



## Modelli di leadership per una scuola di qualità

Nell'alveo delle discipline della pedagogia sociale la ricerca si apre all'interno di un contesto specifico: la scuola in ospedale. Il testo analizza la figura del dirigente della scuola dell'autonomia e come egli possa sostenere il cambiamento, valorizzando le risorse umane in qualsiasi contesto ed in particolare in quello specifico della salute dei bambini, senza sacrificarne l'istruzione, ma per farne un cavallo di battaglia che permetta loro di raggiungere la cura del sé e dell'altro. Può un dirigente scolastico, tramite le sue conoscenze e le sue competenze, creare le condizioni per riuscire a sviluppare nei piccoli e giovani studenti/pazienti, quella capacità di saper resistere alle sofferenze e ai traumi?

Roberta Bergamini è dottore di ricerca in Scienze della formazione e Psicologia. Possiede inoltre una laurea triennale in Formatore multimediale e una magistrale in Dirigenza e Pedagogia speciale nei servizi educativi. Attualmente insegna all'Università degli Studi di Firenze presso la Scuola di Studi Umanistici e delle Formazioni in qualità di tutor coordinatore.

ISBN 978-88-548-1123-9



9 788825 511239

10,00 euro

Bergamini Modelli di leadership per una scuola di qualità

ARACNE

Roberta Bergamini

## MODELLI DI LEADERSHIP PER UNA SCUOLA DI QUALITÀ

LA SINERGIA PEDAGOGICA DELLE UNITÀ DISLOCATE  
IN PRESIDÌ PEDIATRICI SANITARI PUBBLICI



AII



Roberta Bergamini

**Modelli di leadership  
per una scuola di qualità**

La sinergia pedagogica delle unità dislocate  
in presidi pediatrici sanitari pubblici





Aracne editrice

[www.aracneeditrice.it](http://www.aracneeditrice.it)  
[info@aracneeditrice.it](mailto:info@aracneeditrice.it)

Copyright © MMXVIII  
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

[www.giacchinoonoratieditore.it](http://www.giacchinoonoratieditore.it)  
[info@giacchinoonoratieditore.it](mailto:info@giacchinoonoratieditore.it)

via Vittorio Veneto, 20  
00020 Canterano (RM)  
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-1123-9

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,  
di riproduzione e di adattamento anche parziale,  
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie  
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: febbraio 2018

# Indice

- 7 *Ringraziamenti*
- 9 *Introduzione*
- 13 **Capitolo I**  
*Una scuola per la qualità e l'eccellenza*
- 1.1. Il paradigma della scuola democratica come scuola di qualità, 13 – 1.2. Il dirigente e la resilienza per la cura del sé: *empowerment, coping, tutori di resilienza*, 17 – 1.3. Il dirigente come fautore della democratizzazione della scuola, 21 – 1.4. Sguardi sincronici sulla dirigenza in Europa: la leadership scolastica in Spagna, 24.
- 29 **Capitolo II**  
*Il nuovo ruolo del dirigente scolastico*
- 2.1. Da direttore didattico a dirigente scolastico: venti di cambiamento, 29 – 2.2. Tra *leadership* e *management*: il dirigente della Buona Scuola (L. 107/2015), 33 – 2.3. Autonomia scolastica e nuovi modelli di *leadership*, 36 – 2.4. Il leader emotivo: il nuovo orizzonte della dirigenza?, 39.
- 43 **Capitolo III**  
*La scuola nei presidi ospedalieri pediatrici*
- 3.1. L'ingresso della scuola in ospedale: dalla Costituzione ad oggi, 43 – 3.2. Il portale del MIUR: la Scuola in Ospedale e l'Istruzione Domiciliare, 49 – 3.3. Tecnologia telematica al servizio della *hospital customers*, 57 – 3.4. Robotica e domotica tra disabilità e disagio, 62.

- 71    **Capitolo IV**  
*L'impianto della ricerca. La metodologia applicata nelle scuole in ospedale*
- 4.1. La metodologia della ricerca sociale, 71 – 4.2. Le scuole ospedaliere oggetto della ricerca presso gli ospedali: Meyer di Firenze, Regina Margherita di Torino, Clinica pediatrica Santa Chiara di Pisa, 76 – 4.2.1. *Scuola in ospedale Meyer di Firenze*, 76 – 4.2.2. *Scuola in ospedale al Regina Margherita di Torino*, 78 – 4.2.3. *Scuola in ospedale al Clinica Santa Chiara di Pisa*, 81 – 4.3. Uno sguardo all'Europa: le aule ospedaliere a Madrid, 83.
- 87    **Capitolo V**  
*I risultati. Le Buone Pratiche nella scuola in ospedale*
- 5.1. La struttura di un buon progetto di rete: “La presa della pastiglia” nella realtà del Meyer, 87 – 5.2. Quando una scuola ha i caratteri di resilienza: la clinica pediatrica dell'Ospedale Santa Chiara di Pisa, 99 – 5.3. Scuola, Università ed Ospedale: alfabeti di speranza dettati dalle ICT in una sincronia di interventi nell'ospedale Regina Margherita e il politecnico di Torino, 103 – 5.3.1. *Il portale della scienza e della scuola*, 107 – 5.4. Madrid e l'Haula ospedaliera: i risultati della ricerca, 109.
- 111    *Valutazioni conclusive*
- 117    *Bibliografia*

## Appendice

- 131    *Allegato 1*
- 135    *Allegato 2*
- 139    *Allegato 3*
- 141    *Allegato 4*

## Ringraziamenti

A fine di questo percorso, arricchente e stimolante, desidero ricordare e ringraziare tutti coloro che, a vario titolo, mi hanno aiutato nella stesura della tesi con suggerimenti, critiche ed osservazioni: a loro va la mia gratitudine. Ringrazio anzitutto la coordinatrice del dottorato professoressa Simonetta Ulivieri per la sua sapiente guida. Ringrazio la professoressa Maria Rita Mancaniello per il suo gentile e accurato supporto e per la sua preziosa collaborazione. Un ringraziamento particolare e sentito va alla memoria del professor Carlo Catarsi, correlatore della mia tesi magistrale, che mi ha sempre incoraggiato a migliorarmi. Infine un ringraziamento personale a mio marito e ai miei figli che mi hanno pazientemente sopportato e supportato.





## Introduzione

Dopo una ventennale esperienza nel mondo della scuola come docente, poi come collaboratrice del dirigente e il conseguimento della laurea Magistrale in dirigenza scolastica sono “approdata” alla scuola di dottorato. In questo mio percorso si è accentuato il bisogno di conoscenza e di sviluppo dei *saperi* pedagogici nel loro insieme e sulla figura del dirigente scolastico nello specifico, processi di conoscenza che trovano la loro canalizzazione in questo elaborato. Il lavoro di ricerca si concentra sulla *leadership* scolastica nella scuola in ospedale e l’obiettivo è di comprendere quali sono le conoscenze e le competenze necessarie al dirigente scolastico che gestisce la scuola in ospedale, per creare le condizioni e realizzare le azioni, per riuscire a sviluppare nei piccoli e giovani studenti/pazienti, quella capacità di saper resistere alle sofferenze e ai traumi, qual è la resilienza. Il *focus* diviene la dirigenza scolastica che si snoda nella scuola in ospedale ed ha come *frame* lo sviluppo delle competenze del dirigente di organizzare, gestire le risorse umane ed economiche per poter realizzare una scuola di qualità, intesa come una scuola di tutti e di ciascuno.

Nello specifico nel primo capitolo si prende in esame il paradigma della scuola di qualità, e di come questa si possa realizzare, anche dando sguardi al passato e sostenendo la tesi della normativa sull’autonomia, in cui si parla della gestione di una scuola efficace, efficiente e soprattutto democratica e aperta a tutti. Una possibilità per realizzare una scuola che garantisca il successo formativo volto all’eccellenza è quella in cui il dirigente può diventare un fattore di resilienza. Perché la resilienza? Già durante gli studi accademici mi sono imbattuta in questo termine, coniato da Emmy E. Werner, una psicologa

americana dell'età evolutiva, la quale fece uno studio su un gruppo di bambini di un'isola hawaiana e analizzò come avessero sviluppato la resilienza, intesa come capacità di reagire al trauma, di risalire, di resistere di riprogettare la propria vita in maniera positiva. Oltre alla Werner mi hanno interessato gli studi di Boris Cyrulnik, il quale, nella sua opera *I brutti anatroccoli* (Cyrulnik, 2002), esaminando gli stadi dello sviluppo psico-affettivo del bambino, mostra come la mente elabori una capacità di resistenza ai traumi (chiamata appunto resilienza).

Nel secondo capitolo si danno sguardi sincroni e diacronici alla figura del dirigente, collocato in un panorama europeo, della sua storia pregressa e dei cambiamenti che si sono attuati nel corso degli anni condizionati da eventi di carattere sociale e normativo, che hanno rappresentato rotture di uno status quo. Si delinea quindi un dirigente collocato nella scuola autonoma e della sua capacità di realizzare nuovi modelli di *leadership scolastica*, anche in relazione all'attuazione degli obiettivi formativi del La Buona Scuola (L. 107/2015).

Nell'alveo delle discipline della pedagogia sociale la mia ricerca si sviluppa in un contesto specifico: la scuola in ospedale. Nel terzo capitolo si vede infatti all'interno di questo contesto la figura del dirigente della scuola dell'autonomia e di come egli possa sostenere il cambiamento, valorizzando le risorse umane in qualsiasi ambito ed in particolare in quello specifico della salute dei bambini senza sacrificarne l'istruzione, anzi per farne un valore essenziale, che permetta loro di diventare resilienti e di raggiungere la cura di sé e dell'altro.

Così ho sentito l'esigenza di approfondire e ampliare questa tematica in relazione alla *leadership* scolastica nelle scuole in ospedale e nel capitolo quarto si delinea l'impianto della ricerca e la metodologia applicata. Le scuole in ospedale dove si effettua la ricerca sono quelle degli ospedali pediatrici Meyer di Firenze, Regina Margherita di Torino, e Clinica Santa Chiara di Pisa. Si dà poi nell'ottica della internazionalizzazione, uno sguardo alle Aule Ospedaliere a Madrid, a partire dal Dipartimento di Educazione e Formazione presso l'Università Complutense di Madrid.

In questo capitolo si è voluto presentare la ricerca e i dati che sono emersi; in relazione a quello che si voleva dimostrare e cioè se un dirigente scolastico possa divenire promotore di sviluppo di resilienza, attraverso i docenti delle scuole ospedaliere, negli studenti stessi ed attuare, tramite strategie educative, organizzative e gestionali, una scuola in ospedale, di qualità. Una strategia, quindi, che porti gli studenti ospedalizzati a superare il momento devastante della malattia, la quale li isola dal resto dei coetanei e della società, per andare verso quello della guarigione o quanto meno una accettazione della malattia, come evento da vivere in modo “sostenibile”. Tutto ciò nell’ottica di una rivalutazione di un sé sano che, dopo la malattia, permetta al soggetto di saper riprogettare la propria vita nella direzione del benessere, inteso come capacità di cura di sé e di cura dell’altro.

Nel capitolo finale, il quinto, si mettono in evidenza i risultati della ricerca che danno rilevanza alle buone pratiche della scuola in ospedale. In questo capitolo si saggia il terreno della ricerca e di quello che emerge dalla metodologia adottata. Infine si fanno delle considerazioni conclusive sulla necessità di valorizzare la *leadership* scolastica per la promozione delle risorse umane e materiali per la qualità della scuola in ospedale, per far sì che bambini o/e ragazzi ospedalizzati si sentano meno soli, e che non si sancisca solo il diritto alla istruzione e il diritto alla salute in ogni condizione, come cita la Costituzione, ma che si offrano anche orizzonti di senso e di speranza per reagire, per resistere al trauma della malattia e per riprogettare percorsi di vita alternativi, resilienti e positivi.



## Una scuola per la qualità e l'eccellenza

Non c'è nulla che sia ingiusto quanto far  
parti uguali fra disuguali.

DON MILANI, *Lettera ad una Professoressa*,  
1967.

### **1.1. Il paradigma della scuola democratica come scuola di qualità**

Subito dopo la seconda Guerra Mondiale, dai principi della Costituzione del 1948 riguardanti l'istruzione e la formazione del cittadino (art. 3, art. 33, art. 34) fino agli anni Novanta si è tentato di costruire il paradigma della scuola democratica aperta a tutti, di tutti e di ciascuno. È il pluralismo culturale che ha permesso la sua realizzazione, definendo i tre orientamenti culturali (cattolici, marxisti, laici) come i soggetti portanti della ricostruzione culturale e politica del nostro paese.

Cavallo di battaglia per la democratizzazione della scuola fu l'obbligo, (già prevista dalla legge Casati del 1859), questo con l'istituzione della scuola media unica rappresentò la soppressione (almeno formale) di quella sorta di *apartheid* della formazione, che vedeva i ragazzi provenienti da famiglie benestanti indirizzati verso il liceo, e futura classe dirigente e i figli degli operai e contadini indirizzati verso l'avviamento al lavoro (manuale) e futuri operai. La ricerca della scuola democratica si ebbe a partire dal Sessantotto, e per tutti gli anni Settanta, venne identificata in maniera dispregiativa come scuola di massa. Sicuramente contribuirono a questa "scuola di tutti" la

trasgressione culturale di Pier Paolo Pasolini e la promozione dell'uguaglianza di Don Milani.

È con i decreti del '74 e la legge 517/77 che si assiste ad un'apertura della scuola sulla società, dalle proposte del Dewey, dal binomio scuola-società si intesse tutta la tela della scuola democratica che vede un cambio di funzione del docente, non più "travasatore" di nozioni, ma professionista conoscitore della didattica e delle scienze dell'educazione. E come tale avrebbe dovuto garantire lo sviluppo delle potenzialità di ciascuno, valorizzare i talenti, e recuperare i ragazzi in difficoltà.

Ed è proprio nei Decreti Delegati che oltre alla nuova figura docente si materializza anche un nuovo dirigente, nel DPR 417/74 e nel T.U. 297/94 si individuano le funzioni del dirigente come quelle di "promozione e coordinamento" delle attività di una scuola "come comunità educante che interagisce con la più vasta comunità sociale e civica" sempre, ma già con il DPR 748/72 si stabilisce la dirigenza statale, paragonando il capo di istituto ad un dirigente dello Stato. Non dobbiamo dimenticare che la figura del preside proviene da quella del docente ed ha come matrice legislativa l'art. 33 della Costituzione.

Anche se rimaneva la traccia della burocratizzazione del ruolo del dirigente ormai la strada era aperta: il dirigente doveva garantire propulsione, controllo, coordinamento e vigilanza per assicurare la legalità dei procedimenti amministrativi. Si materializza la funzione politica del dirigente.

L'istruzione universale è quindi la chiave per sconfiggere la povertà, essa è intesa come qualità dell'apprendimento, come successo formativo. Un'istruzione di qualità, secondo i criteri dell'UNICEF pone attenzione all'esperienza personale degli alunni, all'ambiente scolastico, ai contenuti dell'insegnamento, ai processi cognitivi e formativi e ai risultati dell'apprendimento. Ogni soggetto ha il proprio vissuto personale e la propria identità culturale; ha i suoi talenti e i suoi ritardi, ha esperienze pregresse. L'insegnante preparato ed adeguatamente formato sia inizialmente (preparazione universitaria e tirocini), che in itinere (autoaggiornamento e aggiornamento per l'innovazione)

deve essere sensibile alle differenze personali e culturali degli alunni. Egli dovrebbe oltre a contribuire alla alfabetizzazione dei ragazzi, anche a trasmettere contenuti per far acquisire competenze fondamentali per la vita (*life skills*), per una buona maturazione del senso civico e lo sviluppo della «cittadinanza terrestre» (Morin, 2009).

Nella società di oggi che possiamo definire della conoscenza, la conquista del sapere come capitale intellettuale diventa una condizione necessaria per realizzare la libertà e l'uguaglianza dell'individuo. Il diritto dell'individuo stesso di studiare si delinea come fattore di inclusione sociale e non basta l'apertura delle scuole, ma è necessario garantire un apprendimento di qualità, come elemento di promozione intellettuale e professionale. Grande rilievo acquista il sapere e l'innovazione per il consolidamento dello stato sociale e della democrazia stessa: l'istruzione va di pari passo con il benessere. L'inclusione scolastica e la crescita culturale non rappresentano un aspetto caritatevole, una gentile concessione, ma una conquista dell'umanità.

Nella scuola di oggi si dovrebbe garantire il diritto al successo formativo inteso come promozione umana e sviluppo delle potenzialità di ognuno. Purtroppo però nell'indagine condotta dall'OCSE nel 2011 in trentaquattro Paesi il nuovo indice di misurazione del benessere, il *Better Life Index* (BLI) costruito su undici ambiti tra i quali l'educazione, per valutare il benessere interno lordo di uno stato colloca l'Italia leggermente al di sotto della media europea e mostra i punti più critici nel lavoro e nell'istruzione" (Berlinguer, Guetti, 2014).

Per risolvere almeno in parte questo problema, le forze politiche e sociali dovrebbero prestare maggiore attenzione alla scuola, con investimenti e politiche di promozione e formazione dei docenti, offrire eventuali aiuti alle famiglie per sostenere i figli durante il percorso scolastico e progettare, organizzare e promuovere forme di *Life Long Learning* in un'ottica di continuità diacronica tra i vari gradi e di scuola e sincronica tra la scuola e le altre agenzie educative.



Ho voluto allargare il concetto di qualità alla scuola in ospedale poiché ritengo che la scuola, di qualsiasi tipologia si tratti (carceraria, ospedaliera) abbia un'importanza basilare non solo come fruizione di un diritto sancito dalla Costituzione (il diritto alla formazione e all'istruzione, diritto alla salute), ma anche e soprattutto perché possa essere una ragione di resilienza per i bambini ospedalizzati. È così che il mio lavoro si estende sul dirigente scolastico, e sulla sua capacità di sviluppare la resilienza nelle scuole in ospedale. Egli dovrebbe favorire le condizioni organizzative e strumentali per rendere resilienti i bambini e gli adolescenti ospedalizzati, aiutarli a superare il trauma dello "strappo" dalla vita quotidiana, dell'eccessiva medicalizzazione, della limitazione della propria personalità a seguito dell'ospedalizzazione coatta. Il dirigente scolastico attraverso i docenti come risorse umane e i supporti informatici come risorse materiali dovrebbe condurre i giovani pazienti verso una "ridefinizione" della personalità in chiave positiva e propositiva, dopo il trauma della ospedalizzazione, nell'ottica della cura del sé e della cura degli altri. Sviluppare la resilienza durante l'ospedalizzazione per affrontare in maniera positiva questo momento, che soprattutto per le lunghe degenze può essere deleterio per lo sviluppo della personalità di un bambino o di un adolescente. Infatti

il bambino ospedalizzato ha bisogno di essere accolto come entità attiva e pensante, qualunque sia la sua età [...] affinché possa continuare a sviluppare le proprie capacità cognitive ed emozionali, migliorare le proprie capacità di adattamento alle situazioni di stress, essere convinto che il periodo dell'ospedalizzazione finirà e che i legami affettivi, parentali e sociali, continuano anche se in temporanea assenza, conservare un alto concetto delle proprie capacità e dedicare tutte le proprie energie alla volontà di guarire (Nucchi, 1995).

## 1.2. Il dirigente e la resilienza per la cura del sè: *empowerment, coping, tutori di resilienza*

In fisica il termine *resilienza* indica la capacità di un materiale a resistere se sottoposto a urti o sforzi senza spezzarsi (dal latino *resilio*, tornare indietro, rimbalzare). In psicologia la resilienza indica un processo di risposte che la persona attiva per sopportare le avversità, volte alla ricerca di una migliore condizione con l'attivazione di processi che riorganizzino positivamente la propria esistenza, attuando modalità di comportamento appropriate. Cyrulnik e Malaguti definiscono la resilienza

in modo pragmatico come la capacità di un essere umano o di un sistema sociale di svilupparsi positivamente e proiettarsi nella vita in presenza di difficoltà. Questa resilienza è in primo luogo una capacità di crescita piuttosto che di reazione, e in questo si differenzia in modo sostanziale dalla resilienza meccanica (Cyrulnik, Malaguti, 2003).

La prima a coniare questo termine fu la studiosa di psicologia americana Emmy E. Werner negli anni 80, i suoi studi furono ripresi in Italia da Elena Malaguti, docente di pedagogia speciale all'Università di Bologna, componente dell'Osservatorio Internazionale sulla Resilienza di Parigi, presieduto dallo stesso Cyrulnik. La studiosa parla di progetti e percorsi che possono essere avviati da genitori, soccorritori, insegnanti.

In presenza di un evento traumatico è opportuno individuare le strategie di *coping*, cioè la capacità di far fronte ad un evento; i processi di *empowerment*, ovvero l'accrescimento e l'acquisizione di competenze, e il processo di resilienza, vale a dire la ripresa evolutiva (Malaguti, 2005).

Associato alla resilienza il concetto di *empowerment* che designa la capacità di padroneggiare una situazione e un sentimento di potere sull'ambiente, connesso dal riconoscimento da parte della persona delle proprie competenze in quel particolare ambito: autostima, aiutare le persone a sviluppare le proprie forze

abilità e competenze per mobilitare le proprie risorse verso la conquista del potere.

Il concetto di *coping* (Lazarus e Folkman), indica l'insieme degli sforzi emotivi e comportamentali destinati a dominare, ridurre o tollerare le esigenze interne od esterne che minacciano o superano le risorse dell'individuo. *Coping* può essere definito quel processo con cui una persona, attraverso un'autovalutazione delle proprie capacità e delle motivazioni personali, fa fronte ad una situazione stressante ed è capace di dominarla. Non bisogna confondere il *coping* con i meccanismi di difesa, poiché essi corrispondono a dinamiche inconscie e sono legati a conflitti intra-psichici, mentre le strategie di *coping* sono caratterizzate dall'essere coscienti, ed orientate verso la realtà esteriore e scatenate da un avvenimento. In pratica tali strategie si materializzano in azioni messe in atto dalle persone per adattarsi o risolvere situazioni difficili. Il *coping* non va comunque confuso con la resilienza vera e propria la quale, secondo Cyrulnik, dovrebbe svolgersi in tre momenti:

- modalità di resistenza al trauma e dunque alla capacità di far fronte;
- capacità di continuare a svilupparsi ed aumentare le proprie competenze malgrado la situazione avversa;
- ed infine riorganizzazione positiva della vita.

In poche parole è la capacità di resistenza dell'individuo innescata dall'impatto con il trauma e si unisce alla voglia di trasformazione, di passaggio verso una situazione più vantaggiosa. La resilienza non si esaurisce nella mera resistenza al trauma, ma si profila come una vera e propria "ri-costruzione" di un percorso di vita nuovo e positivo.

La resilienza è anche un progetto che ci permette di ricercare dentro noi stessi le soluzioni più adeguate ai problemi. Esso vede coinvolti non solo il resiliente, ma anche altre persone che possono aiutarlo a superare momenti difficili, ad avere quindi fiducia nelle proprie risorse e nelle capacità di riorganizzar-

si e riorganizzare la propria rete personale, sociale (tutori di resilienza).

Un messaggio positivo, quello della resilienza, secondo cui anche dopo le esperienze più dolorose l'essere umano può riuscire a ricostruire la propria felicità e il proprio equilibrio. Esaminando gli stadi dello sviluppo psicoaffettivo del bambino Cyrulnik mostra come la mente elabori una capacità di resistenza ai traumi, ovvero un meccanismo di difesa che consente non solo di ridurre il malessere ma anche di riprendere la propria evoluzione psicofisica (Cyrulnik, 2003).

Sicuramente la malattia e l'ospedalizzazione rappresentano un trauma soprattutto per bambini e adolescenti, la resilienza nell'ospedale dovrebbe essere considerata come un processo dinamico di sviluppo che presuppone non solo il resistere alle avversità ma anche adattamento positivo in uno o più campi di competenza. Campi che potrebbero essere valorizzati anche dall'uso dell'ICT<sup>1</sup>, in particolare la domotica e la telematica per i ricoveri domiciliari e in ospedale. Incrementare quindi l'uso di tecnologie digitali informatiche e la robotica attraverso la quale sono già stati attivati progetti molto interessanti volti proprio a far acquisire la resilienza nei ragazzi ospedalizzati.

La robotica creativa è una disciplina che da alcuni anni si è venuta strutturando nell'ambito della didattica "differenziata" della scuola in ospedale. La scuola in ospedale, che già di per sé è un'istituzione prioritariamente inclusiva, garantisce il diritto al gioco e allo studio dei minori in condizione di malattia, contribuendo al "processo di umanizzazione delle cure", come tutore di "resilienza" e strumento di "alleanza terapeutica". È

1. Le I.C.T. (Information, Communication, Technology), che corrispondono all'acronimo italiano T.I.C. È un termine generico che comprende qualsiasi dispositivo di comunicazione o applicazione: radio, televisioni, cellulari, computer, rete hardware e software, sistemi satellitari, così come i vari servizi e le applicazioni ad essi associati, come la videoconferenza e la formazione a distanza. Le I.C.T. secondo la L. 53/2003 consentono una partecipazione efficace ed economica ad ogni tipo di scambio comunicativo, poiché la scuola è il luogo dove si impara a comunicare in maniera, man mano più approfondita, e con le tecnologie si avviano processi di alfabetizzazione graduale, progressiva, consapevole e specializzata.

una disciplina di sintesi, che mutua principi e impostazione teorica dalla robotica educativa, da cui deriva. Persegue obiettivi riguardanti il riciclaggio e allo sviluppo consapevole, stimolando la creatività e favorendo lo sviluppo della “persona” a livello trasversale. Sviluppa e potenzia competenze comunicative e relazionali, promuovendo l’attualizzazione di stili individuali di apprendimento. Ha valenze *transferali* e riabilitative ed è utilizzata come facilitatrice degli apprendimenti curricolari<sup>2</sup>.

L’uso delle ICT potrebbe essere propedeutico a lavori di ricerca sugli aspetti delle patologie che colpiscono i bambini ospedalizzati. Ciò per imparare a conoscerle, soprattutto se colpiti dalle stesse, e a dominarle per sconfiggerle. Un aspetto resiliente potrebbe essere anche quello di stimolare e motivare la volontà di guarire e comunque di collaborare con il personale medico per questo scopo. Vorrei poter dimostrare se un leader educativo possa, con adeguati interventi, attivare la resilienza nelle scuole in ospedale ed ottenere una scuola di qualità, dove lo studente acquisisca un orizzonte di senso nella cura del sé e dell’altro. Cura intesa quindi come paradigma formativo di crescita e di sviluppo o meglio come afferma Cambi

La specificità della cura in pedagogia sta proprio in questa sua polivalenza sovraordinata o all’educare e al formare [...] la cura pedagogica sta sempre in quell’iter dinamico drammatico dell’educarsi / formarsi e dell’educare / formare, e ne porta *ab imis* i segni. E sono i segni della tensione e della ricerca, esaltati proprio da un processo che non è mai determinato a priori, bensì sempre aperto e (indeterminato) su se stesso (Cambi, 2010).

2. Tratto dalla Rivista on line «Education 2.0».

### 1.3. Il dirigente come fautore della democratizzazione della scuola

In Italia, fino al 2001, la figura del Capo di Istituto era suddivisa nei ruoli di Preside, per dirigere una scuola secondaria di primo e secondo grado e di Direttore Didattico, per dirigere una scuola primaria. Ma già allora, la figura del preside burocrate stava sfumando, proprio per effetto dei Decreti Delegati del 1974 ove si affermava l'esistenza di una scuola come comunità educante che prendeva ispirazione dal filosofo e pedagogista statunitense J. Dewey. Essa si basava sull'attivismo pedagogico, che partiva dagli interessi del bambino ed arrivava a sviluppare il senso della socialità. Prima di allora il sistema scolastico era strutturato in senso centralistico, con le singole scuole gestite con autoritarismo, prive di autonomia e configurate come ramificazioni sterili di un'amministrazione centrale unica.

A seguito della legge sull'autonomia scolastica<sup>3</sup> oggi il dirigente scolastico, inquadrato nei ruoli della dirigenza pubblica (area V), è responsabile della gestione delle risorse finanziarie e strumentali e dei risultati del servizio. Nel rispetto delle competenze degli Organi Collegiali appartengono al dirigente «autonomi poteri di direzione, di coordinamento e di valorizzazione delle risorse umane e di quelle strumentali». In particolare il Dirigente organizza «le attività secondo criteri di efficienza e di efficacia ed è il titolare delle relazioni sindacali» (legge 165/01).

In pratica il dirigente scolastico ha ricevuto poteri sempre più ampi con l'autonomia scolastica e si è gradualmente trasformato da burocrate in Manager e da manager in leader. È colui che esercita la *leadership* che indica la rotta. Come afferma Xodo (2010) «il manager è colui che fa le cose, il leader è colui che le fa bene». Poiché il termine manager può evocare una visione aziendalistica tipica di una logica di mercato competitiva

3. Legge n. 59 del 15 marzo 97, art. 21, comma 6 "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle ragioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa".

e priva di valori, possiamo dire che la miglior definizione del dirigente scolastico, oggi, sia proprio quella di *leader educativo* orientato al cambiamento. Il vero leader educativo deve essere capace di motivare e coinvolgere le persone, “cognitivamente” ed emotivamente, cercando di appagare bisogni di autostima e senso di appartenenza nella condivisione di un progetto futuro volto, nel suo caso, al conseguimento di obiettivi di eccellenza, efficacia ed efficienza per tutti gli *utenti* della scuola. Altro aspetto importante dovuto sempre agli effetti della legge n. 59 del 15 marzo 1997 è stato quello di dotare le scuole di personalità giuridica, rendendo il dirigente scolastico sempre più autonomo e facendogli acquisire un ruolo sempre più specifico nell’area dirigenziale, che si realizza nella direzione, nel coordinamento, nella gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali, in sinergia sia con gli Organi Collegiali che con l’Amministrazione scolastica periferica.

Egli è inoltre garante e responsabile della libertà di insegnamento dei docenti (art. 33 della Costituzione Italiana), della libertà di scelta educativa dei genitori e del diritto all’apprendimento degli alunni. È in base a questo che promuove interventi per garantire il successo formativo, attiva forme di collaborazione con le agenzie educative presenti sul territorio e cura l’attuazione del Piano dell’Offerta Formativa per il conseguimento degli obiettivi didattici e formativi dell’istruzione. Ciò gli ha conferito maggiori poteri di gestione che prima aveva l’amministrazione periferica dello stato (Regioni, Enti Locali).

Il dirigente scolastico si colloca quindi in una “rete” di attori istituzionali, di utenti diretti (gli studenti, docenti, personale ATA) ed indiretti (famiglia e società). Indubbiamente le funzioni del dirigente sono state estese e modificate dalla legge sulla autonomia e da quelle che l’hanno succeduta (D.P.R. 275/99): le sue attività spaziano dagli aspetti organizzativo-amministrativi, a quelli più marcatamente didattico-pedagogici, dalla gestione dei rapporti con i gruppi sindacali e gli Organi Collegiali al confronto fattivo con gli Enti Locali e le diverse realtà istituzionali, culturali e socio-economiche operanti sul territorio, dal

coordinamento e dalla valorizzazione delle risorse umane, alle responsabilità circa le condizioni di salute dei lavoratori.

Una scuola autonoma si caratterizza innanzitutto come scuola responsabile verso la comunità che la esprime, in quanto valorizza gli operatori che vi lavorano, per le risposte flessibili e sensibili verso i bisogni di domanda delle famiglie e degli utenti. Una scuola autonoma è responsabile, quando riesce a dimostrare la sua affidabilità nei confronti dei soggetti sociali che vedono garantiti i loro progetti e i loro fini. L'autonomia è stata forse vissuta più come un evento istituzionale, un fatto giuridico e amministrativo e normativo.

Considero il fatto di quanto sia importante l'autonomia sopra descritta per un dirigente che ha la responsabilità e dirige una scuola in ospedale. Anche e soprattutto in questo caso l'autonomia organizzativa è finalizzata alla realizzazione della flessibilità, della diversificazione, dell'efficienza e dell'efficacia del servizio scolastico. Tutto questo con connotazione maggiori rispetto alla scuola in contesti normali, in quanto quella in ospedale rappresenta per bambini e i ragazzi ospedalizzati una «palestra di esercizio intellettuale quotidiano» (Nucchi) (che l'ospedalizzazione non deve interrompere). Proprio perché il ricovero rappresenta l'interruzione brusca di abitudini come quella del lavoro, dello studio, dell'attenzione, dell'esercizio mentale all'osservazione e alla riflessione, è importante garantire, a maggior ragione perché più vulnerabili, la frequenza della scuola anche ai piccoli pazienti, sradicati dal loro ambiente e dalla loro quotidianità. Secondo le possibilità lasciate dall'evoluzione della patologia in atto è necessario che continui l'impegno di studio, di esercitazioni, di compiti per far sentire il bambino meno ospedalizzato e per non interrompere l'abitudine al lavoro intellettuale.



#### 1.4. Sguardi sincronici sulla dirigenza in Europa: la leadership scolastica in Spagna

L'Europa ha cominciato ad affrontare il tema relativo alle problematiche educative, formative e valutative a partire dagli anni Novanta: con i Libro Bianco di Delors (1993) e di Cresson (1995) si cominciarono a preparare terreni fertili per l'attivazione dei programmi europei (Leonardo, Socrate, Minerva). Con il Consiglio di Lisbona del 2000 si delineano interventi sinergici sui metodi, sui tempi, sui criteri e sugli indicatori da adottare che ebbero come obiettivo quello di trasformare l'Unione Europea nella economia più competitiva e dinamica del mondo attraverso un metodo di coordinamento aperto. Nella Comunicazione della Commissione Europea del 3 luglio 2008, intitolata *Migliorare le competenze per il 21° secolo*, in relazione alla cooperazione europea in materia scolastica, è stato posto in evidenza come le scuole in Europa, divenute "organizzazioni sempre più complesse ed autonome", abbiano bisogno di capi d'istituto che sappiano coniugare gli aspetti di management scolastico del loro ruolo con quelli di una leadership focalizzata sull'apprendimento. Al fine di sostenere gli Stati Membri nell'attuazione delle conclusioni del Consiglio Europeo in merito allo sviluppo delle competenze del personale scolastico, la Commissione propone, tra le altre cose, di incentrare la futura cooperazione sul miglioramento del processo di reclutamento della dirigenza scolastica e dotarla dei mezzi necessari per concentrarsi sul compito di migliorare l'apprendimento degli studenti e sullo sviluppo del personale scolastico. Nelle Conclusioni, la Commissione sottolinea come la presente comunicazione individua i settori in cui saranno necessari cambiamenti anche radicali se vogliamo che le scuole europee preparino pienamente i giovani alla vita di questo secolo.

Nella Comunicazione Europea sopra citata si mette in evidenza la forte rilevanza dei capi di istituto, del loro importante contributo per la realizzazione di una scuola concorrenziale e al passo con i tempi, che sappiano unire gli aspetti di *management* con quelli della *leadership* per raggiungere l'obiettivo di una

scuola competitiva (che migliora le competenze) e al passo con i tempi. Si auspica la collaborazione con gli stati membri e la Commissione Europea consiglia di incentrare la collaborazione per migliorare il processo di reclutamento della dirigenza scolastica e di fornirle mezzi per valorizzare le risorse umane (sia studenti — e le loro famiglie — che docenti che personale scolastico in genere) per rendere possibile il realizzarsi di una scuola di qualità: democratica, inclusiva, che promuove verso la vita e il futuro. In questa ottica, allargata sull'Europa, che questa ricerca prende in esame gli aspetti della dirigenza in Spagna. Parte dall'Università Complutense di Madrid Dipartimento di scienze dell'educazione, dove si formano i docenti e dove ho avuto di incontrare il vicedecano José Antonio Alvarez, il direttore del *Departamento de psicología evolutiva y de la Educación*, e alcuni dirigenti che fanno capo alla scuola in ospedale per un *focus group*, dal quale sono emersi importanti dati sulla leadership scolastica in Spagna.

In Spagna Director è il termine che indica il capo di istituto per tutti i livelli educativi, ad eccezione di quello universitario. Il Director ha, come gli insegnanti, lo status professionale di dipendente pubblico. Per accedere alla procedura di selezione per la posizione di Director sono necessari i seguenti requisiti:

- avere un'anzianità di servizio di almeno 5 anni come insegnante di ruolo (Maestros, Profesores de Enseñanza Secundaria, Profesores Técnicos de Formación Profesional);
- aver insegnato per almeno 5 anni in una qualsiasi delle aree disciplinari offerte dall'istituto per il quale si apre la selezione;
- insegnare presso un istituto pubblico del livello e del tipo corrispondente da almeno un anno al momento della pubblicazione del bando;
- presentare un progetto di gestione dell'istituto educativo che includa, fra l'altro, gli obiettivi, le linee di attuazione e una valutazione del progetto stesso.

Il Director è scelto e nominato attraverso una procedura di selezione alla quale partecipano gli insegnanti di ruolo del livello educativo specifico e del tipo di istruzione offerta dall'istituto che andrà a dirigere. La selezione, che coinvolge la comunità educativa e le autorità educative delle singole Comunità autonome, tiene conto dei meriti accademici e professionali dei candidati, così come dell'esperienza e della valutazione positiva del lavoro che essi hanno svolto in precedenza ricoprendo ruoli manageriali o di insegnamento. Preferenza viene data a coloro che hanno insegnato nell'istituto per il quale il posto è vacante. La scelta viene svolta da una commissione composta da rappresentanti delle autorità educative e, almeno dal 30% dei rappresentanti dell'istituto (il 50% deve appartenere all'assemblea degli insegnanti). Le autorità educative delle diverse Comunità autonome determinano il numero totale dei membri che costituiscono la commissione e le percentuali dei rappresentanti. Le stesse autorità stabiliscono i criteri e le procedure da applicare nelle selezioni. I candidati selezionati dovranno completare un programma di formazione iniziale specifica. Le autorità educative nominano Director dell'istituto, per un periodo di 4 anni, colui che ha superato con successo questo periodo di formazione iniziale. La nomina può essere rinnovata, per uguale durata, a coloro che ricevono una valutazione positiva alla fine dei 4 anni. Per quello che riguarda la formazione iniziale questa è specifica, organizzata dalle autorità educative delle singole Comunità autonome, ed è per coloro che hanno superato la selezione per ricoprire il posto di Director. I contenuti di questa formazione variano a seconda della Comunità autonoma ma, in genere, sono previsti corsi teorici su compiti specifici della funzione manageriale, come la gestione amministrativa, finanziaria e delle risorse umane, e una parte pratica. Sono esentati dalla formazione coloro che hanno già un'esperienza di gestione di almeno due anni. La formazione in servizio è facoltativa e può svolgersi attraverso la partecipazione a corsi, seminari e congressi. In Spagna, l'autonomia organizzativa, pedagogica ed economica degli istituti pubblici

e dei *centros concertados* (istituti privati finanziati con fondi pubblici), è esercitata attraverso una serie di organi di gestione, di coordinamento pedagogico, controllo e partecipazione. Il *Director* è un organo di gestione individuale; insieme al Capo degli studi, al Segretario e alle eventuali altre figure istituite dalle autorità educative delle singole Comunità autonome, costituisce l'*Equipo Directivo* (équipe direttiva), con un ruolo consultivo e di coordinamento. Accanto agli organi di gestione individuali, il Consiglio di istituto e l'Assemblea degli insegnanti costituiscono gli organi collegiali di controllo e partecipazione nella gestione. Negli istituti pubblici, il *Director* è il rappresentante dell'autorità educativa nell'istituto e, quindi, assicura l'applicazione della normativa vigente ed è responsabile del rilascio di certificazioni e documenti. Come massima autorità all'interno della scuola, gestisce il personale assegnato all'istituto e convoca e presiede le riunioni degli organi collegiali. Il *Director* è anche responsabile dell'esecuzione delle decisioni adottate dagli stessi organi collegiali, e della gestione del *budget*, autorizza le spese e il pagamento degli ordini, stipula i contratti per la manutenzione delle attrezzature, per i servizi ecc. Inoltre, ha il compito di promuovere la convivenza all'interno dell'istituto, di risolvere i conflitti e applicare le misure disciplinari agli studenti, secondo le disposizioni stabilite dalle autorità educative e dal regolamento interno dell'istituto. Deve promuovere i processi di valutazione interna e collaborare alle procedure di valutazione esterna. Infine, previa consultazione con gli organi di controllo, formula proposte all'autorità educativa per la nomina o il congedo del Capo degli studi e del Segretario. Insieme a tutta l'équipe direttiva, è responsabile della redazione del *proyecto* educativo (documento della scuola che ne presenta la struttura e gli obiettivi pedagogici), della *programación annual* (documento della scuola sulla programmazione organizzativa dell'istituto per ogni anno scolastico) e dei *proyectos curriculares* (documenti della scuola nel quale sono stabiliti gli obiettivi, il contenuto e i criteri di valutazione del curriculum). Per la sua attività di gestione, il *Director* viene retribuito in modo diver-

so a seconda della responsabilità e impegno che gli vengono richiesti, in accordo con l'autorità educativa di riferimento. Il Director è valutato al termine del suo mandato di 4 anni, al fine dell'eventuale riconferma per un periodo equivalente. I criteri e procedimenti di questa valutazione sono pubblici e le autorità educative possono stabilire dei limiti massimi per il rinnovo della nomina. Coloro che ricevono una valutazione positiva, inoltre, ottengono un riconoscimento personale e professionale nei modi stabiliti dalle autorità educative delle rispettive Comunità autonome; infine, finché sono in servizio e sulla base di condizioni diverse poste dalle singole autorità educative, possono continuare a percepire una parte della retribuzione aggiuntiva che era stata riconosciuta per il carico di lavoro da Director secondo percentuali, condizioni e requisiti che variano a seconda della Comunità autonoma di riferimento.

## Il nuovo ruolo del dirigente scolastico

Il leader è, prima di tutto, il custode della mèta, colui che ricorda ed indica a tutti dove si deve andare, e controlla che la rotta venga tenuta. Egli trasmette, ad ogni livello dell'organizzazione, il senso della missione, il significato del compito e il senso del dovere. E per farlo deve crederci profondamente.

ALBERONI, *L'arte del comando*.

### **2.1. Da direttore didattico a dirigente scolastico: venti di cambiamento**

Prima degli anni '70 il profilo del direttore/preside si perde in funzioni prettamente burocratiche e di controllo. Tale figura era figlia di un sistema educativo provvisto di caratteristiche centripete e pesanti gerarchizzazioni: il maestro si trovava nella parte più bassa della piramide sociale. Al vertice della piramide stava il ministro della Pubblica Istruzione, il quale *deus ex machina* incardinava la scuola, i suoi operatori e i suoi utenti in una demiurgica prospettiva, volta a creare sudditi consenzienti e rassegnati. E come il "letto di Procuste" la scuola aveva docenti e studenti tutti della medesima statura, né più alti, né più bassi, ma della misura giusta per compiacere un'amministrazione scolastica impersonale e accentrata.

Possiamo riassumere la storia della dirigenza scolastica in quattro passaggi che ripercorrono poi i passi della Legge Casati (1859), della Riforma Gentile (1929) dei decreti delegati del 1974

e infine della legge di riforma del 1997. Per la legge Casati il capo d'istituto era solo il preside della scuola secondaria e al quale non si richiedevano grandi capacità manageriali, se non quella di possedere qualità morali che gli potessero permettere di governare la gioventù. Nella scuola elementare non era prevista la figura del direttore o preside, erano i comuni di appartenenza che potevano nominare un sorvegliante o istituire una commissione di ispezione. Nell'idea generalizzata e comune il capo d'istituto era comunque colui che governava e garantiva la diffusione capillare nella scuola della laicità piemontese.

Successivamente la riforma Gentile all'art 12 del R.D. 6 maggio 1923, n.1054 recitava che

a capo di ogni istituto è un preside che ne ha il governo insieme con il collegio dei professori [...] I presidi sono scelti dal ministro tra i professori ordinari provveduti di laurea con almeno un quadriennio di anzianità di ordinario.

Dal termine “scelta” si evince un reclutamento poco trasparente, ambiguità che poi si amplia anche dal fatto che le donne venivano a priori escluse dal ventaglio dei possibili candidati. Con un'ulteriore circolare nel maggio 1923 il ministro inasprisce il ruolo del direttore/preside passando dall'occhio vigile all'oppressione. Infatti si afferma che i presidi<sup>1</sup> dovevano essere «vigili scolte (sentinelle) che rispettano come cosa sacra, con militare devozione, con obbedienza pronta, assoluta ed incondizionata, la consegna» (Circolare 23/05/1923) ricevuta dal ministro e che a loro volta devono far rispettare dagli insegnanti. La rigidità e cieca stabilità volta al controllo gerarchico mantenne la scuola in un limbo di obbedienza e standardizzazione ai principi fascisti per molti anni. Possiamo dire che i provvedimenti di Gentile

1. Il preside poteva avere anche funzioni ispettive. «Tema. Proprio stamattina è arrivato il signor ispettore, era cattivo perché la bidella non chiude il cancello alle nove e cinque. Appena è entrato in classe ci ha domandato tante cose, ed a ogni discorso faceva ridere. Il signor Ispettore si chiama Alfredo, ha gli occhi celesti e quando si arrabbia nel viso diventa come un gatto [...]» (R. BERGAMINI, *Giovinetta. Storia di una donna di Galliciano 1938-1935*, 2015, p. 48).

rispettavano i principi, non sempre palesati, che costituivano la base del compromesso filosofico politico tra l'idealismo e il fascismo, e dettero vita ad una scuola non tanto fascista, quanto autoritaria e reazionaria, con conseguente gerarchizzazione anche dei *saperi* per la formazione spirituale che ghettizzò la cultura scientifica. La riforma gentile separò di fatto la realtà della scuola dal mondo del lavoro e della scienza.

L'istituzione scolastica risentì poi dell'influenza delle tendenze pedagogiche americane, non è un caso che fu Charleston W. Washburne (1899–1968), dirigente scolastico negli Stati Uniti, divenuto poi sovrintendente delle scuole pubbliche, a dare vita ad importanti esperienze di scuola attiva (Dewey). Fu poi mandato in Italia a dirigere la sottocommissione alleata per l'istruzione pubblica. Ebbe nel 1945 l'incarico dal ministro italiano della Pubblica Istruzione di predisporre insieme ad un gruppo di esperti nuovi programmi per la scuola elementare e materna. Ma questi programmi, seppure altamente innovativi ed aperti ai principi di una pedagogia laico-democratica, durarono solo un decennio. Infatti nel 1955 un nuovo ministro, Ermini, varò altri Programmi, che presero il suo nome. Fu di nuovo una svolta, ma in senso reazionario e restaurativo: la forte influenza della cattolicità fecero figurare, in questi programmi, la religione come *fondamento e coronamento* delle attività didattiche; i timori per un'eccessiva esaltazione della pedagogia "deweyana" che lanciava segnali troppo avanguardistici in una società post bellica ferita e spaventata, fecero sì che si optò per la restaurazione di antichi valori ottocenteschi, obsoleti ma rassicuranti.

A *sdogmatizzare* la scuola intervenne poi il Sessantotto che portò venti di democrazia e di emancipazione, anticipando la lunga scia di conquiste in campo sociale ed economico volte al superamento delle discriminazioni e delle ingiustizie. Nel 1970 cominciò l'iter legislativo dei Decreti Delegati che portò alla legge delega 477 del 1973, la quale a sua volta dette vita ai D.P.R. 416, 417, e 419 che di fatto portarono nella scuola gli Organi Collegiali, i distretti scolastici, nuovi enti per l'aggiornamento e la valutazione, aprendo in maniera sincronica la scuola alla



società. Nel rispetto delle competenze degli Organi Collegiali appartengono al dirigente autonomi poteri di direzione, di coordinamento e di valorizzazione delle risorse umane e di quelle strumentali. In particolare «il Dirigente organizza le attività secondo criteri di efficienza e di efficacia ed è il titolare delle relazioni sindacali» (Legge 165/01).

Per questo il direttore scolastico dovette scendere a patti ed indossare gli abiti del capo di istituto, capo appunto, di una scuola che si stava finalmente avviando ad essere aperta sul sociale, e non più una semplice *enclave*, strumento di segregazione sociale. La scuola a gestione sociale rappresentò un aspetto non solo innovativo, ma anche ormai non più procrastinabile: i tempi erano maturi, dopo l'emancipazione culturale la società italiana, ma anche quella Europea, e ancor prima quella di oltre oceano, furono travolte da nuove ideologie pedagogiche e filosofiche che aprirono la scuola sul sociale. Gli *echi deweyani* e la scuola attiva non si sarebbero estinti tanto facilmente, così come le innovative idee di Don Milani portarono alla focalizzazione e alla visualizzazione di una società, forse un po' utopica, ma democratica ed equa. I semi di quello che noi oggi chiamiamo *Welfare state*, diffusi già nella legislazione assistenziale che prese forma a partire in Italia come nel resto d'Europa, nei decenni a cavallo tra '800 e '900 continuarono a dare i loro frutti. Il superamento di tutti quegli ostacoli che «di fatto limitano lo sviluppo della persona», sviluppo garantito, come «diritto costituzionale, senza distinzione di sesso, di razza, di opinioni politiche», portò ad una società in cui si andava smantellando l'arroganza della burocrazia e del potere in base al censo. Diritto e non carità o gentile concessione, diritto e non paternalistiche “pacche sulle spalle”, ma dignità istruzione e lavoro. La scuola diventò un mezzo di emancipazione sociale, l'istruzione come strumento, come tangente di uscita da una vita chiusa in maniera circolare su se stessa, *ricca sola di povertà*.

Lo sviluppo della democrazia nel mondo occidentale si è alimentato nel corso dei secoli anche attraverso l'importanza assegnata al sapere:

fonte di civiltà, esso ha sostenuto allo stesso tempo idee di libertà e di uguaglianza. [...] La cultura è un bene in sé, una leva insostituibile per la promozione umana, che favorisce il pieno dispiegamento della personalità, rendendola più ricca e più libera (Berlinguer, 2014).

In pratica i Decreti Delegati riscrissero la figura direttiva, *amplificandone* il ruolo e dando una nuova impronta alla dirigenza, a capo di una scuola partecipativa e comunitaria, in virtù anche dei principi di decentramento e partecipazione che mutarono la scuola stessa in “sistema formativo”. Il capo di istituto divenne quindi gestore dei processi complessi che si instaurarono all’interno della scuola. Un capo che si *barcamenava* passando da dimensioni personali a quelle collegiali, cercando di realizzare un equilibrio di ruoli.

Ed infine la ormai nominata e rinominata Legge sull’Autonomia (L. 59/1997 art.21, D.P.R. 275/99) che a distanza di quasi vent’anni dalla sua nascita cerca ancora la sua piena realizzazione. E qui si configura il dirigente scolastico, già delineato e voluto dalla Legge 165/01, un nuovo dirigente che fa capo ad una scuola con personalità giuridica che ha come fari la *mission* e la *vision* che passa da derive di gestioni a manie di onnipotenza. Fino ad arrivare al contrastato ruolo di dirigente disegnato dalla legge 107/2015, che con l’unico articolo che la compone dà vita, con i suoi più di duecento commi, ad una “Buona Scuola”.

## **2.2. Tra *leadership* e *management*: il dirigente della Buona Scuola (L. 107/2015)**

Nell’anno 2014–15 i dirigenti delle scuole statali in Italia erano 7503, i posti 8500, quelli vacanti ricoperti attraverso le reggenze. L’età media dei dirigenti scolastici è di circa 56 anni (così come i docenti della scuola italiana che sono i più anziani in Europa), con una leggera flessione inferiore per le assunzioni degli ultimi anni (concorso 2012) infatti i dirigenti entro i 45 anni erano solo

l'8%. Per dare uno sguardo di genere si nota che è in crescita la presenza femminile nelle fila della dirigenza scolastica (64%) si pensi che nell'anno scolastico 2006/2007 era al di sotto del 40% (Stefano Molina, Fondazione Agnelli).

Ma come si profila oggi il ruolo del dirigente scolastico? Quali sono le sue abilità conoscenze e competenze? Quale modello di *leadership* è ottimale nella scuola di oggi? Si nasce o si diventa dirigenti carismatici? Visto la grande attualità della Legge sul "La Buona Scuola" promossa e fortemente voluta dal governo Renzi vorrei analizzare in questo paragrafo il dirigente in rapporto proprio alla nuova figura che si disegna con la legge 107/2015. Forse per eccessiva critica e una buona dose di populismo molte forze sindacali e politiche hanno tacciato "La Buona Scuola" come una legge che forma il dirigente-sceriffo, la controparte, una sorta di dittatore, che decide della vita degli insegnanti, scegliendoli, di colui che nella scuola fa buono e cattivo tempo. A mio avviso, pur con i suoi limiti, la Legge 107/2015 offre buone indicazioni.

Possiamo dire che già dalle bozze della legge traspare la volontà di potenziare la *governance* nella scuola, che è alle prese con una riforma degli Organi Collegiali; che si apre sempre di più in relazione al ruolo da attribuire ai genitori e ai soggetti esterni per la realizzazione di una collegialità che non va trasformata come autoreferenzialità difensiva, ma che si confronta e si mette in discussione. Si apre tra le righe de La Buona Scuola una dialettica sulla figura del dirigente:

Burocrate, leader o comunicatore? Un po' tutte e tre le cose ma all'interno di un *frame*, di un confine giuridico uno spazio operativo, che garantisca le condizioni di fattibilità di una figura autorevole e decisiva per la qualità della scuola ma al tempo stesso bloccata, incastata tra l'impatto dei dimensionamenti delle scuole, dei percorsi tortuosi, l'araba fenice della valutazione (mancata) le strettoie, le pastoie di sfibranti contrattazioni d'istituto e mediazioni al ribasso nei collegi (PIRRO F., *La contrattazione di Istituto e il fondo delle istituzioni scolastiche*, 2015).

Al comma 78 si legge che

per dare piena attuazione all'autonomia scolastica e alla riorganizzazione del sistema di istruzione, il dirigente scolastico, nel rispetto delle competenze degli organi collegiali, fermi restando i livelli unitari e nazionali di fruizione del diritto allo studio, garantisce un efficace ed efficiente gestione delle risorse umane, finanziarie, tecnologiche e materiali, nonché gli elementi comuni del sistema scolastico pubblico, assicurandone il buon andamento. A tale scopo, svolge compiti di direzione, gestione, organizzazione e coordinamento ed è responsabile della gestione delle risorse finanziarie e strumentali e dei risultati del servizio secondo quanto previsto dall'articolo 25 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nonché della valorizzazione delle risorse umane (L. 107/2015).

Le novità più significative sono dal mio punto di vista contenute nei commi 4, 79, 80 e 127. Il comma 4 dà al dirigente facoltà di definire gli indirizzi per le attività della scuola e delle scelte di gestione e conduzione per quello che riguarda l'elaborazione del Piano Triennale dell'Offerta Formativa. I dirigenti propongono incarichi (la cosiddetta chiamata diretta) ai docenti di ruolo assegnati all'ambito territoriale di riferimento (commi 79 e 80). La proposta di incarico viene dettata in coerenza con il PTOF (Piano Triennale Offerta Formativa) e sulla base del curriculum, delle competenze professionali e di un colloquio.

Nel comma 4 quindi è prevista, anzi legittimata, la facoltà che (ha) viene data al dirigente scolastico di indicare, per l'elaborazione del PTOF, gli indirizzi (prima dati dal Consiglio di Istituto) per l'organizzazione dell'attività didattica curricolare ed extracurricolare, per il potenziamento dell'offerta formativa, ma anche per le attività progettuali (anche) in collaborazione con gli enti e le associazioni del territorio, per la formazione del personale. Le indicazioni del dirigente saranno assoggettate al giudizio di due principali organi collegiali della scuola: il Collegio dei Docenti (elabora il PTOF) e il Consiglio di Istituto (lo delibera).

Ne "La Buona Scuola" al comma 78 sentiamo un forte richiamo ai livelli unitari di fruizione del diritto allo studio. Si

profila un dirigente che garantisce gli standard minimi, il buon funzionamento dell'istituzione scolastica. Nel comma 127 si conferisce al dirigente il compito di valorizzare il merito dei docenti attraverso un incentivo economico (somma di denaro, retribuita dal fondo previsto dal comma 126). I *nodi al pettine* vengono poi nella individuazione degli insegnanti meritevoli, scelta guidata dai criteri stabiliti dal neonato Comitato di valutazione (comma 129).

### 2.3. Autonomia scolastica e nuovi modelli di *leadership*

La legge n. 59 del 1997 «Delega al governo per il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni ed Enti Locali, per la Riforma della Pubblica Istruzione e per la semplificazione amministrativa», detta anche legge Bassanini ha, con l'articolo 21 (modificato poi dalla legge n. 191/98), riscritto lo status della scuola rendendola un'organizzazione con personalità giuridica e facendole declinare vari tipi di autonomia, funzionale, organizzativa, didattica, attraverso la gestione dei quali si fa scuola autonoma, democratica, promozionale. Queste tendenze influiscono anche sulla *leadership* scolastica che si indirizza verso un'apertura più pedagogica, così come la posizione di autorità implica prestazioni di carattere professionale, *esperenziale*, promozionale. La funzione direttiva si sviluppa nell'ottica dell'innovazione razionale. Il ruolo del leader è quello di organizzare se stesso e la scuola che gli viene affidata in vista del cambiamento e per l'innovazione. Come afferma K.M. Tye<sup>2</sup> il passaggio del preside da funzionario amministrativo a detentore della *leadership* lo ha riqualificato come professionista in abilità manageriali anche in senso psicosociale. La sua preparazione dovrebbe quindi esser incardinata sul possesso di attitudini psicodinamiche, di tecniche di interazione e di procedure legate al lavoro scientifico. Da

2. K. TYE, *The principal as a Change Agent*, in *The Principal*, Washington 1970, XLIX.

non trascurare lo sviluppo di autocontrollo, la disponibilità al cambiamento e alla capacità di guidare procedimenti di *problem solving*. Stabilire la *vision* con motivazioni di partenza nella lettura psico-socio-pedagogica, della complessità della società, la richiesta di formazione, la dimensione relazionale, l'approccio alla gestione efficace. Di estrema importanza è il considerare la *mission* come trasformazione delle idee in un'azione sollecitante per cambiare il pensiero astratto in progetto e la sfida di una realizzazione completa. *Vision* e *mission* rappresentano un connubio produttivo, una fusione uno sviluppo di risorse, ma è necessario che il dirigente "abdichi" alla visione e alla missione statalistica ed impiegatizia dell'educazione e dell'insegnamento.

È necessario quindi stabilire un modello organizzativo inteso come un insieme di regole, procedure e modi di agire che definiscono il sistema organizzativo, gestionale e di controllo nella scuola. Ma qual è il modello più consono per una scuola come quella di oggi, una "Buona Scuola"?

Esiste un modello, inteso come ordine di relazioni logico-operazionali trasferibile a vari campi progettuali (Abbagnano, Fornero, 2000), che renda la leadership scolastica efficace, efficiente ed eccellente? Dal mio punto di vista credo che dovremmo accontentarci a partire dalle teorizzazioni di Goleman e della classificazione che fa dei modelli di leadership, ad un modello chiamiamolo *ibrido*, misto, che si avvale dell'integrazione dei alcuni aspetti riscontrabili nei vari modelli. Goleman individua sei modelli di *leadership*: autoritario, visionario, affiliativo, democratico, battistrada, *coaching*. Senza scendere nei particolari di questi modelli possiamo dire che tutti hanno influenze sul modo di operare del dirigente e che uno stile che poteva andar bene anni fa, ora non avrebbe più ragione di esistere. Quindi al di là del modello di stile teorizzato anche Goleman stesso afferma che il miglior leader è quello che adatta il suo stile alle situazioni. Per fare un esempio pratico dello stilo autoritario ricordo che molti anni fa ero una giovane insegnante supplente accadde che una maestra si sentì male, tanto da dover chiamare l'ambulanza, perché (l'allora) direttore didattico le aveva detto

che voleva controllare il suo registro. Sicuramente questa è una chiara manifestazione, un po' estrema, di un modello di leadership autoritario, burocratizzato, che invece di promuovere e incoraggiare i docenti, li terrorizza, paralizzandoli. Ma collocando la stessa situazione ai tempi odierni un preside di questo stampo, invece di veder svenire la docente, si sarebbe preso una denuncia per intimidazione o abuso di potere.

In letteratura esistono molti modelli di *leadership*. Per circoscrivere un po' il campo al dirigente, si ipotizza un modello che offra al capo di istituto una visione sistemica che proietti l'aspetto istituzionale su quello educativo, quello che viene definito, con un neologismo, *educazionale* (Damiano, 2000), che palesa la relazione tra compiti amministrativi e attività pedagogico-didattica. Il leader nella scuola è quindi un leader educativo che deve tener conto dell'aspetto emozionale:

La parte emozionale costituisce, infatti, uno degli ingredienti fondamentali della capacità di decidere. Il modello puramente razionalistico, *anemozionale*, freddo, puntato sul calcolo asettico di costi e benefici, in realtà non funziona. Le emozioni contano, inevitabilmente. E la componente emotiva gioca un ruolo determinante e positivo nelle scelte (Artini, 2004, p. 49).

Possiamo ancora distinguere due principali modelli di leadership, quello *situazionale* e *della contingenza*. La teorizzazione del primo si deve a Herseley Blanchard (2000) e si pone come assioma il fatto che il leader adotta stili di leadership a seconda della situazione. Il modello situazionale può essere scomposto in supportante formativo, delegante e direttivo.

La ricerca analizza i modelli, gli stili della *leadership* dei dirigenti che sono responsabili nella scuola in ospedale. In particolare ho effettuato interviste ai dirigenti delle scuole del Meyer e dell'ospedale di Pisa e al dirigente delle Aula ospedaliera a Madrid al fine di fare un confronto della dirigenza scolastica anche oltre i confini italiani. Dall'analisi delle interviste emerge che lo stile del dirigente emotivo, quello che entra in sintonia neurale con i dipendenti è quello vincente. Infatti emerge dalla

mia ricerca che nella clinica pediatrica dove il dirigente è anche un insegnante di scuola in ospedale c'è un clima molto positivo, di collaborazione e di empatia non solo tra i docenti ma anche tra tutti gli operatori sanitari, le famiglie e i bambini degenti.

#### **2.4. Il leader emotivo: il nuovo orizzonte della dirigenza?**

Ma come si profila allora il nuovo ruolo del dirigente scolastico? non certo sceriffo o controllore. Lo scorso Gennaio ho partecipato al convegno di studi “La Buona Scuola: le prospettive pedagogiche del dirigente scolastico e dell’insegnante” svoltosi a Catania. Nella scuola dell’autonomia democratica spetta il compito di affrontare la sfida del cambiamento culturale, formativo e sociale del futuro attraverso un dirigente e un docente che possa gestire la comunità scolastica intervenendo tra *governance* e didattica. Si ribadisce il forte ruolo del dirigente e degli insegnanti e sono d’accordo sul fatto che il leader che meglio si addice alla scuola di oggi è un leader emotivo, che non significa un dirigente in balia dei sentimenti e delle emozioni, ma colui che esercita una leadership che si fonda su concetti di tipo neurologico: gli stati d’animo, le emozioni e i comportamenti che ne conseguono influiscono positivamente o negativamente sulle persone che dipendono da lui. Ci rifacciamo (al già citato) Goleman, che afferma la grandezza di una *leadership* si fonda su «la capacità di far leva sulle emozioni» (Goleman, 1999), sulla capacità che ha di accogliere flussi esterni che entrino in contatto con le emozioni. Di conseguenza il leader emotivo rappresenta un vero e proprio modello ed esercita la sua influenza sugli stati d’animo e sui comportamenti di chi lo attornia. È dalla capacità di un leader, con il suo spirito e la sua abilità di entrare in relazione positivamente con l’aspetto emozionale e motivazionale lavorando su dei presupposti che non sono direttamente collegati al sistema cognitivo. Il leader emotivo è dotato di “proattività”, cioè la capacità di scegliere e prendere l’iniziativa con comportamenti ed atteggiamenti volti



al raggiungimento di un obiettivo e non semplicemente di reagire alle situazioni. Come afferma Goleman il compito di un leader è quello di innescare sentimenti positivi nelle persone che gestisce, liberando una positività che gratifica e promuove positivamente il soggetto, orientandone così le emozioni. Il suo stato emotivo influenza positivamente o negativamente le persone che lo circondano: se è nervoso e preoccupato il suo stato disfunzionale renderà anche gli altri nervosi; se invece dimostra proattività, fiducia ed ottimismo al contrario genererà tra i suoi collaboratori proattività, fiducia, ottimismo.

È una sorta di ricalco inconscio con il quale si rimanda all'interlocutore, per retroazione, con i comportamenti e le strategie osservate in lui. Le abilità sviluppate sia dal punto di vista personale che sociale e relazionale, devono costituire un buon modello per gestire al meglio i propri stati d'animo e le proprie emozioni, per entrare in relazione con le persone e guidare, indicar loro la rotta, verso direzioni positive non solo per loro ma anche per il sistema di appartenenza. Perciò il leader emotivo dovrà governare la tempesta dei suoi sentimenti e dovrà comprendere, motivare e comunicare con le altre persone. Dovrà essere dotato di una certa consapevolezza sociale, il suo agire, le sue convinzioni devono essere in sintonia con la sua identità e con la sua missione di leader, creando l'eccellenza, un impatto motivazionale ed emozionale sui propri collaboratori e sul conseguimento degli obiettivi.

Il leader emozionale è consapevole ed accetta e favorisce il cambiamento, ha una visione positiva del futuro, un atteggiamento flessibile e disponibile, entra in sintonia con i suoi collaboratori soprattutto da un punto di vista emotivo (Menci, 2012).

Il leader emotivo è quindi a mio avviso figura importante e necessaria, soprattutto nel caso in cui operi in contesti delicati come la scuola in ospedale, un leader capace di individuare e valorizzare le doti dei collaboratori e dei docenti per incrementare il loro *self empowerment*, inteso come senso di

efficacia personale. Direi che l'etica del dirigente nella scuola in ospedale, ma anche nella scuola ordinaria, è una etica della responsabilità e della cura, egli deve essere un professionista della cura, farsi carico dei problemi che emergono a livello organizzativo, ma anche umano e relazionale, senza apparire un patetico "sentimentalone", ma l'artefice consapevole di una scuola democratica e di eccellenza, abile nel gestire e orientare gli obiettivi attraverso la sua intelligenza emotiva, «quella particolare forma di intelligenza che consente di conoscere e governare le proprie ed altrui emozioni, e guidarle nelle direzioni più vantaggiose per l'organizzazione» (Goleman, 1996).



## La scuola nei presidi ospedalieri pediatrici

L'attività didattica rivolta ai bambini ricoverati nelle strutture ospedaliere riveste un ruolo estremamente rilevante in quanto garantisce ai bambini malati il diritto all'istruzione e contribuisce al mantenimento o al recupero del loro equilibrio psico-fisico.

(C.M. 345 del 12 gennaio 1986)

### 3.1. L'ingresso della scuola in ospedale: dalla Costituzione ad oggi

L'ospedalizzazione rappresenta per tutti, e soprattutto per dei bambini, un trauma. Da un punto di vista psicologico il bambino vede la malattia, da cui è affetto, in maniera magica, animista, nel senso *piagetiano*, ma anche per l'adolescente è un momento estremamente traumatico: è sradicato dal suo mondo, minato nel fisico non ancora completamente *consapevolizzato* perché come affermava Rousseau "l'adolescenza è una seconda nascita". C'è bisogno di capire i cambiamenti del proprio corpo che lascia spazio sempre di più alle fattezze adulte modificando ed annientando quelle da bambino. La mente ha difficoltà a stare al passo con le trasformazioni del corpo, e spesso accade che l'adolescente non riesce ad accettare la sua nuova fisicità *in divenire*, l'importanza del giudizio dei pari è così rilevante da essere quasi fatale se negativo, e per contro l'opinione dei genitori, così basilare e indispensabile nell'infanzia, diventa assolutamente insignificante, anzi quasi scomoda e generatrice di

conflitti, nell'adolescenza. Il ragazzo ha bisogno di individuare e seguire le sue «briccole» (Trisciuzzi, 1974), ha bisogno di punti di riferimento che lo conducano verso la vita adulta. Ed ecco che improvvisamente un evento patologico inaspettato lo conduce nel “bosco”, in un luogo ignoto, in ospedale e lui ha «paura del lupo cattivo» (Kanizsa, 1998). La sua attività primaria la scuola, perde tutta la sua importanza, anche i genitori non se ne occupano più, sono troppi concentrati sulla malattia, sul desiderio della guarigione del figlio per ritornare loro stessi alle loro vite, fatte di quotidianità e confortante *routine*. E poi il grande distacco quello più traumatico quello dagli amici. E così spesso l'adolescente ricoverato si chiude in se stesso, rifiuta ogni forma di approccio, diventa taciturno e spesso questo atteggiamento finisce per essere negativo tanto da non permettere l'involgere della malattia.

Prima di proseguire nella trattazione andiamo ad analizzare i vari significati che il termine salute ha avuto nel corso degli anni. Nel passato la malattia veniva vista come un fenomeno magico e religioso, poi con gli antichi greci e Ippocrate la medicina diventa razionale e fondata sull'osservazione. Alla fine del Settecento con la nascita della medicina scientifica nasce il modello bio-medico che si occupa della malattia e non della salute e delle condizioni di vita e lavorative della popolazione. Nel XX secolo si materializza uno specialismo esasperato, che porta a considerare l'individuo focalizzato non in chiave olistica, ma solo nella parte o nell'organo colpito dalla malattia. Non si dà importanza agli aspetti psicologici del paziente ma ci si concentra solo sulla malattia, fine a se stessa, che si cerca di curare.

La concezione attuale del termine *salute* fa riferimento alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) agenzia dell'Organizzazione Nazioni Unite istituita nel 1948 con lo scopo di far raggiungere a tutti i popoli il più alto livello di salute. La salute è definita dall'OMS «stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale e non semplice assenza di malattia» e viene quindi considerata come un diritto fonda-

mentale, intesa come «equilibrio tra diverse componenti che formano una totalità inscindibile per il ben-essere della persona: la componente fisica, mentale, emotiva e relazionale» (Lanzetti, Ricci, Piscozzo, 2008).

Gli Stati dovrebbero quindi eliminare tutti quei fattori che influiscono in maniera negativa sulla salute collettiva, per permettere il pieno ed armonico sviluppo di tutti i cittadini. La salute (come l'istruzione) è vista come un diritto inviolabile sancito anche dalla Costituzione Italiana che già nel 1948 poneva l'individuo in una visione olistica. «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» (art. 32), si parla proprio di collettività perché il soggetto non è isolato nella sua malattia ma viene visto all'interno di un contesto sociale ed economico che lo accoglie. Ed al successivo art. 33 «L'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento» ed ancora all'art. 34, «la scuola è aperta a tutti», affermazione questa che nei lavori preliminari della Assemblea Costituente fu chiarita e palesata da Calamandrei<sup>1</sup>.

Vera democrazia non si ha laddove, pur essendo di diritto tutti i cittadini ugualmente elettori ed eleggibili, di fatto solo alcune categorie di essi dispongono dell'istruzione sufficiente per essere elementi consapevoli ed attivi nella lotta politica [...] Questo sarà nella nuova Costituzione Italiana, il più importante dei diritti di libertà: la scuola, fondamentale garanzia di libertà sociale (Contro il privilegio dell'istruzione, 1940).

Si evince la stretta dicotomia di queste due dimensioni, legate all'individuo, istruzione e salute, che lasciano pensare ad orizzonti di tutela e protezione della libertà.

In Italia la scuola in ospedale si attiva a partire dagli anni Cinquanta, quando in alcuni reparti pediatrici furono aperte sezioni di scuola speciale per fornire aiuto didattico ai bambini ospedalizzati, per evitare che il periodo di ospedalizzazione creasse fratture e discontinuità negli apprendimenti allorché i bambini rientravano, guariti, nella classe e scuola di prove-

1. P. CALAMANDREI, *Per la scuola*, Sellerio Editore, Palermo 2008.

nienza. È poi la C.M. n. 345 del 2 dicembre 1986 che sancisce la nascita delle sezioni scolastiche all'interno degli ospedali, come sezione staccata dalla scuola del territorio. Segue poi la C.M. n. 353 del 1998 che afferma

organizzare la scuola in ospedale significa riconoscere ai piccoli pazienti il diritto-dovere all'istruzione e contribuire a prevenire la dispersione scolastica e l'abbandono.

Per dare maggiore aderenza e contestualizzazione a questo mio lavoro cercherò ora di evidenziare gli altri importanti percorsi giuridici e istituzionali, anche a livello europeo, che hanno reso l'ospedalizzazione dei minori meno gravosa, più umanizzante e maggiormente declinata nell'ottica della tutela e promozione dell'individuo.

Dopo le novità contenute nella Costituzione Italiana (trattata precedentemente) diamo uno sguardo internazionale relativo a questi aspetti: nel 1949 a New York, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite approvò la Dichiarazione Internazionale dei Diritti dell'uomo dando notevole spazio alla salvaguardia, alla promozione e all'educazione dei minori. Poi, sempre a New York, dieci anni dopo, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite riprese il tema dei diritti dell'infanzia con una nuova Dichiarazione sui diritti dei bambini in cui si rivendicava un armonioso sviluppo psicofisico senza discriminazioni e si promuoveva una maggiore attenzione a tutti quei bambini affetti da *handicap* fisico e mentale e alla protezione e tutela da parte dello stato di appartenenza ai soggetti più deboli, come i minori.

Il Parlamento Europeo approvò la Carta Europea dei Bambini Degenti in ospedale (1986) con la quale si rendeva palese il fatto che i bambini ospedalizzati andavano trattati con tatto nel rispetto della loro personalità, minata dalla malattia, e che potessero avere i genitori nei reparti per farli sentire meno soli e abbandonati. Si pose poi l'accento su fatto che avrebbero dovuti essere seguiti da personale preparato e capace di cogliere le loro

necessità, non solo fisiche, ma anche psichiche. E insieme al personale si evidenziò la necessità di creare ambienti arredati e attrezzati secondo le necessità educative e ludiche del bambino ospedalizzato, e molto importante, al diritto di poter continuare anche se ospedalizzato il percorso formativo scolastico, in stretta continuità e coerenza con i compagni coetanei della classe e scuola di appartenenza<sup>2</sup>.

Nel 1988 in Olanda le associazioni di volontariato di alcuni paesi europei, tra i quali l'Italia approvarono la Carta di Leida, Carta di Riconoscimento dei Diritti dei Minori Ospedalizzati<sup>3</sup> dove si afferma la specificità del bambino che non va ricoverato insieme ad adulti, che deve avere la possibilità di giocare e studiare. Il piccolo paziente deve inoltre avere accanto i suoi genitori o adulti di riferimento per tutta la degenza, per creare il meno possibile fratture con il suo mondo familiare, confortante e conosciuto.

Nel 1989 si firmò la Convenzione Internazionale sui diritti dell'Infanzia, nella quale si mise l'accento sul fatto che ogni bambino, disabile o no, avesse diritto ad una vita completa e soddisfacente, promuovendone l'autosufficienza in relazione alla dignità. Proprio l'UNICEF<sup>4</sup> accentua il fatto che la carta dei diritti è anche una carta dei doveri per tutti quei soggetti (genitori, insegnanti, educatori, istituzioni. . .) che a qualsiasi titolo sono responsabili dell'applicazione dei diritti dei bambini.

Per quello che riguarda l'Italia, in relazione all'ospedalizzazione infantile, si fa cenno alle più importanti azioni legislative: nel 1991 il Parlamento italiano ratifica e rende operativa la convenzione dell'ONU (L. n. 276 del 31 dicembre 1991); nel 1997 con le *Disposizioni per la promozione di diritti ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza* (L. 451/97) e in particolare con la C.M.

2. Parlamento Europeo, Carta Europea dei Bambini Degenti in Ospedale, 13 maggio 1986 dal sito [www.indire.it/lucabas/lookmyweb\\_2\\_file/onlus/associazioni/Risoluzione\\_parlamento\\_europeo\\_A3-0172-92.pdf](http://www.indire.it/lucabas/lookmyweb_2_file/onlus/associazioni/Risoluzione_parlamento_europeo_A3-0172-92.pdf).

3. Carta di Leida, Carta dei diritti del bambino in ospedale (1988), reperibile sul sito: [www.profont.net/pro/index.php/pi/article/viewFile/94/94](http://www.profont.net/pro/index.php/pi/article/viewFile/94/94).

4. [www.unicef.it](http://www.unicef.it).



353/98 *Il servizio scolastico nelle strutture ospedaliere* si rendono fruibili i diritti da parte dei bambini con un'applicazione pratica, ma decisa ed istituzionalizzata, nella realtà operativa delle scuole in ospedale. Riporto testualmente:

La scuola in ospedale da evento episodico, legato alla sensibilità di operatori ed istituzioni, deve trasformarsi in struttura scolastica reale ed organizzata, nell'ambito dell'offerta formativa prevista, come esplicitazione possibile dell'autonomia organizzativa e didattica (C.M. 353/98).

Deve inoltre garantire percorsi formativi individualizzati, promuovere l'istruzione degli alunni lungodegenti, personalizzare la dimensione dell'accoglienza, rendere fattibile la continuità diacronica e sincronica dei ragazzi ospedalizzati con le classi di provenienza, ma anche con le altre realtà presenti sul territorio. Infine con la C.M. 43 del 2001 si sigla il Protocollo di Intesa *Tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età e malati* e il Protocollo di intesa relativo a *La scuola in strada e nelle zone a rischio*, questi documenti propongono una serie di strategie per migliorare nell'ottica del benessere la scuola in ospedale. Si afferma che l'attività scolastica è parte integrante della cura, che i docenti devono essere aiutati a gestire il loro ruolo di educatori all'interno di una realtà dove prevale lo sgo-mento e la disperazione, anche con l'istituzione di corsi che dovrebbero essere organizzati dalla struttura sanitaria stessa. Inoltre con questi protocolli si inserisce l'istruzione domiciliare in alternativa, laddove se ne presentino le condizioni, si amplia inoltre la scuola in ospedale ai ragazzi delle scuole secondarie, fino ad allora dedicata ai bambini della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado. Anche se non più in età di scuola dell'obbligo anche i ragazzi ospedalizzati vanno aiutati nel loro percorso resiliente, «per venir fuori dal bosco», dalla malattia e da tutto quello che ne consegue per riprogettarsi, proprio attraverso la scuola e ciò che essa propone, itinerari

volti alla cura del sé e dell'altro, vista anche l'importanza che assume il coetaneo per un adolescente.

Il funzionamento della scuola in ospedale richiede un rapporto programmato in un'ottica di continuità sincronica con i servizi socio sanitari delle Aziende Sanitarie Locali e con gli Enti Locali e diacronica incrementando la collaborazione dei docenti e studenti per ogni grado di scuola. Si evince che l'educazione e la salute, per altro, come visto, diritti sanciti dal dettato costituzionale, siano due aspetti dicotomici e strettamente legati in un'unica direzione che ha lo scopo di sostenere e far crescere il benessere fisico e psichico dei bambini e dei ragazzi ospedalizzati.

Dal portale del MIUR è possibile poi accedere alle notizie sulle sezioni territoriali suddivise per regione riporterò quelle direttamente pertinenti a questo lavoro di ricerca.

### **3.2. Il portale del MIUR: la Scuola in Ospedale e l'Istruzione Domiciliare**

In Italia la scuola in ospedale si attiva a partire dagli anni Cinquanta, quando in alcuni reparti pediatrici furono aperte sezioni di scuola speciale per fornire aiuto didattico ai bambini ospedalizzati, per evitare che il periodo di ospedalizzazione creasse fratture e discontinuità negli apprendimenti allorché i bambini rientravano, guariti, nella classe e scuola di provenienza. È la C.M. n. 345 del 2 dicembre 1986 che sancisce la nascita delle sezioni scolastiche all'interno degli ospedali, come sezioni distaccate dalla scuola del territorio.

Ma per avere un quadro di come sia strutturata oggi la scuola in ospedale e l'assistenza domiciliare faccio riferimento a questa documentazione presentata nel corso del *Workshop nazionale sulla Scuola in Ospedale e a Domicilio oggi*<sup>5</sup> che si è tenuto Roma il 18 marzo 2015.

5. Le seguenti tabelle sono reperibili all'indirizzo: <http://pso.istruzione.it/index.php/forum-173/2-per-iniziare/1471>.

Dalla tabella sottostante si evince che il rapporto docenti alunni delle scuole ospedaliere e istruzione domiciliare è circa di un docente ogni sette ragazzi. E che tale rapporto nella istruzione domiciliare è leggermente maggiore.

**Tabella 3.1.** Scuola Ospedale e I.D. a.s. 13/14.

72765	Studenti
Docenti	1016
141	Ospedali
Scuole Ospedale	240
17	Regioni
Studenti I.D.	1235
3448	DOCENTI I.D.

**Tabella 3.2.** Flusso studenti scuola in ospedale 2013/2014. Riparto regionale numero totale studenti.

Regione	Totale studenti	Regione	Totale studenti
Abruzzo	3546	Marche	1082
Basilicata	648	Molise	0
Calabria	3628	Piemonte	2671
Campania	9722	Puglia	2267
Emilia Romagna	3265	Sardegna	1966
Friuli Venezia Giulia	144	Sicilia	9552
Lazio	5289	Toscana	2371
Liguria	10932	Umbria	534
Lombardia	10626	Veneto	4522

Ancora leggendo le tabelle ed i grafici si palesa il fatto che Liguria e Lombardia sono le regioni che vantano il più alto flusso di studenti nella scuola ospedaliera. Le tipologie di degenza sono rappresentate da queste percentuali:

- 26,45% studenti in *Day Hospital*;
- 57,42% studenti degenza breve (2-7gg);
- 10,46% studenti degenza media (8-15gg);
- 5,67% studenti degenza lunga (oltre i 15gg).

Figura 3.1. Flussi a.s. 2013/2014, suddivisione per tipologia di degenza.

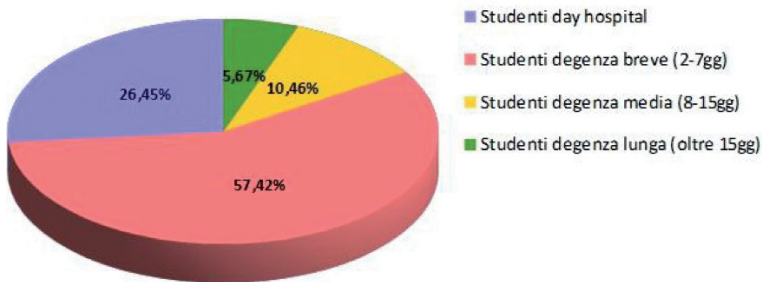


Tabella 3.3. Il numero degli studenti negli anni.

Flusso studenti scuola in ospedale storico	studenti degenza breve (2-7 gg) + DH	studenti degenze media (8-15gg)	studenti degenza lunga (oltre 15 gg)	numero totale studenti
a.s. 2010/2011	59507	9401	5365	74273
a.s. 2011/2012	64140	9632	5061	78833
a.s. 2012/2013	60311	8836	4745	73892
a.s. 2013/2014	61026	7610	4129	72765

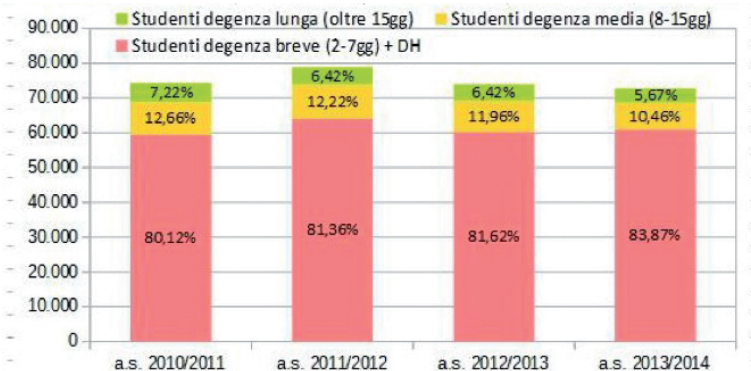


Tabella 3.4. Rapporto tra numero studenti e docenti dedicati.

Scuola in ospedale a.s. 13/14 Risorse Umane	% docenti per ordine	n. docenti ospedalieri T.I. a orario completo	n. docenti ospedalieri T.I. a orario parziale	n. docenti ospedalieri T.D. a orario completo	n. docenti ospedalieri T.D. a orario parziale	n. docenti provenienti da reti	n. docenti provenienti da associazioni di volontariato
Direzione didattica	0,49%	4	0	0	1	0	0
Istituto comprensivo	2,07%	7	8	1	5	0	0
Scuola dell'infanzia	14,37%	126	9	1	7	0	3
Scuola primaria	29,72%	233	25	11	16	0	17
Scuola secondaria 1°	29,53%	94	116	5	56	12	17
Scuola secondaria 2°	23,82%	58	38	5	34	82	25
% docenti per tipologia	100,00%	51,38%	19,29%	2,26%	11,71%	9,25%	6,10%

**Tabella 3.5.** Studenti e docenti in istruzione domiciliare.

Istruzione domiciliare 2013/2014	Finanziamento complessivo erogato
Abruzzo	81.094,00
Basilicata	50.022,71
Calabria	63.535,91
Campania	212.854,24
Emilia Romagna	133.564,40
Friuli Venezia Giulia	39.342,18
Lazio	93.586,68
Liguria	161.913,91
Lombardia	339.560,24
Marche	63.931,54
Molise	0,00
Piemonte	105.557,11
Puglia	190.601,82
Sardegna	28.886,62
Sicilia	113.399,53
Toscana	291.350,01
Umbria	37.049,97
Veneto	279.671,63
<b>Totale</b>	<b>2.285.922,50</b>

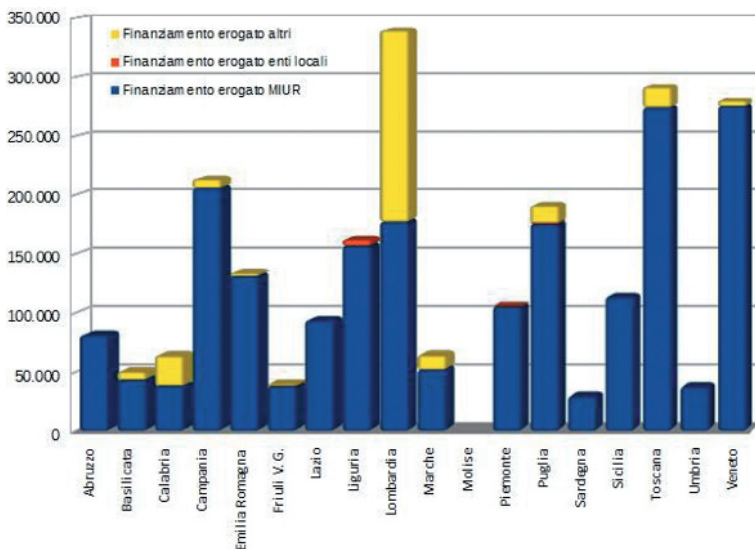
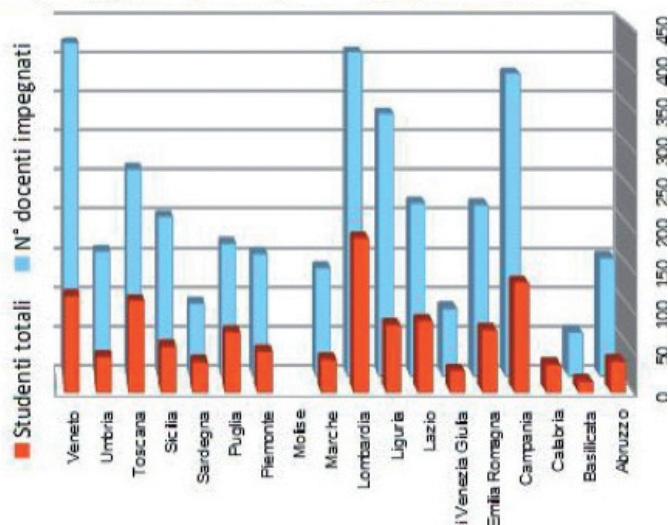


Tabella 3.6

Istruzione domiciliare 2013/2014	n. progetti finanziati	n. scuole che hanno attivato il servizio ID	n. docenti impegnati	studenti totali
Veneto	118	120	421	120
Umbria	40	34	158	44
Toscana	47	53	262	114
Sicilia	56	52	202	57
Sardegna	21	31	92	38
Puglia	73	69	168	75
Piemonte	51	41	155	51
Molise	0	0	0	0
Marche	41	38	137	41
Lombardia	163	170	410	192
Liguria	84	35	332	84
Lazio	74	74	219	89
Friuli Venezia Giulia	20	20	86	27
Emilia Romagna	78	78	217	78
Campania	113	116	383	137
Calabria	32	32	0	35
Basilicata	14	13	56	14
Abruzzo	35	39	150	39
Totale	1.060	1.015	3.448	1.235



In base a questi dati si evince la necessità di chi gestisce la scuola in ospedale e di chi ci insegna di organizzare percorsi didattici flessibili a seconda della permanenza del bambino e dell'adolescente nella scuola. Un percorso in continuità e in sincronia didattica ed organizzativa con la classe di appartenenza. Per questo ipotizzo nel mio lavoro di ricerca il ricorso alle tecnologie per poter permettere ai ragazzi ospedalizzati di restare in contatto, attraverso l'uso delle stesse, con i propri compagni evitando strappi dalla realtà quotidiana.

Le nuove tecnologie possono, pertanto rappresentare un esempio di come tecnologia e diritti integrandosi contribuiscono a migliorare la qualità della didattica, la continuità educativa, l'apprendimento, la comunicazione, la socializzazione e la qualità della vita

il bambino in terapia domiciliare ha la possibilità di continuare ad apprendere, come il bambino ospedalizzato, mediante l'ausilio delle tecnologie e diventare costruttore attivo di conoscenza, come tutti gli altri bambini (Iacolino, Iacolino 2005).

Dalla lettura di questi dati si evince il disarmonico investimento finanziario fatto nelle varie regioni, con punte di eccellenza soprattutto nelle regioni meridionali, l'unica regione esclusa è il Molise. Va comunque sottolineato che gli interventi, sia legislativi, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, sia finanziari come si evince dalle tabelle, hanno permesso un'evoluzione positiva, a livello nazionale, della scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare, servizi che in Italia sono relativamente giovani. Infatti il servizio di istruzione domiciliare per minori colpiti da malattie è oggi presente in tutte le realtà territoriali e riguarda tutti gli ordini di scuola. È una particolare modalità del diritto allo studio, che ogni scuola deve poter offrire a richiesta dei genitori in accordo con il Piano Triennale dell'Offerta Formativa; questo servizio promuove i diritti alla salute e allo studio del bambino malato, anche in ottemperanza alla copiosa legislazione che abbiamo visto nel paragrafo precedente.



L'istruzione domiciliare rappresenta oggi un'opportunità per i bambini affetti da gravi patologie, già ospedalizzati e che sono impediti dalle terapie domiciliari a frequentare la scuola per un periodo di tempo inferiore ai 30 giorni (anche non continuativi). È necessario integrare l'intervento della scuola ospedaliera, con la classe di appartenenza e con le lezioni al domicilio del bambino o ragazzo, per progettare interventi *ad personam* che lo facciano rimanere in contatto con i coetanei.

L'incontro con la malattia, con il *lupo cattivo* e le paure che questo sprigiona (Kaniska, 2004) può essere esorcizzato dal gioco. L'aspetto ludico, non solo a casa, ma anche all'interno dell'ospedale è di vitale importanza, può rappresentare un forte fattore di resilienza nei bambini ammalati. Esso presenta elementi cognitivi è un'opportunità di conoscere di gestire il mondo, quello ospedaliero, dove i bambini sono stati improvvisamente catapultati. Il gioco per riaprire spazi che si erano chiusi nel momento dell'ospedalizzazione, il gioco come fattore resiliente che contribuisce a far superare le soglie del dolore, non solo fisico ma anche psicologico. Il gioco che come afferma Winnicott

è uno spazio intermedio, che non si trova né dentro né fuori, nel mondo della realtà condivisa: rappresenta un luogo sicuro [...] dove si può giocare con la realtà rimodellandola a proprio piacimento con l'aiuto della fantasia (Winnicott, 1975).

Il gioco declinato quindi, in tutte le sue espressioni, da quello fisico a quello virtuale sui nuovi supporti informatici (in ospedale o in casa). Quest'ultimo può permettere un'evasione verso orizzonti di puro divertimento: indossare una armatura da guerriero, guidare una macchina sportiva "a tutta birra" nella città virtuale, tutto ciò è importante a patto però di ritornare rinforzati e resilienti nei propri pigiami. Di nuovo le tecnologie possono rappresentare un fattore resiliente nei bambini sofferenti.

### 3.3. Tecnologia telematica al servizio della *hospital customers*

Il ricovero, come visto in precedenza, rappresenta un evento traumatico, non solo per il bambino ma anche per la sua famiglia. Questa reagisce in tre maniere diverse: fase di *shock*, che può provocare un completo annientamento della famiglia stessa che spesso si disgrega; fase di lotta, in cui si ritiene impossibile che proprio nostro figlio sia ammalato e infine la fase di accettazione durante la quale si tenta una riorganizzazione delle dinamiche familiari e un'accettazione della malattia. Per quello che riguarda il bambino l'ospedalizzazione può rallentare il suo sviluppo, non solo quello fisico, ma anche quello cognitivo, sociale e affettivo. Può causare quindi gravi conseguenze, anche se ogni bambino reagisce in modo diverso, ma molto dipende dall'atteggiamento della famiglia, anche nell'essere d'aiuto e di sostegno al bambino stesso.

Abbiamo visto che dal punto di vista giuridico tante leggi sono state scritte per garantire al bambino diritti inalienabili come la salute e l'istruzione. Le scienze psicologiche e pedagogiche hanno dimostrato quanto sia importante per il soggetto un adeguato sviluppo nell'infanzia e nell'adolescenza periodi in cui, eventi traumatici (Bowlby, 2000) o comunque anche *carenziali* di cure materne (Spitz, 2009), possono compromettere per sempre un individuo. Per questo è necessario da parte delle istituzioni progettare percorsi resilienti, per permettere un'armonica crescita sia fisica che psichica.

In questo paragrafo tratterò delle nuove tecnologie, in particolare della telematica, e di come possono essere utilizzate come un mezzo per un percorso resiliente, volto alla cura del sé per i bambini malati in ospedale e al proprio domicilio, dove possono usufruire della istruzione domiciliare. Il termine telematica rappresenta una convergenza tra l'informatica e le telecomunicazioni: da un lato i mezzi di trasmissione, le reti e i servizi di comunicazione permettono e facilitano il dialogo e la condivisione di risorse tra i computer connessi, dall'altro

la tecnologia informatica migliora i metodi di scambio delle informazioni potenziando i servizi offerti nelle reti di comunicazione attraverso l'uso di *hardware* e *software* adatti. L'inter-indipendenza tra questi due aspetti fa sì che i due sistemi quello dell'informatica e quello delle telecomunicazioni siano oggetto di un continuo miglioramento.

Per quel che riguarda la tutela del minore sulla rete, poiché il progresso tecnologico è così impetuoso, non si parla direttamente di *World Wide Web* ma la convenzione Internazionale di New York<sup>6</sup> nell'ottica della tutela dei bambini, riconosciuti come depositari di diritti, esplica alcune grandi sfere di intervento che sono:

- la *Partecipation*, coinvolgere direttamente il minore nelle decisioni che lo riguardano;
- la *Protection* o protezione da ogni forma di sfruttamento, discriminazione e abbandono;
- la *Prevention* o prevenzione di danni al minore e
- la *Provision* cioè la disponibilità di risorse per i minori a rischio.

Lo sviluppo armonico del bambino e dell'adolescente si può avere solo in un ambiente favorevole e negli ultimi anni i governi di quasi tutto il mondo hanno promosso dei programmi<sup>7</sup> affinché i bambini possano godere delle opportunità digitali che la società può offrire a tutti compresi quelli ospedalizzati.

6. La Convenzione Internazionale sui Diritti dell'infanzia è stata approvata dall'Assemblea generale dell'ONU il 20 novembre del 1989 a New York ed è il più importante degli strumenti per la tutela dei diritti dei bambini.

7. Uno di questi programmi è "Europa 2002" il quale definisce un insieme di misure per far trarre ai minori le migliori opportunità che le tecnologie offrono. Tra gli obiettivi quello di garantire accesso economico, rapido e sicuro ad Internet, investire nelle risorse umane, nella formazione e promuovere l'utilizzo di Internet. Tra gli obiettivi ci sono anche quelli di incrementare i servizi eHealth e eLearning (L. STANCA, *Linee guida del governo per lo sviluppo della società dell'informazione nella legislatura*).

La Carta dei diritti dei minori in Rete, 3 febbraio 2004, sancisce il diritto al gioco, alla dignità, all'apprendimento; l'adolescente ha diritto a vivere una vita con tutti gli aspetti tipici di questa età senza avere strappi o carenze nel suo sviluppo.

Per garantire un accesso globale, un'uguaglianza globale, un'uguaglianza informatica, una partecipazione equa, paritaria e globale nella società dell'informazione, non basta soltanto diffondere le tecnologie, ma è necessario soprattutto, tenere conto di una politica innovativa in ambito di diritti umani, di una innovazione educativa, di un aggiornamento continuo da parte degli insegnanti, di una cooperazione tra enti, Istituzioni e territorio (Iacolino A., Iacolino C., 2005).

Non si può fare a meno di pensare che in questa epoca di accelerazione dell'evoluzione socio-culturale verso la società dell'informazione sia necessaria una corrispondente accelerazione del sistema formativo. Non è necessario solo diffondere le tecnologie ma renderle comprensibili e fruibili a tutti, cercando di colmare il *digital divide*. L'accesso veloce consente una maggiore velocità, frequenza e durata del collegamento, che attenua e diminuisce il modello televisivo e aumenta quello delle telecomunicazioni ampliando i contenuti educativi erogabili. Potremmo affermare tenendo presente gli studi di Iacolino A., Iacolino C. (2005), che le tecnologie dell'informazione e della comunicazione nella scuola siano un valore aggiunto su diversi piani:

- *epistemologico*: la conoscenza assume una nuova veste, non è più lineare ma globale, reticolare, virtuale, condivisibile, accessibile;
- *psicologico*: le nuove tecnologie suscitano interesse, motivazione e curiosità ad apprendere e cambiamenti nella dimensione del tempo e dello spazio e nella partecipazione. La condivisione e la costruzione della conoscenza da parte degli studenti influenzano le loro esperienze e

- quelle degli altri *internauti*, sia in presenza che a distanza, decentrandosi cognitivamente;
- *comunicativo*: l'uso di tanti mezzi e linguaggi permette un'aderenza agli stili cognitivi dei bambini adattandosi meglio ai loro bisogni. Si realizzano nuove modalità comunicative che danno luogo a dinamiche sociali e relazionali; nella scuola dove sono presenti tecnologie, l'apprendimento diviene un'esperienza condivisa, tramite anche la creazione di comunità attive ed interattive, reali e virtuali in cui proliferano i canali di comunicazione, di interazione e di apprendimento;
  - *integrativo*: lo sviluppo e la promozione delle tecnologie contribuisce a ridurre il *digital divide* favorendo un clima partecipativo, solidale, una maggiore inclusione sociale, e una presenza di risorse, come nella scuola in ospedale, trasformando la diversità in risorsa per apprendere e comunicare sia in presenza che a distanza; le nuove tecnologie permettono di abbattere le barriere fisiche, architettoniche, mentali verso la promozione dei successi;
  - *educativo-didattico*: le tecnologie possono essere considerate come armi per il cambiamento non solo da un punto di vista epistemologico e psicologico, ma anche sul piano educativo e della didattica. Internet diventa uno strumento di formazione e aggiornamento e, cosa molto importante, l'informatica e la telematica possono permettere, a causa delle loro modalità di approccio, il successo formativo anche e soprattutto a quei bambini che per motivi di salute sono impediti nel frequentare la scuola. Garantendo percorsi flessibili che promuovono, orientano le abilità di base, anche nei momenti, come quello dell'ospedalizzazione, in cui il bambino o ragazzo è maggiormente vulnerabile e poco motivato;
  - *contestuale*: la presenza di nuovi ambienti di apprendimento immersivi, flessibili, accostati ed in interazione con l'ambiente reale, consentono e favoriscono una mag-

giore motivazione all'apprendimento, ma anche alla ricerca e alla cooperazione. Il nuovo contesto può porre qualche problema ai docenti e anche agli studenti che devono imparare a collaborare non solo in presenza come accade regolarmente con i pari, ma anche a distanza (*on line* in modalità sincrona o asincrona). Si delinea, sempre di più con le nuove tecnologie, una scuola come laboratorio sperimentale di tutti i saperi epistemologici, laboratorio di ricerca che si organizza anche sul piano tecnico a promuovere il successo formativo dell'alunno;

- *apprendimento*: con le nuove tecnologie si richiamano le teorie del costruttivismo e dell'apprendimento cooperativo; da una scuola in cui prevaleva il nozionismo e il docente era solo un *travasatore* di saperi, oggi la scuola promuove una forma di conoscenza che è uno scambio sociale tra l'io e la realtà, costruzione sociale dell'identità del bambino;
- *funzione docente*: con le nuove tecnologie la funzione docente ha bisogno di una profonda revisione soprattutto in quei docenti condizionati ancora da un insegnamento tradizionale e obsoleto, non più riempire teste, per usare la metafora di Morin *delle teste piene*, di sterili nozioni, ma produrre *teste ben fatte* (Morin, 1997). Quindi il ruolo del docente si delinea come quello di facilitatore dell'apprendimento, un *tutor* è un mentore, all'interno di una comunità aperta, condivisibile e gestibile senza forzature gerarchiche;
- *valutazione*: con le nuove tecnologie nella scuola non cambiano solo l'azione formativa, ma anche l'azione valutativa, sia negli strumenti che si adottano per valutare, sia la conservazione e registrazione degli atti valutativi (si pensi ad esempio al registro elettronico), la valutazione come riscontro del lavoro fatto in gruppo, che insegna a valutare e ad essere valutati nell'ottica della revisione e del cambiamento.

Tra le ICT la telematica è quella presa in esame in questo lavoro poiché, a mio avviso, ai bambini in ospedale possono essere utili le nuove modalità di comunicazione, sia sincrona che asincrona, per permettere loro di trovare aiuto e stimoli nella gestione dell'apprendimento e delle relazioni. Ed è proprio lo sviluppo della telematica che rappresenta un alleato per lo sviluppo del bambino ospedalizzato per migliorare i processi di insegnamento–apprendimento, senza di questa infatti tanti modelli formativi non potrebbero essere realizzati.

Nella scuola in ospedale si delineano due maniere di utilizzo della telematica:

- *la tele-lezione*, il bambino apprende ed interagisce ad una lezione tenuta a distanza da un insegnante di scuola esterna, che può essere un'altra classe di scuola in ospedale, la lezione viene condotta esclusivamente per via telematica;
- *l'apprendimento cooperativo*, nella comunità di apprendimento infatti si esplica un'azione costante di progettualità basata sul protagonismo dei ragazzi che oltre a curarsi, apprendono e collaborano.

L'azione dell'insegnare ha quindi come centro di interesse il bambino/adolescente, un bambino attivo (nel senso *deweyano*) e partecipe, e vede il docente come facilitatore e mediatore.

### 3.4. Robotica e domotica tra disabilità e disagio

I termini *robotica* e *domotica* possono evocare scenari fantascientifici, magistralmente riprodotti dalla cinematografia di ultima generazione, ma in questo mio lavoro ne faccio cenno perché ritengo che queste scienze possano mettersi al servizio dell'educazione e soprattutto dei bambini e dei ragazzi. Infatti il *robot*

è una macchina programmabile che attraverso la sua interazione con il mondo circostante esegue autonomamente una serie di compiti, ed il suo comportamento si differenzia da quello di un programma in quanto interagisce con l'ambiente attraverso sensori e attuatori (Lund, 2009).<sup>8</sup>

Questa interattività con l'ambiente esterno e la programmabilità fa sì che il robot possa essere usato anche per l'attività ludica, implementata anche dalla tecnologia innovativa che è un intreccio tra robotica e intelligenza artificiale. L'uso di tecnologie intelligenti per creare attività ludico ricreative viene definito con il termine *playware*, coniato da Lund (2009), che indica l'insieme di componenti computazionali, *software e hardware*, che sono usati per realizzare ambienti di gioco. Non dobbiamo dimenticare quanto possa essere importante l'uso di tecnologie telecomandate *wireless* non solo per il gioco ma anche per la didattica nel bambino ospedalizzato. La robotica in questo caso può essere di estremo aiuto, non solo per il gioco e per l'attività ludica, ma anche per surrogare funzionalità fisiche che sono, a causa della malattia, momentaneamente compromesse.

In questo lavoro metto in evidenza l'importanza della robotica educativa che negli ambienti di insegnamento-apprendimento viene vista nell'ottica della didattica attiva, infatti il bambino e il ragazzo possono progettare piccoli robot, nella modalità laboratoriale che incoraggia la progettualità e la sperimentazione, coinvolgendoli nel pensare, progettare e realizzare attività in una dimensione di lavoro collaborativo, partecipato e condiviso. La robotica educativa ha a mio avviso diversi vantaggi: i robot sono oggetti reali tridimensionali che si muovono ed imitano comportamenti sia umani che animali (pensiamo ad esempio nell'industria del giocattolo, alle bambole semoventi e parlanti, o a costose macchinine telecomandate, per arrivare oggi ai droni, oggetti ibridi tra giocattolo e strumento di lavoro). Il fatto di operare direttamente su un oggetto concreto invece

8. Gli attuatori sono dispositivi attraverso cui un agente artificiale o naturale agisce su un ambiente.



che su formule astratte, può facilitare e rendere più accessibili la conoscenza e l'apprendimento. Inoltre nei giovani è alta la motivazione a far funzionare la macchina intelligente, e ciò li impegna e li tiene occupati e motivati. Seymour Papert<sup>9</sup>, studioso della tecnologia digitale nella didattica, si è ricollegato alla tesi costruttivista, in cui si afferma che la costruzione concettuale risulta migliore se è accompagnata dalla costruzione di oggetti concreti.

Oltre all'aspetto della costruzione è importante l'aspetto dell'applicazione pratica della robotica: robot che sostituiscono le funzionalità inficiate dalle eventuali menomazioni o disabilità, ma anche l'approccio educativo-ludico con il robot (che può assumere l'aspetto di un bambino o di un simpatico animale domestico); ciò può contribuire alla diagnosi attraverso l'osservazione del bambino che interagisce con il robot stesso, o quanto meno aiutarlo nel favorire l'apprendimento, sviluppando la curiosità, l'intraprendenza e la relazione.

Per robotica in campo educativo si intende quindi la duplice possibilità sia di costruire che di interagire con un robot. Per quello che riguarda l'interazione a scopi diagnostici o di studio, prendo alcuni interessanti spunti dal lavoro di Serenella Besio, ordinaria presso l'Università di Aosta. I suoi studi applicano la robotica soprattutto ai bambini disabili, ma considerando il fatto che gli studenti ospedalizzati, vivono nella malattia un momento della loro vita di disabilità (sociale), anche se provvisoria (e comunque di disagio per le conseguenze psicologiche che la malattia opera su di loro), allargherò in questo mio lavoro la tematica alla scuola in ospedale. I bambini che presentano vari tipi di disabilità possono essere limitati sia nello sviluppo delle competenze, che nel gioco, queste limitazioni possono ridurre

il loro potenziale di apprendimento o inficiare lo sviluppo di competenze sociali e partecipative [...] per tutte queste situazioni in cui

9. S.A. PAPERT, *Mindstorms*, Basic Book, 1993.

l'impossibilità è legata a vincoli ambientali, economici, sociali, culturali, è necessario ed urgente definire approcci e metodi, sviluppare strumenti e strategie che aprono le porte al mondo ludico (Besio, 2009).

Lo sviluppo delle tecnologie robotiche permette anche al ricercatore di avere a disposizione un contesto di dialogo, di valutazione, di intervento. Le scienze robotiche possono essere di aiuto in tanti modi nel campo educativo–didattico, come compensazione delle limitazioni funzionali dei bambini disabili, attraverso lo studio e l'adattamento di strumenti che permettano un miglior approccio ergonomico degli oggetti destinati ai bambini, con la realizzazione di procedure standardizzate per lo sviluppo dei giochi che pongano attenzione all'accessibilità ed infine con lo studio di metodologie per la valutazione. Tutto ciò nell'ottica del nuovo approccio alla disabilità definito ed illustrato dall' ICF<sup>10</sup>, che vede la salute come "ben-essere" dell'individuo in chiave olistica a dimensione sociale, quindi collegato anche al suo ambiente. Detto più semplicemente se forniamo una sedia a rotelle motorizzata (robotica), che può essere liberamente manovrata, e si tolgono le barriere architettoniche un soggetto non deambulante può tranquillamente spostarsi, annullando la sua disabilità.

Poiché sono tante le iniziative a favore della robotica educativa faccio cenno al Progetto *robotica educativa e creativa*, attivato all'interno dell'Ospedale Pediatrico Gaslini di Genova, condotto dalle docenti in collaborazione con la Scuola di Robotica. I bambini sono coinvolti in attività molto stimolanti ed istruttive e sono invitati a raccontare come vedono loro i robot.

Altro importante evento, legato alla scuola in ospedale Regina Margherita di Torino, nel gennaio 2015 presso il Centro Congressi dell'Unione Industriale è il convegno *Scuola di Robotica: giovani, imprese, education* a cui hanno partecipato rappresentati

10. I.C.F. (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) è uno strumento, elaborato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, per descrivere e misurare la salute e le disabilità della popolazione.

di Istituzioni pubbliche, *manager* aziendali. Durante questo convegno è stato siglato il rinnovo del Protocollo di Intesa per lo sviluppo della Robotica e Meccatronica nell'istruzione tecnica e professionale industriale, nato nel 2010 su iniziativa di unione industriale ed AMMA di Torino. Sono stati consegnati ai dirigenti scolastici delle sezioni di scuola secondaria in ospedale di I e II grado i *robots* Lego<sup>11</sup>.

Parente stretta della robotica è la domotica, data dall'unione delle parole *domus* e robotica è una scienza interdisciplinare che si occupa delle tecnologie che cercano di migliorare la qualità della vita nell'ambiente domestico e, più in generale, negli ambienti antropizzati, compresi quelli educativi. La domotica richiede l'apporto di molte scienze e tecnologie, come l'ingegneria industriale, l'architettura, l'automazione, l'elettrotecnica, la telematica. Nel caso di bambini malati a casa che usufruiscono dell'istruzione domiciliare può essere utile dotarli di attrezzature adeguate per facilitare l'accesso alle nuove tecnologie che possano permettere ad esempio il realizzarsi di una video conferenza, ma anche più semplicemente un collegamento *Skype*<sup>12</sup>. Ed è proprio con la domotica che si possono realizzare attrezzature *cucite su misura*, direttamente sul bambino o sul ragazzo, in relazione alla sua disabilità. Di nuovo la tecnologia ci permette di superare i confini della disabilità per andare verso orizzonti di uguaglianza e di rimozione di quegli ostacoli che possono impedire il pieno sviluppo della personalità di tutti i soggetti (art.3, Costituzione Italiana). Il sistema *domotico* è diretto, non solo a soggetti malati, ma anche a chi, come gli anziani, ha difficoltà nello svolgere le azioni quotidiane (*Home Automation*).

Le soluzioni tecnologiche per realizzare un sistema *domotico* devono rispondere a vari requisiti:

11. Lego *mindstorms* è un set di costruzioni robotiche programmabili che permette di creare e comandare i robot Lego.

12. È un *software open source* e *free* che consente di parlare e di fare video-collegamenti con tutto il mondo.

- la *semplicità*, cioè deve essere facile da usare secondo modalità chiare e non diversamente interpretabili, deve possedere quindi un'interfaccia *user friendly*;
- la *sicurezza*, sicuro, di facile lettura e non deve presentare pericoli per chi lo usa;
- la *continuità di funzionamento*, deve offrire cioè un sistema il più possibile immune da guasti, deve essere sicuro ed affidabile e fornire soluzioni alternative in caso di guasti;
- un *report* delle anomalie, non solo per immediate riparazioni, ma anche per procedere alla rimozione di eventuali aspetti che ne provocano il malfunzionamento;
- l'*economicità*, proprio perché deve essere alla portata di tutti ed offerto a costi bassi e accessibili.

A proposito della domotica vorrei citare un importante progetto *Domotica e ambienti formativi* realizzato con la collaborazione della Regione Toscana, del CESPRO<sup>13</sup> e dell'Università di Firenze con la collaborazione della ditta CEAM. Tale progetto ha reso possibile la realizzazione di un dispositivo in grado di unire alla tecnologia una didattica inclusiva e innovativa, tutto ciò anche in questo caso, per la fruibilità e l'accessibilità, al diritto allo studio degli studenti diversamente abili.

L'uso delle tecnologie quindi può essere rilevante e determinante e favorire la cura del sé, soprattutto negli studenti ospedalizzati o che usufruiscono della istruzione domiciliare. Tali servizi (scuola in ospedale e istruzione domiciliare) contrastano l'abbandono scolastico dovuto alla malattia e alla ospedalizzazione e concorrono all'umanizzazione del ricovero, facendo parte del programma terapeutico come si esplicita nella già citata CM n. 353/1998. In particolare l'offerta formativa si allarga all'istruzione domiciliare che può essere garantita,

13. CESPRO è una società di ingegneria per la sicurezza, in quanto si occupa di progettazione e realizzazione di sistemi e prodotti inerenti la sicurezza di persone e di beni.

come si legge nel documento del 28/01/2015 inviato dal MIUR Direzione generale per lo studente, l'integrazione e la partecipazione, ai dirigenti delle Scuole Polo in ospedale e delle scuole con sezione ospedaliera (oggetto: il servizio di scuola in ospedale) con due modalità:

- attraverso la predisposizione di uno specifico progetto a domicilio, a cura del consiglio di classe dell'alunno interessato [...] consente poi alle scuole di inviare il personale docente disponibile a domicilio dello studente per l'insegnamento delle discipline fondamentali del curricolo;
- attraverso l'attivazione di un progetto a distanza, supportato e garantito dalle nuove tecnologie, che hanno la potenzialità di migliorare il processo di insegnamento-apprendimento poiché favoriscono lo sviluppo di una pedagogia partecipativa, personalizzata e produttiva. L'utilizzo delle tecnologie ha il vantaggio di consentire allo studente, che non può frequentare, di seguire e partecipare in diretta alle attività della classe e di interagire con i docenti e con i compagni di classe.

Vorrei concludere questo capitolo presentando anche alcune criticità nei confronti delle tecnologie della scuola in ospedale che come tutti gli strumenti va usata con coscienza e competenza consci del fatto che *non è oro tutto ciò che luccica*.

In ambito didattico educativo è necessario favorire la continuità sincronica aiutando i bambini ad integrarsi con i compagni durante le attività sui supporti digitali, impedendo loro di isolarsi o creare personalità volte al solipsismo. Un altro rischio può essere quello di concentrarsi troppo sullo strumento tecnologico e poi identificare gli obiettivi, per cui è necessario partire dal bambino, dai suoi bisogni per attivare percorsi personalizzati nei quali le tecnologie hanno (possono avere), un ruolo importante. Altri limiti delle ICT possono essere costituiti da una loro sopravvalutazione o al contrario ad una loro

svalutazione, soprattutto da quei docenti, ancora legati ad insegnamenti tradizionali e poco propensi ai cambiamenti. A questo fa da contraltare la scarsa attenzione all'aggiornamento dei docenti stessi, che a causa dell'impreparazione possono avere un approccio frammentato e estemporaneo alle tecnologie. I tempi e i ritmi dell'ospedalizzazione influiscono naturalmente sull'insegnamento-apprendimento con l'uso delle tecnologie, a volte da alcuni operatori sanitari queste innovazioni possono essere viste come un'inutile complicazione, per questo motivo devono essere ben stabiliti orari e tempi di gestione delle risorse educative, in maniera che le tecnologie non siano di intralcio ma rappresentino una risorsa quasi ottimale.

Ed infine altro aspetto da considerare nell'uso delle tecnologie in ambito educativo è il saper educare i discenti ad un utilizzo consapevole delle ICT senza esserne *ostaggi* (si pensi alla potenza del web 2.0.), ma viverle come strumenti resilienti che conducano, tutti i ragazzi e bambini, ospedalizzati (e non), verso la cura del sé e la cura dell'altro.



## L'impianto della ricerca

### La metodologia applicata nelle scuole in ospedale

Il metodo dell'intervista deve essere difeso non solo per l'accesso alle opinioni e alle dichiarazioni consapevoli che esso offre alla ricerca, ma anche per l'accesso che fornisce ai termini e alle categorie linguistiche con cui gli intervistati costruiscono le loro parole e la loro comprensione delle proprie attività.

(Morley)

#### 4.1. La metodologia della ricerca sociale

Per questo lavoro di ricerca mi sono ispirata al paradigma, inteso come un insieme di premesse che guidano l'azione (epistemica), ecologico. Facciamo un passo indietro, possiamo affermare che dopo il domino del paradigma positivista, inadeguato per indagare il fenomeno educativo, unico e irripetibile, e che sfugge a dispositivi epistemici di tipo positivista, si è avuta una svolta che ha portato alla definizione di tre nuovi *frames* paradigmatici emergenti i quali hanno aperto a nuove interpretazioni epistemiche. E sono secondo Cuba e Lincoln (1994):

- *post-positivismo*: modo di concepire la cultura della ricerca che mette in discussione alcuni presupposti del positivismo, ma ne condivide altri;



- *critical theory*: denota un insieme di paradigmi alternativi che includono indirizzi di ricerca di tipo marxista, femminista, materialista;
- *costruttivismo*: ha come tratto specifico il superamento della prospettiva realista (Mortari, 2007, p. 28).

Gli orientamenti epistemici del paradigma ecologico meglio si prestano per indagare l'ambito educativo, così che l'indirizzo fenomenologico, quello critico e quello partecipativo possano essere d'aiuto quando si fa ricerca, poiché esprimono differenti filosofie. Da qui l'approccio trascendentale che descrive cioè che è davanti agli occhi, quello ermeneutico che sposta l'attenzione dal fenomeno alla comprensione del significato che l'esperienza ha per gli attori della ricerca, quello fenomenologico ermeneutico che mira alla elaborazione di resoconti scientifici definiti, e sul quale hanno preso vita teorizzazioni della ricerca fenomenologica nel campo educativo: è *discovered oriented* il metodo si costruisce durante lo svolgimento della ricerca e viene cambiato e rimodulato. Essenziale è la fedeltà al fenomeno, al principio di evidenza.

Durante l'intervista la parola diventa essenza dell'esperienza, l'aspetto empatico ha un ruolo importante nella ricerca.

Il criterio di validità non si riferisce al livello di correttezza metodologica, ma alla capacità della ricerca di innestare nel contesto quei processi che intensificano la capacità critica e autoriflessiva degli individui (Mortari, 2007).

L'organizzazione delle rilevazioni parte da uno studio esplorativo, in interviste preliminari che si muovono da una massima destrutturazione e da strumenti quantitativi/qualitativi fino a strumenti sempre più strutturati, al fine di sviluppare il problema in oggetto e di formulare con precisione le eventuali risposte alternative. Il contatto iniziale con i soggetti da intervistare ha dato, a volte, luogo a dei rifiuti o alla delega ad altro soggetto di effettuare l'intervista.

Durante il lavoro ci si è avvalsi della procedura di ponderazione, con la quale è stato possibile modificare artificialmente la composizione del campione per renderla più vicina agli scopi della presente ricerca, visto anche le difficoltà incontrate per raccogliere i dati. Per quello che riguarda il campione che si è preso in esame, cercando di ispirarsi ai principi di rappresentanza e fedeltà, si è scelto un campione rappresentativo che ha fornito un'immagine in piccolo ma senza distorsioni della popolazione.

Laddove per motivi di *privacy* e di riservatezza nei confronti dei bambini degenti non è stato possibile entrare in ospedale si è effettuato l'osservazione partecipata tramite video lezioni, che hanno permesso di mantenere i soggetti ospedalizzati nell'anonimato (questo a Torino). A Pisa, nella clinica pediatrica, si è potuto invece osservare direttamente i bambini degenti durante le attività scolastiche.

Riflettendo sul fatto che i bambini ospedalizzati sono prigionieri delle loro patologie si ipotizza la possibilità di progettare percorsi resilienti anche con l'ausilio della tecnologia digitale. Sia al Meyer che alla clinica pediatrica di Pisa è significativo l'uso di supporti informatici (pc, *ipad*, lavagna interattiva, *smart phone*), e nell'ottica dell'ergonomia e della domotica anche per i bambini fruitori della istruzione domiciliare. Ma è al Regina Margherita che è ottimale l'uso delle tecnologie nella scuola in ospedale e questo grazie alla collaborazione che esiste tra Ospedale e Politecnico. In tutti gli ospedali che si sono presi in esame sono attivi progetti, sia a livello regionale che nazionale, anche con l'ausilio dell'Ufficio scolastico di competenza, relativi all'uso delle tecnologie.

In questa ricerca, mettendo a confronto le scuole di tre presidi ospedalieri in Italia e di uno in Spagna, si è cercato di verificare se il dirigente scolastico sia in grado di attivare percorsi resilienti volti alla cura del sé nei bambini ed adolescenti ospedalizzati, anche (ma non solo) attraverso l'uso delle ICT. Provare se egli possa attivare, intervenendo sui docenti, percorsi di crescita e di recupero psico-fisico nei soggetti ospe-

dalizzati, in una dimensione collaborativa che lo coinvolga in un'alleanza terapeutica, insieme agli insegnanti e a tutte le altre figure, parentali e professionali, che ruotano intorno al soggetto ospedalizzato.

Visto anche il fatto che la scuola in ospedale non è una realtà molto conosciuta, e di conseguenza anche poco finanziata, si è cercato di indagare attorno all'impatto che ha il dirigente nella scuola ospedaliera e alle azioni, ispirate alla efficacia ed efficienza, che egli stesso può essere in grado di implementare per attivare la resilienza nei ragazzi ospedalizzati, anche tramite il reperimento e il potenziamento di risorse finanziarie per creare reti, ottimizzare i collegamenti Internet, permettere l'accesso alle piattaforme e valorizzare le risorse umane con corsi di aggiornamento per i docenti.

Si è cercato di dimostrare se l'uso di strumenti multimediali e telematici possa da un lato facilitare e migliorare l'attività didattica e dall'altro far superare l'isolamento dei soggetti ospedalizzati, permettendo loro di collegarsi con altri ambienti interni all'ospedale o esterni come ad esempio le relative classi di provenienza. Si è visto che l'uso delle tecnologie telematiche e robotiche può dare un contributo per attivare la resilienza nei soggetti ospedalizzati, per permettere loro di superare il momento della malattia. Per far sì che al termine dell'ospedalizzazione il soggetto ritrovi il suo sé autentico e rafforzato dal processo resiliente che si spera si sia realizzato.

Di pari passo con la scuola in ospedale si è fatto cenno (non si poteva ignorare), anche alla possibilità che il dirigente insieme agli altri *stakeholders* possa attivare percorsi resilienti con i bambini "ricoverati" a casa nell'ambito dell'istruzione domiciliare. In questo contesto a maggior ragione l'ausilio delle tecnologie telematiche è risultato utile poiché permette al bambino di restare in contatto con il gruppo dei pari, non solo in relazione alla classe di appartenenza ma anche per momenti di relazione e di amicizia. Questo è emerso soprattutto a Pisa alla clinica pediatrica, dove alcuni bambini all'istruzione domiciliare usufruiscono (in maniera resiliente) dei mezzi informatici. Questo

lavoro di indagine sul campo è stato preceduto dalla ricerca a tavolino che ha offerto la selezione e la valutazione di dati secondari (dati già esistenti e raccolti in altre ricerche). Sono state reperite molte informazioni correlate da dati sul sito del Ministero Pubblica Istruzione relativo alla ospedalizzazione dei ragazzi, al tipo di utenza, al rapporto tra docenti e ragazzi delle scuole in ospedale, etc). La ricerca sul campo ha offerto informazioni nuove e la creazione di nuovi dati (dati primari). In questo lavoro è stato utile il reperimento di tutto il materiale fornito dal MIUR sia livello regionale che nazionale.

Si è cercato di mettere in evidenza gli aspetti più salienti ed operativi della ricerca. La metodologia utilizzata è quella dell'analisi delle interviste a livello longitudinale, con l'analisi dei dati a partire dalle categorie. Si sono individuate le unità di significato (parole, frasi o paragrafi) e di queste si è costruito un elenco. Sulla base delle unità di significato sono state elaborate le "etichette concettuali", attribuite poi a ciascuna unità di analisi. Una volta concluso il processo di codifica si ricomincia perché la prima formulazione delle etichette concettuali è sempre imprecisa.

Le categorie prese in esame sono strettamente collegate alla ipotesi di ricerca: all'efficienza ed all'efficacia dell'intervento del dirigente nella scuola in ospedale, atte ad attivare la resilienza. Per questo si è presa in esame la percezione che hanno i docenti in relazione al dirigente e alla sua capacità di organizzare un ambiente scolastico ottimale per favorire la resilienza non solo negli alunni/studenti ma anche nei docenti stessi. È stato molto interessante lo spoglio delle interviste dei docenti dalle quali si evince in maniera significativa la percezione e l'importanza (o non) del dirigente e del suo operare.

#### **4.2. Le scuole ospedaliere oggetto della ricerca presso gli ospedali: Meyer di Firenze, Regina Margherita di Torino, Clinica pediatrica Santa Chiara di Pisa**

Vado a prendere in esame le scuole dei presidi ospedalieri dove ho effettuato la ricerca in Italia ho poi allargato la ricerca in un'ottica di internazionalizzazione alla scuola in ospedale in Spagna, a Madrid, in questo caso la ricerca, prettamente di natura esplorativa, si è focalizzata sui dati ottenuti con un *focus group* e con interviste ai docenti e dirigenti responsabili della scuola ospedaliera a Madrid.

Per quello che riguarda la scuola in ospedale nella Regione Toscana è stato firmato il Protocollo di Intesa tra la Regione e la direzione dell'Ufficio Scolastico Regionale il 2 febbraio 2015 per garantire il diritto all'educazione e all'istruzione, la continuità educativa e la tutela psicofisica dello studente in terapia, sia con la scuola in ospedale che con l'istruzione domiciliare. La scuola Polo è il Liceo Scientifico G. Pascoli di Firenze, una scuola secondaria di secondo grado.

##### *4.2.1. Scuola in ospedale Meyer di Firenze*

L'ospedale Meyer non è l'unico ospedale pediatrico della Toscana, ma forse il più conosciuto. Fu edificato nel 1884 per volontà del Commendator Giovanni Meyer a ricordo della propria moglie, cui è intitolato. Fu il primo in Italia ad occuparsi in maniera esclusiva della salute dei bambini, dalla nascita all'adolescenza. Nel '95 è diventato Aziende Ospedaliera Autonoma ed è stato riconosciuto come ospedale ad alta specializzazione, ed è comunque a tutt'oggi in piena fase evolutiva soprattutto per quello che riguarda gli aspetti qualitativi e i settori specifici nella ricerca e nell'assistenza. Al Meyer sono presenti diverse Fondazioni e associazioni private che contribuiscono alla crescita di professionalità, della cura e dell'accoglienza.

In questo ospedale è presente il servizio di scuola per tutti i bambini e adolescenti degenti a breve e lungo termine. I

docenti garantiscono il servizio in modo parificato alla scuola dell'obbligo. Nella scuola ospedaliera del Meyer operano un insegnante a tempo pieno (24 ore settimanali) per la scuola elementare; cinque professori per 23 ore settimanali e quattro di coordinamento delle attività; per la scuola media superiore un insegnante coordinatore per diciotto ore settimanali; sono presenti inoltre trenta insegnanti volontari.

Il servizio è regolato da un protocollo d'intesa tra l'A.O. Meyer, l'Ufficio Scolastico Regionale della Toscana, l'Associazione Amici del Meyer, Gruppo Insegnanti Volontari, la Fondazione A. Meyer, il Comune e la Provincia di Firenze. Gli obiettivi generali sono quelli di:

- assicurare il diritto allo studio agli studenti ai quali la malattia impedisce di poter frequentare la scuola;
- evitare l'interruzione dei processi di apprendimento;
- mantenere il rapporto con l'ambiente scolastico;
- favorire percorsi personalizzati con gli interventi diretti degli insegnanti mediante forme di istruzione a distanza, da realizzare sia a scuola che a domicilio.

Per la realizzazione di questi obiettivi è ritenuta di fondamentale importanza la collaborazione con il personale sanitario, per la sua capacità di svolgere attività di informazione e di sensibilizzazione presso i ragazzi ricoverati e le loro famiglie e segnalare ai vari insegnanti la presenza di ragazzi in età scolare per i quali sia previsto un periodo di degenza o di assenza da scuola di almeno trenta giorni (anche non continuativi). È importante inoltre, per il benessere del bambino/adolescente ospedalizzato, orientare i genitori a mantenere il contatto con la scuola. Al Meyer sono presenti le sezioni ospedaliere di scuola primaria e scuola secondaria di primo e secondo grado. Per permettere al bambino ospedalizzato un contatto stretto con la famiglia è stato promosso anche il Progetto "Vengo anch'io" un'iniziativa di gran successo tra i piccoli pazienti in quanto i fratelli e sorelle dei bambini ospedalizzati possono andare con

loro in ospedale e frequentare la scuola. Questo progetto ha avuto anche come scopo, la necessità di garantire a tutta la famiglia, non solo una casa dove stare, considerando che una grande percentuale di ricoverati non risiede a Firenze, ma anche per garantire una continuità con il malato, allo scopo di creare il meno possibile fratture nella vita di tutta la famiglia. Si intende dare aiuto e sostegno a tutti bambini e ragazzi degenti nell'ospedale Pediatrico Meyer e che non rientrano nella scuola in ospedale o anche quelli che ne fanno parte ma che hanno bisogno di un aiuto per recuperare alcune materie. L'aspetto più innovativo di questo progetto è quindi quello di aiutare a superare il trauma che di riflesso li colpisce. Infatti i fratelli e le sorelle dei bambini ospedalizzati sono strappati alla loro casa e catapultati in un mondo, quello ospedaliero, ove l'ospedalizzazione di un fratello può essere vissuta dal bambino sano in maniera negativa, incrementando pensieri nefasti e sensi di colpa. Quindi questo progetto nasce con l'intento di integrare la scuola in ospedale con idee non convenzionali messe in essere dalle realtà di volontariato. Ed è proprio il volontariato che emerge durante la mia ricerca come elemento propulsore della cura del sé e dell'altro. Infatti molti insegnanti sono volontari ed affiancano i colleghi docenti con grande passione e dedizione.

#### *4.2.2. Scuola in ospedale al Regina Margherita di Torino*

Il servizio scolastico presente presso l'Ospedale Regina Margherita di Torino coinvolge a partire dalla fine degli anni '60 la scuola primaria "Vittorio da Feltrè", la scuola secondaria di primo grado "Amedeo Peyron — Enrico Fermi", la scuola secondaria di secondo grado ITCS "Libera e Vera", infine dal 2005 la scuola di infanzia facente parte della Direzione Didattica "Vittorio da Feltrè". La scuola in ospedale, nata inizialmente per non far perdere le lezioni scolastiche agli studenti ospedalizzati, si è delineata nel tempo sempre di più, come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, come parte integrante del processo curativo, tenendo sempre di più il ragazzo ospedalizzato vicino

al suo mondo scolastico e a tutta la rete di relazioni parentali, amicali e sociali.

Le finalità sono garantire il diritto allo studio, contribuire attivamente affinché il bambino ammalato possa guarire e ristabilire situazioni di normalità. La scuola in ospedale, come esplicitato dalla legislazione, costituzionale e non, è parte integrante del progetto, condiviso con gli operatori sanitari, i medici, le figure parentali nell'ottica della alleanza terapeutica per sostenere il percorso di crescita del bambino e ragazzo ospedalizzato.

La scuola deve rappresentare la normalità per il bambino e si palesa come esperienza di inserimento sociale e nel caso di un adolescente come consolidamento dell'attività sociale, garantendo una continuità nel percorso didattico formativo, così che una volta guarito rientri nella scuola ordinaria senza fratture o discontinuità. Per quello che riguarda le modalità di iscrizione alla scuola ospedaliera, è necessario che i genitori diano l'assenso, dopodiché i docenti ospedalieri possono concordare, con il Consiglio di Classe dell'istituto di appartenenza, un percorso didattico che tenga conto delle condizioni fisiche e psicologiche dello studente.

Il servizio di scuola in ospedale si svolge in molti reparti ospedalieri con precedenza per quelli dove vengono curate gravi e invalidanti patologie. Le lezioni si svolgono dal lunedì al venerdì con orario flessibile. Le attività didattiche individualizzate prevedono la formazione di piccoli gruppi o vengono realizzate direttamente al letto del bambino ospedalizzato nel caso in cui siano presenti gravi patologie invalidanti.

Da alcuni anni è stato istituito il servizio di Istruzione domiciliare, realizzato su indicazioni del MIUR con fondi dati alle scuole ospedaliere dal Ministero o messi a disposizione dagli Enti Locali.

Importante è il ruolo del docente che fa da collegamento tra il momento della terapia e quello della didattica. Quest'ultimo viene integrato con l'attività ludica affidata al Gruppo Gioco del Comune e ad alcune associazioni di volontariato. Per quel-



lo che riguarda il numero degli studenti che usufruiscono del servizio scolastico in ospedale esso è molto variabile perché dipende dall'andamento dei ricoveri. I docenti indossano un camice verde, registrano le presenze e compilano i registri delle attività svolte. L'attività didattica, rispetto a quelle delle scuole ordinarie, è spesso interrotta da situazioni imprevedibili come dolori improvvisi o interventi dei medici per urgenze; inoltre le modalità di lavoro sono diverse poiché sono presenti gli operatori sanitari i genitori che collaborano con i docenti. Questi devono possedere una sensibilità particolare rispetto ai loro colleghi che lavorano nelle scuole, poiché lavorano in un contesto delicato di sofferenza *declinata* sui bambini. Gli insegnanti seguono comunque attività di formazione e aggiornamento.

Un aspetto importante ed elemento ausiliario è l'uso delle tecnologie multimediali, infatti la scuola ospedaliera di Torino ha come importante sostegno le tecnologie (*Information Communication Technology*), che consentono di realizzare forme di studio più coinvolgenti, motivanti e spesso anche in sintonia ergonomica, se si pensa ai bambini bloccati nei loro letti. Un ruolo importante lo acquisisce la telematica poiché permette attività d'insegnamento a distanza e la possibilità di usufruire di piattaforme didattiche.

Infine citiamo l'istruzione domiciliare che è *una importante alternativa* alla scuola in ospedale, essa viene proposta laddove il bambino è impedito nella frequenza scolastica per almeno trenta giorni, anche non continuativi. Il servizio viene attivato con l'ausilio dei docenti della scuola di provenienza che svolgono l'attività didattica presso il domicilio del bambino, progettando un lavoro individualizzato. L'istruzione domiciliare viene promossa poiché ha il doppio vantaggio di mantenere il soggetto ospedalizzato all'interno del suo ambiente familiare e al tempo stesso abbatte i notevoli costi della ospedalizzazione.

#### 4.2.3. Scuola in ospedale al Clinica Santa Chiara di Pisa

La U.O. di Pediatria Universitaria dell'Ospedale Santa Chiara di Pisa svolge la propria attività per la prevenzione e la cura del lattante, del bambino e dell'adolescente. Presso l'U.O. è organizzato un reparto di degenza in cui operano i medici specializzati in pediatria generale e specialistica. I pazienti possono accedere al reparto dopo essere stati valutati presso l'Ambulatorio di Urgenza o nell'ambito di un ricovero programmato se in presenza di malattie croniche o senza carattere di urgenza. Ogni bambino ha diritto all'assistenza continuativa di un familiare e per permettere un adeguato riposo ai degenti sono state stabilite alcune fasce orarie in cui si permettono le visite dei parenti. Il reparto di degenza dispone anche di una ludoteca dove viene svolta attività di animazione.

L'Unità Ospedaliera dispone anche di ambulatori specialisti presso cui si erogano cure in regime ambulatoriale di *day hospital* per evitare, dove è possibile, il ricovero del bambino.

In questo ospedale è incardinata la scuola in ospedale a cui fa capo il dirigente scolastico dell'"Istituto Comprensivo Toniolo" di Pisa, operante presso il reparto di Onco-ematologia Pediatrica dell'ospedale Santa Chiara di Pisa. Alla sezione, organizzata su 27 ore settimanali, sono stati assegnati due insegnanti.

La didattica ospedaliera presenta delle caratteristiche del tutto particolari e specifiche, con sostanziali differenze rispetto ad una didattica classica, ragione per cui l'intera organizzazione dei tempi e degli spazi assume un'importanza rilevante ai fini di una buona riuscita dell'intervento didattico. Le esigenze del reparto, che per il primo anno ha ospitato la scuola, e le esigenze degli alunni hanno costituito il punto di partenza da cui sviluppare la progettazione didattica. È risultato dunque importante definire quali siano state le condizioni nelle quali abbiamo lavorato, con particolare attenzione ai tempi e agli spazi. Per quanto riguarda i tempi, distinguiamo tre differenti tipi di intervento: a lungo termine, riservato agli alunni ricoverati in reparto per lunghe degenze (mesi); a medio termine,

per gli alunni ricoverati per periodi minori (settimane); a breve termine, riservato agli alunni presenti in reparto soltanto per visite della durata di un giorno con scadenza settimanale (day hospital). Per gli alunni ricoverati per un lungo periodo è possibile portare avanti una programmazione molto vicina a quella “classica”, mantenendo contatti con la scuola di provenienza; per altri che frequentano il reparto per medi e brevi periodi, è stato deciso di lavorare in particolar modo sul consolidamento delle conoscenze precedentemente acquisite e su alcuni macro obiettivi relativi alla programmazione prevista da ciascuna classe di appartenenza dei singoli alunni.

L’organizzazione dell’orario è estremamente flessibile e concordata con il reparto, in modo da rispettare il più possibile le esigenze degli alunni-pazienti e l’organizzazione del reparto stesso (visite, terapie). Nella maggior parte dei casi le lezioni si svolgono in orario antimeridiano dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 13:00; in diverse occasioni le lezioni si sono invece svolte in orario pomeridiano per riuscire a seguire con continuità gli alunni ricoverati in reparto.

Gli obiettivi generali e le linee guida dell’intervento didattico in ospedale sono:

- salvaguardare il diritto costituzionale allo studio e limitare la dispersione scolastica degli alunni ospedalizzati;
- assicurare la continuità del processo educativo mantenendo i contatti con la scuola di appartenenza;
- garantire la tempestività dell’intervento didattico, il contatto con la realtà, la crescita culturale ed emotiva, la progettualità e lo sviluppo dell’autonomia degli alunni;
- favorire il rientro a scuola, non appena possibile;
- ridurre al minimo l’interruzione delle attività quotidiane e mantenere le aspettative e la possibilità di progettare la propria vita.

Per quanto riguarda le metodologie e gli strumenti utilizzati, si fa largo uso delle nuove tecnologie, in particolar modo di

PC portatili e *tablet* (e la Lavagna Interattiva Multimediale), al fine di superare e limitare le difficoltà di lavorare in ambienti particolari come le camere del reparto (isolate e completamente sterilizzate).

Le esperienze precedenti, che si sono rivelate estremamente positive, hanno dimostrato quanto sia importante la presenza della scuola in ospedale. In particolare questa si è trovata a svolgere un ruolo di *contesto privilegiato* di osservazione dei bambini tanto per l'intera equipe medico-infermieristica quanto per l'assistenza psicologica e ha svolto un importante supporto per le famiglie dei giovani pazienti. È in questo contesto che ho effettuato la mia ricerca.

### 4.3. Uno sguardo all'Europa: le aule ospedaliere a Madrid

La Costituzione spagnola prevede il diritto all'istruzione per tutti i cittadini e delega le autorità pubbliche per promuovere le condizioni per attuare questo diritto è che questo sia goduto da tutti.

La legge organica 2/2006 del 3 maggio, della Pubblica Istruzione stabilisce che le amministrazioni pubbliche debbano sviluppare le azioni compensative rivolte a tutte le persone, i gruppi e le aree che sono in situazioni economiche sfavorevoli.

A sua volta, con l'Ordine 2316/1999, del 15 ottobre, il Ministro della Pubblica Istruzione, stabilisce che il funzionamento delle azioni di compensazione educativa sia adeguatamente regolato, in relazione alla continuità del processo formativo degli studenti che, per motivi di prolungata ospedalizzazione e convalescenza, non possono seguire il processo di scolarizzazione standard nella loro scuola. In questa ottica i docenti dell'unità di supporto delle scuole negli ospedali garantiscono la continuità del processo educativo in coordinamento e in stretta collaborazione con la scuola di provenienza di ogni studente.

Inoltre, l'Ordine 992/2002 dell'11 dicembre, del Ministero dell'Istruzione e la salute della Comunità di Madrid stabilisce la collaborazione tra i due Ministeri, per l'assistenza educativa della popolazione ricoverata in età di obbligo scolastico, e garantisce lo sviluppo di un programma di assistenza educativo finalizzato alla età della popolazione ricoverata nella scuola dell'obbligo per consentire la continuità del processo educativo (fino a favorire anche la promozione accademica) e facilitare il conseguimento degli obiettivi formativi in relazione ai bisogni educativi dei bambini ricoverati in ospedale. Anche per coloro che hanno una frequenza irregolare nelle scuole perché sono ricoverati in ospedale, si richiedono interventi volti ad assicurare la continuità del processo educativo. Tale assistenza è fornita in unità di sostegno scolastico in ospedale, chiamato *Hospital Classrooms* nel campo di competenza della Comunità di Madrid.

Di conseguenza, e in conformità con le disposizioni di cui all'articolo 6 del decreto 118/2007, del 2 agosto, il Ministero della Pubblica Istruzione e la Direzione Generale hanno deliberato di emettere il seguente emendamento in cui si stabiliscono le istruzioni relative alla scuola in ospedale.

Le Aule ospedaliere forniscono servizi educativi per gli studenti dell'Istruzione primaria e secondaria, che sono ricoverati in ospedale. Quando le cure permettono di fornire un supporto educativo per gli studenti che frequentano livelli di istruzione obbligatoria.

Gli studenti ricoverati in ospedale continueranno a frequentare la scuola in ospedale in continuità sincronica con la scuola e classe di appartenenza.

Gli studenti che hanno disturbi di personalità gravi o disturbi comportamentali verranno affiancati ai servizi di salute mentale, riceveranno l'attenzione educativa delle Unità di ricovero psichiatrico Breve o dei Centri Educativo Terapéuticos-day hospital.

La ricerca esplorativa è iniziata con un *focus group* presso l'Università Complutense di Madrid. La mia ricerca a Madrid parte dalla analisi della dirigenza scolastica nelle scuole già trattata

nei capitoli precedenti. Sono venuta a conoscenza dell'esistenza di molte aule ospedaliere che si differenziano dalle nostre scuole in ospedale e così ho deciso di contattare il responsabile decano della Università Complutense che mi ha invitato presso l'Università stessa per poter fare la ricerca. Così mi sono recata a Madrid per fare un'analisi comparativa in relazione alla dirigenza scolastica e la scuola in ospedale tra le scuole dei presidi italiani presi in esami e l'aula ospedaliere di Madrid.

Per infrastruttura e storia, l'Università Complutense occupa un posto di eccellenza nel sistema universitario spagnolo. La principale università della Comunità di Madrid nel 2007 contava 21 facoltà, 5 scuole universitarie, 35 istituti di ricerca universitari, 9 scuole di specializzazione professionale, 4 ospedali universitari e 32 biblioteche. In questi centri si offrono diverse opportunità formative che includono insegnamenti standard, postlaurea e personalizzati, e formazione complementare; si vive l'ambiente universitario attorno al quale si sviluppa l'intensa vita culturale dell'università. Le strutture dell'istituzione si distribuiscono principalmente tra due campus: il campus della Moncloa (Città Universitaria), nel centro di Madrid e la cui progettazione fu iniziata nel 1927; e quello di *Somosaguas*, per il quale si iniziò la costruzione nella decade degli anni 70 e che ospita la maggior parte dei centri dedicati alle Scienze Sociali. Oltre a queste strutture in Spagna, l'Università Complutense dispone di alcuni centri in altre istituzioni straniere, tra le quali si evidenzia il *Real Colegio* Complutense di Harvard, creato nel 1990 in cooperazione con la prestigiosa università statunitense e il cui obiettivo è di "stimolare e promuovere lo scambio accademico intellettuale e scientifico tra la *Harvard University*, l'Università Complutense e altre università e istituzioni spagnole, pubbliche e private". Il Collegio di Alti Studi Europeo *Miguel Servet*, con sede a Parigi e nato nel 1993; la Cattedra Dubcek presso l'*Università Comenius* in Slovacchia; e la Cattedra Complutense nell'*Università di Karlova*, nella Repubblica Ceca, sono altre simili iniziative<sup>1</sup>.

1. <http://www.universia.es/estudiar-extranjero>.



## I risultati

### Le Buone Pratiche nella scuola in ospedale

La scuola è una *comunità di pratiche* perché chi vi opera non specula in astratto ma entra in azione, esercita la volontà, dà forma organizzativa alle proprie idee. Insegnare è una cosa altamente pratica, oggi si direbbe, “performativa”[...]. Il fare riflessivo è professione, il fare ir-riflesso è mera esecutività, ma ogni lavoro in fondo è vedere all’opera *homo sapiens* che si configura quale *homo faber* e pertanto la circostanza che si parli di pratiche a proposito del cosiddetto “fare scuola” non rappresenta nulla di diverso da altro genere di pratiche, da quelle dell’architetto, del medico, del bancario, dell’imbianchino, dell’elettricista.

(M. Muraglia)<sup>1</sup>

#### 5.1. La struttura di un buon progetto di rete: “La presa della pastiglia” nella realtà del Meyer

Ho intitolato questo paragrafo “La presa della pastiglia”: il nome del sito dell’ospedale Meyer dedicato all’infanzia, perché mi ha suggerito antiche conquiste della Rivoluzione Francese e mi ha fatto pensare di conseguenza ad un atteggiamento battagliero e resiliente nei confronti della malattia, da parte dei bambini

1. Tratto dalla rivista on line «Insegnare e Insegnare», dossier del CIDI–Centro di Iniziativa Democratica degli Insegnanti.





e degli adolescenti ospedalizzati. La Presa della Pastiglia (che ovviamente ricorda la Presa della Bastiglia) attiva, a mio avviso, percorsi resilienti per superare il momento della malattia e tornare ad una vita serena, anche migliore di quello che era prima. La “pastiglia” intesa non solo come medicina, ma anche come affetto, comprensione aiuto da parte di tutti gli attori che ruotano attorno al bambino ospedalizzato.

La Presa della Pastiglia è il sito dell’Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze dedicato al mondo dell’infanzia i cui obiettivi possono essere così sintetizzati:

- utilizzare un canale di comunicazione che abbia al suo interno format e contenuti già realizzati e fruibili attraverso altri supporti editoriali;
- sperimentare uno spazio Internet a misura di bambino perché costruito dai bambini, che diventano in quest’ottica nuova i soggetti attivi della comunicazione con l’Ospedale e i loro operatori;
- creare un network interattivo tra i bambini degenti in Ospedale, i loro amici e le loro famiglie a casa, gli operatori/ animatori della Ludoteca;

- valorizzare e dare visibilità alle innumerevoli iniziative che periodicamente vengono svolte dai bambini in Ludoteca;
- attivare una comunicazione responsabile con messaggi “ad hoc” per il pubblico di riferimento e che vede il Meyer (inteso come Ospedale e come Fondazione) parte attiva nel dialogo con i suoi piccoli utenti;
- integrare tra loro diversi strumenti di comunicazione: radio, editoria libraria e multimediale, in una logica di multiplatforma.

All' mio primo ingresso all'ospedale pediatrico Meyer ho notato la cura nell'arredamento e nella disposizione degli spazi dedicati. Un lungo tunnel di vetro, arioso e simpaticamente arredato con animali di legno, porta dove ha sede la scuola ospedaliera. In realtà a seconda dei gradi di scuola si individuano spazi appositi: per la scuola primaria, un'aula adeguatamente arredata, un'altra stanza, non molto grande, dove si fa lezione ai ragazzi della scuola secondaria di primo e secondo grado. Per necessità spesso le lezioni vengono fatte nel corridoio dove si è progettato uno spazio delimitato da pannelli colorati che solo in parte riescono a *isolare* dal resto dell'ambiente. Altro aspetto che ho già accennato è quello delle lezioni al capezzale dei ragazzi, all'interno del reparto di oncologia dove non mi è stato possibile, per ovvie ragioni, entrare.

Da rilevare la professionalità delle docenti dalle cui interviste emergono vari aspetti dovuti alla speciale tipologia di apprendimento/insegnamento che tratterò in seguito. Le insegnanti quando vanno a fare lezione nel reparto oncologico indossano camici sterili e come è emerso anche dalle loro impressioni, in questi casi l'uso di Pc o *tablet* è sicuramente un elemento di aiuto per questi bambini e/o ragazzi, che molto spesso sono immunodeficienti e per questo motivo il contatto con fogli di carta o matite può essere dannoso. Un altro aspetto che emerge dalle interviste è il fatto che spesso i docenti si adeguano ai ritmi dei discenti, in quanto spesso

quest'ultimi hanno delle crisi dovute alle patologie o alle cure spesso aggressive. Emerge qui la capacità del docente di saper rimandare la lezione o incardinarla secondo un percorso adeguato al momento che emotivamente sta vivendo il bambino o l'adolescente.

La mia ricerca alla scuola ospedaliera del Meyer inizia con un'indagine preliminare realizzata attraverso colloqui: *focus group* (docenti). Una delle criticità che è emersa è il fatto che il gruppo classe è molto eterogeneo e cambia in continuazione, si pensi ad esempio ai ragazzi che si avvicinano nel *day hospital*. Di conseguenza diventa difficile anche organizzare la programmazione dell'attività didattiche da parte delle docenti che anche in questo caso dimostrano di saper adattare il loro intervento alla situazione.

Altra criticità emersa dalle interviste ai docenti sono rappresentate dal fatto che i bambini e ragazzi più gravi, bloccati nei loro letti, come detto precedentemente ricevono le lezioni direttamente al loro capezzale e non mi è stato possibile assistere a queste lezioni individuali per un problema di privacy. Ho comunque affiancato ai colloqui preliminari una fase di osservazione diretta relativa a come viene erogato il servizio (mi riferisco alle lezioni dei docenti) e di come reagiscono gli studenti ospedalizzati a queste lezioni, il comportamento degli utenti. Ho trascritto ed analizzato le interviste in maniera da individuare ciò che poteva essere utile per procedere al miglioramento del servizio oggetto dell'indagine, proprio per rilevare se il dirigente sia capace di progettare percorsi resilienti. Da una prima analisi sono poi passata ad un approfondimento volto al miglioramento della situazione.

Ho effettuato l'intervista a M.A.P., professoressa (ora in quiescenza) di scuola di secondo grado presso la scuola in ospedale Meyer e docente responsabile e referente della scuola stessa. I dati che emergono dalle sue risposte sono molto significative ed importanti per i fini di questa ricerca. Innanzitutto si nota la differenza nella contestualizzazione territoriale, rispetto alle interviste fatte ai docenti degli ospedali di Torino e Pisa. Infatti

la professoressa fa riferimento al Meyer e nelle sue risposte traspare una realtà diversa per taluni aspetti rispetto a quella del Regina Margherita. Le tecnologie non costituiscono un suo cavallo di battaglia, infatti dichiara di non aver realizzato «percorsi educativi con piattaforme digitali reti e software specifici», anche se ammette che le tecnologie sono molto utili per i bambini ospedalizzati e che altri colleghi le usano. Lamenta, sollecitata da una mia domanda, la carenza di preparazione ed aggiornamento per i docenti che lavorano nella scuola ospedaliera. Altro aspetto che fa emergere l'intervista è quello relativo alle dinamiche di apprendimento-insegnamento, infatti la professoressa parla di rapporto privilegiato di uno a uno (docente/studente ospedalizzato), ma rapporto *deficitario perché viene a mancare il supporto "classe"*. In questa affermazione emerge l'importanza per gli studenti ospedalizzati del gruppo dei pari, con le dinamiche relazionali, a volte anche conflittuali, che a volte si instaurano ma che possono essere utili allo sviluppo armonico del bambino e dell'adolescente, soprattutto nel contesto ospedaliero. Risultano inoltre delle analogie rispetto agli altri intervistati, in quanto si lamenta come limite nell'uso delle tecnologie, la scarsa potenza del segnale per la connessione a Internet nei reparti ospedalieri, l'insufficiente preparazione tecnica, e il fatto che l'alleanza terapeutica con le altre figure che vivono a contatto con il bambino, non sempre è completamente realizzata. Un aspetto molto discordante è la risposta alla mia domanda sull'importanza del dirigente scolastico nella scuola in ospedale. La sua risposta: «non esiste la figura del dirigente scolastico in ospedale, i docenti in servizio fanno capo ad una scuola nel territorio nel mio caso un liceo della città», è praticamente opposta rispetto a quella data dalla collega del Regina Margherita di Torino, «il dirigente è importante, fondamentale fin dall'inizio».

Per quello che riguarda questi aspetti ho cercato di indagare anche nella clinica pediatrica di Pisa ed effettuare altre interviste, anche per capire se quella della professoressa, sia una percezione, o una realtà. A mio avviso considerando che

l'organizzazione della scuola in ospedale si avvale di direttive del MIUR, e si appoggia alla legislazione europea, risulta essere comunque la stessa su tutto il territorio italiano, laddove sono previste scuole in ospedale esse fanno capo ad una scuola ordinaria, e il dirigente di questa, diventa automaticamente il dirigente di quella in ospedale. Poi non c'è dubbio che si avvalga di docenti responsabili e referenti, ma che non possono, a mio avviso, sostituirsi al dirigente stesso. Ho avuto comunque modo di trattare questi argomenti, con altre rilevazioni, anche di natura quantitativa, per meglio indagare il fenomeno. Dall'intervista fatta ad una docente si parla della scuola in ospedale come una scuola innovativa sotto ogni punto di vista.

Non mi sembra si possano trovare molte similitudini. È tutto molto diverso, iniziando dalla flessibilità e dall'elasticità che bisogna sempre avere per le situazioni che cambiano di continuo e la capacità di mutare gli obiettivi e i percorsi immaginati per adeguarsi alle esigenze dei bambini degenti. La scuola in ospedale ha obiettivi non solo educativo-didattici, ma fa veramente della terapia curativa del bambino e quindi deve avere una visione più ampia.

Si è cercato di tenere in considerazione i reali margini di miglioramento che possono essere realizzati anche in funzione delle risorse e delle leve effettivamente disponibili per il cambiamento. L'indagine preliminare è stata integrata dalla raccolta della documentazione esistente dedicata a progetti già attivati o a risorse (anche umane), come il volontariato, che ha contribuito a far salire la scala in indici di qualità del servizio (Progetto *Smart Future* di Samsung, Progetto *Istruzione Domiciliare*, *Vengo anch'io* e il citato la Presa della Pastiglia).

Si è cercato di individuare le scale di valore assegnate da precedenti sondaggi di *Customer Satisfaction*<sup>2</sup>, riferiti non solo ai bambini ma anche alle loro famiglie. Tali sondaggi possono

2. <http://pso.istruzione.it/>. A questo proposito faccio riferimento ai questionari, rivolti ai genitori, ai degenti e ai docenti, sulla qualità della scuola in ospedale promossi dal M.I.U.R. nel sito Scuola in ospedale.

avere una loro funzione anche come verifica dell'efficacia di un servizio e i risultati possono essere collegati ad altri strumenti di programmazione e controllo. Alcune amministrazioni utilizzano i risultati di queste indagini anche ai fini della valutazione della dirigenza. A maggior ragione in questi casi è necessario fare attenzione alla correttezza metodologica ed utilizzare, se necessario, competenze esterne che si consiglia di integrare. Diamo uno sguardo a questi importanti progetti che nell'ottica della autonomia di ricerca e di sperimentazione possono essere letti come fattori che attivano la resilienza.

Il progetto *Smart Future* di Samsung è un progetto nato per favorire la digitalizzazione dell'istruzione a partire da un processo di formazione indirizzato agli insegnanti, agli studenti e alle loro famiglie. L'OCSE ha recentemente evidenziato nel suo rapporto *Review of the Italian Strategy for Digital Schools* come l'Italia debba investire più risorse — economiche ma anche strutturali e culturali — per diffondere le tecnologie digitali a scuola e colmare il *gap* con altri Paesi europei. *Smart future* si pone due obiettivi:

- contribuire a sviluppare un nuovo tipo di scuola che stimoli la produzione e la fruizione di contenuti digitali e che permetta di ripensare le modalità di apprendimento allargandone gli orizzonti;
- offrire agli studenti italiani un'istruzione evoluta e allineata agli standard di altri Paesi, per aiutarli ad inserirsi in un contesto internazionale sempre più competitivo.

In riferimento a questo e ad altri progetti ho effettuato un'intervista alla responsabile dell'Ufficio Scolastico Regionale della Toscana della scuola in ospedale. Dai dati ricavati ed elaborati dall'intervista risulta il grande entusiasmo della responsabile scuola in ospedale, sollecitata dalla mia domanda relativa alla relazione ed ai rapporti tra USR e dirigenti della scuola ospedaliera afferma «che esiste una grande collaborazione, la stessa che si ha da parte degli altri stakeholders». Aggiunge che il

ruolo dei portatori di interesse è decisivo in quanto sia il Ministero (principale finanziatore) sia le associazioni di volontariato e altri enti o società (come Samsung o i comuni) promuovono e finanziano i progetti come i P.O.N. (Programma Operativo Nazionale) o a livello più nazionale il Progetto Samsung, contribuendo ad arricchire la scuola in ospedale con risorse non solo materiali ed economiche, ma anche umane. Sollecitata dalla mia domanda quale tipo di dirigente è più consono a dirigere una scuola in ospedale lei afferma che

il dirigente di una scuola in ospedale deve trasmettere fiducia, avere un carattere empatico, dare fiducia ed ascolto, non solo ai docenti, ma anche alle famiglie dei bambini ospedalizzati, essere attento alle esigenze dell'utenza e saper e voler dare risposte.

Inoltre la responsabile mette in evidenza l'aspetto delle tecnologie, gioco forza dell'insegnamento apprendimento in ogni tipo di scuola, ma soprattutto nella scuola in ospedale ed anche nella Istruzione Domiciliare. Alla mia domanda relativa ad azioni di miglioramento da parte dell'Ufficio Scolastico Regionale della Toscana nei confronti della scuola in ospedale, miglioramenti atti a favorire il percorso resiliente non solo degli studenti, ma anche dei docenti, lei risponde che

è necessario proporre una nuova scuola ospedaliera, avere più sezioni di scuola in ospedale in maniera che non sia negato a nessun bambino/adolescente il diritto alla istruzione e alla salute. Una possibilità di miglioramento è l'introduzione della Pet Therapy, di laboratori di teatro, scuole di musica. Tutte queste iniziative sarebbero determinanti per il raggiungimento della cura del sé e dell'altro in un'ottica di resilienza, di risalita, di resistenza al trauma dell'ospedalizzazione.

Ma conclude amaramente che spesso tante grandi idee non si possono realizzare per mancanza di fondi.

È importante arrivare a rendere il servizio scuola in ospedale efficace ed efficiente, influire e modificare laddove non lo sia, e aspirare come dirigenti all'eccellenza dello stesso. Inoltre la scuola in ospedale è

una realtà poco conosciuta che va invece pubblicizzata e promossa per garantire a tutti il diritto di vivere in una società democratica, promozionale e aperta.

Dalla intervista proposta alla responsabile della scuola in ospedale, emerge l'importanza di potenziare l'Istruzione Domiciliare come possibilità alternativa alla ospedalizzazione. Questa è vista in un duplice aspetto sia come ammortizzatore del trauma della ospedalizzazione sia come risparmio della spesa sanitaria, visto che il ricovero domiciliare comporta meno investimenti economici da parte delle Azienda Sanitaria Locale. La C.M. n. 60/2012 *Indicazioni operative per la progettazione dei percorsi di scuola in ospedale e a domicilio per gli alunni temporaneamente malati* stabilisce i principi di riferimento in ambito nazionale. L'I.D. può essere vista come un ampliamento dell'offerta formativa, prevista dalla legge 104/92, ma non direttamente rivolta agli alunni disabili, in quanto l'integrazione di questi bambini deve avvenire in classe, a scuola. Infatti gli interventi domiciliari devono essere un'opportunità straordinaria rispetto alla fruizione dell'istruzione nelle regolari classi. Una criticità che è emersa dall'intervista con la responsabile è il fatto che i dirigenti delle scuole polo, sono quasi sempre per mancanza di tempo, assenti durante le riunioni del Comitato Scientifico, organo di raccordo tra scuola e ospedale, del Meyer. Questa criticità pesa sull'organizzazione e sulla gestione della scuola in ospedale, in quanto il dirigente può dare con la sua presenza e il suo contributo un notevole aiuto per la soluzione dei vari problemi che si presentano soprattutto per i docenti. Nell'istruzione domiciliare come già accennato il ruolo delle tecnologie ha un notevole spazio, poiché queste offrono preziose opportunità e risorse per la didattica personalizzata e per quella individualizzata. Ma anche per la piena realizzazione di queste è necessario la gestione e la contrattazione del dirigente con gli altri *stakeholders*, i quali con il loro contributo possono incrementare le risorse a favore dei ragazzi ospedalizzati, mediante creazioni di nuove linee telefoniche o il potenziamento



di quelle esistenti, appurata ormai l'importanza delle tecnologie digitali nell'apprendimento-insegnamento della scuola in ospedale. L'Istruzione Domiciliare è a carattere temporaneo, non può essere considerato un intervento a carattere permanente, rappresenta invece una fase del percorso formativo che ha come obiettivo il rientro, il prima possibile nella propria classe dello studente ospedalizzato. L'attività didattica presso il domicilio è svolta dagli insegnanti di classe di appartenenza dell'alunno, ma spesso quando lo studente non risiede a Firenze, ciò è piuttosto difficoltoso così subentrano i docenti volontari. Nel caso del Meyer partecipano all'istruzione domiciliare i docente appartenenti all'associazione di volontariato amici "*Amici del Meyer*". Per sondare questo aspetto ho effettuato le interviste a diversi docenti di istruzione domiciliare, riporto quello che emerge dalle interviste. Alla mia domanda come è organizzata l'istruzione domiciliare le risposte sono che dopo vari incontri di formazione gli insegnanti volontari possono iniziare l'attività didattica nella struttura ospedaliera, nella struttura di accoglienza o presso il domicilio dello studente. Gli orari sono concordati con gli interessati compatibilmente con le terapie e lo stato di salute. Un coordinatore responsabile assegna gli alunni, in base alle necessità didattiche per il periodo in cui non sono in grado di frequentare la scuola, è presente un Comitato Operativo che si riunisce ogni mese per analizzare le situazioni dei singoli allievi e per tracciare le linee programmatiche. Alla mia domanda se esiste collaborazione tra istruzione domiciliare e scuola di provenienza la docente afferma che

noi insegnanti assegnati all'istruzione domiciliare siamo tenuti ad inviare al docente della scuola ordinaria di riferimento del ragazzo una relazione dettagliata sul lavoro svolto, le difficoltà incontrate, le caratteristiche dell'alunno (emerse durante il ricovero domiciliare).

Quando poi chiedo se i docenti che lavorano in contesti ospedalieri o comunque con bambini malati siano preparati e si sentano tali una docente afferma che «in base al regola-

mento, il requisito essenziale per l'iscrizione al gruppo Insegnanti Volontari del Meyer è il possesso di un titolo di studio adeguato alla disciplina (laurea e abilitazione)». Inoltre i docenti devono continuare a seguire gli incontri di formazione, che sono tenuti ogni anno presso l'ospedale dai coordinatori per ogni ordine di scuola e da operatori ospedalieri. In queste occasioni è possibile scambiare esperienze ed affrontare i singoli problemi. Penso comunque che il livello di preparazione nel complesso sia buono. In relazione all'uso dell'ICT per l'insegnamento/apprendimento nell'istruzione domiciliare la docente intervistata mette in evidenza «l'enorme potenzialità delle nuove tecnologie, verso le quali i ragazzi mostrano molta familiarità».

Anche il progetto “Vengo anch'io” è promosso da questa importante associazione di volontariato; come già accennato esso costituisce una vera e propria continuità del clima familiare, in quanto i bambini possono seguire i loro fratelli ospedalizzati, evitando così la *fratturazione* del mondo familiare e sociale. Questo considerevole progetto rappresenta quindi un servizio didattico fornito ai piccoli pazienti. Infatti al Meyer sono ricoverati bambini provenienti da varie zone di Italia, che devono abbandonare le loro case, ma trovano con questo progetto un sostegno ed un aiuto in quanto sono seguiti nella scuola in ospedale nelle materie in cui sono meno preparati e da un punto di vista pratico, fratelli e le sorelle dei bambini ospedalizzati e i loro genitori sono alloggiati nella rete di appartamenti e case di accoglienza del Meyer, il tutto sempre gestito dalla Associazione *Amici del Meyer*. È infatti nel volontariato che ho rilevato un forte aspetto resiliente, i volontari aiutano e sostengono i docenti, i bambini e le loro famiglie.

Il Progetto “Vengo anch'io” si prefigge di dare supporto o sostegno a tutti degenti all'Ospedale Pediatrico Meyer che non rientrano nel progetto Scuola in Ospedale e per aiutare anche gli inclusi che richiedono un aiuto specifico su alcune materie in cui manifestano un ritardo, su richiesta da parte del coordinatore della scuola in ospedale. Innovazioni importanti sono:

- aiutare i fratelli e le sorelle dei pazienti in cura presso l'Ospedale Pediatrico Anna Meyer, spesso anche loro eradicati e comunque feriti per la situazione familiare;
- seguire gli allievi anche nei periodi di sospensione del calendario scolastico, su segnalazione del comitato operativo.

Al Meyer esiste il Servizio Nazionale di Scuola in Ospedale per tutti.

Questo è ciò che si legge sul sito ufficiale:

Abbiamo pensato di occuparci dell'educazione, dell'insegnamento e dell'apprendimento in malattia per soddisfare le richieste che per difficoltà sociali, sanitarie, burocratiche o altro, rimangono inevase, anzi talvolta non arrivano nemmeno alla luce. L'aiuto è fornito in fasce orarie molto varie e su tutti i giorni della settimana ed i mesi dell'anno. I docenti poi, tutti volontari, e non sempre insegnanti di professione, forniscono il loro aiuto su discipline anche professionalizzanti, utilizzando più la pratica che la teoria. La valutazione del successo o insuccesso del nostro lavoro compete alla scuola ufficiale: non si dà voti ma si aiuta. Per ora, questo gruppo ha compiuto il proprio dovere sociale di aiutare chiunque si trovi in difficoltà e ha scelto di mettersi all'altezza degli allievi ed aiutarli in ospedale o a casa, perché, per un malato, un cespuglio è una montagna invalicabile in solitaria. Invece insieme si può continuare ad andare avanti.<sup>3</sup>

Il Progetto nasce con l'aiuto di un'analoga esperienza sviluppata a Bergamo che individua soluzioni pratiche per problemi da sempre evidenziatisi nell'attività degli Insegnanti Volontari del Meyer.

L'offerta formativa del progetto prevede:

- lezioni sporadiche di recupero o preparazione, in vista del rientro scolastico;
- lezioni per periodi più lunghi per recupero in una o più discipline o per un recupero a settembre;

3. <http://www.amicidelmeyer.it>.

- sostegno per percorsi più lunghi di adattamento a ritmi scolastici normali;
- sostegno ai percorsi ufficiali della Scuola Ospedaliera e Domiciliare con una maggiore flessibilità oraria e didattica.

## 5.2. Quando una scuola ha i caratteri di resilienza: la clinica pediatrica dell’Ospedale Santa Chiara di Pisa

La mia ricerca presso l’ospedale Santa Chiara di Pisa si apre con un incontro con il dirigente dell’I.C. Toniolo di Pisa, scuola polo per la scuola in ospedale. Dall’intervista preliminare con il dirigente, coadiuvato dalla vicaria, sono emerse importanti aspetti della scuola in ospedale di Pisa. Alla mia domanda come esercita la *leadership* il dirigente ha affermato che la sua è una leadership orientativa, di supporto e collaborativa.

Ho istituito uno sportello di ascolto attraverso il quale cerco di sviluppare la resilienza nei docenti, ma anche nei genitori. Il dirigente poi afferma che è determinante la collaborazione degli altri stakeholder, infatti il Comune di Pisa ha finanziato la scuola affinché possa avere un potenziamento della Rete Internet. A livello organizzativo è importante la partecipazione della Regione Toscana che ha finanziato il progetto Smarting Inclusion, dotando così la scuola in ospedale di Ipad, Lavagne Multimediali. Anche a Pisa come a Firenze è molto importante la figura dei volontari: l’AGBALT<sup>4</sup>, un’associazione di genitori per la cura e l’assistenza ai bambini affetti da leucemia e tumore è riuscita a reperire fondi che hanno permesso, oltre ad altre iniziative, di mettere a disposizione gli appartamenti dove i genitori possono abitare per stare vicini ai figli ospedalizzati.

Riporto alcune interessanti notizie relative alla sezione ospedaliera della scuola in ospedale che il dirigente mi ha fornito.

Nell’anno scolastico 2012/2013 è stata istituita la sezione ospedaliera della scuola primaria “L. Cambini” dell’I.C.Toniolo di

4. <http://www.agbaltonlus.it>

Pisa, operante presso il reparto di Onco–ematologia Pediatrica dell'ospedale Santa Chiara di Pisa. Alla sezione, organizzata su 27 ore settimanali, sono stati assegnati due insegnanti.

La didattica ospedaliera presenta delle caratteristiche del tutto particolari e specifiche, con sostanziali differenze rispetto ad una didattica classica, ragione per cui l'intera organizzazione dei tempi e degli spazi assume un'importanza rilevante ai fini di una buona riuscita dell'intervento didattico. Le esigenze del reparto, che per il primo anno ha ospitato la scuola, e le esigenze degli alunni hanno costituito il punto di partenza da cui sviluppare la progettazione didattica. Risulta dunque importante definire quali siano state le condizioni nelle quali abbiamo lavorato, con particolare attenzione ai tempi e agli spazi. Per quanto riguarda i tempi, distinguiamo tre differenti tipi di intervento: a lungo termine, riservato agli alunni ricoverati in reparto per lunghe degenze (mesi); a medio termine, per gli alunni ricoverati per periodi minori (settimane); a breve termine, riservato agli alunni presenti in reparto soltanto per visite della durata di un giorno con scadenza settimanale (day hospital). Per gli alunni ricoverati per un lungo periodo viene portata avanti una programmazione molto vicina a quella "classica", mantenendo contatti con la scuola di provenienza; per altri che hanno frequentato il reparto per medi e brevi periodi, i docenti lavorano in particolar modo sul consolidamento delle conoscenze precedentemente acquisite e su alcuni macro obiettivi relativi alla programmazione prevista da ciascuna classe di appartenenza dei singoli alunni. Per quanto riguarda invece gli spazi, in un primo momento non è stato possibile allestire una vera e propria aula a causa dei problemi logistici interni al reparto, tuttavia, data la peculiarità della didattica ospedaliera basata su una elevata flessibilità, tale mancanza non ha costituito un problema come potrebbe sembrare in apparenza. Per gli alunni ricoverati per lunghi periodi, le lezioni si sono svolte nella maggioranza dei casi in rapporto di *uno ad uno* nelle camere del reparto (raramente, a causa delle condizioni di salute dei bambini, è stato possibile fare lezioni a coppia o di gruppo) e nelle stanze che ospitano i pazienti che necessitano di trapianto

midollare. Per quanto riguarda invece gli alunni non ricoverati in reparto, le lezioni si sono svolte nelle camere che ospitano i pazienti in *day hospital* o in uno spazio dedicato alla “scuola” a margine della sala d’attesa.

Gli alunni che hanno frequentato la scuola costantemente sono stati sette: due iscritti alla classe prima, uno alla classe terza, due alla classe quarta e due alla quinta. A fianco di questi sette bambini sono stati seguiti con interventi sporadici anche altri che sono stati in reparto esclusivamente per brevi visite giornaliere e che continuavano a frequentare regolarmente la scuola. Nei rari casi in cui è stato possibile effettuare lezioni di gruppo. La didattica è stata organizzata come se si trattasse di una pluriclasse, cercando sempre di personalizzare il più possibile le attività presentate agli alunni.

L’organizzazione dell’orario è stata estremamente flessibile e concordata con il reparto, in modo da rispettare il più possibile le esigenze degli alunni-pazienti e l’organizzazione del reparto stesso (visite, terapie). Nella maggior parte dei casi le lezioni si sono svolte in orario antimeridiano dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,00; in diverse occasioni le lezioni si sono invece svolte in orario pomeridiano per riuscire a seguire con continuità gli alunni ricoverati in reparto.

Gli obiettivi generali e le linee guida dell’intervento didattico in ospedale sono stati i seguenti:

- salvaguardare il diritto costituzionale allo studio e limitare la dispersione scolastica degli alunni ospedalizzati;
- assicurare la continuità del processo educativo mantenendo i contatti con la scuola di appartenenza;
- garantire la tempestività dell’intervento didattico, il contatto con la realtà, la crescita culturale ed emotiva, la progettualità e lo sviluppo dell’autonomia degli alunni;
- favorire il rientro a scuola, non appena possibile;
- ridurre al minimo l’interruzione delle attività quotidiane e mantenere le aspettative e la possibilità di progettare la propria vita.

Per quanto riguarda le metodologie e gli strumenti utilizzati, si è fatto largo uso delle nuove tecnologie, in particolare modo di PC portatili e *tablet*, al fine di superare e limitare le difficoltà di lavorare in ambienti particolari come le camere del reparto (isolate e completamente sterilizzate).

L'esperienza dell'intero anno, che si è rivelata estremamente positiva, ha dimostrato quanto sia importante la presenza della scuola in ospedale. In particolare questa si è trovata a svolgere un ruolo di *contesto privilegiato* di osservazione dei bambini tanto per l'intera *équipe* medico-infermieristica quanto per l'assistenza psicologica e ha svolto un importante supporto per le famiglie dei giovani pazienti.

Dopo aver effettuato l'intervista al dirigente scolastico ho potuto accedere direttamente nel reparto di oncologia pediatrica di Pisa. Al contrario degli altri ospedali dove ho fatto ricerca, qui mi è stato possibile osservare gli studenti della scuola ospedaliera collocata direttamente nel reparto.

I locali, perfettamente ristrutturati, sono molto luminosi, anche se l'aula dove vengono fatte le lezioni è un po' angusta. Ma osservando comunque i bambini che stavano facendo lezione ho compreso quanto sia importante la scuola all'interno dell'ospedale. Le docenti mi hanno fatto notare alcuni bambini che ricoverati in *day hospital*, chiedono di poter frequentare la scuola. Mi ha molto colpito vedere questi bambini attaccati alle loro flebo, ma che con il braccio e la mano liberi disegnavano o scrivevano felici. Questo mi ha fatto capire quanto sia importante la scuola in ospedale, e il fatto e con il solo fatto di esserci possa costituire un elemento determinante di resilienza al trauma dell'ospedalizzazione.

Dall'intervista alla docente vicaria (che di fatto fa le funzioni del dirigente scolastico), che è anche docente di scuola in ospedale, emergono il suo entusiasmo e il suo coraggio nel gestire la scuola ed ha rappresentato per la mia ricerca un elemento positivo e importantissimo riferito al dirigente e alla sua capacità di attivare la resilienza.

Dalle sue risposte si capisce quanto ritenga importante la scuola in ospedale e di riflesso questo suo crederci ed adoperarsi perché tutto funzioni ad hoc si ripercuote positivamente anche sui docenti e di conseguenza sui bambini ospedalizzati. Infatti dalla osservazione e dai dati ricavati è emersa una importante condivisione di intenti, di coinvolgimento empatico del dirigente nei confronti dei giovani pazienti e delle colleghe.

### **5.3. Scuola, Università ed Ospedale: alfabeti di speranza dettati dalle ICT in una sincronia di interventi nell'ospedale Regina Margherita e il politecnico di Torino**

Nel marzo 2015 mi sono recata a Torino per partecipare al convegno *Tecnologie e linguaggi dell'apprendimento: traiettoria e sfide media-educative*, promosso dal dipartimento di Filosofia e Scienze dell'educazione, dipartimento di studi umanistici, Università degli studi di Torino. Il convegno si proponeva di lanciare la sfida media-educativa degli anni futuri grazie alla partecipazione di importanti esperti, accademici e formatori di solido impianto scientifico e approccio didattico innovativo. L'evento era rivolto agli insegnanti del terzo millennio, agli educatori, ai giornalisti e a tutti i comunicatori, agli esperti di media, *video-marker*, registi, ai produttori e a tutti quelli che condividono l'interesse per la media-educazione con approccio scientifico ad una formazione che possa essere competente ed efficace. Il graduale processo di avvicinamento verso una presenza costante e stabile dei media nella vita di ciascuno di noi consente al convegno di porsi come punto di vedetta verso scenari di opportunità e problematiche, delineando nuove professionalità educative che possano determinare un proficuo incontro tra differenti approcci disciplinari, ipotesi ambiziose, nuove traiettorie metodologiche e sguardi trasversali. In particolare sono rimasta molto colpita dall'intervento del professore emerito di Infor-



matica del Politecnico di Torino Angelo Raffaele Meo<sup>5</sup>, il quale ha trattato, tra le altre cose, delle tecnologie impiegate anche in contesti educative particolari come la scuola in ospedale. Il professore ha messo in evidenza quanto sia importante per lo sviluppo delle tecnologie l'uso dei *software open source*, che permettono un approccio *democratico* alla conoscenza senza dover pagare come invece accade per i *software* protetti da *copyright*. Ciò mi ha fatto riflettere sulle difficoltà economiche che spesso vive il dirigente, il quale potrebbe cogliere nel *free software*, un mezzo di ottimizzazione degli strumenti digitali a costi zero.

Così ho allargato la mia ricerca all'ospedale pediatrico Regina Margherita, dove è forte l'uso delle tecnologie. Infatti esiste una stretta collaborazione tra la scuola in ospedale e il Politecnico di Torino, collaborazione che si indirizza proprio all'uso delle tecnologie nella scuola in ospedale. A questo proposito ho iniziato il mio lavoro di ricerca con l'intervista ad attore privilegiato, il Professor Emerito Angelo Raffaele Meo, che da molti anni si è dedicato, insieme ai suoi collaboratori, a creare programmi, gestire reti, utilizzare i sistemi *software open source* per aiutare i bambini e ragazzi ospedalizzati a sentirsi meno soli, a rimanere collegati al gruppo dei pari.

Dalla sua intervista si evince la grande fiducia che il professore consegna alle tecnologie, anche dall'alto della sua pluridecennale esperienza nel settore. Il Professore risulta molto tranquillo e denota una notevole padronanza ovviamente in quello che è il suo settore specifico riferito alle ICT. Le sue risposte sono molto chiare e precise: sostenendo l'importanza dell'uso delle tecnologie nella scuola ordinaria e nella scuola in ospedale. L'esperienza del professore nello studio e nelle applicazioni delle ICT, mi fa molto riflettere e avvalorare la mia tesi sull'uso educativo delle tecnologie telematiche e robotiche nella scuola in ospedale. Meo, come chiaramente spiega, si è occupato di

5. Angelo Raffaele Meo è un professore emerito del Politecnico di Torino in pensione dal 2010, e un pioniere dell'informatica italiana noto per la sua posizione a favore del software libero open source.

learnig project, unità fondamentali dell'e-learning, che hanno cominciato ad essere diffusi in Rete e combinati in lezioni elementari o complesse [...] poi sono nati i MOOC che incominciano ora ad integrare l'interattività automatica con quella umana.

Un altro aspetto che emerge dall'intervista è la grande importanza che il professore dà ai *software open source*, i quali posso abbattere i costi e realizzare una scuola tecnologica ancora più democratica perché non soggetta al *copyright* costoso ed esclusivo. Per i temi della scuola in ospedale il professore afferma la grande utilità delle tecnologie anche in relazione alla sua diretta esperienza. Egli infatti ha portato avanti dei progetti di collaborazione con la scuola in ospedale del Regina Margherita di Torino. Questi progetti hanno riguardato la progettazione e l'uso dei *software open source* per l'implementazione della telematica (videoconferenze, *peer education*), inoltre il professore ha partecipato con alcuni ingegneri del Politecnico alla progettazione del Portale della scienza e della scuola, (citato più avanti). In questo progetto sono state implementate sezioni specifiche per la scuola in ospedale. Ad alcune domande egli risponde che non conosce abbastanza la tematica inerente, e dà solo alcune indicazioni riferite alla realtà in cui ha lavorato. Ma sulle tecnologie e il loro uso nella scuola è molto fermo e determinato nell'affermare la più ampia positività delle stesse, anche sul fatto che possano essere fattori di resilienza nella scuola (e a maggior ragione nella scuola in ospedale).

Oltre al professor Meo ho intervistato la dott.ssa Clotilde Moro, docente di scuola in ospedale, sempre al Regina Margherita di Torino, che ora è in quiescenza, ma il suo contributo mi è sembrato importante proprio per la grande esperienza e dedizione in questo campo. Infatti la professoressa Clotilde Moro ha lavorato a lungo con i ragazzi della scuola secondaria di primo grado, vivendo in prima persona tutte quelle situazioni di malattia e sofferenza che riferite ai giovani e ai bambini sono ancora più drammatiche.

La professoressa dichiara il grande legame che c'è tra la scuola in ospedale e la realtà territoriale del Piemonte. Per quel-

lo che riguarda l'alleanza terapeutica delle figure che ruotano intorno al bambino, la Moro è molto positiva, infatti afferma che nella sua esperienza c'è una grande collaborazione tra tutti le figure che si occupano a qualsiasi tipo del bambino ospedalizzato. Anche lei, come il professore Meo, è una grande sostenitrice delle tecnologie nella scuola in ospedale infatti afferma:

Nel 2000 abbiamo fatto gli esami di III media in videoconferenza tra il centro trapianti e l'aula dove era riunita la commissione esaminatrice [...] abbiamo creato inoltre un video clip a distanza.

Dalle parole della professoressa traspare un grande entusiasmo e la grande importanza che attribuisce alle ICT per l'insegnamento apprendimento nella scuola in ospedale (infatti alla mia proposta di dare un voto da uno a dieci alle stesse, ha dato loro 10+). Una criticità che è emersa nell'uso delle tecnologie è la mancanza o la lentezza (di connessione) di linee e di collegamenti, e di una certa immobilità psicologica alla tecnologia e al cambiamento in generale di alcuni colleghi, ancorati a stili di insegnamento-apprendimento più tradizionali e forse obsoleti. Dai dati empirici che si evincono da questa interviste, è che c'è grande fiducia ed aspettative nell'uso delle ICT, ciò avvala, anche se naturalmente il campione è molto ridotto, la mia tesi sulle ICT nella scuola in ospedale (almeno per quello che riguarda il Regina Margherita di Torino).

Durante la mia visita al Politecnico di Torino, ho assistito ad una lezione di dottorato in informatica nella quale l'ingegnere Banzi ha illustrato Arduino, una sua invenzione.

Arduino è una piattaforma *open source di physical computing* basata su una semplice scheda *input output*; è un ambiente di sviluppo che incrementa il linguaggio processing C++. Arduino può essere utilizzato per sviluppare oggetti interattivi indipendenti o può essere collegato ad un *software* sul computer, l'I.D.E. (*Integrate Development Environment*) *open source* può essere scaricato gratuitamente. Arduino può essere usato in

robotica per creare dei robot, e per i bassi costi di realizzazione a causa dell'uso dell'*open source free*, può essere facilmente usato a scuola, nella fase di progettazione soprattutto per gli studenti delle scuole secondarie. I prodotti robotici ottenuti possono essere usati, da tutti coloro che lo desiderano, a scopi didattici e ricreativi.

Altro importante aspetto che è emerso dalla ricerca è l'importante sodalizio che si è creato tra il politecnico di Torino e la scuola ospedaliera del Regina Margherita. Infatti alcuni ingegneri informatici mi hanno presentato il Portale della scienza e della scuola<sup>6</sup>.

### 5.3.1. Il portale della scienza e della scuola

Altra aspetto fondamentale e stimolante ai fini della mia ricerca è stato il grande lavoro degli ingegneri del Politecnico di Torino che hanno progettato un sito, con licenza libera, per poter creare risorse sulla rete e con materiale caricato sempre in *open source* per l'insegnamento apprendimento non solo della scuola ordinaria, ma anche e soprattutto della scuola in ospedale. È un progetto del DAINUI<sup>7</sup>, che è stato chiamato *Il Portale della scienza e della scuola* (per il prototipo si può visione l'indirizzo <https://fare.polito.it>).

Il progetto è caratterizzato da tre obiettivi.

Il primo obiettivo è la creazione di un grande archivio, basato prevalentemente su strumenti interattivi, di unità scientifiche o didattiche elementari come documenti, dispense e libri didattici (che potranno essere liberamente stampati o trasformati in file per *e-book*), video-lezioni, videoconferenze,

6. Vedi il *template* in appendice.

7. Dipartimento di AUTOMATICA E INFORMATICA, struttura di riferimento del Politecnico nell'area culturale dell'*Information and Communication Technologies (ICT)*, che studia le metodologie e le tecnologie per realizzare la gestione, il trattamento e la trasmissione delle informazioni. Il DAINUI promuove coordina e gestisce la ricerca fondamentale e quella applicata, la formazione, il trasferimento tecnologico e i servizi del territorio con riferimento agli ambiti dell'automatica e dell'informatica e della ricerca operativa (da: [www.dauin.polito.it](http://www.dauin.polito.it)).

videogiochi didattici, esperienze remote di laboratorio, visite virtuali a musei.

Tale archivio è orientato alla diffusione della cultura scientifica nella società e nella scuola.

Il secondo obiettivo del progetto è rappresentato dalla creazione di una linea di strumenti tecnologici finalizzati alla costruzione di corsi di informazione, formazione e insegnamento, basati anche sul materiale didattico dell'archivio. Un'altra importante funzionalità resa disponibile dal Portale sarà la possibilità di effettuare lezioni in videoconferenza, con lavagna interattiva e altri supporti didattici condivisi, in funzione delle diverse esigenze della scuola in ospedale e domiciliare, di sedi scolastiche decentrate, di conferenze ad ampia diffusione.

Inoltre, è in fase avanzata di sviluppo la creazione di una linea di strumenti tecnologici che consentiranno ad altre istituzioni di realizzare rapidamente un proprio portale, identico a quello del Politecnico di Torino. I diversi portali saranno intercomunicanti, per cui le singole ricerche effettuate su un portale si svolgeranno automaticamente, in modo trasparente, su tutti gli archivi di questa famiglia di portali.

Infine, il terzo obiettivo sarà costituito dalla creazione di nuovi corsi di formazione e di nuovi strumenti didattici multimediali interattivi. Questi saranno costruiti con gli strumenti realizzati nell'ambito del progetto e saranno conformi, per quanto concerne la scuola, alle indicazioni del MIUR.

Tutti gli strumenti e tutti i contenuti scientifici e didattici saranno assolutamente liberi, essendo protetti da licenze *Creative Commons*. In particolare, saranno liberi i libri di testo (anche multimediali), fruibili su stampante, *personal computer* o *tablet*, lettore di libri digitali (*e-book*).

Quanto è disponibile nel prototipo sopra indicato è il frutto del lavoro di una decina di volontari — ricercatori e insegnanti — che a titolo gratuito ha collaborato, per alcuni anni, con il DAUIN e con la scuola "Amedeo Peyron" (che ha la responsabilità della gestione regionale della cosiddetta "Scuola in Ospedale"), nonché, ovviamente di altri contributi liberi trovati in Rete.

Si noti che sono già disponibili molte conferenze e lezioni, nonché le tecnologie di base per la relativa fruizione.

Ad esempio, sono già disponibili sul portale:

- oltre 250 filmati di conferenze divulgative, prevalentemente opera dell'Accademia delle Scienze e di Centro-Scienza;
- molto materiale didattico e i libri di testo per la scuola secondaria di secondo grado di matematica, scienze, fisica, latino, biologia;
- due libri di testo di informatica per la scuola primaria e secondaria di primo grado;
- materiale didattico vario per l'insegnamento di Scienze nelle scuole di ogni ordine e grado;
- i filmati di un corso di base di Informatica per l'Università;
- altro materiale scientifico e didattico.

#### **5.4. Madrid e l'Haula ospedaliera: i risultati della ricerca**

Nel corso del mio lavoro di ricerca ho preso in esame la dirigenza scolastica nella scuola in ospedale a Madrid. Nel mese di gennaio 2016 mi sono recata nella capitale spagnola ed ho effettuato una ricerca esplorativa sulla dirigenza nella scuola in ospedale. Presso l'Università Complutense di Madrid Dipartimento di scienze dell'educazione si è tenuto un incontro con il vice decano Gonzales, dirigente della scuola ospedaliera, un ispettore e alcuni professori della scuola in ospedale. Durante l'incontro è stato presentato un quadro di come sia organizzata in Spagna la scuola in ospedale in riferimento alla dirigenza. Dall'intervista effettuata al dirigente dell'aula ospedaliera sono emersi molti aspetti, alcuni sono simili alle nostre scuole in ospedale altri invece collocano la scuola in ospedale e i soggetti che ne usufruiscono più vicini ad una realtà di intervento più sanitario che scolastico. Trapela comunque sia dal *focus group*

che dall'intervista una grande coesione tra tutti gli operatori, che a vario titolo contribuiscono ad ottimizzare il lavoro nelle scuole ospedaliere. Anche a Madrid si lamentano carenze nei finanziamenti. Per quello che riguarda il dirigente emerge l'aspetto che forse in Italia è ancora carente, della gratifica, anche economica, in relazione al rendimento, dell'efficienza, intesa proprio come raggiungimento di risultati stabiliti. Gli ambiti indagati ruotano attorno all'impatto che ha il dirigente nella scuola e alle azioni ispirate alla efficacia ed efficienze, e che egli stesso sarà capace di implementare per attivare la resilienza, anche tramite il recupero e il potenziamento di risorse finanziarie per creare reti, ottimizzare i collegamenti.

Un altro aspetto che è emerso è la coesione e sincronia di interventi tra dirigenti, docenti e famiglie, che vengono chiamati in causa per gli interventi sui loro figli ospedalizzati. da non dimenticare che un fattore di resilienza è l'aspetto che in Spagna il dirigente viene scelto all'interno della scuola dove lavora come docente, questo significa che conosce l'ambiente e può intervenire consapevolmente in maniera più determinante e costruttiva. Considerando i tempi della mia permanenza non molto lunghi ho continuato a lavorare mantenendo poi un contatto (email o Skype) molto attivo e frequente con i docenti, i dirigenti delle scuole ospedaliere.

## Valutazioni conclusive

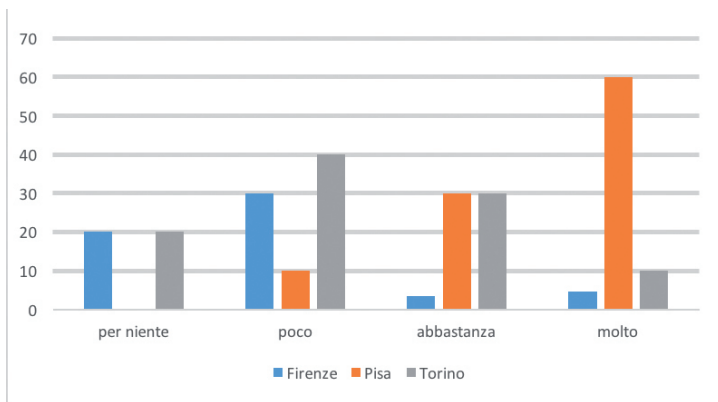
### **Potenziali e limiti del dirigente scolastico di competenza nelle strutture ospedaliere**

A conclusione di questo lavoro, che non ha la presunzione di essere esaustivo, ma che potrà forse essere utile per sensibilizzare ai problemi relativi ai bambini ospedalizzati si è voluto mettere in evidenza la valorizzazione del ruolo del dirigente scolastico, attore fondamentale, (insieme a docenti, famiglie, operatori sanitari e naturalmente studenti), che all'interno di un contesto così delicato e difficile può *traghetare, condurre* la scuola in ospedale verso orizzonti di efficacia ed efficienza atti al successo resiliente del bambino ospedalizzato. Per migliorare la qualità dei servizi ospedalieri è necessario avviare una riflessione sui bisogni del bambino/ragazzo ospedalizzato in un'ottica di alleanza terapeutica non solo per curare da un punto di vista medico, ma soprattutto per prendersi cura, in senso ontologico ed etico, che in ambito educativo, corrisponde alla realizzazione di una qualità dell'esperienza umana, nel dare senso all'educazione. È necessario garantire il diritto alla salute e il diritto allo studio agli studenti; il diritto dei genitori di sentirsi sostenuti ed aiutati in un momento difficile come quello dell'ospedalizzazione del figlio; il diritto di aggiornarsi e di essere preparati al difficile compito di insegnare nella scuola in ospedale da parte dei docenti.

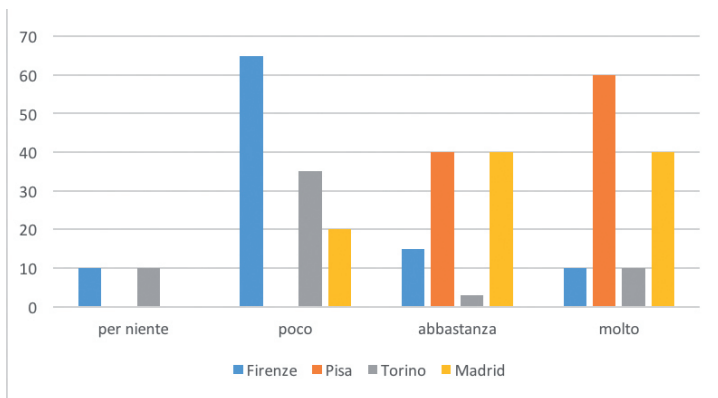
Questa ricerca ha tentato di dimostrare se un dirigente, diventando così un fattore di resilienza, possa ottenere questi risultati, o se possa avere la competenza, la possibilità e la volontà di agire, in questo senso. Emerge che nella scuola ospedaliera di Pisa (la clinica pediatrica) è sentita ed efficace la presenza



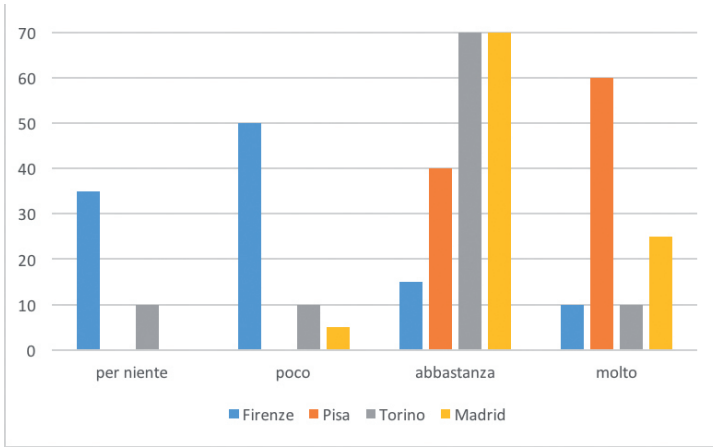
del dirigente, da quello che emerge dai risultati della ricerca potremmo rappresentarli così:



**Figura 5.1.** Importanza della scuola in ospedale secondo i genitori, medici e volontari.



**Figura 5.2.** Importanza del dirigente nella scuola in ospedale, per la realizzazione di percorsi resilienti, secondo i docenti.



**Figura 5.3.** L'importanza delle tecnologie digitali nell'attività didattica della scuola ospedaliera.

L'impatto dei risultati della scuola sugli *stakeholders* ha un notevole significato per il dirigente scolastico, che dell'immagine esterna della scuola è testimone e garante. In tutti i Paesi europei viene dato molto valore alla chiarezza di obiettivi e alla cultura dell'autovalutazione; questa chiarezza nel nostro paese viene a volte ancora interpretata come ingerenza esterna che può "minare" una scuola ancora molto auto-referenziata. È quindi necessaria un'azione di *management* nel sistema scolastico che si concentri sulla qualità degli effetti sulla formazione rilevati mediante rilevazioni standard (PISA, InvalSi). Naturalmente la valutazione della performance di una scuola non si limita alla sola valutazione esterna, ma occorre coniugarla con elementi specifici e particolari mediante un processo di autovalutazione strutturato. E con questo processo che si esercita nello specifico la funzione dirigenziale, che deve utilizzare diverse leve per valutare il raggiungimento degli obiettivi di qualità richiesti, fra le quali la capacità di analizzare, interpretare, diagnosticare, definire obiettivi raggiungibili e concretizzarli.

Il dirigente è il garante della qualità della scuola e, una volta riconosciuto il bisogno di miglioramento, deve essere in grado di stimolare lo sviluppo investendo.

Nelle scuole in ospedale il *focus* educativo si snoda sempre nell'ottica di un diritto garantito, come quello dell'educazione coniugato però al diritto alla salute, fermo restando la formazione integrale in chiave olistica della personalità degli studenti ospedalizzati. Porre ampia attenzione all'aspetto della formazione della personalità dello studente in ospedale, cercando di creare continuità con la vita "normale" del bambino, in maniera che una volta finito il periodo di ricovero, egli sia pronto a continuare la sua vita, senza che il trauma dell'ospedalizzazione lasci tracce indelebilmente negative nella sua personalità, ostacolandone il pieno sviluppo. In questo elaborato, come più volte detto, ho cercato di analizzare il ruolo del dirigente scolastico, anche in virtù dei poteri conferiti dalla Legge sull'Autonomia (L. 59/1997), e della sua capacità di sviluppare la resilienza nei bambini e ragazzi ospedalizzati, ciò tramite la concretizzazione di una scuola di qualità che garantisca, una scuola di tutti e di ciascuno, una scuola che ponga al centro lo studente, con tutte le sue potenzialità ma anche i suoi limiti e i suoi timori.

Gli indicatori di *performance* possono essere rilevati e definiti con l'osservazione su variabili oggettive e sui risultati che la scuola in ospedale ottiene, ed anche sulla percezione degli interlocutori che possono essere studenti, genitori o altri *caregiver* (volontari, psicologi, infermieri e medici) che stanno a contatto con i giovani pazienti. In un'ottica di alleanza terapeutica i *caregiver* hanno dato indicazioni preziose per far capire se la scuola offra al bambino ospedalizzato quello di cui ha bisogno per guarire, vivendo bene l'ospedalizzazione e sviluppando processi di resilienza, che favoriscano, accelerino e migliorino il percorso di guarigione.

Naturalmente, per valutare o meno l'efficacia e l'efficienza della scuola, ci sono anche degli indicatori di tipo economico

come l'incidenza delle spese per i progetti<sup>1</sup>, o i finanziamenti dei progetti europei, ma possono anche essere non economici come la valorizzazione delle eccellenze, anche e soprattutto all'interno di un contesto ospedaliero e il tasso di successo degli studenti. Un indicatore non economico può essere anche l'introduzione di pluralità di metodologie didattiche ed innovative fondate su *best practices*, (è il caso dell'ospedale Regina Margherita di Torino) in particolare come già il sito del ministero della scuola in ospedale ha attuato, la creazione di piattaforme. Soprattutto per i bambini in degenza ospedaliera si può attivare una forma di educazione, formazione ed istruzione basata sulla *peer education*, che permetta di mantenere il contatto con i coetanei anche se a distanza. In pratica il dirigente scolastico, naturalmente con l'ausilio e l'aiuto concreto di altri *stakeholder*, può promuovere l'utilizzo della *media education* che permetta al bambino e in particolare allo studente di gestire le sue relazioni sociali tramite i *social network*, ma non in maniera sporadica e occasionale, per riempire i tempi vuoti dell'ospedalizzazione, ma come vera è propria strategia educativa organizzata in maniera sistematica e produttiva. Vedere l'uso dei supporti informatici come un mezzo che possa permettere ai giovani pazienti di diventare resilienti e di vivere più serenamente la malattia e la conseguente ospedalizzazione.

In questa direzione ho inteso spostare l'attenzione sulla *performance* del dirigente scolastico nella scuola in ospedale e la domanda di ricerca "Può un dirigente scolastico realizzare una scuola di qualità, anche attraverso le ICT, per sviluppare percorsi resilienti volti alla cura del sé e dell'altro negli studenti ospedalizzati?". Possa, alla luce dei risultati ottenuti dopo la ricerca esplorativa sulle quattro scuole in ospedale prese in esame, essere positiva.

1. Di notevole importanza è il progetto WISE (Wiring Individualised Special Education), coordinato dal CNR di Genova, che ha lo scopo di studiare e sviluppare strumenti e strategie di utilizzo delle tecnologie di rete a supporto dell'istruzione speciale di giovani ed adulti, che per problemi fisici o di salute sono confinati temporaneamente o in maniera permanente, presso la propria abitazione. Questo riguarda anche i giovani in età scolare, seguiti con l'istruzione domiciliare (Fonte MIUR).



## Bibliografia

- AA.VV., *I diritti del bambino malato. Bioetica per la scuola*, Editrice Liguria, Savona 2006.
- AGAMBEN G., *L'uso dei corpi*, Neri Pozza Editore, Vicenza 2014.
- ALLULLI G., FARINELLI F., PETROLINO A., *L'autovalutazione di istituto Modelli e strumenti operativi* ed. Guerini, Milano 2013.
- AMORETTI M.C., *La mente fuori dal corpo. Prospettive esternaliste in relazione al mentale*, Franco Angeli, Milano 2011.
- ARDIGÒ A., (a cura di), *Per una sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano 1971.
- ARTINI A., *I leader educativi La dirigenza scolastica nella scuola dell'autonomia*, ed. Franco Angeli, Milano 2004.
- ATKINSON R., *L'intervista narrativa. Raccontare di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.
- AURIEMMA S., AVON A., BALDASCINO R., CARLINI A., CERINI G., LUISI A., MURAGLIA M., PRAPOTNICH G., RISPOLI M., *Profili della dirigenza scolastica. Competenze giuridiche, amministrative, organizzative e pedagogiche*, Tecnodid Editrice, 2012.
- BARBIERI E., *La scuola dell'autonomia*, Giunti, Firenze 2000.
- BARTOLETTI R., *Tempo e lavoro nella società industriale. Le politiche del tempo tra autonomia individuale e integrazione sociale*, Franco Angeli, Milano 1998.
- BARZANÒ G., *Leadership per l'educazione. Riflessioni e prospettive dal dibattito globale*, Armando, Roma 2008.
- BAUMAN Z., *Modus vivendi. Inferno e utopia del mondo liquido*, editori La Terza, Bari 2008.
- , *Modernità liquida*, Editori Laterza, Bari 2011.

- , *Il disagio della postmodernità*, Bruno Mondadori, Milano 2000.
- BERGAMINI R., *Giovinezza. Storia di una donna di Galliciano 1938–1945*, Garfagnana Editrice, Lucca 2015.
- BERLINGUER L., GUETTI C., *Ri-creazione. Una scuola di qualità per tutti e per ciascuno* ed. Liguori, Napoli 2014.
- BERRA M., MEO A.R., *Libertà di software, hardware e conoscenza Informatica solidale 2*, Bollati Boringhieri, Torino 2006.
- BERTAGNA G., *Quale dirigente scolastico per quale scuola?*, La Scuola, Brescia 2010.
- BESIO S., *Tecnologie assistive per la disabiità . Con Cd–Rom: risorse sulle tecnologie per la disabilità*, Pensa Multimedia, Lecce 2005.
- , *Giocattoli robotici per la disabilità: nuove opportunità per apprendere, partecipare, divertirsi*, articolo su rivista «TD47», n. 2, 2009.
- BESIO S., CHINATO M.G., *Lineamenti di riabilitazione in età evolutiva*, edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 1994.
- BOFFO V., *Relazione Educativa: tra comunicazione e cura* , Apogeo, Milano 2011.
- BONAZZI G., *Storia del pensiero organizzativo*, Franco Angeli, Milano 2002.
- BOUDON R., *Effetti “perversi” dell’azione sociale*, Feltrinelli, Milano 1981.
- BOWLBY J., *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.
- BRUNER J.S., *La Cultura dell’educazione*, Feltrinelli, Milano 2002.
- CAGNOLATI A., PINTO MINERVA F., ULIVIERI S., *Le frontiere del corpo Mutamenti e metamorfosi* Edizione ETS, Pisa 2013.
- CALAMANDREI P., *Per la scuola*, Sellerio Editore, Palermo 2008.
- CALVANI A., *Educazione, comunicazione e nuovi media* ed. UTET Università, Torino 2012.
- CALVANI A., *I nuovi media nella scuola. Perché, come, quando avvalersene*, ed Carrocci, Roma 2013.
- CALVANI A., FINI A., RANIERI M., *La competenza digitale nella scuola. Modelli e strumenti per valutarla e svilupparla*, ed. Studi Erikson, Trento 2010.

- CAMBI F., *Abitare il disincanto. Una pedagogia per il postmoderno*, UTET Universitaria, Novara 2006.
- CAMBI F., *La scuola di Firenze*, Edizione Liguori, Napoli 1982.
- , *Le pedagogie del Novecento*, Editori Laterza, Bari 2005.
- , *La Cura di sé come processo formativo*, ed Laterza, Bari 2010.
- CAMBI F., CERTINI R., NESTI R., *Dimensioni della pedagogia Struttura, percorsi, funzione*, Ed. Carocci, Roma 2010.
- CAMBI F., FRATINI C., TREBISACCE G., *La ricerca pedagogica e le sue frontiere Studi in onore di Leonardo Trisciuzzi*, ed. ETS, Pisa 2008.
- CAMBI F., ULIVIERI S., *I silenzi nell'educazione. Studi storico-pedagogici in onore di Tina Tomasi*, ed La Nuova Italia, Firenze 1994.
- CANEVARO A., *I bambini che si perdono nel bosco*, La Nuova Italia, Firenze 1976.
- CAPPERUCCI D., *La valutazione degli apprendimenti in ambito scolastico*, Franco Angeli, Milano 2011.
- , *La scuola in Europa. Politiche e interventi dell'Unione Europea in materia di istruzione e formazione*, Franco Angeli, Milano 2013.
- CAPPONI M., *Un giocattolo per la mente. L'informazione cognitiva di Seymour Papert*, Morlacchi editore, Perugia 2009.
- CAPURSO M., (a cura di), *Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*, Erikson, Trento 2001.
- CAPURSO M., *Quando si ammala un bambino*, Magi, Roma 2008.
- CARDANO M., *Tecniche di ricerca qualitativa: percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Carocci, Roma 2003.
- CASTELLS M., *Galassia Internet*, Feltrinelli, Milano 2013.
- CATARSI C., *Competenza e persona. Una prospettiva sociologica per la formazione continua*, Franco Angeli, Milano 2007.
- CAVICCHI I., NUMICO G.M., *La complessità che cura*, Dedalo, Bari 2015.
- CAVIEZEL-HIEDBER A., *Prevenire il trauma del ricovero*, Franco Angeli, Milano 2000.



- CICOGNANI E., *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*, Carocci, Roma 2002.
- CIPOLLA A., DE LILLO A., (a cura di), *Il sociologo e le sirene*, Franco Angeli, Milano 1996.
- CORBETTA P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, il Mulino, Collana Strumenti, Bologna 1999.
- CORRAO S., *Il focus group*, Franco Angeli, Milano 2000.
- CORSI M., (a cura di), *La ricerca pedagogica in Italia Tra innovazione e internazionalizzazione*, Pensa Multimedia Editore, Lecce 2014.
- CYRULNIK B., *Brutti anatrocchi Le paure che ci aiutano a crescere*, ed. Frasinelli, Milano 2003.
- CYRULNIK B., MALAGUTI E., (a cura di), *Costruire la Resilienza La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, ed Erikson, Trento 2003.
- DE LANDSHEERE G., *Introduzione alla ricerca in educazione* ed. La Nuova Italia, Firenze 1973.
- DI LAURO D., *La resilienza La capacità di superare i momenti critici e le avversità della vita*, Xenia Edizioni, Milano 2012.
- DOLCI D., *Comunicare è legge della vita*, La Nuova Italia, Firenze 2000.
- FARINA A., *Il dirigente scolastico. Gestione risorse umane e finanziarie*, Anicia, Roma 2010.
- FINI A., CICOGNINI E., (a cura di), *Web 2.0. e Social Networking. Nuovi Paradigmi per la formazione*, I quaderni di Form@are, ed. Erikson, Trento 2009.
- FOUCAULT M., *La cura di sé*, Feltrinelli Editore, Milano 1985.
- FRABBONI F., *Didattica generale. Una nuova scienza dell'educazione*, Bruno Mondadori, Milano 1999.
- FRANCESCHINI G., *Apprendere, insegnare, dirigere, nella scuola riformata Aspetti metodologici e profili professionali*, edizioni ETS, Pisa 2000.
- , *Postformazione L'eclissi dei sistemi formativi nell'era dell'industria culturale e dei consumi di massa*, edizione Libreria Universitaria, Roma 2008.

- FRANCESCHINI G., RUSSO R., *Sistemi formativi e dirigenza scolastica in Europa* edizioni ETS, Pisa 2011.
- FREUD A., BERGMANN T., *Bambini malati*, Boringhieri, Torino 1974.
- GADAMER H.G., *Dove si nasconde la salute*, tr. It Raffaele Cortina, Milano 1994.
- GATTICO E., MANTOVANI S., *La ricerca sul campo in educazione I metodi quantitativi*, Bruno Mondadori, Milano 1998.
- GIANTURCO G., *L'intervista qualitativa: dal discorso al testo scritto*, Guerini, Milano 2004.
- GIGLI A., TOLOMELLI A., ZANCHETTIN A., *Il teatro dell'oppresso in educazione* ed. Carocci, Roma 2008.
- GOLEMAN D., *Essere leader. Guidare gli altri grazie all'intelligenza emotiva*, Biblioteca Universitaria Rizzoli, Milano 2012.
- , *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano 1996.
- GUERRA A., *Psicosociologia dell'ospedale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1992.
- IACOLINO A., IACOLINO C., *La scuola in ospedale Organizzazione e tecnologie al servizio del bambino ospedalizzato*, Salvatore Sciascia Editore, Caltanissetta–Roma 2005.
- IZZO D., *Organizzazione, formazione e dirigenza scolastica*, ed. ETS, Pisa 1999.
- IZZO D., MANNUCCI A., MANCANIELLO M.R. *Manuale di pedagogia della marginalità e della devianza*, ed. ETS, Pisa 2003.
- JENKINS H., *Cultura convergente*, ed. Apogeo, Milano 2007.
- KANISZA S., *Pedagogia ospedaliera*, Carocci, Roma 1989.
- , *L'ascolto del malato*, Guerini, Milano 1988.
- , *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
- KANISZA S., LUCIANO E., *La scuola in ospedale*, Carocci, Roma 2006.
- KLEIN M., *Il mondo interno del bambino*, ed. Bollati Boringhieri, Torino 2012.

- LANZETTI C., RICCI G., PISCOZZO M., *La scuola in ospedale. Risultati di una ricerca*, Franco Angeli Editore, Milano 2008.
- LIVOLSI M., *Manuale di sociologia della comunicazione*, Editori La Terza, Bari 2008.
- LUND HAUTOP.H., *Playware e robotica modulare per il gioco. Mattoncini da costruzione robotici per campi di gioco interattivi e adattivi*, in «TD47», n. 2, 2009.
- MAGATTI M., *Libertà immaginaria. Le illusioni del capitalismo tecno-nichilista*, Feltrinelli, Milano 2009.
- MALAGUTI E., *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi* ed. Erickson, 2005.
- MALINVERNO A., *Gestire l'autonomia scolastica*, Edizioni Unicopli, Milano 1998.
- MANCANIELLO M.R., *Il trauma dell'ospedalizzazione nell'infanzia e nell'adolescenza: il ruolo della scuola*, in *Rassegna Istruzione*, 2007.
- MANTOVANI G., *Analisi del discorso e contesto sociale*, il Mulino, Bologna 2008.
- MANTOVANI S., *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*, Bruno Mondadori, Milano 1998.
- MARAGLIANO R., *Esseri multimediali. Immagini del bambino di fine millennio*, La Nuova Italia, Firenze 1996.
- MARCHETTI A., DI TERLIZZI E., PETROCCHI S., (a cura di), *Fiducia e coping nelle relazioni interpersonali*, Carocci Editore, Roma 2008.
- MARIANI A., *La cura del sé e la lettura.*, in: V. BOFFO (a cura di), *La cura in pedagogia*, Linee di lettura, CLUEB, Bologna 2006.
- , *La decostruzione in pedagogia. Una frontiera teorico-educativo della postmodernità*, Armando Editore, Roma 2008.
- MAZZUCHELLI F., *Viaggio attraverso i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, Franco Angeli, Milano 2006.
- MEGNA M., *Una nuova dimensione della leadership: la leadership emotiva*, in «Persone e lavoro. Rivista di cultura delle risorse umane», n. 511, anno XLV, n. 3, giugno 2009.

- MELACARNE C., *La formazione nei contesti della cura. Un'esperienza di ricerca sulle epistemologie professionali degli infermieri*, Pensa Multimedia Collana Epistemologie, Lecce 2006.
- MELE G., *Per la scuola di tutti. Breve storia della scuola italiana*, Ediesse, Roma 2010.
- MERRIL B., WEST L., *Metodi biografici per la ricerca sociale*, Apogeo, Milano 2012.
- MILANI P., IUS M., *Sotto un cielo di stelle. Educazione, bambini e resilienza*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
- MOLINARI L., *La valutazione del dirigente scolastico*, Anicia, Roma 2004.
- MORIN E., *I setti saperi necessari all'educazione del futuro*, ed. Cortina Raffaello, Milano 2001.
- MORIN E., *Insegnare a vivere. Manifesto per cambiare l'educazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.
- , *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Raffaello Cortina, Milano 1999.
- MORTARI L., *Aver cura della vita della mente*, Carocci, Roma 2013.
- , *Cultura della ricerca e pedagogia*, Carocci, Roma 2007.
- , *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, Milano 2006.
- MULÈ P., (a cura di), *Il dirigente per le scuole. Manager e leader educativo*, Pensa Multimedia, Brescia 2015.
- NARANJO C., *La civiltà, un male curabile*, ed. Franco Angeli, Milano 2007.
- NUCCHI M., *Aspetti psicologici del bambino in ospedale* Edizione Sorbona, Milano 1995.
- OECD, *Improving School Leadership*, vol. I, *Policy and Practice*, vol. II, *Case Studies on System Leadership*, Paris 2008;
- OREFICE P., *La Ricerca Azione Partecipativa. Teorie e pratiche. La creazione dei saperi dell'educazione ambientale degli adulti in Europa e nello sviluppo umano internazionale*, Volume secondo, Liguori Editore, Napoli 2006.
- , *La Ricerca Azione Partecipativa. Teorie e pratiche. La creazione dei saperi dell'educazione di comunità per lo sviluppo locale*, Volume primo, Liguori Editore, Napoli 2006.

- , Cunti A. (a cura di), *La formazione universitaria alla ricerca Contesti ed esperienze nelle scienze dell'educazione*, ed Franco Angeli, Milano 2009.
- , *Pedagogia sociale. L'educazione tra saperi e società*, Bruno Mondadori, Milano 2011.
- PALLA P.G., GROSSI GONDI S., *Prendersi cura dell'uomo nella società tecnologica*, Edizioni della AsRui, Roma 2000.
- PIAGET J., *Lo sviluppo mentale del bambino*, ed Biblioteca Einaudi, Torino 1967.
- POURTOIS J.P., DESMET H., *L'educazione implicita Socializzazione e costruzione di identità*, Ed. Del Cerro, Pisa 2005.
- , *L'educazione postmoderna*, Ed. Del Cerro, Pisa 2006.
- , *Relation familiale et resilience*, L'Harmattan, Paris 2000.
- REMBADO G., PETROLINO A., *La guida del dirigente* ed Carocci, Faber, Roma 2006.
- RESICO D., *La scuola e l'ospedale per l'alleanza terapeutica*, in Ricci G.F. (a cura di), *Dal curare al prendersi cura*, Armando editore, Roma 2003.
- RICCI G., (a cura di), *Dal curare al prendersi cura. Bisogni e servizi educativi per un bambino ospedalizzato*, Armando, Roma 2003.
- RICCI G., CALZA M., RESICO D., *Il benessere nei reparti pediatrici*, M.del Bucchia, Massarosa 2000.
- RIVA G., *Psicologia dei nuovi media*, il Mulino, Bologna 2004.
- ROBERTSON J., *Bambini in ospedale*, Feltrinelli, Milano 1973.
- ROVETTA A., *Robotica. Principi di base e casi applicativi*, Hoelpi, 2005.
- SCURATI C., CERIANI A., *La dirigenza scolastica. Vicende, sviluppi e prospettive*, editrice La Scuola, Brescia 1994.
- SILVERMAN D., *Come fare ricerca qualitativa*, trad. It., Carrocci, Roma 2002.
- SPITZ R., *Il primo anno di vita del bambino*, ed Giunti Editore, Firenze 2009.
- TRINCHERO R., *Manuale di ricerca educativa*, ed Franco Angeli, Milano 2008.

- TRISCIUZZI L., *Elogio dell'educazione*, ETS, Pisa 1995.
- TRISCIUZZI L., BILLI C., *La formazione del sé. Itinerari psicopedagogici*, ETS, Pisa 2004.
- TRISCIUZZI L., CAPPELLARI G.P., *Fondamenti di psicopedagogia Modelli teorici e applicazioni didattiche*, ed La Nuova Italia, Firenze 1996.
- TRISCIUZZI L., CORCHIA F., *Manuale di pedagogia sperimentale Metodi e problemi* ed ETS, Pisa 1995.
- TROMBETTA C., ROSIELLO L., *La ricerca-azione. Il modello Kurt Lewin e le sue applicazioni*, ed Centro studi Erikson, Trento 2000.
- ULIVIERI S., *Imparare a insegnare. Finalità formative e organizzazione didattica attuale della SSIS*, in «Studi sulla Formazione», n. 2, 2000.
- ULIVIERI S., Prefazione, in R. BIAGIOLI, T. Zappaterra, (a cura di), *La scuola primaria. Soggetti, contesti, metodologie e didattiche*, ETS, Pisa 2010.
- , *L'educazione e i marginali. Storie teorie luoghi e tipologie dell'emarginazione*, La Nuova Italia, Firenze 1997.
- , *La lunga marcia. Le competenze del Dirigente Scolastico*, in «La Vita Scolastica», n. 18, 2000.
- , Prefazione, in E. MACINAI, *L'infanzia e i suoi diritti. Sentieri storici, scenari globali e emergenze educative*, ETS, Pisa 2006.
- ULIVIERI S., FRANCESCHINI G., MACINAI E., Introduzione, in S. ULIVIERI, G. FRANCESCHINI, E. MACINAI, (a cura di), *La scuola secondaria oggi. Innovazioni didattiche e emergenze sociali*, ETS, Pisa 2008.
- VENTRIGLIA G., TURBIL E., *Educazione continua in medicina. Progettare e costruire un evento formativo*, Masson, Milano 2003.
- WADDEL M., *Mondi interni Psicoanalisi e sviluppo della personalità*, ed Bruno Mondadori, Torino 2000.
- WENGER E., *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, trad. It., Raffaello Cortina, Milano 2006.
- WINNICOT W.D., *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.
- , *Dalla pediatria alla psicanalisi. Patologia e normalità nel bambino un approccio innovatore*, Martinelli, Firenze 1975.

XODO C., (a cura di), *Il dirigente scolastico Una professionalità pedagogica tra management e leadership*, ed Franco Angeli, Milano 2010.

## Sitografia

BERTOLINI G., *Sostenere la resilienza. Riflessioni a partire dal convegno con Froma Walsh*, «Quaderni di psicologia», n. 58, 2013: <http://www.psychomedia.it/cpat/articoli/58-Bertolini.pdf>.

CALVANI A., ROTTA M., *Fare formazione in Internet. Manuale di didattica online*.

CASTELLETTI P., *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione*, 2006: [http://www.counseling-care.it/pdf/pdf/\\_psico/Psicotrauma94.pdf](http://www.counseling-care.it/pdf/pdf/_psico/Psicotrauma94.pdf).

Carta di Leida, Carta dei diritti del bambino in ospedale (1988): [www.profont.net/pro/index.php/pi/article/viewFile/94/94](http://www.profont.net/pro/index.php/pi/article/viewFile/94/94).

Scuola in ospedale Regina Margherita di Torino: <http://www.icolorideibambini.it>.

MALAGUTI E., *Operatori in dialogo: educarsi alla resilienza*: [http://www.minori.it/files/Seminario\\_18genn2010\\_Malaguti\\_intervento.pdf](http://www.minori.it/files/Seminario_18genn2010_Malaguti_intervento.pdf).

MANCANIELLO M.R., *Il trauma dell'ospedalizzazione nell'infanzia e nell'adolescenza: il ruolo della scuola*, 2007: [http://www.rassegnaistruzione.it/rivista/rassegna\\_045\\_0607/mancaniello-](http://www.rassegnaistruzione.it/rivista/rassegna_045_0607/mancaniello-) e [http://www.rassegnaistruzione.it/rivista/rassegna\\_045\\_0607/mancaniello-trauma.pdf](http://www.rassegnaistruzione.it/rivista/rassegna_045_0607/mancaniello-trauma.pdf).

Parlamento Europeo Carta Europea dei Bambini Degenti in ospedale: [www.indire.it/lucabas/lookmyweb\\_2\\_file/onlus/associazioni/Risoluzione\\_parlamento\\_europeo\\_A3-0172-92.pdf](http://www.indire.it/lucabas/lookmyweb_2_file/onlus/associazioni/Risoluzione_parlamento_europeo_A3-0172-92.pdf).

Progetto Sperimentale TRIS — Tecnologie di Rete e Inclusione Scolastica: [http://www.progetto-tris.it/pluginfile.php/1212/mod\\_resource/content/3/Progetto\\_Sperimentale\\_TRIS\\_\(20-04-2013\).pdf](http://www.progetto-tris.it/pluginfile.php/1212/mod_resource/content/3/Progetto_Sperimentale_TRIS_(20-04-2013).pdf).

Il progetto WISE: Wiring Individualised Special Education: [http://www.progetto-tris.it/pluginfile.php/1212/mod\\_resource/content/3/Progetto%20Sperimentale%20TRIS%20\(20-04-2013\).pdf](http://www.progetto-tris.it/pluginfile.php/1212/mod_resource/content/3/Progetto%20Sperimentale%20TRIS%20(20-04-2013).pdf).

[http://www.tdmagazine.itd.cnr.it/files/pdfarticles/PDF48/8R\\_Benigno\\_Repetto\\_Trentin\\_TD48.pdf](http://www.tdmagazine.itd.cnr.it/files/pdfarticles/PDF48/8R_Benigno_Repetto_Trentin_TD48.pdf)

STANCA L., *Linee guida del Governo per lo sviluppo della società dell'informazione nella legislatura*, Roma giugno 2002: <http://www.innovazione.it>.

———, *Rapporto Innovazione e Tecnologie digitali in Italia*, Ministero per l'Innovazione e le Tecnologie, 2002: <http://www.edscuola.it>.





## APPENDICE



## Allegato I

Testi delle interviste effettuate

### **Entrevista del Dr. Roberta Bergamini dedica a un doctorado en Educación y Psicología de la Universidad de Florencia, en el director Ignacio Quintanilla Navarro**

Bergamini: Hola, en primer lugar muchas gracias por darme la entrevista. Mi investigación se ocupa de la gestión escolar en la escuela del hospital, y me gustaría hacer una comparación de los modelos de liderazgo.

Bergamini: es esta la escuela hospital de Madrid. Formado como futuros docentes?

Bergamini: podría ilustrarmi cuál es su papel y las funciones que lugar?

Navarro:

B.: ¿Cómo se forma el liderazgo escolar en España y con qué canales (competencia, llamada directa, etc.)?

N.:

B.: Podría ilustrarmi brevemente cómo se organiza la universidad en relación con la formación de los maestros y los líderes del futuro?

N.:

B.: El programa llevado a cabo para la formación en las universidades tienen referencias específicas a la gestión de la escuela?

N.:

B.: Hay un curso universitario que prepara a los futuros líderes?

N.:

B.: En cuanto al ejercicio del liderazgo también en relación con su papel como el segundo debe ser ejercido en las organizaciones y en particular en la escuela?

N.:

B.: ¿Cree usted que hay un modelo de liderazgo escuela ideal a seguir en la escuela? y si es así, ¿podría describirlo?

N.:

B.: ¿Cómo controla el Long Life Learning en sus universidades? Hay cursos específicos para preparar a los formadores que se ocupan de enseñar a los adultos?

N.:

B.: ¿Quién financia la escuela y la universidad? Los organismos que financian la escuela pública y privada? ¿Qué porcentaje de los fondos europeos (PON)?

N.:

B.: Si él también trabajó como profesor podría decir que en la escuela primaria y lo que la disciplina?

N.:

B.: Durante su carrera en la preparatoria ha implementado caminos de educación y formación a través de plataformas digitales, redes y configuraciones de software. Ilustrami podría brevemente las experiencias en las que participó o que promovido?

N.:

B.: Si usted ha tenido la oportunidad de considerar, en una escala del 1 al 10 que concede importancia a las TIC para la enseñanza / aprendizaje en la formación de los futuros profesores y la escuela en general?

N.:

B.: ¿Qué crees que es el límite (si existe) el más llamativo y lo más difícil en el uso de las TIC en la escuela?

N.:

B.: En mi proyecto que la hipótesis de que las nuevas tecnologías, los nuevos soportes como el Iphone puede ser un factor de resiliencia de los niños hospitalizados o confinados a la educación en casa. Ella cree que también puede ser útil en la educación general?

N.:

B.: Gracias y si quieres puedes añadir impresiones, recomendaciones y propuestas sobre el tema.

N.:



## Allegato 2

Testi delle interviste effettuate

### **Intervista della dott.ssa Roberta Bergamini impegnata in un dottorato di ricerca in Pedagogia e Psicologia presso l'Università degli studi di Firenze alla docente di scuola in ospedale.**

Bergamini: Salve, innanzitutto la ringrazio per avermi concesso l'intervista. Il mio progetto di ricerca tratta della dirigenza scolastica nella scuola in ospedale e visto che lei insegna nella scuola in ospedale mi permetto di rivolgerle alcune domande.

Docente:

B.: Potrebbe illustrarmi brevemente come è organizzata la scuola in ospedale dove insegna?

D.:

B.: Il programma educativo–didattico rivolto ai ragazzi ospedalizzati o a quelli seguiti nell'educazione domiciliare rispecchia la programmazione della classe di appartenenza?

D.:

B.: L' alunno ha contatti con i compagni della classe di appartenenza?

D.:

B.: Ritiene che ci sia collaborazione tra i docenti e le famiglie dei bambini/ ragazzi ospedalizzati?

D.:

B.: Ritiene che ci sia collaborazione tra i docenti e il personale ospedaliero?

D.:



B.: Ritiene che i docenti della scuola in ospedale siano debitamente preparati? Sia inizialmente che in itinere?

D.:

B.: Le è mai capitato di vivere una situazione difficile dal punto di vista emotivo con gli alunni ospedalizzati?

D.:

B.: Se ha lavorato anche nella scuola ordinaria potrebbe farmi una sintetica comparazione fra scuola ordinaria e scuola in ospedale (ad es. sulle dinamiche di insegnamento–apprendimento)?

D.:

B.: Durante la sua carriera scolastica all'interno della struttura ospedaliera ha messo in atto percorsi educativi e formativi utilizzando piattaforme digitali, reti e *software* specifici. Potrebbe illustrarmi brevemente le eventuali esperienze a cui ha partecipato?

D.:

B.: Nella sua esperienza di docente di scuola ospedaliera che ruolo ha avuto il Dirigente scolastico?

D.:

B.: Se ha avuto modo di occuparsene, in una scala da 1 a 10 che importanza attribuisce alle I.C.T. per l'insegnamento/apprendimento nella scuola in ospedale?

D.:

B.: Qual è secondo lei il limite (se c'è) più vistoso e più ostico nell'uso delle I.C.T. nella scuola in ospedale?

D.:

B.: Nel mio progetto ipotizzo che le nuove tecnologie, i nuovi supporti informatici come gli Iphone possano essere un fattore di resilienza<sup>1</sup> per i ragazzi ospedalizzati o confinati all'educazione domiciliare. Lei cosa pensa a questo proposito?

D.:

B.: Secondo la sua esperienza viene veramente realizzata l'alleanza terapeutica tra tutti gli operatori, educatori, medici e famiglie che ruotano intorno al ragazzo ospedalizzato?

1. Resilienza come capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, e riprogettazione di percorsi alternativi di vita (Cyrułnik, Malaguti, 2003).

D.:

B.: Secondo lei è possibile attuare dei miglioramenti nell'organizzazione e nella gestione della scuola in ospedale da parte del dirigente scolastico?

D.:

B.: Come docente ha delle proposte di miglioramento per la scuola in ospedale?

D.:

B.: La ringrazio e se vuole può aggiungere impressioni sull'argomento trattato.

D.:



## Allegato 3

Intervista al dirigente di scuola  
in ospedale

### **Intervista della dott.ssa Roberta Bergamini impegnata in un dottorato di ricerca in Pedagogia e Psicologia presso l'Università degli studi di Firenze al dirigente scolastico di scuola in ospedale**

Bergamini: Salve, innanzitutto la ringrazio per avermi concesso l'intervista. Il mio progetto di ricerca tratta della dirigenza scolastica nella scuola in ospedale per questo motivo il suo contributo sarà prezioso per la mia ricerca.

B.: Potrebbe illustrarmi brevemente come è organizzata la scuola nell'ospedale a cui fa capo?

D.S.:

B.: Ritiene che i docenti della scuola in ospedale siano adeguatamente preparati?

D.S.:

B.: I docenti vengono a chiederle consiglio per problematiche legate all'insegnamento della scuola in ospedale.

D.S.:

B.: Ritiene che le risorse umane e finanziarie siano adeguatamente distribuite nella scuola in ospedale?

D.S.:

B.: Ritiene di avere un ruolo importante per quello che riguarda la gestione della scuola in ospedale anche in relazione alla gestione delle risorse economiche e alla loro disponibilità?

D.S.:

B.: Nella sua esperienza di dirigente scolastico ritiene che la scuola in ospedale sia un fattore resiliente per i bambini ospedalizzati?

D.S.:

B.: Come dirigente ritiene che sia utile organizzare corsi di formazione e aggiornamento specifici per i docenti della scuola in ospedale

D.S.:

B.; secondo lei quali sono (se ci sono) i lati negativi e positivi della scuola in ospedale dal punto di vista del dirigente?

D.S.:

B.: Se vuole può fare alcune considerazioni personali per il miglioramento della scuola in ospedale

D.:

B.: La ringrazio e se vuole può aggiungere impressioni sull'argomento trattato.

D.:

## Allegato 4

Articolo relativo al Regina Margherita  
e alla Scuola in Ospedale

### **Piemonte. Al Regina Margherita di Torino progetto sperimentale di scuola in ospedale\***

*Grazie alle nuove tecnologie, i lungodegenti possono collegarsi con la classe e seguire lezioni e attività scolastiche. Gli insegnanti della scuola di appartenenza e quelli di Scuola in Ospedale coordinano e integrano i propri sforzi costruendo un percorso personalizzato per lo studente lungodegente. L'iniziativa è sostenuta dalla Fondazione Giovanni Agnelli.*

22 SET — Oggi quando uno studente è costretto da una grave patologia a restare molti mesi lontano da scuola rischia di perdere il contatto con la propria classe. In molti ospedali il Miur offre il servizio di Scuola in Ospedale, con docenti dedicati, che inevitabilmente non può però restituire al ragazzo malato il rapporto con i suoi compagni e i suoi insegnanti. Mentre sarebbe fondamentale che rimanesse il più possibile “insieme” ad essi, traendone un duplice beneficio, didattico e psicologico, con la possibilità di trovare anche risorse e motivazioni per affrontare la malattia e le cure. Oggi questo è possibile con le nuove tecnologie, grazie alle quali i lungodegenti possono collegarsi con la classe e seguire lezioni e attività scolastiche. E diventa una realtà se gli insegnanti della scuola di appartenenza e quelli di Scuola in Ospedale coordinano e integrano i propri sforzi, insieme costruendo un percorso personalizzato per lo

\* [quotidianosanita.it](http://quotidianosanita.it).

studente lungodegente. È questa la prospettiva che ha dato avvio al progetto sperimentale di Scuola in Ospedale Integrata, ideato e promosso dalla Fondazione Giovanni Agnelli, con la collaborazione del reparto di Oncoematologia dell'Ospedale Infantile Regina Margherita (Oirm) di Torino, dell'Usr Piemonte e delle unità di scuola ospedaliera dell'Oirm. Il progetto ha il supporto di Econocom Italia, che fornisce gratuitamente tutta la strumentazione tecnologica necessaria, e l'assistenza volontaria dei tecnici informatici di Exor SpA.

Il progetto è stato presentato oggi da Franca Fagioli (direttore Oncoematologia Pediatrica e Centro Trapianti Oirm), Andrea Gavosto (direttore Fondazione Giovanni Agnelli), Fabrizio Manca (direttore generale Usr Piemonte), Gian Paolo Zanetta (direttore generale Città della Salute e della Scienza). L'iniziativa ha preso avvio durante lo scorso anno scolastico, nel marzo 2015, con una prima fase "pilota" che ha visto la partecipazione di due studenti delle superiori (uno dei quali ha poi conseguito con il massimo dei voti la maturità scientifica), una studentessa delle medie, un alunno della primaria. I ragazzi, tutti colpiti da patologie oncologiche, hanno potuto virtualmente vivere la quotidianità della propria classe — sia durante i periodi di degenza in ospedale sia quando a casa in convalescenza o in attesa di nuove terapie — grazie ai tablet donati dal progetto e a un collegamento via Skype. La Fondazione Agnelli, in caso di criticità, ha fornito alle scuole gli strumenti e la connettività necessari a un collegamento efficiente. Nel frattempo, il progetto ha favorito una più estesa collaborazione fra i consigli di classe di appartenenza, che vanno pienamente responsabilizzati (ciò che oggi avviene solo sporadicamente) e i docenti di scuola ospedaliera. Sulla base dei primi positivi risultati del progetto, insieme all'Usr Piemonte è stata avviata una riflessione sulla necessità di considerare gli studenti lungodegenti un caso specifico di Bisogno educativo speciale (Bes), che per tutto il periodo della malattia deve potere contare su risorse aggiuntive — umane, didattiche, tecnologiche — e sull'attivazione di un piano didattico personalizzato (Pdp), che

veda coinvolti congiuntamente i propri docenti di origine e la Scuola in Ospedale. “Il servizio di Scuola in Ospedale tradizionale, in genere di ottima qualità, è e resta fondamentale — ha commentato il direttore della Fondazione Agnelli — ma va integrato. La nostra sperimentazione a Torino, nella quale la tecnologia non è al centro, ma intende mettersi al servizio di un’azione didattica intelligente e sensibile, può indicare una strada per esperienze analoghe, anche a livello nazionale”. Nell’a.s. 2015–16 il progetto proseguirà all’Oirm di Torino, aumentando notevolmente il numero dei partecipanti e cercando di coinvolgere anche studenti affetti da patologie diverse da quelle oncologiche, ad esempio, neuropsichiatriche e pneumologiche.





AREE SCIENTIFICO–DISCIPLINARI

AREA 01 – Scienze matematiche e informatiche

AREA 02 – Scienze fisiche

AREA 03 – Scienze chimiche

AREA 04 – Scienze della terra

AREA 05 – Scienze biologiche

AREA 06 – Scienze mediche

AREA 07 – Scienze agrarie e veterinarie

AREA 08 – Ingegneria civile e architettura

AREA 09 – Ingegneria industriale e dell'informazione

AREA 10 – Scienze dell'antichità, filologico–letterarie e storico–artistiche

**AREA 11 – Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche**

AREA 12 – Scienze giuridiche

AREA 13 – Scienze economiche e statistiche

AREA 14 – Scienze politiche e sociali

AREA 15 – Scienze teologico–religiose

*Il catalogo delle pubblicazioni di Aracne editrice è su*

[www.aracneeditrice.it](http://www.aracneeditrice.it)





Finito di stampare nel mese di febbraio del 2018  
dalla tipografia «System Graphic S.r.l.»  
00134 Roma – via di Torre Sant’Anastasia, 61  
per conto della «Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale» di Canterano  
(RM)