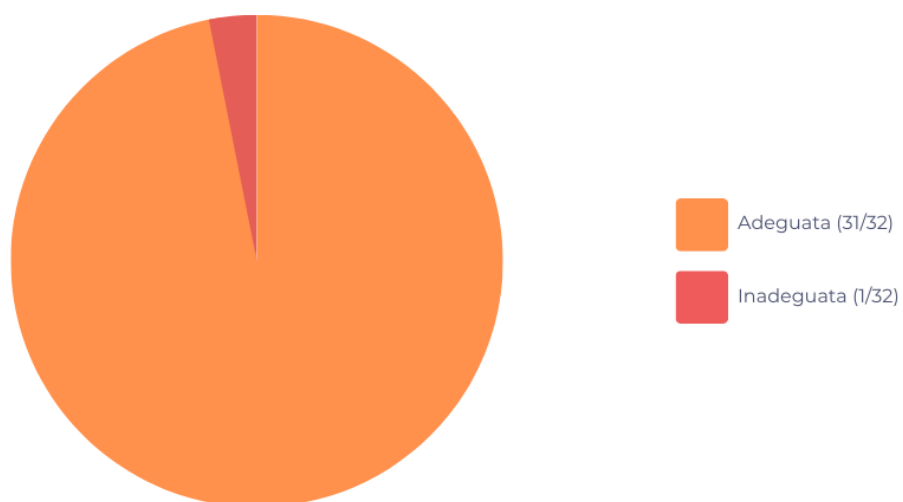
8. Emozioni espresse dai bambini
(possibilità di selezionare più risposte)



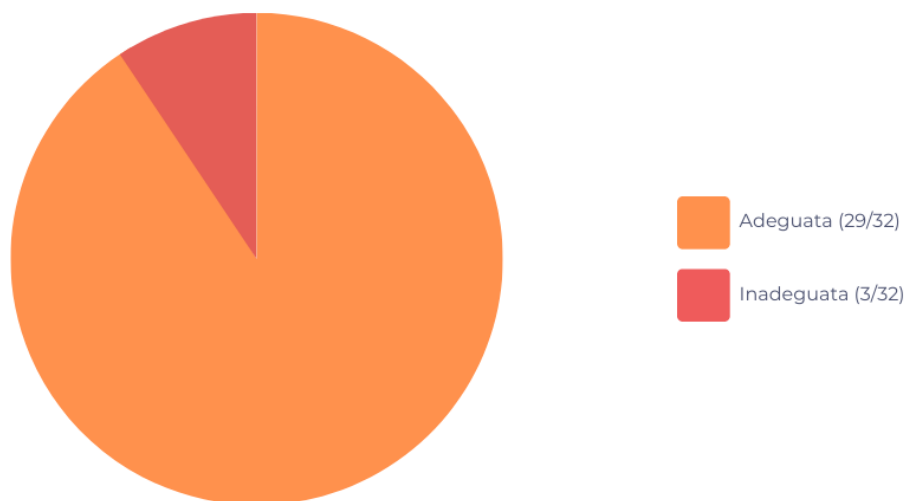
9. Strategie didattiche utilizzate per la conduzione della lezione
(possibilità di selezionare più risposte)



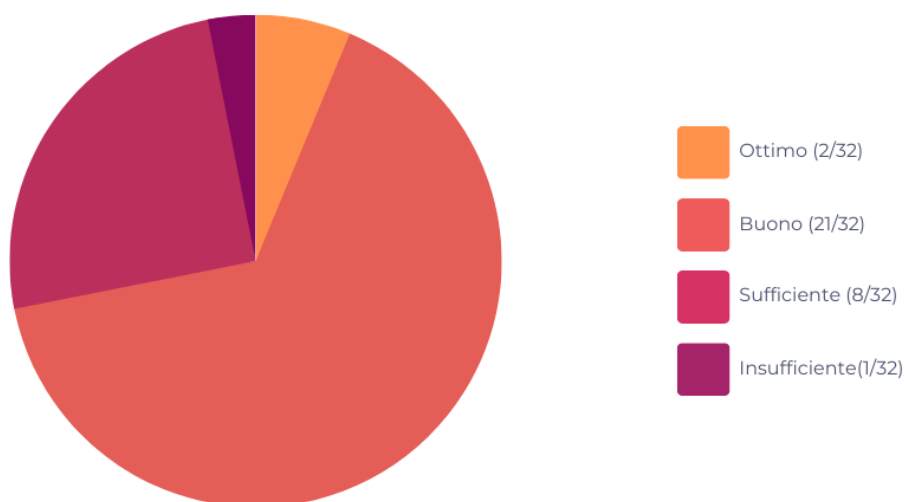
10. Adesione dei bambini ai protocolli di prevenzione del contagio



11. Adesione dei genitori ai protocolli di prevenzione del contagio



12. Livello di soddisfazione professionale



7. DISCUSSIONE

Da quanto scritto in questa mia tesi, propongo alla riflessione e alla discussione di alcuni temi prioritari che ho cercato di rappresentare nella prima e nella seconda parte. Il primo tema si rifà all'impatto prodotto dalla pandemia sul mondo della scuola nella sua valenza di promotore di cambiamento sociale. Il secondo argomento riporta all'importanza soggettiva dell'esperienza scolastica nello sviluppo del bambino. Il terzo argomento si sviluppa a partire da un'osservazione, esemplificativa sul campo, circa le prassi e i vissuti presenti nel difficile momento di ripresa della frequenza scolastica dopo il *lockdown* del 2020.

7.1. Aspetti sociali

Propongo di distinguere tra gli aspetti di carattere sociale e quelli più riferiti al coinvolgimento diretto della scuola, ovviamente anticipando e sottolineando la loro imprescindibile coesistenza.

7.1.1. Le differenze di salute e le disuguaglianze

A livello sociale, in sintesi, la pandemia di COVID-19 ha comportato, nel mondo e in Italia, l'evidenziarsi delle differenze di salute presenti all'interno della popolazione; diversamente si può affermare che la mancanza di un piano anti pandemico aggiornato, la carenza di accesso a cure ospedaliere e territoriali adeguate e tempestive, le carenze organizzative pregresse, la difficoltà di utilizzare strumenti informatici, hanno determinato differenze di accesso alle cure e agli interventi in vaste porzioni della popolazione. Le condizioni, anche di disagio economico, abitativo, culturale e relazionale che si sono determinate, hanno allargato qualitativamente (gravità) e quantitativamente (numero di soggetti coinvolti) le disuguaglianze sociali all'interno della popolazione (Franzini 2020, Tamburlini 2020). In sintesi, «dobbiamo riconoscere che le stesse misure contenitive poste inizialmente in essere per limitare la diffusione del virus hanno inciso esse stesse, sul tema delle disuguaglianze rischiando di prolungarne l'effetto nel tempo. La prolungata chiusura delle attività economiche e delle scuole ha creato un potenziale ulteriore divario tra chi ha potuto contare su adeguati mezzi economici, culturali e informatici propri e chi, al contrario, se ne è trovato improvvisamente sprovvisto o scarsamente dotato.» (Valletta 2020). Le numerose esperienze di volontariato, di solidarietà, di abnegazione professionale (non solo dei sanitari ma anche del

personale scolastico), la riscoperta del valore di una sanità pubblica e universale, dell'importanza dell'igiene personale e del tempo dedicato alla famiglia, sono dimostrazioni di risposte resilienti, ma in un contesto di disagio emotivo e sociale come quello sperimentato non credo siano state sufficienti a proteggere tutti noi da un cambiamento di prospettiva la cui evoluzione appare quantomai incerta, anche per la contemporanea presenza, certamente non casuale, di altri fattori come il cambiamento climatico e la guerra (Ferrando 2020, Provenzi 2020). Nel maggio del 2023 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha dichiarato conclusa l'emergenza pandemica, ma questo non vuol dire che il virus sia scomparso né che non seguiranno emergenze analoghe. Le affermazioni del tipo "andrà tutto bene" oppure "ne usciremo più solidali e migliori" sono rimaste degli *slogan*, comprensibili sul piano emotivo, ma non si sono avverate. Relativamente a questo punto, se davvero si volesse trarre insegnamento da quanto accaduto, sarebbe necessario l'impegno serio, coerente, per certi versi doloroso, anche della componente scolastica, a contenere le disuguaglianze nel nostro contesto, che, come ha dimostrato la pandemia stessa, non è la Valle d'Aosta ma il mondo intero (Capello 2020). Un'attenzione particolare andrà poi rivolta agli allievi con disabilità e bisogni educativi speciali che, frequentemente, oltre ad aver perso la continuità dell'attività a scuola, con i suoi supporti, hanno interrotto il percorso abilitativo (Alleanza per l'infanzia, 2020).

7.1.2. La richiesta alla scuola

La fragilità e la confusione delle conoscenze iniziali relativamente al comportamento del SARS-CoV-2 credo siano accettabili e penso abbiano promosso oneste ricerche in ambito biomedico che poi si sono dimostrate efficaci e che doverosamente proseguono. Le divergenze sull'interpretazione dei risultati sono inevitabili e utili nel campo della ricerca. I dati circa gli esiti delle osservazioni sui pazienti, degli studi e degli interventi proposti intrecciandosi con lo stress vissuto dalla popolazione e, talvolta, con posizioni negazioniste e/o complottiste, hanno favorito una comunicazione mediatica dissonante, confusiva, contraddittoria, non aperta al confronto, talvolta difensiva, sia da parte dei tecnici che dei decisori politici. Le richieste organizzative e gestionali imposte alla scuola con i dPCM e gli adattamenti regionali, a circa tre anni dall'inizio della pandemia e appena dichiarata la conclusione della fase emergenziale, sembrano essere state condizionate da un deficit di equilibrio tra rischi clinici (assai ridotti) per il bambino, sia come possibile ammalato, in fase acuta, cronica e post vaccinale, sia, soprattutto, come diffusore di contagio (Di Mario 2020). Nello stesso tempo le misure di distanziamento, con chiusura delle scuole, hanno compromesso la socializzazione reale, che è un fattore di

sviluppo psichico fondamentale da un punto di vista dell'apprendimento e del comportamento (Tamburlini 2020, Ventura 2020), lo *smart working* dei genitori e la didattica a distanza per i bambini, peraltro, sono risultati spesso difficilmente conciliabili, ammessa la possibilità di utilizzare strumenti informatici. Anche se l'anno scolastico successivo, nello stesso periodo da me osservato, si è caratterizzato per uno sforzo maggiore nel mantenimento dell'attività in presenza, peraltro facilitata dal migliorato contesto epidemiologico seguente alla diffusione della pratica vaccinale (Ventura 2021), si è comunque assistito alla sostanziale riproposizione delle pratiche finalizzate al contenimento della circolazione virale (Bonati 2021). Molti, dunque, ritengono che l'attenzione alle esigenze dei bambini sia stata sacrificata a favore di quella per le esigenze degli adulti (Ammaniti 2020).

7.2. Aspetti relativi allo sviluppo del bambino

L'impressione iniziale che la presenza di effetti collaterali psicoemotivi, conseguenti alle misure anti-pandemia, siano stati più rilevanti negli adolescenti è attualmente confermata con un incremento di circa il 16% degli accessi ospedalieri (Catone 2020), mentre andranno ulteriormente verificati, con un'osservazione longitudinale, i possibili esiti sullo sviluppo neuropsicologico del bambino nella scuola dell'infanzia e nella scuola primaria (Nylén-Ericksen, 2022). La fase di sviluppo psichico e fisico che caratterizza il periodo della scuola dell'infanzia e della scuola primaria, infatti, risulta sensibile alle influenze epigenetiche almeno tanto quanto la fase adolescenziale, ma l'eventuale disagio risulta solitamente meno esplicito sia a livello verbale che comportamentale e dunque di difficile acquisizione da parte degli adulti. Quanto a questo punto impegna tutti a strutturare un percorso di *follow-up*, di monitoraggio e di intervento rispetto al quale la componente scolastica deve essere principale protagonista, per competenze specifiche e per continuità/contiguità di osservazione: purtroppo non si vedono al momento la messa in atto di progetti e l'allocazione di risorse, si è forse preferito riesumare un approccio meritocratico come se la pandemia non ci fosse stata. Un ulteriore tema che nei prossimi anni andrà preso in considerazione, specifico della componente scolastica, è ancora quello dell'eventuale impatto della pandemia sull'abbandono scolastico (Ciotti 2020).

7.3. Osservazione sul territorio

Riporto a questo punto alcune considerazioni su quanto ricavato dai questionari proposti, esse non sono valide per tutte le realtà, si riferiscono a quattro diverse istituzioni scolastiche del

territorio valdostano, più precisamente della media e bassa valle. Di seguito una riflessione sulle risposte ai due questionari e poi alcune note di carattere generale.

7.3.1. Questionario personale ausiliario

Dalle risposte del questionario, destinato al personale ausiliario, il vissuto emotivo indica come prevalente la consapevolezza delle esigenze sanitarie, sia nei confronti degli alunni che nei confronti degli operatori stessi. Un certo sovraccarico di lavoro è segnalato da poco meno della metà degli intervistati.

Le informazioni ricevute e le indicazioni operative sono state considerate adeguate ai bisogni nella totalità dei casi.

La rispondenza alle misure di contenimento della pandemia, da parte dei bambini, percepita dal personale ausiliario è stata nella grande maggioranza considerata adeguata (solo 2 volte su 16 considerata non adeguata). La rispondenza degli insegnanti è stata percepita come adeguata in tutti i casi.

Si può commentare, in base a quanto sopra, come l'azione messa in campo dal personale ausiliario sia stata attenta nei confronti degli allievi ma anche, realisticamente e conseguentemente, nei confronti di sé stessi. Credo, inoltre, importante e positivo segnalare la percezione di adesione e collaborazione da parte degli alunni e dei docenti. In conclusione, almeno nel campione osservato e nel periodo di riferimento, la risposta del "sistema scuola" risulta sostenibile ed efficace.

7.3.2. Questionario insegnanti

Le informazioni possedute relative alla pandemia e alle misure di contenimento sono state considerate adeguate nella quasi totalità degli intervistati, in effetti era da circa nove mesi che le informazioni su manifestazioni, rischi e conseguenze drammatiche erano l'oggetto di informazioni ricorrenti più o meno corrette e/o coerenti.

Le informazioni a cui hanno prevalentemente fatto riferimento gli insegnanti sono state acquisite da internet, dai media televisivi e, prioritariamente, dai canali istituzionali scolastici. Lo scambio di informazioni tra colleghi è stato minoritario, minimo quello con operatori sanitari locali, episodico e verosimilmente correlato a specifiche competenze personali l'accesso a pubblicazioni scientifiche. Credo di poter evidenziare una notevole "fiducia" e una

realistica adesione nei confronti delle fonti istituzionali; se ne può dedurre la messa in atto di comportamenti coerenti, omogenei e responsabili.

L'oggetto delle informazioni ricercate e/o ricevute è stato considerato nella domanda numero tre. Appare nettamente privilegiato l'aspetto operativo, per cui nella quasi totalità dei casi, l'attenzione è posta sui protocolli di prevenzione e contenimento, responsabilmente, perché funzionali alle prassi da implementare con la ripresa della frequenza in presenza. In circa la metà degli intervistati si evidenzia un interesse per le manifestazioni cliniche e gli aspetti medici; un'interpretazione di questo dato non è facile né univoca. In alcuni casi può essere riferita a un'esigenza specifica correlata alla propria docenza, in altri casi a un tentativo di governare la propria ansia, in qualche modo identificandosi con i sanitari (tentativo con poche possibilità di successo stante la carenza di certezze sul piano virologico, epidemiologico e terapeutico). In una minoranza di intervistati, infine, l'interesse focalizzato sugli aspetti medici potrebbe essere indicativo di un approccio disfunzionale che va dalla verifica/controllo alla negazione/manipolazione della realtà.

La consapevolezza del proprio ruolo professionale di docenti credo si possa riconoscere nelle risposte relative alla ricerca di informazioni sulle modalità operazionali circa le strategie di informazione e le strategie didattiche utilizzabili nei confronti dei bambini: esse, insieme, corrispondono a poco meno della metà delle risposte raccolte. Questo dato potrebbe essere correlato all'esperienza di ciascun docente, nel senso che qualcuno potrebbe essersi sentito sufficientemente esperto per poter affrontare l'argomento con gli alunni, mentre altri docenti, forse più giovani, hanno ritenuto di dover ancora acquisire strategie spendibili in classe. La prima posizione mi sembra, comunque, pericolosa stante la "novità" e la gravità della pandemia da COVID-19. In soli due casi la ricerca di informazioni è stata indirizzata anche alla cura degli aspetti emotivi del bambino: questo dato mi sembra evidenziare una netta criticità almeno a livello di autoformazione.

Lo stato emotivo vissuto dai docenti è stato, come per tutti, caratterizzato da emozioni, talvolta ambivalenti e contraddittorie che comunque depongono per un significativo disagio emotivo; questa condizione ovviamente varia da persona a persona e nasce dall'interazione tra l'assetto psichico pregresso e la risposta al trauma psichico conseguente all'esperienza della pandemia. Il questionario a questo proposito segnala come nettamente prevalente una tonalità emotiva di tipo ansioso, in circa la metà dei casi una tonalità emotiva di sostanziale equilibrio e in soli due soggetti una risposta disfunzionale (rabbia). Credo dunque di poter definire la risposta emotiva dei docenti come fisiologica e/o sovrapponibile a quella della popolazione generale.

Le strategie utilizzate in classe per comunicare ai bambini le misure di contenimento della pandemia sono state nella quasi totalità la presentazione orale delle norme; modalità che ricorda la tradizionale, rassicurante e poco impegnativa “lezione frontale”. Si pensa ovviamente, che data la possibilità di risposte multiple ad essa siano state associate anche altre modalità, tra queste quelle più tipicamente scolastiche e utilizzate sono state la narrazione di storie, l’esposizione di materiale istituzionale e, in ordine decrescente, la co-costruzione di materiale grafico da esporre in classe, attività laboratoriali sull’igiene, l’utilizzo di video da internet e di *lapbook*. A prescindere dall’efficacia e dai risultati ottenuti, verosimilmente positivi (vedi più avanti) resta la suggestione di una pratica tradizionale che si presuppone utile per affrontare temi eccezionali; d’altra parte, un insegnante sicuro sul da farsi può risultare più rassicurante per gli allievi e penso che questo fosse una loro esigenza prioritaria in quel momento.

Momenti di condivisione delle emozioni, riferite alla fase di emergenza (*lockdown*), sono riferiti 29 volte su 32, sono dunque presenti nella quasi totalità, essi implicitamente offrivano, in presenza, una possibilità di elaborazione dell’esperienza in un contesto comunitario e non medicalizzato dove gli insegnanti hanno potuto esprimere la loro specifica abilità/competenza psico-educativa. Resta da domandarsi quali sono i motivi per cui in tre situazioni tale opportunità non è stata esplicitata.

Le modalità utilizzate durante i momenti sopra considerati è stata quasi sempre la discussione condivisa in classe, e nella metà dei casi anche la promozione di attività espressive, eccezionali le discussioni in piccolo gruppo. Mai risulta praticato il colloquio diretto con il singolo bambino (prassi non alternativa alle precedenti): la ristrettezza del campione può giustificare questo dato nel senso che non se ne è ravvisata la necessità. Esiste tuttavia la possibilità che sia intervenuta una fragilità del docente nel cogliere o nel reggere il disagio di qualche allievo, con rinuncia ad uno strumento di alto valore pedagogico.

Le emozioni emerse durante le attività considerate nei due punti precedenti sono numerose, con sovrapposizioni prevedibili, prevalgono nettamente le segnalazioni di disagio a tonalità ansiosa e depressiva rispetto a posizioni considerabili più equilibrate (calma, serenità). Rara la percezione di uno stato di rabbia. Nella quasi metà delle risposte (anche di disagio) si associa, fortunatamente, una prospettiva di speranza per il futuro.

L’impatto delle misure di contenimento sull’attività didattica “di *routine*” è stato considerato nella nona domanda. Nella grande maggioranza si è ricorso ad una didattica sovrapponibile a quella degli anni precedenti ma con incremento dell’uso di strumenti informatici. In pochi casi si è avuto un incremento dell’approccio *outdoor* e della DAD; sembra,

dunque, che le modalità più apparentemente logiche e motivate sul piano del rischio di contagio non abbiano avuto particolare successo.

La domanda successiva è molto sintetica e si riferisce all'adesione o meno dei bambini alle misure anti-contagio: essa è considerata adeguata da 31 intervistati su 32. Dati i presupposti e i limiti di tutte le indagini di questo tipo si può prendere atto di un esito positivo.

La domanda numero undici tenta di valutare la collaborazione dei genitori, in un certo senso il trasferimento delle misure praticate in ambito extrascolastico; anche in questo caso gli insegnanti percepiscono la collaborazione efficace dei genitori nella quasi totalità dei casi, talvolta con segnalazioni aneddotiche in cui il bambino sollecita il genitore al comportamento corretto.

La dodicesima e ultima domanda si occupa della soddisfazione percepita dall'insegnante durante il periodo della mia osservazione, questo dato è notoriamente correlato in letteratura con la qualità della prestazione e della vita del soggetto. La soddisfazione è riferita positiva 23 volte su 32, sufficiente 8 volte e negativa una volta. Si potrebbe dire che il campione intervistato è sostanzialmente soddisfatto del proprio modo di lavorare.

7.3.3. Ulteriori considerazioni sulle risposte ai questionari

Ragionando sulle risposte ottenute, propongo alla discussione le seguenti considerazioni:

- Escluso, ovviamente, ogni atteggiamento giudicante, è possibile evidenziare che tanto il personale ausiliario quanto gli insegnanti hanno, sostanzialmente, “fatto la loro parte” con esiti nei fatti positivi (si veda domande 1, 2, 3 e 4 del questionario personale ausiliario, si veda domande 1, 10, 11 e 12 questionario insegnanti).
- Nel paragrafo 4.3.2 (*Materiale didattico*), ho riportato alcuni esempi di pubblicazioni, allora reperibili e potenzialmente utili ad aprire un discorso con gli allievi, alcune strettamente inerenti all'applicazione delle misure di contenimento, altre anche indirizzate all'elaborazione emotiva di quanto fino a quel momento vissuto (si veda domande 5 e 9 questionario insegnanti). Il periodo pandemico ha dato, giustamente, molto risalto all'utilità delle tecnologie informatiche la cui implementazione acquisisce una prospettiva strutturale e non solo emergenziale. L'approccio che utilizza i contenuti della rete è stato utilizzato da alcuni insegnanti intervistati, con modalità di mediazione più o meno modulata. A questo proposito voglio evidenziare due aspetti, specifici delle fasce di età di cui ci occupiamo:

- La proposta di un uso di strumenti informatici in età precoce non è unanimemente condivisa sia in ambito psicologico sia in ambito medico (quanto a questo punto implica, comunque, una forte e competente mediazione da parte del docente).
- L'uso del libro ricco di figure accattivanti, disegnate "per bambini", può sembrare un po' nostalgico ma forse per la persistenza dell'oggetto, la facilità nel manipolarlo/utilizzarlo, la possibilità di portarlo a casa, potrebbe facilitare la motivazione e il ricordo dei contenuti.
- La cartellonistica è stata a lungo utilizzata e spesso si ritrova ancora evidente in molte strutture. In rete sono presenti numerosi esempi di facile accesso, nei questionari è tuttavia segnalata la prassi di una co-costruzione di immagini, corrette sul piano scientifico, ma espressive della creatività degli allievi. Questa seconda modalità appare più coinvolgente a livello motivazionale ed informativa a livello pratico.
- Gli aspetti emotivi rilevati sono, come prevedibile, sovrapponibili a quelli riportati in letteratura, sia presso gli intervistati, sia da quanto riferito per gli allievi (si veda domande 4 e 8 questionario insegnanti).
- La principale criticità che penso di poter segnalare si ritrova nelle risposte alle domande 6 e 7 del questionario insegnanti. Se certamente la condivisione delle emozioni con i compagni rappresenta una specifica risorsa della scuola e giustamente è stata messa in atto nella quasi totalità dei casi resta da capire perché nel 10% delle situazioni questo non sia avvenuto. Le strategie utilizzate (domanda 7 questionario insegnanti) sviluppano di nuovo attività di tipo narrativo condiviso e di *cooperative learning*, l'avvicinamento al mondo interno dei bambini è spesso promosso anche attraverso attività espressive. Il colloquio diretto insegnante-allievo, almeno nel campione osservato, non è mai stato utilizzato. Una riflessione su questo può essere solo ipotetica e incerta relativamente alle ragioni; sembra che il colloquio sia escluso in quanto considerato indicato solo per soggetti con disagio psichico di livello clinico e, nel caso, da delegare allo psicologo ma si potrebbe considerare che un colloquio diretto non viene utilizzato perché implica un coinvolgimento, più profondo, di emozioni e sofferenze reciprocamente provate. Credo tuttavia che, nel contesto scolastico, rinunciare al colloquio diretto non sia positivo, la figura dell'insegnante, nella sua autorevolezza e nella sua competenza all'ascolto, non dovrebbe rinunciare a questo strumento; d'altra parte (si veda domanda 5 questionario insegnanti) così come risulta inutile l'esperto clinico per motivare le misure anti-pandemia, analogamente e prudentemente, nel rispetto delle rispettive professionalità con lo psicologo, l'insegnante dovrebbe implementare, almeno in una prima fase, lo strumento del colloquio diretto con l'allievo.

CONCLUSIONE

Questa tesi si occupa di un momento specifico della vita della scuola, quella della pandemia da SARS-CoV-19; in particolare della ripresa dopo il *lockdown*, con l'inizio dell'anno scolastico 2020/2021. Non è tuttavia possibile capire questo momento senza ripensare all'esperienze che hanno caratterizzato l'inizio della pandemia: la sorpresa, l'incertezza scientifica, l'impreparazione sul piano organizzativo, l'angoscia sul piano emotivo personale e di gruppo. In una parola, il venir meno di tutte quelle certezze che si pensavano definitivamente acquisite. Le parole allora più utilizzate andavano da "battaglia" a "guerra", da "resistenza" a "resilienza", con atteggiamenti di disperazione alternati a quelli di negazione. Attualmente l'emergenza pandemica è stata dichiarata conclusa, resta prevedibile la persistenza della circolazione con andamento endemico, come per altri virus, dall'evoluzione incerta. I termini più spesso utilizzati sono diventati: "riemergere", "imparare dall'esperienza", "prepararsi", riportare l'attenzione sulle malattie infettive (Villani 2020); va rilevato che l'impellenza di altre emergenze socioeconomiche, climatiche e belliche, in parte correlate con la pandemia, favorisca atteggiamenti di rimozione rispetto a quanto accaduto e a quanto possa ancora accadere. Con questa tesi ho proposto una riflessione, centrata sul contesto scolastico, dei punti di forza e delle criticità correlati all'esperienza pandemica, con l'obiettivo di ipotizzare azioni per lo sviluppo della professionalità e della responsabilità del docente.

L'idea di "apprendere dall'esperienza" non deve essere rimossa, ci troviamo infatti in una condizione di notevole fragilità: in ambito sanitario, ad esempio, è evidente la sofferenza del sistema sanitario pubblico, il fatto che persino aspetti positivi come la telemedicina, la telepsicologia e telepsichiatria siano state un adattamento obbligato e affrettato piuttosto che una scelta consapevole (Granata 2020, Xodo 2020, Valli 2020), analogamente l'auspicato processo di deospedalizzazione dell'assistenza si è realizzato per necessità piuttosto che per scelta consapevole (Ciotti 2020). Siani denuncia che «il grado di umanizzazione delle cure si è abbassato in modo molto preoccupante in tutti gli ospedali» (Siani 2023).

Nel contesto scolastico la pandemia ha evidenziato tematiche che comportano notevole impegno per l'insegnante tra queste:

- La consapevolezza delle interazioni tra povertà educativo-culturale, povertà economica e disuguaglianze di ambiente di sviluppo (dall'alimentazione inadeguata alla mancanza di spazio per fare i compiti, dalla mancanza di computer a genitori non disponibili o impreparati), (Sabino 2020).

- La necessità di una preparazione tempestiva alla gestione delle attività mediate da strumenti informatici (Dee 2021) non sostitutivi ma da affiancare a strumenti aggiornati e prassi più tradizionali.
- Lo sviluppo del processo, già in atto, di attenzione e supporto allo sviluppo emotivo e non solo cognitivo-prestazionale del bambino, in questo senso il docente è chiamato a “prendersi cura” anche delle difficoltà emotive e comportamentali, al loro impatto sul processo di insegnamento-apprendimento, a sostenere il diritto all’istruzione, alla socializzazione e al gioco (Buzzetti 2021). Ascoltare e riconoscere nel tempo la voce dei bambini (Ammaniti 2020, Marchetti 2021).
- La necessità di un approccio basato sulla formazione permanente del docente risulta evidente; le stesse conoscenze scientifiche relative al virus sono invecchiate/evolute notevolmente negli ultimi tre anni ma soprattutto il mondo e la società stanno cambiando (continuano a cambiare) e molta della credibilità della scuola dipenderà dalla sua capacità di proporre una risposta tempestiva efficace, adattiva e “sufficientemente buona”.
- L’esempio sopra accennato, circa le criticità del contesto sanitario, non è occasionale dal momento che la pandemia ha richiamato ad una collaborazione, calata nella realtà quotidiana, tra operatori sanitari (nello specifico pediatri, psicologi, neuropsichiatri dell’età evolutiva) e operatori della scuola (Chiamenti 2020, Ciotti 2020).
- La protezione di una memoria condivisa della pandemia di COVID-19 in quanto esperienza che ha evidenziato come «la solidarietà umana poteva essere l’unica sintesi possibile tra l’eccessiva fiducia nella capacità della scienza e tecnologia e l’ineluttabilità della nostra naturale finitezza» (Tommasini 2023).

Spero che, realizzando le azioni sopra ipotizzate, sarà possibile dare al termine di resilienza, almeno in ambito scolastico, una dimensione compiuta e realistica, lontana da quella consolante e superficiale di cui si è ampiamente abusato.

BIBLIOGRAFIA

Abbracciavento G. et al. (2020), *Covid-19 e salute mentale in età evolutiva: l'urgenza di darsi da fare*, Medico e Bambino 39,4:237-240.

AGIA (Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza), ISS (Istituto Superiore di Sanità), *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi*, maggio 2022.

Agostiniani R. (2020), *Come spiegare il coronavirus ai bambini*, Pediatria 10,3:20-21.

Ahmed F. et al. (2020), *Why inequality could spread COVID-19*, The Lancet Public Health 5,5:240.

Albizzati A. et al. (2021), *Violenza domestica assistita: effetti sullo sviluppo del bambino e implicazioni cliniche per i pediatri*, Medico e Bambino 1:25-30.

Alleanza per l'infanzia (2020).

Ammaniti M. (2020), *E poi, i bambini*, Solferino, Milano.

Banholzer N. et al. (2020), *Impact of non-pharmaceutical interventions on documented cases of COVID-19*, medRxiv 4,16. 20062141.

Barzanti V. (2016), *Filastrocche per mangiare*, Erickson, Trento.

Bastone A., Ravaglia A. (2021), *Disturbi del comportamento alimentare e pandemia*, Medico e Bambino 8:494-500.

Berne E. (1971), *Analisi transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, Roma.

Berté M. (2012), *Martin Buber: per una pedagogia dialogica*, in Bobbio A. (a cura di) (2012), *Pedagogia del dialogo e relazione d'aiuto. Teorie azioni esperienze*, Armando, Roma.

Bert G., Quadrino S. (2020), *Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in medicina*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Bion W.R. (1971), *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma.

Bonati M. (2020), *Lombardy an outlier in the Covid-19 pandemic*, *Medico e Bambino* 39,5:279-281.

Bonati M. (2021), *Scuole in sicurezza*, *Ricerca e Pratica* 17.4:147-149.

Bonifacio A. et al. (2020), *Lockdown COVID-19: l'importanza dell'approccio al sistema bambino-famiglia: ruolo e potenzialità del TNPEE tra presente e futuro*, *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* 2,40:61-65.

Bowlby J. (1989), *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano.

Bowlby J. (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina, Milano.

Brooks SK. et al. (2020), *The psychological impact of quarantine and how reduce it: rapid review of the evidence*, *Lancet* 395:912-920.

Brunelli A. (2020), *Coronavirus e bambini*, *Quaderni acp* 27,3;107.

Bruzzone D. (2012); *Victor Frankl e la ricerca di significato come intenzionamento del mondo*, in Bobbio A. (a cura di) (2012), *Pedagogia del dialogo e relazione d'aiuto. Teorie azioni esperienze*, Armando, Roma.

Buckman R. (1992), *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*, Raffaello Cortina, Milano.

Buonsenso D. et al. (2021), *Preliminary evidence of long COVID in children*, medRxiv 26 gennaio.

Buzzetti R. (2020), *Epidemia Covid-19, aspetti epidemiologici*, *Quaderni acp* 27,4:171-173.

Buzzetti R. et al. (2021), *Covid-19: quale modello di malattia?*, Quaderni acp 3:112-116.

Camuffo M., Costantino M. (2010), *Promozione della resilienza e strategie di intervento*, Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 30:120-129.

Capello F. (2020), *Il mese che ha cambiato il mondo*, Quaderni acp 27,3:97.

Capurso M. (2017), *Facilitare la comprensione della malattia nel bambino*, Franco Angeli, Milano.

Catone G. et al. (2020), *Effetti psicologici e sulle abitudini di vita della pandemia da COVID-19 e delle misure restrittive in un campione di studenti*. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 40,2:66-72.

Cavallo R. (2020), *Coronavirus e dintorni...*, Quaderni acp 27,2:87-88.

Cervinara F. et al. (2020), *L'importanza dell'educazione dei bambini all'igiene orale nelle scuole*, Quaderni acp 2:60-66.

Charon R. (2001), *Narrative Medicine. Form, Function and Ethics*, Annals of Internal medicine 134: 83-87.

Charon R. (2008), *Honouring the stories of illness*, Oxford University Press.

Chiamenti C. (2020), *Scuola e pediatra: separate in casa*, Quaderni acp 3: 99.

Ciotti F. (2020), *La pandemia da Covid-19 e gli insegnamenti per il futuro*, Medico e Bambino 8:490-491.

Clavenna A. (2020), *Due importanti riviste scientifiche sono (di nuovo) costrette a ritirare alcuni articoli. Quali conseguenze per la credibilità della ricerca?*, Quaderni acp 27,4:190.

Colli M. et al. (2007), *Mangio cosa? L'alimentazione spiegata ai bambini*. La Scuola, Brescia.

Conti Nibali S. (a cura di) (2020), *Un nuovo rapporto europeo mostra che l'Italia è impreparata a proteggere l'allattamento in situazioni di emergenza, come l'epidemia di Covid-19*, Quaderni acp 27,5:237.

Conti Nibali S. (a cura di) (2021), *Una famiglia italiana su tre non è stata in grado di sostenere adeguatamente l'apprendimento a distanza dei bambini durante il lockdown*, Quaderni acp 28,5:237-238.

Cortés GR. et al. (2020), *A multicentre national survey of children with SARS-CoV-2 infection admitted to Spanish Paediatric Intensive Care Units*, Intensive Care Med 22:1-3.

Curiale S. (2021), *Coronavirus: quello che c'è da sapere*, Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, Roma.

Cyrulnik B. (2009), *Autobiografia di uno spaventapasseri. Strategie per superare il trauma*, Raffaello Cortina, Milano.

Davanzo R. (2021), *Vaccini Covid-19: disponibilità ed efficacia*, Medico e Bambino 3:181-185.

Dee T.S., Murphy M. (2021), *Patterns in the Pandemic Decline of Public-School Enrollment*, Educational Researcher 50,8:566-569.

Del Corno F., Ricci P. (2010), *La ricerca qualitativa in psicologia*, Raffaello Cortina, Milano.

De Nardi C. et al. (2021), *Adolescents with somatic symptom disorder experienced less anxiety and depression than healthy peers during the first COVID-19 lockdown*, Acta Paediatrica 16:10.1111 apa 15877.

Di Fiore T. et al. (2021), *Le sfide alla salute psicofisica delle famiglie italiane nel periodo della emergenza Covid-19: uno studio pilota sull'impatto del burn-out genitoriale in diverse categorie professionali*, Quaderni acp 1:21-24.

Di Mario S. et al. (2020), *Il bambino in comunità e la diffusione di SARS-CoV-2: l'esperienza dei centri estivi*, Medico e Bambino 39,9:601-604.

Dondi A. et al. (2021), *Covid-19: come la pandemia ha aumentato la food insecurity e alterato il regime alimentare delle famiglie*, 5:315-320

Esposito S. et al. (2020), *School closure during the coronavirus disease 2019. An effective intervention at global level?*, JAMA Paediatrics.

Esposito S. et al. (2021), *Gestione del Covid-19 in età pediatrica: documento di consenso*, Medico e Bambino 40,2:85-101.

Ferrando A. (2020), *SARS-CoV-2: possiamo intravedere un aspetto positivo in questa quarantena oppure no?*, Quaderni acp 27,3:144.

Ferro Allodola V. (2014), *Metodi di ricerca qualitativa in medical education: approcci, strumenti e considerazioni sul rigore scientifico*, Education and Society, Armando, Roma 5:121-144.

Fraccaro S. et al. (2007), *Il Mangiastorie. Fiabe e Educazione Alimentare nella scuola dell'infanzia e primaria*, Erickson, Trento.

Franzini M. (2020), *Covid-19 e le diseguaglianze economiche*.

Fridel M. et al. (2017), *La prevenzione dell'obesità infantile: meno nove mesi più tre anni*, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna.

Gambhir R. S. et al. (2013), *Impact of School based oral health education programmes in India: a systematic review*, JCDR 7,12 :3107-3110.

Istituto Gaslini (2020), *Indagine sull'impatto psicologico del lockdown nei minori*, Università di Genova.

Glaser B., Strauss A. (1967), *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*, Aldine, Chicago.

Granata T. et al. (2020), *La Lombardia, la Wuhan italiana: emergenza COVID-19 in un istituto non-Covid*, Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 40,2:86-92.

Grice HP. (1975), *Logic and conversation. In Syntax and Semantics, Speech Acts*, (a cura di) Cole P. e Morgan JL., Academic Press 3:41-58.

Haleem A. Et al. (2012), *School-based strategies for oral health education of adolescents*, BMC Oral Health 18: 12-54.

Hanushek E.A. et al. (2020), *The economic impact of learning losses*, OECD publishing.

Hurwitz B. Charon R. (2013), *A narrative future for health care*, Lancet 381:1886-1887.

IFE Insights for Education (2020), *Covid-19 and School. What we can learn from six months of closures and reopening*.

Isella V. (2021), *Long-Covid e post-Covid*, La Neurologia italiana 4:22-26.

ISS Task force Covid-19 (2020), *Aggiornamento su epidemia Covid-19*.

Kamara S. et al. (2017), *Mental health care during the Ebola virus disease outbreak in Sierra Leone*, Bull World Health Organ 95,12:842-847.

Kay EJ. et al. (1996), *Is dental health education effective? A systematic review of current evidence*, Community Dentistry and Oral Epidemiology 24,4: 231-235.

Langford R. et al. (2014), *The WHO health promoting school framework for improving the health and wellbeing of students and their academic achievement (Review)*, The Cochrane Library 23:242-258.

Lavezzo E. et al. (2020), *Suppression of Covid-19 outbreak in the municipality of Vò, Italy*. medRxiv 04.17. 20053157.

Lazarus RS (1994), *Emotion & Adaptation*, Oxford University Press.

- Liverani A., Valletta E. (2020), *È il tempo della resilienza*, Quaderni acp 27,3:98.
- Manetti S. (2020), *Il 2020 ha portato con sé la pandemia da Covid-19*, Quaderni acp 27,4: 159-190.
- Malaguti E., Cyrulnik B. (2005), *Costruire la resilienza. La riorganizzazione di legami positivi e la creazione di legami significativi*, Erickson, Trento.
- Marchetti F., Guiducci C. (2020), *Covid-19 e bambini: le due facce di una diversa medaglia*, Medico e Bambino 39,4:219-221.
- Marchetti F. (2020), *Vaccino e COVID-19: cosa sappiamo?*, Medico e Bambino 39,5:297-299.
- Marchetti F. Tamburlini G. (2020), *Time to go back to school: several good reasons beyond low risk*, BMJ 369.
- Marchetti F. (2021), *La voce dei “minori” durante e dopo la pandemia*, Recenti Prog Med 112.5:331-334.
- Merlo M. (2022), *Tanti no-vax ed esitanti...perché?*, Medico e Bambino 6:371-375.
- Michelen M. et al. (2021), *Characterizing log COVID: a living systematic review*, BMJ Glob Health 6,9: e005427.
- Munro APS. et al. (2020), *Children are not COVID-19 super spreaders: time to go back to school*, Arch. Dis. Child.
- Myers EM. Et al. (2020), *Compounding Health Risks and Increased Vulnerability to SARS-CoV-2 for Racial and Ethnic Minorities and Low Socio-economic Status Individuals*, United States.
- Naidu J. Et al. (2017), *Evaluation of the effectiveness of a primary preventive dental health education programme implemented through schoolteachers of primary school children in*

Mysore city, Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry 7,2:57-64.

Niedzwiedz CL. et al. (2020), *Ethnic and socioeconomic differences in SARS-Cov-2 infection: prospective study using UK Biobank*, BMC Med.29,18:160.

Nussbaumer-Streit B. et al. (2020), *Quarantine alone or in combination with other public health measures to control Covid-19: a rapid review.*, Cochrane Database 4: CD 013574.

Nylén-Eriksen M. et al. (2022), *Fighting the waves; Covid-19 family life interference in a neurodevelopmental disorder – care giver population*. BMC Health Services Research 22:472.

Olobunmi B. et al. (2013), *Effects of information dissemination using video of indigenous language on 11-12 years children's dental health*. Ethiopian Journal of Health Sciences 23,3:201-208.

Ornstein A. (2009), *La funzione del gruppo in tempi di guerra e di terrore*, Gruppi 11-2:35-46.

Paladino F., Iannuzzi A. (2021), *Vaccini anti-SARS-CoV-2 nei pazienti affetti da patologie neurologiche*, La Neurologia italiana 4: 32-36.

Panza C. (2022), *Il vaccino anti covid in età pediatrica.*, Quaderni acp 29,1:4-5.

Park SC. et al. (2020), *Mental Health care measures in response to the 2019 novel coronavirus in Korea*, Psychiatry Investigation 17,2:85-86 2.

Pedrotti A. et al. (2020), *Riemergere: le voci dei bambini/e, dei ragazzi/e e dei genitori durante l'emergenza covid-19 in provincia di Trento*, Quaderni acp 27,6:253-258.

Pergola F. (2020), *Un insegnante quasi perfetto. Ascoltare la relazione per crescere insieme*, Franco Angeli, Milano.

Pirrongelli C. (2020), *Di cosa abbiamo sofferto. Di cosa soffriremo. Le diverse emozioni della pandemia*, Società Psicoanalitica Italiana.

Provenzi L., Baroffio E., Borgatti R. (2020), *Come aiutare i bambini a fronteggiare l'emergenza Covid-19*, Quaderni acp 27,3:116-117.

Quadrino S. (2015), *Il Counselling nell'intervento di cura con i genitori e con i bambini*, Change, Torino.

Rogers C. (2013), *La terapia centrata sul cliente*, Giunti, Firenze.

Rosa-Rizzotto M. et al. (2021), *Il trauma cranico da abuso (sindrome del bambino scosso) un vademecum per il pediatra*, Quaderni acp 3:100-104.

Rosenthal DM. et al. (2020), *Impacts of Covid-19 on vulnerable children in temporary accommodation in the UK*, Lancet Public Health.

Rubin GJ. et al. (2020), *The psychological effects of quarantining a city*, BMJ 368:313.

Sabino A. (2020), *Coronavirus e bambini: la dimensione sociosanitaria*, Medico e Bambino 8:489-490.

Salzberger-Wittemberg I., Henry-Polacco G., Osborne, E. (1987), *L'esperienza emotiva nei processi di insegnamento e apprendimento*, Liguori, Napoli.

Sasso L. Bagnasco, A. Ghirotto L. (2015), *La ricerca qualitativa. Una risorsa per i professionisti della salute*, Masson, Milano.

Save the Children Italia (2020), *Riscriviamo il futuro impatto del coronavirus sulla povertà educativa*.

Setaro A.M., Maddaloni D. (2021), *Il sostegno allo sviluppo del bambino e alla genitorialità in tempo di pandemia*, Quaderni acp 28,4:168-170.

Siani P. (2023), *La pandemia e il grado di umanizzazione negli ospedali*, Quaderni acp 30,2:50.

- Siegel M. (1999), *Conversazione e sviluppo cognitivo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Siegel M. Surian L. (2004), *Conceptual development and conversation understanding*, Trends in Cognitive Sciences 8,12:534-538.
- SIP (Società Italiana di Pediatria) et al. (a cura di) (2021): *Il boom di accessi per disturbi neuropsichiatrici nei Pronto Soccorso*, Medico e Bambino 9:561-562.
- SIP (Società Italiana di Pediatria) et al (a cura di) (2021): *La vaccinazione per il Covid-19 in bambini di età compresa tra I 5 e gli 11 anni*, Medico e Bambino 10:633-636
- Soana V. (2012), *Carl Rogers: accettare, ascoltare, comprendere. I cardini della dimensione educativa*, in Bobbio A. (a cura di) (2012), *Pedagogia del dialogo e relazione d'aiuto. Teorie azioni esperienze*, Armando, Roma.
- Sorzio P. (2005), *La Ricerca Qualitativa in Educazione*, Carocci, Roma.
- Speri L. (2021), *Affrontare l'emergenza tra paura, trauma e regressione*, Quaderni acp 2:84-87, acp 3:132-136.
- Stern D. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Stilton G. (2015), *È ora di mangiare sano*, Piemme, Segrate.
- Thanh L. et al. (2020), *The Covid-19 vaccine development landscape*, Nature Reviews Drug Discovery 19,5: 205-306.
- Tajè S. et al. (2020), *Le disabilità al tempo del Covid-19*, Medico e Bambino (pagine elettroniche) 23,26:143.145.
- Tamburlini G., Marchetti F. (2020), *Pandemia da Covid-19: motivazioni e indicazioni per l'apertura di spazi educativi per bambini*, Medico e Bambino 39,5:301-304.
- Tamburlini G. (2020), *Il rischio e l'impresa*, Medico e Bambino 39,6:346-347.

Tamburlini G. (2020), *L'impatto della pandemia da COVID-19 sulla salute globale dei bambini*, Medico e Bambino 39,10:629-632.

Tamburlini G., Marchetti F. (2022), *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi*, Medico e Bambino 41,6:361-364.

The Lancet Child and Adolescent Health (2020), *Pandemic school closures: risks and opportunities*, Lancet 4,5:341.

Tofol G., Buzzetti R., Reali L. (2022), *Covid-19 nelle cure pediatriche in Italia (prima parte)*, Quaderni acp 29,1: 6-9.

Tofol G., Buzzetti R., Reali L. (2022), *Covid-19 nelle cure pediatriche in Italia (seconda parte)*, Quaderni acp 29,3: 100-104.

Tommasini A. (2023), *Pandemia da Covid-19: l'importanza di una memoria condivisa*, Medico e Bambino 4:243-248.

UNICEF (2020), *Protecting the most vulnerable children from impact of coronavirus: an agenda for action*.

Valletta E., Fornaro M. (2020), *Covid-19 nei bambini: cronistoria di una pandemia ancora tutta da scrivere*, Quaderni acp 27,3:122-125.

Valletta E., Fornaro M. (2020), *Per il SARS-CoV-2 non siamo tutti uguali*, Quaderni acp 27,5:219-221.

Valli A. et al. (2020), *La scommessa della telepsichiatria in età evolutiva: il parent training nell'ADHD*, Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 40,2:148-153.

Vallone C. (2018), *Modello integrato di promozione della salute per la prevenzione dell'obesità infantile: scuole promotrici di salute, servizio di ristorazione scolastica e madri peer educator*, Tesi di Dottorato di Ricerca Università degli studi di Napoli Federico II.

Van Lancker W. et al. (2019), *Covid-19 school closures, and child poverty: a social crisis making*, Lancet Public Health Apr 7.

Vangipuram S. et al. (2016), *Effectiveness of peer group and conventional method of oral health educational programme among 12-15 years old school children. A randomized controlled trial*, J Clin Diagn Res. 10,5 : 125-129.

Ventura A. a cura di (2020), *Scuole chiuse ? Sì, forse sì, più no che sì, no*, Medico e Bambino. 5 :283.

Ventura A. a cura di (2021), *Covid-19 : pistole e orfani*, Medico e Bambino 7 :417.

Ventura A. a cura di (2021), *Covid-19 : a scuola stai sicuro*, Medico e Bambino 8 :486.

Villani A. (2020), *Coronavirus anno 2020*, Pediatria 3 marzo 2020.

Viner RM. et al. (2020), *School closure and management practices during coronavirus outbreaks including Covid-19: a rapid systematic review*, Lancet 4,5:397-404.

Vitiello B. (2021), *La salute mentale di minori e adolescenti a seguito della pandemia da Covid-19: l'organizzazione dei servizi in risposta ai bisogni di cura*, FAD- SINPIA 17-6-2021.

WHO-UNICEF Lancet Commision (2020), *After Covid-19 a future for World's Children?*, Lancet 1,396:298-300.

Wieringa S. et al. (2017), *Has evidence-based medicine ever been modern? A Latour inspired understanding of changing*, EBM. Journal of Evaluation in Clinical Practice 23,5:964-970.

Xie X. et al. (2020), *Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China*, JAMA Pediatrics Apr 34.

Xodo A., Buffon L., Conz M., Vianello S. (2020), *L'educazione terapeutica per migliorare l'aderenza alle disposizioni precauzionali: un progetto di telepsicologia rivolto a un bambino*

di 9 anni e alla sua famiglia durante la quarantena disposta dal DPCM 11marzo 2020, Quaderni acp 27,5:215-218.

Zannini L. (2008), *Medical Humanities e Medicina Narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina, Milano.

Zannini L. (2009), *Medical Humanities e Medicina Narrativa*, Rapporti ISTiSAN 50:15-26.

Zibrowski E.M. et al. (2009), *The sum of the parts detracts from the intended whole: competencies and in-training assessments*, Medical Education 43:741-748

Zimmermann P. et al. (2020), *Coronavirus infections in children including Covid-19: an overview of the epidemiology, clinical features, diagnosis, treatment and prevention options in children*, Journal of the Pediatric Infection Diseases Society 39,5:355-368.

SITOGRAFIA

<https://www.alleanzainfanzia.it>

<https://www.garanteinfanzia.org>

<https://www.inmi.it/aggiornamenti-coronavirus>

<https://milanobiblioteche.it/library/biblioteca-lorenteggio/bambini-e-ragazzi/restoacasakids/>

<https://milanobiblioteche.it/library/calvairate/covid-19-informazioni-utili-e-segnalazioni-bibliografiche/per-i-bambini/>

<https://www.osservatoriosullefonti.it/emergenza-covid-19/fonti-governative/decreti-del-presidente-del-consiglio-dei-ministri/2997-emcov-dpcm-elenco>

<https://www.questionegiustizia.it/cat/giurisprudenzaedocumenti>

<https://scholar.google.fr>

<https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/di-cosa-abbiamo-sofferto-di-cosa-soffiremo-le-diverse-emozioni-della-pandemia-c-pirrongelli/>