

Glottodidattica in corsia - Susy Mariniello

Introduzione

In questo mio elaborato vorrei poter presentare il campo d'applicazione e lo sviluppo delle idee e proposte che un recente Master in didattica della lingua italiana per stranieri, mi ha permesso di approfondire.

Lavorando come docente in una scuola primaria ospedaliera, i miei alunni sono pazienti ricoverati in ospedale perché affetti da malattie croniche, neuro-oncologiche e oncoematologiche; spesso però ci sono alunni/pazienti stranieri, non italofoeni poiché giunti in Italia proprio per ricevere le lunghe e complesse cure.

Il contesto in cui opero è quindi straordinariamente singolare per innumerevoli motivi. L'aspetto emotivo e psicologico oltre a quello della dimensione del disagio e del dolore fisico è predominante rispetto alle esigenze di apprendimento di una lingua straniera; si tratta di apprendere una lingua 2 che di fatto si propone in un momento assolutamente difficile e delicato sia per il bambino che per tutto il contesto familiare.

La prima vera motivazione, almeno dei familiari, è quella di apprendere la lingua come mezzo per comunicare bisogni primari, necessità 'di base'; per quel che riguarda la gestione della comunicazione dello stato di salute, diagnosi e piano terapeutico, la lingua usata è quella madre poiché in ospedale durante i colloqui con i medici, le persone non italofoene hanno il supporto dei mediatori linguistici.

In questo mio breve elaborato presento nel primo paragrafo il contesto in cui opero, cercando di dettagliare le specifiche esigenze educative, didattiche e organizzative. Nel secondo paragrafo confronto gli approcci teorici con le richieste operative dettate dalla straordinarietà della situazione 'Scuola in Ospedale'. Infine, nel terzo breve paragrafo presento un possibile scenario, immaginando le proposte educativo didattiche per un mio alunno/paziente soffermandomi in particolare sulle scelte metodologiche e sui sussidi didattici.

Il tema che presento, comprendo sia di un 'taglio' forse anche troppo particolareggiato, ma nasce da un'esigenza personale perché purtroppo, in ospedale capitano molto spesso alunni/pazienti non italofoeni o con un livello di L2 piuttosto incompleto e come docente avevo necessità di iniziare a sviluppare nuove e aggiornate competenze in merito alle possibilità d'insegnamento della lingua italiana come L2.

Una scuola un po' speciale che si trova in Ospedale

La scuola primaria in ospedale, nella struttura presso la quale lavoro, è organizzata su sei giorni in un tempo che va mediamente dalle 8.30 alle 14.30 ed è rivolta principalmente a bambini ricoverati per un periodo medio – lungo. In particolare, io lavoro con alunni/pazienti affetti da malattie croniche complesse (ricoverati nel reparto di subintensiva) oppure affetti da patologie oncoematologiche e neuro-oncologiche. L'età alla quale il servizio si rivolge corrisponde al target 6-11 anni previsto per la scuola primaria; nella struttura sono presenti anche gli ordini di scuola superiori, di primo e secondo grado, dove esercitano colleghi delle varie discipline.

Nel presente breve saggio voglio rivalutare la proposta formativa in ospedale alla luce delle esigenze degli alunni/pazienti non italofoeni, per i quali molto, troppo spesso non sappiamo come e cosa realizzare.

La proposta si rende più complessa perché le circostanze non sono favorevoli di per sé. Solitamente i bambini, alunni/pazienti, che non parlano italiano sono accompagnati da familiari che a loro volta parlano la lingua madre e solo in alcuni casi conoscono alcune parole d'italiano. Nella struttura ospedaliera naturalmente c'è la possibilità di richiedere il supporto del mediatore culturale che nel mio caso è presente quotidianamente per le tre principali lingue straniere presenti: albanese, cinese e arabo. Tutte le altre lingue hanno necessità di una procedura più complessa per l'attivazione; nel frattempo e telefonicamente, l'Associazione che fornisce questo servizio, ha facoltà di dare un primo supporto d'emergenza attraverso mediatori anche di altre lingue. Il mediatore culturale può essere di supporto non solo per quel che riguarda la diagnosi, l'intervento terapeutico e tutto quello che ha a che vedere con i colloqui medici, ma anche rispetto all'intervento della scuola in ospedale. Questo è un dettaglio non da poco poiché questo ci consente di spiegare la finalità della scuola in ospedale e le modalità di iscrizione; indispensabili autorizzazioni per l'accesso a dati sensibili ma soprattutto all'avvio di un reciproco scambio, base per costruire una relazione collaborativa.

L'intento della scuola in ospedale è quello di offrire supporto al percorso di studi, che così formalmente non si interrompe e si mantiene 'attivo' anche da un punto di vista operativo, ma in particolare consente di creare momenti di benessere, di 'leggera normalità' che fanno stare bene psicologicamente ed emotivamente, e che danno a volte sollievo anche alle pene fisiche.

I bambini stranieri, giunti in Italia per affrontare un percorso di cura, solitamente non sono residenti ma domiciliati nelle case d'accoglienza offerte alle famiglie dei degenti; se la cura prevede una lunga permanenza nel nostro paese allora l'intervento della scuola in ospedale diviene complementare a quello condotto dalla scuola sul territorio che curerà l'intervento di

istruzione domiciliare. Per questa soluzione occorre anche un'iscrizione alla scuola non ospedaliera presente sul territorio e limitrofa alla residenza o domicilio della famiglia. Quando queste formalità non possono essere condotte a termine, allora, nel nostro caso, intervengono docenti volontari affiliati ad associazioni che hanno finalità educative, di supporto alla famiglia e all'inclusione. Questi dettagli, che possono sembrare solo formali, è rilevante che li specifichi al fine di far comprendere la rete educativa attivata dalla scuola in ospedale; in pratica così illustro chi sono le persone che operano per l'offerta formativa e che collaborano allo stesso scopo. Nel caso dell'alunno/paziente ogni 'agente/educatore' ha anche la finalità di insegnare la lingua italiana. Questo per numerose ragioni: impedire che il bambino si isoli in un depressivo silenzio, che non abbia la facoltà di esprimere bisogni ed emozioni, che non riesca a conoscere quello che gli sta accadendo e riconoscere le finalità delle terapie; per impedire che accada di smettere di giocare, di stare con l'altro. Inoltre, per offrire la possibilità di sviluppare le competenze indispensabili per fare ingresso a scuola e nella comunità. Per i miei alunni/pazienti non italofoni imparare l'italiano è una prima necessità sia nella situazione d'emergenza legata all'esordio e alla gestione della malattia, sia nel progetto di vita che successivamente lo deve veder coinvolto nella comunità esterne all'ospedale (scuola, casa, sport, giochi ecc.).

La maggiore difficoltà nell'insegnare l'italiano ad alunni/pazienti è strettamente legata alla circostanza, al contesto in cui temporaneamente vivono.

Per prima cosa sono bambini certamente spaventati dal dolore, dalla preoccupazione che leggono sul volto dei loro familiari, dalle procedure invasive e non, indispensabili per la diagnosi e la cura. Il loro stato d'animo non è ben disposto; accogliere la maestra in camera mentre si vive sofferenza, rabbia e paura può sembrare piuttosto bizzarro, a volte infastidite. La mediazione da parte del linguista è certamente di aiuto nel presentare l'opportunità di 'fare scuola in ospedale' così come è importante per chiedere ai genitori alcune prime informazioni per conoscere del bambino bisogni, interessi, curiosità (per esempio il gioco preferito, cosa ama fare, cosa non sopporta ecc.).

La dimensione affettiva non è quasi mai favorente la curiosità e la motivazione ad impegnarsi nell'apprendimento dell'italiano quale L2.

Inoltre, occorre considerare il background del bambino: ha frequentato la scuola nel suo paese? Quale tipo d'esperienza ha avuto? Che idea ha della 'scuola', degli insegnanti?

Le risposte a queste domande cambiano ovviamente i possibili approcci educativi; occorre dunque domandare o domandarsi quali input ha avuto dalla cultura d'origine, quali aspettative possiede nei riguardi della scuola, quanto conosce della propria cultura e quanto di questa ne riconosce nel contesto di cura. L'ascolto e l'osservazione di queste e di altre riflessioni è

indispensabile per l'avvio di una relazione positiva e collaborativa, per un'autentica partecipazione e per un valido coinvolgimento reciproco.

Non è possibile ignorare il fatto che può esserci il rifiuto verso la lingua conosciuta in circostanze drammatiche, dolorose ed angoscianti; l'italiano è la lingua dei dottori che vogliono salvare la vita al bambino ma sono gli stessi clinici che poi visitano, fanno prelievi, esami, impongono medicine ecc.. L'Italia, questo spazio fisico lontano dal proprio paese, può non essere così rassicurante, può esser vissuta con sentimenti infantili contraddittori e complessi.

In qualità di educatori dobbiamo porci tutte queste domande; per poter intervenire al meglio dobbiamo rilevare informazioni, osservare rispettosamente le richieste, ascoltare e porgere lo sguardo a tutto così da definire un profilo quanto più vicino all'identità psicofisica, emotiva e socioculturale del bambino in cura.

Nel contesto in cui lavoro, il paradigma principale al quale ogni operatore, pur nei diversi ruoli, si riferisce è quello dell'offerta di una cura integrale. Per cura integrale si intende il coinvolgimento di tutti gli operatori che a diverso titolo ruotano attorno al bambino e che si prendono cura della parte malata come di quella sana, integrando ogni loro intervento con quello degli altri agenti, al fine di proteggere la specificità e l'unicità del piccolo.

In questo senso, come insegnante ospedaliera ho il dovere di confrontarmi e coordinarmi con l'equipe medica e gli psicologi, i sanitari e terapisti, gli operatori delle playtherapy (ludoteca, musicisti, pet-therapy e clown), il team dei docenti della scuola ospedaliera, della scuola di appartenenza e, se presenti, dei docenti volontari. La scuola ha il dovere di stilare un Progetto Educativo Personalizzato e riferibile alla circostanza, poiché ogni intervento educativo deve essere ben coordinato tra i vari educatori.

Si consideri infatti che l'intervento educativo in ospedale, se le condizioni fisiche dell'alunno/paziente lo consentono, è costante solo durante i lunghi ricoveri; ogni giorno possiamo pensare di intervenire in camera del bambino (molto raramente possono frequentare la classe/scuola) per circa un'ora, un'ora e mezza; questo solo se le cure o la patologia in atto lo consentono. Il percorso educativo proposto non può essere costante sia nei tempi (giorni, ore) che negli spazi (in ospedale ma in reparto oppure in Day Hospital, altrimenti a casa o meglio ancora, per qualche ora, in contatto con la scuola o a scuola personalmente anche se per poco tempo). Pare evidente che gli interventi educativi per essere efficaci devono contare (1) su di una buona relazione maestra-alunno, (2) su una valida ma flessibile programmazione con obiettivi non disciplinari ma interdisciplinari finalizzati all'acquisizione/consolidamento in primis delle Life Skills, (3) su di una costante condivisione tra agenti della cura integrale.

Riflessioni teoriche a sostegno di un opportuno approccio educativo

La scuola in ospedale deve dunque organizzare un'offerta personalizzata e ben calibrata per ogni alunno/paziente ma occorre che si predispongano 'azioni educative' possibili finalizzate all'insegnamento della lingua italiana come lingua 2.

Nel capitolo precedente ho illustrato brevemente, come è organizzato il servizio della scuola in ospedale: la peculiarità di ogni singolo intervento emerge chiara così come appare evidente la necessità d'intervenire con progetti educativi che prevedono l'apprendimento dell'italiano come L2. Le nazionalità che più di frequente sono presenti e che non sono italofone appartengono a famiglie e bambini provenienti dalla Cina, dall'Europa dell'est (albanesi, rumeni, moldavi, slavi) e dal nord Africa. L'*approccio* educativo indicato è certamente di tipo *interculturale* in quanto non è possibile avviare una relazione di reciproca fiducia e rispetto e una valida collaborazione se non si riconoscono i profili socio-culturali di cui ogni individuo è portatore. Nel mio caso devo conoscere e riconoscere, non solo le specifiche esigenze personali e familiari ma anche come la cultura di appartenenza 'interpreta' e 'vive' la dimensione malattia; cosa è previsto si faccia, si pensi, si preveda in una situazione di complessa patologia? Qual è il punto d'incontro della cultura italiana e della cultura straniera sul tema 'malattia'? Quanto le possibili diversità incidono sul percorso di cura integrale?

Rispetto all'intervento educativo, alla possibilità e direi l'occorrenza di imparare l'italiano, proprio la malattia crea l'occasione e la necessità di avviare questo percorso d'apprendimento che in ogni caso deve mantenersi rispettoso delle esigenze culturali in una prospettiva plurilingue e multiculturale (cfr. normativa emanata dal MIUR nel 2012 – Indicazioni Nazionali: previsto intervento educativo-didattico per un apprendimento plurilingue e pluriculturale). Anche se in ospedale, il processo da avviare è quello definito di 'acculturazione' ovvero un processo che ha lo scopo di offrire occasioni formali e non, affinché la persona straniera si impadronisca della lingua e della cultura del paese accogliente. Il contesto ospedale offre una prospettiva particolare all'offerta formativa: lessico legato al contesto ospedaliero in particolare su tema malattia, cura, bisogni primari; gli agenti che possono operare in tal senso attivando input non formali in lingua italiana sono gli operatori sanitari, medici, psicologi, terapisti, gli operatori delle play therapy. Altri input linguistici le famiglie straniere li ricevono dai canali televisivi (tv presenti in tutte le camere), dai cartelli con le informazioni dei servizi, dallo scambio con le altre famiglie presenti in camera o nelle case d'accoglienza. I docenti e gli educatori della ludoteca hanno la facoltà di progettare insieme, una proposta finalizzata

principalmente all'avvio di una buona relazione, dove fiducia e rispetto sono le principali basi per un progetto più ampio che sostenga l'apprendimento dell'italiano come L2.

Considerata l'organizzazione ospedaliera non è pensabile adottare approcci teorici troppo rigidi, preorganizzati. Metodologicamente parlando un *approccio strutturalistico* che necessita di una costante meccanica esercitazione non è adatta alla circostanza per diverse ragioni: non abbiamo tempi costanti e prevedibili (incontri solo durante i ricoveri quindi in occasioni di per sé complicate dallo stato di salute – peggioramento e/o terapia); gli incontri devono essere 'leggeri', ludici, motivanti e al contempo 'sospensibili' per necessità fisiche, sanitarie (visite, esami, terapie ecc.). A queste esigenze si avvicina maggiormente un riferimento teorico che supporti un *approccio* di tipo *naturalistico*: in questo caso l'insegnamento è considerato di supporto, facilitatore di un processo che avviene naturalmente ascoltando, capendo e osservando la lingua in uso nel contesto e da imparare. In questo caso si offre priorità allo sviluppo delle abilità orali (comprensione) rispetto alle abilità linguistiche produttive.

Certo non è possibile non considerare il contesto nel quale si realizza la proposta linguistica 'nuova'; riflettendo su quanto promosso dalle riflessioni teoriche della scuola di Palo Alto non è possibile ignorare il contesto socio-culturale e relazionale di provenienza e quello nel quale si realizza la proposta linguistica L2. Nel contesto ospedaliero dunque, sono da considerare anche tutto i particolari e specifici elementi comunicativi, non solo verbali ma anche meta-comunicativi, non verbali. In questo caso l'*approccio comunicativo* ci orienta nel porre attenzione anche ad altri parametri linguistici importanti: il bisogno comunicativo e la competenza linguistica. Quindi, in qualità di educatore non devo porre l'obiettivo d'insegnare la lingua italiana 'scollegata' dalla circostanza né tantomeno devo proporre un apprendimento che aiuti la sola conoscenza della lingua senza facilitare la capacità di saper usare quella stessa lingua nei vari contesti, nelle varie situazioni socio-relazionali. Il *metodo* acquisibile in questo senso allora è quello *situazionale* dove come docente dovrei cercare di realizzare concretamente situazioni nelle quali il mio alunno può essere in grado di esperire situazioni comunicative utili per poi interiorizzare regole linguistiche, sociali e culturali. Questo tipo di approccio può essere utile anche per supportare la comprensione, da parte della persona straniera, del contesto in cui si trova, dell'organizzazione e dello scopo di molte azioni che altrimenti potrebbero essere subite passivamente o peggio ancora contestate perché non comprese. Si perché si deve immaginare che l'insegnamento della lingua italiana è rivolto ovviamente non solo all'alunno/paziente ma anche al nucleo familiare che lo accompagna e che solitamente si trova a fianco al lui durante le 'lezioni'; se possibile (e vantaggioso per il bambino) è opportuno

coinvolgere i presenti perché crea complicità, alleggerisce gli umori, attiva riflessioni e pensieri anche su altre dimensioni relative alla cura del proprio caro.

In tutti questi processi attivati, non è mai ignorabile l'aspetto emotivo e sentimentale direttamente implicato nell'esperienza, probabilmente più complessa e dolorosa che quell'alunno/paziente sta vivendo. L'*approccio umanistico* propone di porre massima attenzione a tutti gli aspetti legati all'affettività, alla disponibilità psicologica ed emotiva del cosiddetto apprendente; anche le neuroscienze hanno dimostrato che l'apprendimento efficace si compie in situazioni affettivamente positive, quando le esperienze vissute e le proposte ricevute si realizzano in circostanze che suscitano emozioni e ricordi positivi. Queste considerazioni rendono il nostro mandato, in qualità di docenti ed educatori ospedalieri, ancora più complesso poiché l'ospedalizzazione ovviamente non avviene mai in condizioni di serenità e l'aspetto e l'equilibrio emotivo è a dir poco complesso e compromesso da innumerevoli situazioni che rendono le circostanze preoccupanti, tristi, fonte di arrabbiatura, frustranti, dolorose ecc.. L'attenzione alla dimensione psicologica e soprattutto a quella emotiva è fondamentale; da qui l'ipotesi di acquisire un atteggiamento educativo sostenuto da un *approccio integrato*, una posizione che di fatto prende in considerazione tutti gli elementi positivi e rilevanti concernenti i vari approcci teorici. In questo caso il docente/educatore ha la possibilità, se ben preparato, di rispondere alle specifiche esigenze con adeguate e peculiari proposte educative calibrate nell'intenzione di personalizzare e circoscrivere l'iniziativa educativa al singolo alunno/paziente e al 'suo' preciso momento.

Tecniche glottodidattiche adottabili nella scuola ospedaliera

In considerazione delle specifiche esigenze richieste dalla possibilità di realizzare l'intervento scolastico in ospedale che posso riassumere nelle seguenti:

- necessità di personalizzare l'intervento educativo calibrandolo sul profilo psicologico ed emotivo, socio-culturale, linguistico, familiare nonché sanitario di ogni singolo alunno/paziente
- necessità di organizzare 'sul momento' le modalità di realizzazione di attività, non prevedibili per tempo e spazio ma solo per finalità
- necessità di mantenere un filo conduttore del percorso educativo tracciato, affinché mantenga un senso, sviluppando abilità, conoscenze e competenze di tipo interdisciplinare, ma soprattutto accrescendo le Competenze per la Vita (Life Skills – cfr. OMS dal 1998).

In qualità di docente della scuola primaria devo predisporre, programmare, la possibilità di implementare specifiche attività scolastiche finalizzate all'acquisizione della lingua italiana come L2.

La modalità di approccio sarà regolata dalla specifica esigenza dell'alunno/paziente combinata con la peculiare circostanza vissuta e organizzata all'interno dell'ospedale. Chiaramente posso in modo preventivo predisporre un numero significativo di possibilità operative, così da implementarle sul momento quando possibile e opportuno. La progettazione deve avvenire nel rispetto anche del Quadro Comune Europeo di Riferimento (QCER 2001) che se pur esaustivo, coerente e trasparente non si definisce anche esaustivo e lascia all'insegnante la scelta delle proposte affinché siano adeguate al singolo studente.

In riferimento a percorsi educativi e ai relativi supporti didattici programmabili, finalizzati all'apprendimento della lingua italiana come L2 e proponibili nel contesto scuola in ospedale, posso immaginare l'implementazione di procedure studiate dalla glottodidassi.

La scelta delle *tecniche glottodidattiche* (procedure operative che implicano l'attivazione di situazioni di effettiva comunicazione), affinché sia quanto più efficiente, deve essere condotta secondo alcune indicazioni:

- livello di accettabilità da parte dell'alunno/paziente nel rispetto dunque delle sue esigenze personali espresse sul piano emotivo e psicologico, indicate anche dallo stile cognitivo e dalle strategie personali apprendimento (prevalentemente: visuo-verbale, uditivo, visuo-iconografico, cinestetico);
- la pertinenza rispetto al percorso educativo tracciato; la proposta deve essere coerente con quanto proposto in precedenza e quanto verrà proposto successivamente;
- il formato più adeguato alla circostanza specifica quindi come materiale di testo, orale, iconografico, digitale, ecc.;
- l'informatività cioè la possibilità di verificare l'avvenuta comunicazione, l'efficienza del processo messo in atto.

Come fa ben notare un capitolo delle dispense studiate, l'attività d'insegnamento della lingua 2 e la conseguente programmazione delle tecniche glottodidattiche da implementare, prevede una distinzione operativa per ogni abilità linguistica; questa avviene distinguendole in abilità recettive orali – ASCOLTO, recettive scritte – LETTURA, produttive orali – PARLARE, produttive scritte – SCRIVERE. La difficoltà ha un crescendo dalle abilità orali, partendo dalle recettive a quello scritte. Scrivere è certamente l'abilità più complessa.

Rispetto alle tecniche glottodidattiche proponibili nella scuola in ospedale e relative alle abilità recettive posso prevedere:

- abbinamento: l'alunno deve abbinare dati inclusi nel testo a immagini, parole, frasi numeri ecc. utilizzando testi autentici (nati quindi in lingua italiana per italiani) ma anche supporti multimediali (ad esempio immagini su tablet) e sussidi didattici non strutturati;
- risposta fisica a comandi: a patto che questi siano eseguibili a letto e non siano impediti dallo stato di salute fisica, questo può divenire un'occasione divertente e giocosa per esercitare l'ascolto e di fatto ridere insieme;
- eliminazione progressiva: anche con questa tecnica si possono realizzare situazioni ludiche d'apprendimento poiché data una lista (parole, oggetti, immagini) l'alunno deve eliminare quelle ascoltate o viceversa ... penso per esempio ad una specie di tombola!
- cloze: è una tecnica valida poiché rapida e di facile soddisfazione per chi partecipa che di fatto deve porre attenzione e completare un elemento inserendolo nello spazio vuoto del cloze (letteralmente 'testo bucato');
- trovare l'errore o la differenza fra quanto si ascolta e quel che si vede
- rispondi a domande vero o falso (per esempio con una paletta che funzioni come un semaforo: rosso falso, verde vero), dopo l'ascolto attento.

Più specifiche ed 'evolute' per la lettura, posso prevedere:

- attività di scanning cioè lettura dettagliata, specifica per consultazione rapida d'informazioni;
- lettura orientativa, cioè osservazione preventiva delle informazioni scritte, delle icone, dei colori/marcatori usati;
- attività di skimming cioè di lettura globale;
- attività di attribuzione di titoli, invenzione di domande;
- attività di accoppiamento, incastro, ricostruzione dell'ordine consecutivo di fatti tramite frasi scritte, immagini, disegni ecc..

Le tecniche glottodidattiche relative alle abilità produttive (prima parlare e poi scrivere), implementabili nella scuola in ospedale sono le seguenti:

- descrizione di immagini, persone, luoghi e oggetti coinvolgendo il bambino in attività ludiche e divertenti;
- narrazione orale che può divenire trascrizione di una storia, di un pensiero o una frase da parte dell'adulto presente (che così ha proposto una situazione di modeling nel farsi osservare mentre trascrive quanto dettato dall'alunno);
- drammatizzazione di semplici situazioni realizzabili a letto, canzoni, giochi di parole, filastrocche con gesti semplici ma divertenti;

- giochi di parole con l'intento di porre l'attenzione alle varie tipologie d'associazione (sinonimia, antonimia, iperonimia, iponimia, oppure associazioni concettuali di tipo paradigmatico che sintagmatico);
- interazioni reali a telefono con l'uso di messaggi vocali, messaggi scritti in ricezione o in produzione.

Quest'ultimo punto mi suggerisce di concludere questo excursus di tecniche con una riflessione sul valore o meglio le opportunità che le nuove tecnologie offrono a supporto dei percorsi formativi, educativi e didattici.

L'uso di sistemi che consentono, su vari supporti (pc, tablet, cellulari) la videoscrittura è certamente un aiuto concreto e vantaggioso per la lingua scritta o orale, ascoltata o prodotta; la possibilità di trascrivere 'a pulito', con l'aiuto dei correttori e di possibili inserimenti di immagini, file mp3 e filmati, così come la facoltà di creare ipertesti oppure mappe concettuali che consentano di integrare lingua 2 e lingua madre, rappresentano importanti e vantaggiosi supporti ai processi cognitivi. Questi strumenti consentono di adeguare quanto più possibile la proposta alle esigenze dello studente, alle sue strategie d'apprendimento e nel caso della scuola in ospedale anche rispetto alla possibilità di attivare curiosità e motivazione oltre che concedere una maggiore fruibilità e una facilitazione d'utilizzo.

Gli alunni/pazienti con successo seguono le lezioni che si svolgono in classe tramite Skype ma chiaramente, nel caso degli alunni/pazienti non italofoni ci deve essere stato prima un avvio di relazione, un contatto positivo e costruttivo con un gruppo di compagni di classe.

In ogni caso l'uso di piattaforme formative condivise ma anche più semplicemente software o applicazioni che mettono in condivisione file di ogni tipo e ancora l'uso dei supporti di comunicazione come il cellulare che tramite WhatsApp, Messenger, Twitter e quant'altro offrono la possibilità di chattare, dunque parlare, comunicare attraverso l'invio di vocali (ascoltati o registrati), di messaggi scritti, d'immagini (foto o filmati), rappresentano dei facili, accessibili e stimolanti supporti anche educativi.

Bibliografia

- Balboni P.E., *Tecniche didattiche per l'educazione linguistica*, Torino, UTET, 2003
- Balboni P.E., *Le sfide di Babele. Insegnare le lingue nelle società complesse*, Torino, UTET, 2015
- Brint S., *Scuola e società*, Lavis (Tn), Il Mulino, 2015
- Calvani A., *Multimedialità nella scuola*, Roma, Garamond, 1996

- Capurso M., *Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*, Trento, Erickson, 2014
- Carlioni E., *Il viaggio di Ulis. Corrispondenza interscolastica, cittadinanza e multimedialità*, Ranica (Bg), MCE Edizioni junior, 2009
- Caso R., *Bambini in ospedale. Per una Pedagogia della cura*, Roma, Editoriale Anicia s.r.l., 2015
- De Mauro T., *La linguistica elementare*, Bologna, Laterza, 1998
- Dolci R., Celentin P., *La formazione di base del docente d'italiano per stranieri*, Roma, Bonacci editore, 2000
- Fasulo A., Pontecorvo C., *Come si dice? Linguaggio e apprendimento in famiglia e a scuola*, Roma, Carocci editori, 1999
- Favaro G., *Mille parole. L'italiano per ragazzi ... dalla A ... alla Z*, Tipografia Comune di Firenze, Guerrini e Associati, 2018
- Filippazzi G., *Un ospedale a misura di bambino. Esperienze e proposte*, Milano, Franco Angeli, 2004
- Harris P., *Il bambino e le emozioni*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1991
- Kanizsa S., Luciano E., *La scuola in ospedale*, Roma, Carocci, 2006
- Mastromarco A. (a cura di), *Imparare l'italiano con il metodo TPR*, Prato, Giunti, 2005
- Peccianti M. C., *Insegnare Italiano L2: strumenti di base*, Firenze, Giunti, 2010
- Rivoltella P.C., *Scuola in rete e reti di scuole. Temi, modelli, esperienze*, Milano, Etas, 2003
- Rivoltella P.C., *Neurodidattica. Insegnare al cervello che apprende*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2012
- Serragiotto G., *Le lingue straniere nella scuola. Nuovi percorsi, nuovi ambienti, nuovi docenti*, Torino, UTET, 2004
- Winnicott D. W., *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Roma, Armando, 1965